

Persoonlijkheidsdisfunctioneren bij persoonlijkheidsstoornissen en bij persoonlijkheidsstoornissen met een ernstige psychische aandoening

Irene Dijkman, Agnes Scholing, Bauke Koekkoek, Han Berghuis

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(4), 310-326 |

SAMENVATTING

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg komen patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis vaak niet in aanmerking voor de gebruikelijke evidencebased behandelingen. Deze groep voldoet zowel aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis als aan de criteria voor een ernstige psychische aandoening (EPA). Recent werd in Nederland een alternatieve behandeling ontwikkeld voor deze groep. Empirische kennis over de onderliggende persoonlijkheidspathologie kan bijdragen aan het optimaliseren van dergelijke behandelinitiatieven. Wij deden onderzoek naar het verschil in ernst en aard van het persoonlijkheidsdisfunctioneren bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, die al dan niet voldeden aan de criteria voor EPA. Aan de hand van geoperationaliseerde criteria voor EPA werden patiënten ingedeeld als lijdend aan persoonlijkheidsstoornissen (PS) dan wel persoonlijkheidsstoornissen met EPA (PS EPA). Het persoonlijkheidsdisfunctioneren in beide groepen werd gemeten met de Severity Indices of Personality Problems (SIPP-I18). Twee analyses werden uitgevoerd: multivariate variantieanalyse zonder en met controle voor ernst van de actuele psychische klachten. 109 patiënten namen deel aan het onderzoek, onder wie 61 patiënten PS EPA. De resultaten toonden een verschil in ernst van persoonlijkheidsdisfunctioneren tussen beide groepen (ernstiger bij PS EPA), waarbij dat verschil tot uitdrukking kwam in ernstigere stoornissen in het Zelf en niet in ernstigere stoornissen in het Interpersoonlijk Functioneren (aard van het persoonlijkheidsdisfunctioneren). Het verschil in persoonlijkheidsdisfunctioneren tussen beide groepen kon worden verklaard door de ernst van de actuele psychische klachten wanneer daarvoor werd gecorrigeerd. PS EPA leed dus vooral aan meer en ernstiger actuele psychische klachten, eerder dan aan ernstiger persoonlijkheidsdisfunctioneren.

Trefwoorden: ernstige psychische aandoening, EPA, persoonlijkheidsdisfunctioneren, SIPP-I18

Inleiding

In 2013 vroeg het Nederlandse Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen aandacht voor een beperkte groep patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen die binnen de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (ggz) niet leek te profiteren van het reguliere behandelaanbod voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Ze werden bij aanmelding ongeschikt bevonden voor deelname aan een van de evidencebased behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen of konden zich niet handhaven in het therapeutisch milieu (Steendam et al., 2013). Wanneer zij wel deelnamen, stagneerde de behandeling, kwamen ze in een crisis terecht of vielen ze halverwege uit (Steendam et al., 2013). Ggz-instellingen boden alternatieven voor die patiënten, maar de aangeboden interventies verschilden onderling sterk. Om toch zoveel mogelijk evidencebased en eenduidig te kunnen werken, ontwikkelde het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in 2015 de *Guideline-informed treatment for personality disorders* (voorheen bekend onder de naam Geïntegreerde Richtlijn Behandeling). Deze alternatieve standaard is nog volop in ontwikkeling, evenals de kennis over deze patiënten.

Bovengenoemde patiënten (in de Nederlandse ggz vaak bediend door de zogenaamde *care*-onderdelen van de zorg, gericht op ondersteuning en acceptatie) onderscheiden zich van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die wel in aanmerking komen voor reguliere behandeling (zogenaamde *cure*-onderdelen in de Nederlandse ggz, psychotherapie gericht op klinisch herstel) doordat zij naast de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis ook voldoen aan de criteria voor een ernstige psychische aandoening (EPA). We noemen die groep verder PS EPA. Hoewel de indeling van de ggz in *care* en *cure* mogelijk vooral een Nederlands fenomeen is, komt de EPA-doelgroep zeker niet alleen in Nederland voor; in Engelstalige publicaties wordt ze aangeduid met Serious Mental Illness (SMI; zie bijvoorbeeld: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>).

Volgens de definitie van Delespaul en De Consensusgroep EPA (2013) voldoen patiënten met EPA aan de volgende vijf kenmerken: 1) ze lijden aan een ernstige psychische aandoening die niet van voorbijgaande aard is; 2) deze aandoening gaat gepaard met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren: de zogenaamde GAF-score (As IV van de DSM-IV, zie ook infra: methodebeschrijving) is dus laag, kleiner dan 50; 3) de beperkingen zijn zowel oorzaak als gevolg van de psychische stoornis; 4) de psychische symptomen en functionele beperkingen houden aan; en 5) gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd. De auteurs schatten dat 30% van alle patiënten met een persoonlijkheidsstoornis voldoet aan die criteria voor EPA. Van Meekeren et al. (2015) scherpten (onder andere zich baserend op de *Best Practice* van Steendam et al., 2013) de bovenstaande definitie verder aan door te stellen dat PS EPA-

patiënten: 1) in sterke mate aan relatief veel inclusiecriteria voor persoonlijkheidsstoornissen voldoen, 2) vaak comorbide stoornissen hebben, en 3) een verbrokkelde hulpverleningsgeschiedenis kennen.

Het concept PS EPA roept nog vragen op. Ten eerste zijn de definities volgens Delespaul en De Consensusgroep EPA (2013) en Van Meekeren et al. (2015) algemeen en beschrijvend van aard. Bij de criteria worden geen operationalisaties met afkappunten genoemd, behalve het aantal jaar in zorg en de GAF-score. Daardoor is het lastig om patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die niet voldoen aan de criteria voor EPA (hierna PS genoemd) en PS EPA, op basis van eenduidige en objectieve criteria te onderscheiden. Ten tweede is er weinig bekend over de onderliggende persoonlijkheidspathologie bij PS versus PS EPA. Van Meekeren et al. (2015) veronderstelden dat de grotere interpersoonlijke kwetsbaarheid van EPA PS ten opzichte van PS een van de redenen is waarom PS EPA niet of onvoldoende profiteert van de reguliere behandelprogramma's. Met interpersoonlijke kwetsbaarheid wordt bedoeld: problemen in relaties op verschillende levensdomeinen, door veelal ernstige hechtingsproblematiek. Empirische gegevens over dit verschil in interpersoonlijke kwetsbaarheid ontbreken echter tot nu toe.

Zicht op de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren, als belangrijkste onderliggend kenmerk van alle persoonlijkheidsstoornissen, kan bijdragen aan het optimaliseren van interventies voor PS EPA. Het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association [APA], 2013) definieert een persoonlijkheidsstoornis als een combinatie van persoonlijkheidsdisfunctioneren en een of meer pathologische persoonlijkheidstrekken. Het persoonlijkheidsdisfunctioneren wordt in dit model gemeten aan de hand van stoornissen in het Zelf (zogenaamde zelfpathologie, zoals blijkt uit problemen op het gebied van identiteitsintegratie en zelfsturing) en stoornissen in het Interpersoonlijk Functioneren (problemen in het vermogen tot empathie en intimiteit). Persoonlijkheidsdisfunctioneren overlapt conceptueel met andere vormen van disfunctioneren. Clark en Ro (2014) vonden aanwijzingen voor overlap met psychosociaal disfunctioneren. Sharp et al. (2015) stelden dat uitkomsten van persoonlijkheidsonderzoek vertekend kunnen zijn door de overlap met comorbide psychische (voorheen As I) stoornissen. In welke mate disfunctioneren bij PS of PS EPA wordt bepaald door persoonlijkheidsdisfunctioneren *sec* (los van actuele klachten of psychosociaal disfunctioneren) is met andere woorden niet eenvoudig vast te stellen.

Onderzoeksliteratuur geeft een eerste aanzet om verschillen in vormen van ernst van PS te onderscheiden. Verheul et al. (2008) vonden aanwijzingen dat ernstiger persoonlijkheidsdisfunctioneren (op een continuüm van licht tot ernstig) samenhangt met een groter aantal te classificeren persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM. Morey et al. (2011)

concludeerden op grond van hun onderzoeksresultaten dat bij ernstiger persoonlijkheids-pathologie het interpersoonlijke disfunctioneren meer op de voorgrond kwam te staan. Die bevindingen betreffen echter meestal niet de groep PS EPA zoals bedoeld in de definities van Delespaul en De Consensusgroep (2013) en Van Meekeren et al. (2015).

De huidige studie beoogde dan ook de definitie en empirische operationalisatie van PS EPA verder te onderzoeken en de kennis over deze groep patiënten te vergroten. Daartoe werd de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: In welke mate onderscheidt de PS-groep zich van de PS EPA-groep qua ernst en aard van het persoonlijkheidsdisfunctioneren? We verwachtten dat de PS EPA-groep significant ernstiger persoonlijkheidsdisfunctioneren zou laten zien ten opzichte van de PS-groep, en dat ernstiger disfunctioneren van de PS EPA-groep met name zou worden bepaald door verschillen in Interpersoonlijk Functioneren.

Methode

Steekproef

Voor deelname aan dit onderzoek kwamen in aanmerking alle nieuw binnenkomende patiënten in twee vergelijkbare ambulante teams voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen binnen de specialistische ggz van Pro Persona¹ in de periode 15 december 2015 tot 1 januari 2017. Patiënten werden daadwerkelijk geïncludeerd: 1) als er sprake was van een persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose volgens de DSM-IV (op basis van recente SCID-II afname), en 2) als er volledig ingevulde meetinstrumenten beschikbaar waren (zie Instrumenten). Voor het onderzoek werd onder meer gebruikgemaakt van data die in het kader van routine outcome monitoring standaard tijdens de behandeling werden verzameld, waardoor voor het onderzoek geen extra inspanning van patiënten werd gevraagd. De gegevens werden geanonimiseerd geanalyseerd.

Instrumenten

Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul et al., 2008)

De SIPP-118 is een zelfrapportagevragenlijst die zestien facetten van persoonlijkheidsfunctioneren meet, die clusteren in vijf domeinen: Zelfcontrole, Identiteitsintegratie, Relationale capaciteiten, Sociale concordantie en Verantwoordelijkheid. De constructen benaderen de concepten Zelf en Interpersoonlijk Functioneren (Widiger, 2015). De scores van de vijf domeinen op het ogenblik van de indicatiestelling werden gebruikt in de analy-

ses. De SIPP bevat 118 items die beantwoord moeten worden op een 4-punts-Likertschaal. Voorbeelden van items zijn: 'Ik kan heel goed omgaan met teleurstellingen', 'Meestal ben ik mijn gevoelens wel de baas', 'Ik voel me voortdurend onderschat'. Een hogere score is indicatief voor een beter persoonlijkheidsfunctioneren. De zestien SIPP-118-facetten lieten in eerder onderzoek een voldoende tot goede betrouwbaarheid zien (Cronbachs $\alpha = 0,69$ tot $0,84$ met een mediaan van $0,77$; Verheul et al., 2008). In het huidige onderzoek werden op de zestien SIPP-118-facetten Cronbachs α van $0,73$ tot $0,88$ gemeten met een mediaan van $0,78$, wat wijst op een goede betrouwbaarheid.

Checklist EPA

De Checklist EPA werd voor dit onderzoek ontworpen voor het in kaart brengen van demografische en klinische kenmerken op basis waarvan bepaald kon worden of patiënten al dan niet voldeden aan de criteria voor EPA (tabel 1). De checklist bevat vijf hoofdonderwerpen, die door een behandelaar moeten worden beoordeeld door scoring van een of meer items. De items hebben voor het merendeel meerkeuze-antwoordopties, uitgezonderd de GAF-score en het jaartal dat de patiënt voor het eerst in zorg kwam (open antwoorden). De onderwerpen 1 tot en met 3 geven de benodigde informatie met betrekking tot de criteria volgens Delespaul en De Consensusgroep (2013); onderwerpen 4 en 5 geven aanvullende informatie met betrekking tot de aangescherpte criteria volgens Van Meekeren et al. (2015):

- 1) actuele DSM-IV-classificatie op As I, actuele DSM-IV-classificatie op As II (op basis van een recente SCID-afname), de hoofddiagnose, problemen op de verschillende levensgebieden, GAF-score, OQ-45-scores;
- 2) jaartal dat de patiënt voor het eerst in zorg komt;
- 3) instanties die recent betrokken zijn bij de patiënt en door de beoordelaar in de toekomst geïndiceerd worden geacht (aan te kruisen opties zijn onder andere: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, psychiater, maatschappelijk werk, jeugdzorg; waarbij aangegeven kan worden of deze al betrokken zijn dan wel betrokken zouden moeten worden volgens de inschatting van de hulpverlener);
- 4) kenmerken van de hulpverleningsgeschiedenis (aan te kruisen opties zijn: een of meer voortijdig gestopte behandelingen, wisseling van hulpverlener om andere redenen dan van organisatorische aard, enige tijd uit zorg geweest, niet aan de orde, overig: name-lijk...);
- 5) destructief/agressief en eisend gedrag in de voorgeschiedenis (aan te kruisen opties zijn: suïcidaal gedrag, interventie crisisdienst, opname, problemen met gebruik van een middel, contacten met justitie, onvrede en klachten van patiënt richting organisatie, waarschuwingmeldingen, enzovoort).

Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996)

De OQ-45 is een zelfrapportagevragenlijst en heeft drie subschalen: Symptomen, Interpersoonlijk Functioneren en Maatschappelijk Functioneren. De scores van de subschaal Symptomen, afgenomen op het ogenblik van de indicatiestelling, werden gebruikt voor de analyses in deze studie. Alle items worden door de patiënt op een 5-punts-Likertschaal gescoord: van 0 (nooit), 1 (zelden), 2 (soms), 3 (regelmatig) tot 4 (bijna altijd). Voorbeelden van items zijn: 'Ik ben nergens in geïnteresseerd', 'Ik voel me bemind en welkom', 'Ik vind bevrediging in mijn school/werk'. De lijst is gevalideerd en genormeerd voor het Nederlandse taalgebied (De Jong et al., 2007). Het instrument liet een goede betrouwbaarheid zien voor de subschaal Symptomen (Cronbachs $\alpha = 0,91$ voor de klinische populatie; De Jong et al., 2007).

Onderzoeksprocedure

De Checklist EPA werd ingevuld door een ggz-hulpverlener die verantwoordelijk was voor de indicatiestelling voor aanvang van de behandeling (klinisch psycholoog, psychiater of master in de psychologie onder supervisie van een klinisch psycholoog of psychiater). De onderzoekers verdeelden vervolgens op basis van de bovengenoemde EPA-criteria de patiënten in PS versus PS EPA. Daarnaast werd als extra check een hulpverlener uit het betreffende team (psychiater of klinisch psycholoog) gevraagd om iedere patiënt op basis van de klinische indruk en het dossier in te delen in PS of PS EPA. Wanneer de toewijzing op basis van de checklist en de toewijzing op basis van het klinisch oordeel niet met elkaar overeenkwamen, werd de hulpverlener gevraagd nogmaals het dossier te bestuderen en op basis daarvan het definitieve oordeel over EPA of niet-EPA te geven. In 80% van de gevallen kwamen de toewijzing op basis van de checklist en de toewijzing op basis van het klinisch oordeel overeen, in de overige 20% werd het definitieve oordeel bepaald op basis van nadere bestudering van het dossier door de hulpverlener uit het betreffende team.

Het meetmoment voor de SIPP-118 en de OQ-45 lag bij iedere patiënt op het moment van indicatiestelling, dus bij binnenkomst in het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel I. Operationalisatiecriteria voor EPA en bron van operationalisatie.

| Criteria | Operationalisatie | Bron |
|--|---|--|
| Psychische stoornis die zorg en behandeling noodzakelijk maakt (geen symptomatische remissie) | Recente aanmelding specialistische ggz; OQ-45-score op domein symptomen is minimaal 33* | Onderzoekers |
| Die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (= niet in functionele remissie) | GAF < 50, OQ-45-score domein maatschappelijk disfunctioneren is minimaal 10* en problemen op minimaal twee levensgebieden | Delespaul en De Consensusgroep: GAF < 50 Onderzoekers: overige operationalisaties |
| Beperkingen zijn oorzaak en gevolg van de psychische stoornis | ** | Onderzoekers |
| Niet van voorbijgaande aard | Meer dan twee jaar in ggz (al dan niet onderbroken) | Delespaul en De Consensusgroep |
| Gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken is geïndiceerd | Vraagt zorg van minimaal twee hulpverleners/zorgnetwerken gericht op de problemen op de verschillende levensgebieden | Onderzoekers |

* Gebaseerd op onderzoek De Jong et al., 2007.

** Operationalisatie niet mogelijk.

Variabelen

De onafhankelijke variabele was de indeling in PS versus PS EPA. De ernst van de psychische klachten – als mogelijke voorspeller – werd gemeten met de subschaal Symptomen van de OQ-45. Afhankelijke variabelen waren ernst en aard van het persoonlijkheidsdisfunctioneren. De ernst werd geoperationaliseerd door middel van de vijf domeinen van de SIPP-118 samen: Identiteitsintegratie, Zelfcontrole, Relationele capaciteiten, Sociale concordantie en Verantwoordelijkheid. De aard van het persoonlijkheidsfunctioneren werd verdeeld in: 1) Interpersoonlijk Functioneren, gemeten met het domein Relationele capaciteiten van de SIPP-118, en 2) Functioneren van het Zelf, gemeten door de domeinen Zelfcontrole en Identiteitsintegratie van de SIPP-118.

Statistische analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd met SPSS versie 20. De data werden in eerste instantie geanalyseerd door middel van multivariate variantieanalyse (MANOVA), met de vijf domeinscores van de SIPP-118 als afhankelijke variabelen en de variabele PS/PS EPA als onafhankelijke variabele. Door MANOVA als analyse te kiezen werd de veronderstelde onderlinge correlatie tussen de vijf domeinen van de SIPP-118 in acht genomen, werd de power groter en de kans op type I-fouten kleiner.

Vervolgens werd een multivariate covariantieanalyse (MANCOVA) uitgevoerd, met de ernst van de actuele psychische klachten (subschaal Symptomen van de OQ-45) als covariaat, om te onderzoeken of de door de patiënt gerapporteerde ernst van de actuele psychische klachten van invloed was op het persoonlijkheidsdisfunctioneren van beide groepen. Het doel was de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren zo zuiver mogelijk te kunnen meten en te corrigeren voor ernst van de actuele psychische klachten. Bij beide analyses werd gekozen voor een $\alpha < 0,05$.

Resultaten

Beschrijving van de demografische en klinische kenmerken van de patiënten (tabel 2)

109 patiënten werden geïncludeerd in dit onderzoek, van wie 61 patiënten voldeden aan de criteria voor EPA. De meest voorkomende hoofddiagnose bij de PS EPA-groep bevond zich binnen het cluster B (57,4%), de meest voorkomende hoofddiagnose bij de PS-groep binnen het cluster C (41,7%). Een stemmingsstoornis was bij zowel de PS-groep (54,2%) als de PS EPA-groep (57,4%) de meest voorkomende comorbide stoornis.

Tabel 2. Demografische en klinische kenmerken (n = 109) en analyses voor groepsverschillen.

| | PS (n = 48) | PS EPA (n = 61) | Totaal (n = 109) | Analyses voor groepsverschillen |
|---|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| vrouw, n (%) | 35 (72,9) | 46 (75,4) | 81 (74,3) | $\chi^2(1) = 0,09; p = 0,77$ |
| leeftijd, (sd) | 36 (11,7) | 38 (10,9) | 37 (11,2) | $t(107) = -0,8; p = 0,43$ |
| aantal ps, gem (sd) (min., max.) | 1,3 (0,5) (1-3) | 1,4 (0,7) (1-4) | 1,3 (0,6) (1-4) | $t(107) = -0,104; p = 0,3$ |
| OQ-45 Symptomen, gem (sd) | 55,2 (14,1) | 64,2 (12,7) | 60,2 (13,9) | $t(107) = 8,99; p = 0,001^*$ |
| cluster A ¹ (%) | 1 (2,1) | 0 | 1 (0,9) | $p = 0,44; FET^3$ |
| cluster B ¹ (%) | 14 (29,2) | 35 (57,4) | 49 (44,1) | $\chi^2(1) = 8,46; p = 0,003^*$ |
| cluster C ¹ (%) | 20 (41,7) | 10 (16,4) | 30 (27,5) | $\chi^2(1) = 8,6; p = 0,003^*$ |
| persoonlijkheidsstoornis NAO, n (%) | 13 (27,1) | 16 (26,2) | 29 (26,6) | $\chi^2(1) = 0,01; p = 0,92$ |
| geen diagnose op as I ² , n (%) | 10 (20,8) | 7 (11,5) | 17 (15,6) | $\chi^2(1) = 1,77; p = 0,18$ |
| angststoornis ² , n (%) | 14 (29,2) | 28 (45,9) | 42 (38,5) | $\chi^2(1) = 3,18; p = 0,08$ |
| stemmingsstoornis ² , n (%) | 26 (54,2) | 35 (57,4) | 61 (55,9) | $\chi^2(1) = 0,11; p = 0,74$ |
| psychotische stoornis ² , n (%) | 0 | 2 (3,3) | 2 (1,8) | $p = 0,5; FET^3$ |
| stoornis in gebruik van een middel ² , n (%) | 0 | 6 (9,8) | 6 (5,5) | $p = 0,03; FET^3*$ |
| overige hoofdgroepen ² , n (%) | 4 (8,3) | 8 (13,1) | 12 (11,0) | $\chi^2(1) = 0,63; p = 0,43$ |

Ad 1: DSM-IV-classificatie binnen cluster persoonlijkheidsstoornissen als hoofddiagnose.

Ad 2: DSM-IV-classificatie binnen hoofdgroep op As I als comorbide stoornis.

Ad 3: Fischers Exact Test.

* $\alpha < 0,05$.

Analyses

Relevante assumpties van de statistische analyses (MANOVA en MANCOVA) werden eerst getoetst (onder andere multivariate normaliteit, homogeniteit van variantie-covariantiematrices, lineariteit). Daaruit volgde dat aan alle assumpties was voldaan. Er werd een poweranalyse a priori gedaan (univariate) met een power van 80% en een alpha van 0,05 (G*power). Op basis van deze poweranalyses leek een steekproefgrootte van 13 proefpersonen per groep op het domein Identiteitsintegratie tot 54 proefpersonen per groep op het domein Verantwoord presenteren nodig. Vervolgens werden twee analyses uitgevoerd om het verschil in persoonlijkheidsdisfunctioneren tussen PS en PS EPA te onderzoeken: 1) zonder controle voor ernst van de actuele psychische klachten, en 2) met controle voor ernst van de actuele psychische klachten.

Er werd ook een poweranalyse post hoc gedaan (multivariate) bij een alpha van 0,05 en een power van 0,80, die een gewenste steekproefgrootte opleverde van 103, lager dan het daadwerkelijk geïncludeerde aantal proefpersonen van 109.

Tabel 3. Univariate effecten voor groep zonder controle voor ernst van actuele psychische klachten (OQ-45 Symptomen); (n = 109).

| Afhankelijke variabele | | | | | | | 95%-BI | | |
|--------------------------|----|-------|-------|-------|----------|--------|------------|------------|------|
| | df | | | | | | ondergrens | bovengrens | |
| SIPP-I18 domeinen | df | error | F | p | η^2 | groep | M | | |
| Zelfcontrole | 1 | 103 | 14,01 | 0,01* | 0,2 | PS | 4,61 | 4,35 | 4,88 |
| | | | | | | PS EPA | 3,95 | 3,72 | 4,19 |
| | | | | | | PS | 3,51 | 3,31 | 3,71 |
| Identiteitsintegratie | 1 | 103 | 9,06 | 0,03* | 0,08 | PS EPA | 3,10 | 2,92 | 3,28 |
| | | | | | | PS | 3,83 | 3,60 | 4,06 |
| | | | | | | PS EPA | 3,62 | 3,41 | 3,82 |
| Relationele capaciteiten | 1 | 103 | 1,90 | 0,17 | 0,02 | PS | 5,64 | 5,39 | 5,90 |
| | | | | | | PS EPA | 5,12 | 4,99 | 5,44 |
| | | | | | | PS | 4,60 | 4,37 | 4,84 |
| Sociale concordantie | 1 | 103 | 6,41 | 0,01* | 0,06 | PS EPA | 4,33 | 4,13 | 4,54 |
| | | | | | | PS | 4,60 | 4,37 | 4,84 |
| | | | | | | PS EPA | 4,33 | 4,13 | 4,54 |
| Verantwoordelijkheid | 1 | 103 | 2,94 | 0,09 | 0,03 | PS EPA | 4,33 | 4,13 | 4,54 |
| | | | | | | PS | 4,60 | 4,37 | 4,84 |
| | | | | | | PS EPA | 4,33 | 4,13 | 4,54 |

* alpha < 0,05.

Uit de MANOVA bleek een significant verschil tussen de groep PS en PS EPA qua ernst van persoonlijkheidsdisfunctioneren: $F(5,103) = 3,84, p = 0,003, \eta^2 = 0,16$. Er was daarbij

sprake van een matig effect. Uit de univariate toetsen (zie tabel 3) bleek dat dit verschil werd verklaard door de domeinen Zelfcontrole, Identiteitsintegratie en Sociale concordantie. Er was geen verschil op de domeinen Relationale capaciteiten en Verantwoordelijkheid tussen beide groepen. De PS EPA-groep liet dus hogere (ernstiger) scores zien ten opzichte van de PS-groep (tabel 3).

Om te controleren voor de invloed van de ernst van actuele psychische klachten als mogelijke verklaring voor het verschil tussen de groepen werd een MANCOVA uitgevoerd met de ernst van de actuele psychische klachten (OQ-45 Symptomen) als covariaat. Het in de MANOVA gevonden verschil tussen PS en PS EPA werd in deze analyse vrijwel geheel verklaard door de ernst van de actuele psychische klachten: $F(5,102) = 18,50$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,48$. Er was sprake van een groot effect.

Discussie

Kennis over PS EPA was tot nu toe gebaseerd op consensusbesprekingen van deskundigen. Op basis van die kennis werden de afgelopen jaren richtlijnen ontwikkeld voor bejegening en behandeling voor PS EPA, maar die waren niet onderbouwd met empirische gegevens. Het huidige onderzoek betrof de vraag of de aanwijzing van PS EPA als relevante subgroep binnen persoonlijkheidsstoornissen zich empirisch zou vertalen naar verschillen in ernst en aard van onderliggend persoonlijkheidsdisfunctioneren. In tegenstelling tot de verwachtingen op basis van de onderzoeksliteratuur suggereerden onze resultaten dat het onderscheid tussen milde en ernstige persoonlijkheidspathologie niet (primair) is gebaseerd op ernstiger persoonlijkheidsdisfunctioneren, noch op ernstiger interpersoonlijk disfunctioneren in het bijzonder.

Uit de resultaten volgde: 1) dat het verschil in ernst tussen beide groepen vrijwel geheel werd verklaard door de ernst van de actuele psychische klachten, zoals geoperationaliseerd met de subschaal Symptomen van de OQ-45, en 2) dat de PS-groep en de PS EPA-groep niet significant van elkaar verschilden in het gemiddelde aantal persoonlijkheidsstoornissen (gemiddeld 1,3 versus 1,4). Deze resultaten zijn in strijd met de bevindingen van Verheul et al. (2008) dat de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren significant samenhangt met het aantal persoonlijkheidsstoornissen. Ze zijn wel in lijn met onderzoek van Sharp et al. (2015), die binnen een populatie van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een positief verband vonden tussen meer ernstige pathologie en meer ernstige symptomatologie. Ook Stringer (2013) vond dat de hogere zorgconsumptie door patiënten met een ernstige persoonlijkheidspathologie grotendeels verklaard werd door de ernst van de As I-stoornis(sen).

Met betrekking tot de aard van het persoonlijkheidsdisfunctioneren werd in ons onderzoek het verschil tussen de groepen verklaard door stoornissen in het Zelf en niet door stoornissen in het Interpersoonlijk Functioneren. Deze bevindingen zijn in strijd met de door Van Meekeren et al. (2015) beschreven grotere interpersoonlijke kwetsbaarheid bij PS EPA en met eerder onderzoek van Morey et al. (2011), waarin aangetoond werd dat interpersoonlijk disfunctioneren significant toeneemt bij ernstiger persoonlijkheidspathologie. Voor de (Nederlandse) klinische praktijk is dat relevant, omdat de door het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2015) aanbevolen benadering van PS EPA deels is gebaseerd op een veronderstelde grotere interpersoonlijke kwetsbaarheid.

Opgemerkt moet worden dat onderzoek naar het onderscheid tussen de kernconcepten Zelf en Interpersoonlijk Functioneren van het alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2013) geen eenduidigheid oplevert in de mate waarin die fundamenteel verschillend zijn of eerder in hoge mate met elkaar correleren (Berghuis, Kamphuis, Verheul, Larstone, & Livesley, 2012; Hentschel & Livesley, 2013; Verheul et al., 2008; Zimmerman et al., 2015).

Sterke kanten en beperkingen

Een sterke kant van dit onderzoek was de relatief objectieve toewijzing van patiënten aan twee groepen (PS versus PS EPA) op basis van concrete criteria en niet op basis van klinische oordelen van behandelaars. Bij het ontwikkelen ervan konden we niet leunen op operationalisaties uit eerder onderzoek. De operationalisering van de criteria en de toewijzing aan PS dan wel PS EPA vormden daarom een uitdaging.

Een sterke kant van dit onderzoek is dat we mogen aannemen dat de resultaten representatief zijn voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in de specialistische ggz. Pro Persona is namelijk een van de grootste ggz-instellingen in Nederland. Inherent aan zorgonderzoek in de ggz is echter dat de proefgroep een selectie van zorgvragers is. Onduidelijk is dan ook of de gevonden resultaten eveneens gelden voor de ernstige subgroep (PS EPA+) zoals beschreven door Van Meekeren et al. (2015) of voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die niet in zorg komen (zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders'; Koekoek, 2011).

Een belangrijke vraag is of onze categoriale indeling in PS en PS EPA – op basis van beleidsdocumenten (Delespaul & De Consensusgroep, 2013; Steendam et al., 2013) en de klinische praktijk (indeling in cure en care) – recht doet aan de realiteit. Aansluitend bij de

ontwikkeling van dimensionele modellen waarin symptomen, syndromen en persoonlijkheidstrekken geordend worden in brede spectra (Kotov et al., 2017) is het denkbaar dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen beter langs een dimensie van mild (weinig EPA-kenmerken) naar ernstig (veel EPA-kenmerken) tot zeer ernstig (alle EPA-kenmerken) zijn te groeperen. De scheidslijn die wij in dit onderzoek hebben getrokken, lijkt arbitrair en wellicht deels een afspiegeling van onze wens om patiënten in te delen in afzonderlijke groepen, omdat dit het makkelijker maakt om zorg overzichtelijker en beter te organiseren. Ook onderzoek naar onderliggende gemeenschappelijke factoren wordt vaak (noodgedwongen) gebaseerd op categoriale variabelen (Kotov et al., 2017).

Verder is discussie mogelijk over de interpretatie van de resultaten. In de literatuur wordt gesproken van een grote samenhang tussen persoonlijkheidsdisfunctioneren en disfunctioneren door comorbide psychische stoornissen (voorheen: 'As 1-stoornissen'). Ook in de huidige studie bleek een sterke samenhang tussen persoonlijkheidsdisfunctioneren en generieke psychische symptomen met correlaties tussen de SIPP-domeinen en de subschaal Symptomen van de OQ-45 van 0,4 tot 0,7. Mogelijk meten beide instrumenten voor een deel dezelfde disfuncties en heeft de SIPP-118 onvoldoende onderscheidend vermogen ten opzichte van actuele psychische klachten (de OQ-45), of meet – vice versa – de subschaal Symptomen van de OQ-45 ook aspecten van persoonlijkheidsdisfunctioneren. Ondersteuning voor die suggestie biedt het onderzoek van Arnevik, Wilberg, Monsen, Andrea, en Karterud (2009). Zij vonden matige correlaties tussen de SIPP-118 en klachtenlijsten, zoals de SCL-90, de GAF en BDI. Het corrigeren voor de ernst van de actuele klachten in de tweede analyse zou ook onbedoeld kunnen leiden tot het corrigeren voor de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren.

Op basis van de conceptualisering van persoonlijkheidspathologie in de literatuur gingen we bij de start van het onderzoek echter uit van twee verschillende concepten, die dus tot op zekere hoogte los van elkaar staan. Meer recent werden hiërarchische modellen gelanceerd (Kotov et al., 2017; Kotov, Krueger, & Watson, 2018) waarbij het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen en andere psychische stoornissen niet meer zo scherp wordt gemaakt. Er wordt daarbij uitgegaan van een breed spectrum van psychopathologie met onderliggende gemeenschappelijke factoren. Uitgaande van die modellen zou men eerder kunnen stellen dat actuele psychische klachten niet zozeer te onderscheiden zijn van persoonlijkheidsstoornissen, maar dat die meer in elkaars verlengde liggen en met elkaar verweven zijn. In het licht van die ontwikkelingen kan het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen en andere psychische stoornissen in dit onderzoek als kunstmatig worden beschouwd en geeft de correctie voor ernst van actuele klachten niet zozeer aan dat er geen verschil is in onderliggende persoonlijkheidspathologie tussen beide groepen als wel dat dit verschil zich manifesteert in ernstiger psychische klachten.

Implicaties en aanbevelingen

De inzichten uit dit onderzoek kunnen bijdragen aan het optimaliseren van recente behandelinitiatieven voor PS EPA. Als de verschillen tussen PS en PS EPA worden verklaard door een veelheid van actuele psychische klachten (in het verlengde van en verweven met persoonlijkheidspathologie), is het belangrijk meer aandacht en tijd te besteden aan de behandeling van die klachten. Veelbelovende behandelmodellen zoals de *Guideline-informed treatment for personality disorders* (Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2015) of het *Collaborative Care Program* voor ernstige persoonlijkheidsproblematiek (Stringer, Van Meijel, Koekoek, Kerkhof, & Beekman, 2011) bieden een kader voor de behandeling van actuele psychische klachten naast elementen uit evidencebased behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen en interventies gericht op het verbeteren van het psychosociaal functioneren. Uit vervolgonderzoek moet blijken of de behandeling van actuele psychische klachten bij PS EPA ook veranderingen teweegbrengt op het gebied van het persoonlijkheidsfunctioneren en sociaal functioneren. Onderzoek bij met name ernstige borderline persoonlijkheidsproblematiek bracht tot nu toe aan het licht dat sociaal disfunctioneren minder gevoelig lijkt voor verandering (Bateman, 2012; Gunderson et al., 2011; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2012).

Een volgende bevinding die implicaties heeft voor de behandeling van PS EPA, is dat de veronderstelde grotere interpersoonlijke kwetsbaarheid van PS EPA in dit onderzoek niet werd teruggevonden. Hoewel die bevinding gerepliceerd moet worden, is het de vraag waarom hulpverleners het interpersoonlijke contact met PS EPA-patiënten als lastiger beschouwen dan het interpersoonlijke contact met PS-patiënten. Mogelijk zijn andere, niet-patiëntgebonden factoren (organisatie van zorg, factoren in de hulpverlener, omgevingsfactoren) van invloed op het interpersoonlijke contact. Maar ook de manifestatie van de actuele psychische klachten kan het interpersoonlijke contact met de hulpverleners beïnvloeden. Uit tabel 2 blijkt namelijk dat bij PS EPA meer cluster B-stoornissen (57,4 %) voorkomen dan bij PS (29,2%). Kenmerkend voor cluster B is het externaliserende karakter van de problematiek en de aanwezigheid van beperkte emotieregulatievaardigheden. Het is denkbaar dat de eerdergenoemde niet-patiëntgebonden factoren zoals organisatie van zorg (bijvoorbeeld een lange wachttijd) en omgevingsfactoren (bijvoorbeeld verlies van sociale steun) minder adequaat kunnen worden geïncasseerd en gecommuniceerd door patiënten met beperkte emotieregulatievaardigheden, waardoor hulpverleners hen in het contact mogelijk als lastiger ervaren (Koekoek, Hutschemaekers, Van Meijel, & Schene, 2011). Vervolgonderzoek naar verschillen in pathologische persoonlijkheidstreken tussen PS en PS EPA kan hier meer duidelijkheid over geven.

Het wordt aanbevolen vervolgonderzoek te doen naar verschillen tussen PS en PS EPA op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek met andere instrumenten dan de SIPP-118

(als operationalisatie van persoonlijkheidsdisfunctioneren) en de OQ-45 (als operationalisatie van de klachten). Hierdoor kan duidelijk worden of de bevinding uit het huidige onderzoek (geen onderscheid tussen PS en PS EPA op het gebied van persoonlijkheidspathologie) te wijten is aan onvoldoende onderscheidend vermogen van de gebruikte instrumenten.

Tot slot, een meer dimensionele indeling lopend van milde (PS) via ernstiger (enkele EPA-kenmerken) naar zeer ernstige persoonlijkheidspathologie (alle EPA-kenmerken) kan meer recht doen aan de realiteit. Een dimensionele benadering vraagt om een minder strakke organisatie van zorg in ‘behandelbare’ (gericht op cure) en ‘niet-behandelbare’ (gericht op care) patiënten. Dat maakt de klinische praktijk niet overzichtelijker. Behandeliniciatieven zoals de *Guideline-informed treatment for personality disorders* van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen (2015) kunnen een brug slaan tussen beide veronderstelde categorieën.

Conclusie

Uit de resultaten van dit onderzoek kunnen we met enige voorzichtigheid concluderen dat EPA binnen persoonlijkheidsstoornissen zich onderscheidt van persoonlijkheidsstoornissen die niet voldoen aan de criteria voor EPA en dat het verschil zich vooral manifesteert in ernstigere actuele psychische klachten. Gesteld zou kunnen worden dat PS EPA derhalve een relevante subgroep binnen persoonlijkheidsstoornissen is vanwege de veelheid van algemene symptomatologie. Een behandelinitiatief zoals de *Guideline-informed treatment for personality disorders* biedt een kader waarbinnen deze patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen behandeld kunnen worden voor hun actuele psychische klachten. Care wordt met andere woorden weer cure.

Noot

1. Organisatie voor specialistische ggz in Gelderland, Nederland.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- Arnevik, E., Wilberg, T., Monsen, J.T., Andrea, H., & Karterud, S. (2009). A cross-national validity study of the Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118). *Personality and Mental Health*, 3, 41-55. <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.60>

- Bateman, A.W. (2012). Treating borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 169, 560-563. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030341>
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Verheul, R., Larstone, R., & Livesley, J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 544-557. doi:10.1002/cpp.1811
- Clark, L.A., & Ro, E. (2014). Three-pronged assessment and diagnosis of personality disorder and its consequences: Personality functioning, pathological traits, and psychosocial disability. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5, 55-69. doi:10.1037/per0000063
- De Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E., Spinhoven, P., & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301. <https://doi.org/10.1002/cpp.529>
- Delespaul, P.H., & De Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., ... Skodol, A.E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives General Psychiatry*, 68, 827-837. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hentschel, A.G., & Livesley, W.J. (2013). Differentiating normal and disordered personality using the General Assessment of Personality Disorder (GAPD). *Personality and Mental Health*, 7, 133-142. <https://doi.org/10.1002/pmh.1218>
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. (2015). *Guideline-informed treatment for personality disorders: een behandelkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis* (Handleiding voor professionals). Geraadpleegd via <http://www.kenniscentrump.nl/publicatie/handleiding-geintegreerde-richtlijnbehandeling>
- Koekoek, B. (2011). *Ambivalent connections: Improving community mental health care for non-psychotic chronic patients perceived as 'difficult'* (Dissertatie, Radboud Universiteit Nijmegen). Geraadpleegd via <https://repository.uibn.ru.nl/bitstream/handle/2066/83239/83239.pdf?sequence=1>
- Koekoek, B., Hutschemaekers, G., Van Meijel, B., & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as 'difficult'? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72, 504-512. doi:10.1016/j.socscimed.2010.11.036
- Kotov, R., Krueger, R.F., & Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, 17, 24. <https://doi.org/10.1002/wps.20478>
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Achenbach, T.M., Althoff, R.R., Bagby, R.M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S., Verheul, R., Krueger, R.F., & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93, 347-353. doi:10.1080/00223891.2011.577853
- Sharp, C., Wright, A.G., Fowler, J.C., Frueh, B.C., Allen, J.G., Oldham, J., & Clark, L.A. (2015). The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 387-398. doi:10.1037/abn0000033
- Stendam, M., Van Luyn, B., Knapen, S., Nijmeijer, B., Van Meekeren, E., Kaasenbrood, A. & Van Bunningen, N. (2013). *Meedoen: aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS*. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.
- Stringer, B. (2013). *Collaborative Care for patients with severe personality disorders: Challenges for the nursing profession* (Dissertatie, Vrije Universiteit Amsterdam). Geraadpleegd via http://www.proefschriftenverpleegkunde.nl/wp-content/uploads/gravity_forms/6-e9dc63308c2d8*347*8c9*1a28bb67ce/2015/10/proefschrift-b.stringer-16-08.pdf?TB_iframe=true

- Stringer, B., Van Meijel, B., Koekkoek, B., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry*, *11*, 102. doi:10.1186/1471-244X-11-102
- Van Meekeren, E., Van Bunningen, N., Kaasenbrood, A.D., Knapen, S., Van Luyn, B., Nijmeijer, B., & Steendam, M. (2015). Ernstige psychische aandoening: kwaliteit van de relatie ligt in de reparatie. *Psychopraktijk*, *7*(4), 20-25.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J., Van der Kroft, P.J., ... Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, *20*, 23-34. doi:10.1037/1040-3590.20.1.23
- Widiger, T.A. (2015). Assessment of DSM-5 personality disorder. *Journal of Personality Assessment*, *97*, 456-466. doi:10.1080/00223891.2015.1041142
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *169*, 476-483. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11101550
- Zimmermann, J., Böhnke, J.R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*, 532-548. doi:10.1037/abn0000059

Summary

Personality dysfunction in personality disorders and in personality disorders and serious mental illnesses

In mental health care in the Netherlands, patients with severe personality disorders often have no access to recommended treatment of personality disorders. In addition to the criteria for personality disorders, these patients also meet the criteria for serious mental illness (SMI). Recently, an alternative treatment has been developed. Empirical knowledge of the underlying personality dysfunction can contribute to the optimization of such alternative treatments.

We investigated whether there were differences in both severity and nature of personality dysfunction regarding personality disorders and personality disorders and SMI. According to operationalized criteria of SMI, patients were categorized as (1) personality disorders (PD) and (2) personality disorders and SMI (PD SMI). Personality dysfunction was measured in both groups by the Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul et al., 2008). We conducted two analyses: MANOVA and MANCOVA using symptom distress as a covariate. 109 patients were included, among which 61 with PD SMI. Results show that the difference in personality dysfunction between PD and PD SMI groups lies in more severe pathology of the Self for PD SMI and not in more severe pathology of Interpersonal Dysfunction. However the difference in personality dysfunction disappeared when we corrected for the severity of actual symptom distress. We concluded that the PD SMI group compared to the PD group suffered from more severe actual symptom distress, rather than from more severe personality dysfunction.

Keywords: severe mental illness, SMI, personality dysfunction, SIPP-118

Personalia

Drs. Irene Dijkman, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Pro Persona, Nederland.

E-mail: i.dijkman@propersona.nl

Prof. dr. Agnes Scholing, klinisch psycholoog/psychotherapeut Pro Persona, hoofdopleider psychotherapie RINO Zuid, hoogleraar psychotherapie Open Universiteit, Nederland.

Dr. Bauke Koekoek, verpleegkundig specialist/epidemioloog, lector/verpleegkundig specialist Hogeschool Arnhem Nijmegen en Pro Persona, Nederland.

Dr. Han Berghuis, klinisch psycholoog/psychotherapeut, Pro Persona, Centrum voor Psychotherapie Lunteren, Nederland.

Verantwoording

Geen strijdige belangen mee gedeeld