

Persoonlijkheidsstoornissen volgens de Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) bij patiënten met een bipolaire stoornis

Een replicatieonderzoek

E.A.M. KNOPPERT-VAN DER KLEIN, C.A.L. HOOGDUIN

SAMENVATTING De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis wordt wisselend opgegeven in de literatuur. De Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) is een zelfbeoordelingsvragenlijst voor DSM-III-R persoonlijkheidsstoornissen die een hoge sensitiviteit en een matige specificiteit heeft.

Dit onderzoek werd verricht om met behulp van de PDQ-R persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen bij patiënten met een bipolaire stoornis (DSM-III-R-criteria).

Van de 87 patiënten die de PDQ-R invulden, scoorde meer dan de helft ($n=47$) één of meer persoonlijkheidsstoornissen. In totaal werden 121 diagnoses gesteld bij 47 patiënten, een gemiddelde van 2,6 per patiënt. De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen waren de theatrale, de borderline- en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (resp. bij 26, 19 en 16 patiënten).

De PDQ-R blijkt in de klinische praktijk een nuttig instrument. Er is duidelijk sprake van comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen bij de bipolaire stoornis. Dit kan van belang zijn voor de behandeling. Aangeraden wordt om bij patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis wordt gevonden een semi-gestructureerd interview af te nemen in verband met mogelijke overdiagnostiek door de PDQ-R. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 2, 67-73]

TREFWOORDEN bipolaire stoornis, comorbiditeit, PDQ-R, persoonlijkheidsstoornis

In 1980 werd door de American Psychiatric Association (APA) de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-3rd edition) ingevoerd met een aparte as voor persoonlijkheidsstoornissen. Sindsdien is het onderzoek naar de comorbiditeit van klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen pas goed op gang gekomen.

Verschillende oudere onderzoeken geven een comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornis-

sen en bipolaire stoornissen aan van 4-23% (Goodwin & Jamison 1990). Een deel van deze variatie kan te wijten zijn aan verschillen in methodologie, zoals gebruikte diagnostische criteria, meetinstrumenten (zelfbeoordelingsvragenlijsten of (semi-)gestructureerde interviews) en controlegroepen. Zelfbeoordelingslijsten blijken in onderzoek gevoelig voor vertekening ten gevolge van het psychiatrisch toestandsbeeld en geven een overschatting van het aantal persoon-

lijkheidsstoornissen (Ouwersloot e.a. 1994).

De onderzoeksliteratuur biedt in toenemende mate ondersteuning voor de validiteit van het concept persoonlijkheidsstoornis. Er is echter nog altijd geen 'gouden standaard' waaraan de validiteit van de classificatiesystemen en de door de instrumenten gestelde diagnoses getoetst kunnen worden (Ouwersloot e.a. 1994).

In de algemene bevolking voldoet 10% aan de criteria van ten minste één DSM-III(-R)-persoonlijkheidsstoornis, van de ambulante psychiatrische patiënten 20-40% en van de opgenomen patiënten 50% of meer (Van den Brink & Van der Velden 1994). De klinische toestand tijdens de beoordeling van het al of niet aanwezig zijn van één of meer persoonlijkheidsstoornissen kan van invloed zijn geweest op de diagnose. Zo is er een grote overlap tussen de criteria van de borderline-persoonlijkheidsstoornis en de bipolaire stoornis en is het onderscheid tussen As I en As II

hierdoor niet altijd gemakkelijk te maken (Bolton e.a. 1996; Knoppert e.a. 1997). In tabel 1 worden de overeenkomsten en verschillen bij de bipolaire stoornis en de borderline-persoonlijkheidsstoornis aangegeven. Bij de bipolaire stoornis is sprake van een cyclisch verloop, bij een persoonlijkheidsstoornis is sprake van een duurzaam star patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene. Het staat vast dat bij het verdwijnen van As I-stoornissen ook de gemeten persoonlijkheidskenmerken belangrijke wijzigingen kunnen vertonen (Knoppert e.a. 1997).

Het stellen van de juiste diagnose is van belang voor de behandeling die immers verschillend is. Bij een bipolaire stoornis is farmacotherapie, te weten instelling op een stemmingsstabilisator, de behandeling van voorkeur. Daarnaast zijn behalve psycho-educatie ook psychotherapeutische interventies van belang (Miklowitz

TABEL 1 Overeenkomsten en verschillen bij de bipolaire stoornis en de borderline-persoonlijkheidsstoornis

	Borderlinestoor- nis	Manie	Depressie	Bipolaire stoornis
1. Suïcidale gestes, automutilatie	+	-	+	+
2. Stemningswisselingen/ affectabiliteit:				
- somberheid/angst	+	-	+	+
- prikkelbaarheid/angst	+	+	+	+
3. Negatief zelfbeeld	+	-	+	+
4. Paranoïde ideeën	+	+	+	+
5. Impulsiviteit (zakelijk onver- standige investeringen, geld verkwisten, roekeloos autorijden, impulsiviteit op seksueel gebied, 'acting-out'-gedrag	+	+	-	+
6. Woede-uitbarstingen	+	+	+	+
7. Chronisch gevoel van leegte	+	-	-	-
8. Angst voor verlatting	+	-	-	-
9. Dissociatieve fenomenen	+	-	-	-

+ = aanwezig; - = niet aanwezig

1996; Miklowitz e.a. 1996). Bij de behandeling van een persoonlijkheidsstoornis is dit minder duidelijk. Van psychotherapieën (o.a. cognitieve therapie) zijn positieve effecten beschreven, evenals van medicamenteuze ondersteuning. (Cognitieve) psychotherapie en farmacotherapie kunnen elkaar aanvullen. Een goede therapeutische relatie verkregen bij bijvoorbeeld cognitieve therapie kan vertrouwen geven in medicatie, en andersom kunnen cognitieve technieken gebruikt worden ter verbetering van de therapietrouw wat betreft het gebruik van medicatie (Layden e.a. 1993). Farmacologische interventies kunnen de affectieve dysregulatie en de impulsieve, agressieve en angstsymptomen verminderen die anders een psychotherapeutische benadering zoals cognitieve therapie in de weg staan (Layden e.a. 1993; Soloff 1994; Coccaro 1998).

Farmacotherapie moet gezien worden als een bruikbare aanvulling op psychotherapie in de behandeling van de patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (Van der Mast 1998). Goede gecontroleerde studies zijn vooralsnog nauwelijks voorhanden.

Ook het vaststellen van het bestaan van beide stoornissen is van belang voor de behandeling. Meerdere studies hebben laten zien dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis langer doen over het herstel van een ziekte-episode en meer problemen hebben met therapietrouw (Goodwin & Jamison 1990). Bij veel studies naar de comorbiditeit van stemmingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen zijn geen patiënten met een bipolaire stoornis opgenomen of zijn de gegevens van deze patiënten niet apart bekeken.

Het doel van dit onderzoek was meer zicht te krijgen op de comorbiditeit van bipolaire stoornissen met persoonlijkheidsstoornissen in onze eigen populatie patiënten met een bipolaire stoornis (volgens DSM-III-R-criteria), omdat bekend is dat dit negatieve invloed heeft op prognose en therapietrouw. De vraagstelling van het onderzoek luidde: Bestaan er bij patiënten met een bipolaire stoornis comorbide persoonlijkheidsstoornissen; en zo ja, zijn er persoonlijk-

heidsstoornissen die vaker voorkomen?

PATIËNTEN EN METHODE

Op twee psychiatrische poliklinieken (één behorend bij een algemeen ziekenhuis en één behorend bij een algemeen psychiatrisch ziekenhuis) werden achtereenvolgens de patiënten met een bipolaire stoornis in remissie (diagnose volgens DSM-III-R) gevraagd de gekozen zelfbeoordelingsvragenlijst eenmalig in te vullen. Er moest dus sprake zijn van een euthyme fase.

De bipolaire stoornis werd niet nader gespecificeerd. Het ging voornamelijk om nu volgens de DSM-IV geclassificeerde bipolaire I-stoornissen en een enkele bipolaire II-stoornis of bipolaire stoornis Niet Anderszins Omschreven. In de DSM-III-R-classificatie werd nog geen onderscheid gemaakt in bipolaire I- en II-stoornissen. De bipolaire II-stoornis viel onder de bipolaire stoornis Niet Anderszins Omschreven. Het ging uitsluitend om ambulante patiënten die zelf (eventueel met hulp van anderen) op de polikliniek konden komen en over het algemeen redelijk functioneerden in (vrijwilligers)werk of huishouden.

Het betrof 38 mannen en 49 vrouwen van 18 tot 75 jaar (gemiddeld 47 jaar). Het merendeel van de patiënten was gehuwd of samenwonend. De meesten gebruikten sinds een aantal jaren lithium (lopend van 6 maanden tot ruim 25 jaar). Een aantal patiënten hadden sindsdien geen depressie of manie meer gehad, de meerderheid had nog wel één of meerdere ziekte-episoden doorgeemaakt. De familiale belasting, die zeker bij een aantal patiënten aanwezig was, is niet goed in kaart gebracht in de twee populaties. Dit was praktisch niet haalbaar, nog afgezien van te voorziene methodologische problemen, zoals niet te verifiëren en niet te achterhalen informatie.

Gesteld kan worden dat het bij beide populaties om patiënten met een matige tot ernstige stoornis ging – maar niet om een zeer ernstige stoornis in die zin dat er over het algemeen niet frequent opnemingen nodig waren sinds instelling

op lithium – en dat patiënten in staat waren een redelijk sociaal leven te leiden met andere mensen.

MEETINSTRUMENT

Een persoonlijkheidsstoornis kan op verschillende manieren vastgesteld worden. Alleen klinische diagnostiek, een methode die nog veel gebruikt wordt, heeft als nadeel dat de (eerste) indruk van degene die de diagnose stelt, niet gemakkelijk veranderd wordt in het beloop van de stoornis. Gestructureerde interviews zijn niet geschikt, omdat niet door doorvragen tot een afgewogen oordeel gekomen kan worden.

Derhalve zijn semi-gestructureerde interviews het meest aangewezen om tot een betrouwbare diagnose te komen. Vragenlijsten zijn veel minder geschikt, omdat zij vaak beïnvloed worden door het klinische beeld (As I DSM-classificatie), en tot overdiagnostiek leiden (Bögels & Arntz 1996). Om praktische redenen (tijdsfactor en belasting patiënt) werd toch gekozen voor een vragenlijst. Aangezien het doel was geen diagnoses op As II te missen, werd de overdiagnostiek in dit geval in dit stadium van het onderzoek nog niet als een groot probleem gezien.

Gekozen werd voor een in het Nederlands vertaalde, gemakkelijk af te nemen zelfbeoordelvragenlijst om een snelle screening te kunnen verrichten. De bedoeling was ook om zo min mogelijk te diagnosticeren persoonlijkheidsstoornissen te missen. Derhalve werd gezocht naar een gevoelige vragenlijst.

De Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) is een zelfbeoordelvragenlijst met 133 items, die in ongeveer 30 minuten in te vullen is. Uit onderzoek komt naar voren dat de PDQ-R in vergelijking met de Personality Disorder Examination (PDE) en de Structural Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) een hoge sensitiviteit en een matige specificiteit heeft (Hyler e.a. 1990). Dit betekent dat er weinig persoonlijkheidsstoornissen worden gemist, maar wel een aantal foutpositieve diagnoses worden gesteld

(Van den Brink 1993; Ouwersloot e.a. 1994).

Een prettige bijkomstigheid was dat O'Connell e.a. eerder voor de PDQ-R kozen bij onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten met een bipolaire stoornis, zodat de resultaten vergeleken kunnen worden (O'Connell e.a. 1991).

De PDQ-R is in het Nederlands vertaald door Ouwersloot e.a. (1989). Hij wordt gebruikt voor het diagnosticeren van de 13 DSM-III-R-persoonlijkheidsstoornissen.

RESULTATEN

Uiteindelijk werden 87 achtereenvolgende patiënten (38 mannen en 49 vrouwen) bij het onderzoek betrokken. De gemiddelde leeftijd was 47 jaar. Meer dan de helft van de patiënten, 47 van de 87 (56,6%), scoort een persoonlijkheidsstoornis op de PDQ-R, 40 van de 87 (43,4%) hebben er geen. 17 patiënten hebben een persoonlijkheidsstoornis (20,5%), 10 hebben er twee (12,0%), 8 hebben er drie (9,6%) en 12 hebben er vier of meer (14,5%). De meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen zijn de theatrale en de borderline-persoonlijkheidsstoornis (bij resp. 26 en 19 patiënten) gevolgd door de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (bij 16 patiënten).

In tabel 2 wordt per persoonlijkheidsstoornis het aantal patiënten aangegeven dat hier positief op scoorde. De schizoïde persoonlijkheidsstoornis komt significant vaker voor bij mannen dan bij vrouwen in deze groep. De 47 patiënten (22 mannen en 25 vrouwen) hebben gemiddeld 2,6 persoonlijkheidsstoornissen (lopend van 1-7).

Ter vergelijking zijn in tabel 2 ook de gegevens uit het onderzoek van O'Connell (1991) vermeld. In dit onderzoek ging het om 50 patiënten (24 mannen en 26 vrouwen). De gemiddelde leeftijd was 51 jaar. Ook hier scoorde meer dan de helft van de patiënten een persoonlijkheidsstoornis (29 van de 50). En ook hier waren de theatrale en borderline-persoonlijkheidsstoornis (bij resp. 10 en 15 patiënten) de twee meest frequent voor-

TABEL 2 Aantal patiënten met een persoonlijkheidsstoornis gemeten met de PDQ-R bij twee verschillende populaties patiënten met een bipolaire stoornis

	Knoppert e.a. n = 47	O'Connell n = 29
CLUSTER A		
Schizoïd	11	6
Schizotypisch	11	2
Paranoïde	16	3
CLUSTER B		
Theatraal	26	10
Narcistisch	6	7
Borderline	19	15
Antisociaal	1	8
CLUSTER C		
Ontwikkend	10	6
Afhankelijk	10	4
Obs./Compuls.	9	5
Pas./Agressief	2	3
Totaal aantal persoonlijkheidsstoornissen per groep	121	69

komende persoonlijkheidsstoornissen. Daarna volgde de antisociale persoonlijkheidsstoornis (bij 8 patiënten). Deze 29 patiënten hadden gemiddeld 2,4 persoonlijkheidsstoornissen (lopend van 1-10).

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Evenals bij O'Connell (1991) worden veel persoonlijkheidsstoornissen gezien bij gebruik van de PDQ-R. Buiten het vaak voorkomen, evenals bij O'Connell, van de theatrale en de borderline-persoonlijkheidsstoornis wordt in de Nederlandse onderzoeksgroep ook vaak aan de

criteria van de paranoïde persoonlijkheidsstoornis voldaan.

De PDQ-R blijkt in de klinische praktijk goed bruikbaar en gemakkelijk af te nemen. Er wordt een duidelijke comorbiditeit gevonden van persoonlijkheidsstoornissen bij de bipolaire stoornis, hetgeen van belang kan zijn voor de verdere behandeling.

Gezien de hoge sensitiviteit (overdiagnostiek) en lage specificiteit (Hyler e.a. 1990) verdient het aanbeveling om bij die patiënten bij wie een persoonlijkheidsstoornis wordt gevonden, verder onderzoek te doen met een semi-gestructureerd interview (Bögels & Arntz 1996), bij voorkeur afgenomen door een onafhankelijk beoordelaar, naar de aanwezigheid van die persoonlijkheidsstoornis en vervolgens het behandelbeleid daarop aan te passen.

Helaas was het niet mogelijk om in dit onderzoek de patiënten middels een semi-gestructureerd interview verder te bekijken. In toekomstig onderzoek moet dit zeker wel gebeuren om met meer zekerheid een persoonlijkheidsstoornis te kunnen vaststellen en de waarde van de PDQ-R beter te kunnen vaststellen. Ook kan dan beter bekeken worden of er echt een specifieke associatie is tussen de bipolaire stoornis en de theatrale en borderline-persoonlijkheidsstoornis. De negatieve invloed van persoonlijkheidsstoornissen op de therapietrouw bij de behandeling van bipolaire stoornissen en ook op de prognose ervan is een bekend feit. Het gevolg van dit onderzoek was wel dat er beter gekeken werd dan tevoren naar de patiënten die positief scoorden op persoonlijkheidsstoornissen. In de klinische praktijk laat de eerste auteur patiënten vaak een PDQ-R invullen, ze scoort hem en bespreekt de uitkomsten vervolgens met de patiënt. Dit om te kijken of er een overeenstemming bestaat tussen de PDQ-R-uitslag, de mening van de patiënt over zijn of haar persoonlijkheid en de klinische blik van de psychiater. In een aantal gevallen komen zo persoonlijkheidsaspecten aan het licht die van belang kunnen zijn bij de behandeling, zonder dat het de psy-

chiater veel extra tijd kost, een belangrijk punt op een drukke polikliniek. Bij vaststelling van een persoonlijkheidsstoornis kan overwogen worden (cognitieve) psychotherapie toe te voegen aan de psychiatrische behandeling om te voorkomen dat therapie-ontrouw optreedt ten aanzien van de farmacotherapie. Medicamenteuze therapie-ontrouw is een groot probleem bij de behandeling van patiënten met een bipolaire stoornis (Knoppert e.a. 1998).

Dit (pilot-)onderzoek vestigt de aandacht op het probleem van comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen bij de bipolaire stoornis en de invloed daarvan op therapietrouw en prognose. Vervolgens kan in toekomstige studies onderzocht worden of therapietrouwbevorderende maatregelen bij patiënten met een (bepaalde) persoonlijkheidsstoornis zinvol zijn en therapie-resultaten kunnen verbeteren.

LITERATUUR

- Bögels, S., & Arntz, A. (1996). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 3*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bolton, S., & Gunderson, J.G. (1996). Distinguishing borderline personality disorder from bipolar disorder: Differential diagnosis and implications. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1202-1207.
- Brink, W. van den (1993). Classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 2073-2077.
- Brink, W. van den, & Van der Velden, K. (1994). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Coccaro, E.F. (1998). Clinical outcome of psychopharmacologic treatment of borderline and schizotypal personality disordered subjects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, supplement 1, 30-35.
- Goodwin, F.K., & Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Hyler, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., e.a. (1990). Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised: Comparison with two structured interviews. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1043-1048.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Hoogduin, C.A.L., Nolen, W.A., e.a. (1997). Borderline of misschien toch bipolair? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 409-412.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Kölling, P., & Hoogduin, C.A.L. (1998). Therapietrouw bij het gebruik van stemmingsstabilisatoren. In E.A.M. Knoppert-van der Klein, P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (red.), *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., e.a. (1993). Pharmacotherapy and associated medical issues in the treatment of borderline personality disorder. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn and Bacon.
- Mast, R.C. van der (1998). Medicamenteuze behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 47-50.
- Miklowitz, D.J. (1996). Psychotherapy in combination with drug treatment for bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, supplement 1, 56S-66S.
- Miklowitz, D.J., Frank, E., & George, E.L. (1996). New psychosocial treatments for the outpatient management of bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 613-621.
- O'Connell, R.A., Mayo, J.A., & Sciuotto, M.S. (1991). PDQ-R personality disorders in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 23, 217-221.
- Ouwensloot, G., van den Brink, W., Diekstra, R.F.W., e.a. (1994). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Een evaluatie van Nederlandstalig instrumentarium. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 558-570.
- Soloff, P.H. (1994). Is there any drug treatment of choice for the borderline patient? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, supplement 379, 50-55.

AUTEURS

E.A.M. KNOPPERS-VAN DER KLEIN en

C.A.L. HOOGDUIN zijn respectievelijk psychiater

(verbonden aan APZ Endegeest, locatie Jelgersmapolikliniek te Oegstgeest) en hoogleraar psychopathologie (vakgroep

Klinische Psychologie van de Katholieke Universiteit

Nijmegen). Correspondentieadres: Rhijngesterstraatweg 13,

2342 AN Oegstgeest, t.n.v. E.A.M. Knoppers-van der Klein.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-1998.

SUMMARY Personality disorders by the Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) in bipolar patients – The prevalence of personality disorders in bipolar patients varies widely as reported in the literature. The Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R) is a self-report instrument for DSM-III-R personality disorders with high sensitivity and moderate specificity. This study was designed to assess personality disorders in bipolar patients (criteria DSM-III-R) using the PDQ-R. More than half of the 87 patients (47) who completed the PDQ-R scored for one or more personality disorders. A total of 121 diagnoses was made among 47 patients, a mean of 2,6 per patient. The most frequent diagnoses were histrionic, borderline and paranoid personality disorder (26, 19 and 16). The results were compared with the study of O'Connell (1991). The PDQ-R is a useful instrument in clinical practice. The comorbidity of personality disorders and bipolar disorder is evident. This can be important in treatment. It is advisable to conduct a semi-structured interview when a personality disorder is found, because of the possibility of overdiagnosing.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 2, 67-73]

KEYWORDS bipolar disorder, comorbidity, PDQ-R, personality disorder