

De klinische diagnostiek van persoonlijkheidspathologie

Een multi-conceptuele, multi-instrumentele benadering

door H. Groen en W. van den Brink

Samenvatting

In dit artikel bespreken wij de klinische diagnostiek van persoonlijkheidspathologie en persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij maken wij gebruik van een multi-conceptuele, multi-instrumentele benadering. Bij deze benadering worden er voor elke patiënt gegevens verzameld, behorend tot verschillende theoretische concepten, terwijl er per concept gebruik gemaakt wordt van meerdere meetinstrumenten.

De convergentie van de verschillende concepten en meetprocedures blijkt zowel op populatie- als patiëntniveau slechts beperkt van omvang te zijn. Divergente gegevens bleken vaak te leiden tot nieuwe diagnostische vragen, terwijl convergente gegevens een ondersteuning vormden voor het uitzetten van een hecht beleid.

In de discussie wordt gepleit voor de ontwikkeling van diagnostische protocollen, waarbij zowel zelfbeoordelvingsvragenlijsten als (semi-)gestructureerde interviews een duidelijke plaats krijgen in het klinisch-diagnostisch proces.

Inleiding

Onmiddellijk na de introductie van DSM-III, met daarin as II, ontstond er een levendige discussie rondom de operationalisering en de validiteit van het concept 'persoonlijkheidsstoornis'. Clinici en onderzoekers afkomstig uit verschillende theoretische scholen zijn in het algemeen tevreden over het onderscheid tussen psychiatrische toestandsbeelden (as I) en persoonlijkheidsstoornissen (as II). Er is echter ook kritiek: hoewel de meeste onderzoekers blij zijn met de operationalisering van de persoonlijkheidspathologie op gedrags- en beleevingsniveau, klagen zij over de gebrekkige empirische basis van de categoriale structuur (o.a. Frances 1985; Eysenck 1987; Van den Brink 1989) en over het arbitraire karakter van de definiërende criteria van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen (o.a. Gunderson 1987; Widiger 1989; Morey 1985). Veel clinici klagen daarentegen juist over de operationalisering van persoonlijkheidspathologie op gedrags- en beleevingsniveau. Volgens hen zou een dergelijke classificatie wel eens heel betrouwbaar kunnen zijn, maar

van weinig betekenis voor indicatiestelling, behandeling en prognose (o.a. Vaillant 1987; De Jonghe e.a. 1989; Abraham 1990). Bovendien zijn veel psychoanalytici van mening dat bij deze diagnostiek onvoldoende aandacht wordt besteed aan de diagnostische betekenis van de zich ontwikkelende overdrachtsrelatie (o.a. Kernberg 1984; Van Harten en Van den Brink 1990).

Ondanks de kritiek is er sinds de introductie van DSM-III een duidelijke toename van het empirisch onderzoek naar zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de DSM-III(-R) persoonlijkheidsstoornissen. Uit dit onderzoek komt onder andere naar voren dat de meeste DSM-III(-R) persoonlijkheidsstoornissen redelijk betrouwbaar kunnen worden vastgesteld, dat de meeste stoornissen redelijk stabiel zijn over de tijd en dat er bij de meeste stoornissen sprake is van concurrente en predictieve validiteit (o.a. Frances en Widiger 1987). Daarnaast wijzen steeds meer auteurs op de onderlinge relaties tussen de verschillende persoonlijkheidsmodellen en hun operationalisaties (o.a. Akhtar en Thomson 1982; Van den Brink 1987, 1989; Siomopoulos 1988).

Tot nu toe heeft het empirisch onderzoek voornamelijk plaatsgevonden in onderzoeks-settingen en was bijna uitsluitend gericht op de beantwoording van basaal wetenschappelijke vragen (o.a. taxonomie, betrouwbaarheid, concurrente validiteit). Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar de uitvoerbaarheid en de betekenis van persoonlijkheidsdiagnostiek in de (poli)klinische praktijk en naar de wijze waarop er met de verschillende theoretische concepten (o.a. descriptief, psychodynamisch, interpersoonlijk) in de praktijk kan worden gewerkt. Het belang van persoonlijkheidsdiagnostiek is onder andere door Kortmann (1983) benadrukt. Aard en ernst van eventueel aanwezige persoonlijkheidspathologie nemen een centrale plaats in bij de indicatiestelling en het inschatten van de prognose. Onvoldoende besef van de draagwijdte en de ernst van de aanwezige persoonlijkheidspathologie kan leiden tot ongerechtvaardigde verwachtingen, mislukte interventies en teleurstellingen bij zowel patiënt als therapeut.

In dit artikel gaan wij nader in op de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie in de klinische praktijk. Eén van de kenmerken van deze praktijk is dat er vaak tegelijkertijd én impliciet gebruik gemaakt wordt van de verschillende theoretische concepten, die op verschillende manieren gemeten worden. In aansluiting op de klinische praktijk en met het doel meer inzicht te krijgen in de betekenis van en de relatie tussen de verschillende theoretische concepten, gaan wij in dit onderzoek uit van een 'multi-conceptuele multi-instrumentele' benadering (Campbell en Fiske 1959). Bij deze benadering worden niet alleen een aantal verschillende theoretische concepten, die schuil gaan achter het begrip persoonlijkheidsstoornis, met elkaar vergeleken (= multi-conceptueel), maar ook de verschillende meetprocedures voor een bepaald concept (= multi-instrumenteel). We beperken ons in dit

artikel tot een vergelijking tussen de *psychoanalytisch* gefundeerde structuurdiagnose, het *descriptieve* DSM-III concept en een *interpersoonlijk* model. Na omschrijving van de onderzoekspopulatie en de wijze waarop de verschillende concepten gemeten zijn, worden achtereenvolgens gegevens gepresenteerd ten aanzien van de aanwezige persoonlijkheidspathologie in de onderzoekspopulatie, de onderlinge samenhang van de concepten en instrumenten op populatieniveau en de onderlinge samenhang van concepten en instrumenten op individueel niveau. In de discussie zal ten slotte aandacht worden besteed aan de beperkingen van de studie en aan de betekenis van gevonden convergenties en divergenties voor de klinische praktijk.

Methodes

Onderzoekspopulatie – Het onderzoek werd uitgevoerd bij psychiatrische polikliniekpatiënten, bij wie de behandelend psychiater i.o. vermoedde dat er sprake was van een DSM-III persoonlijkheidsstoornis. In totaal deden er 16 patiënten aan het onderzoek mee; 5 vrouwen (gemiddelde leeftijd 28,4) en 11 mannen (gemiddelde leeftijd 27,4). Naast een (vermoedelijke) as II diagnose bleek er bij 10 patiënten tevens sprake te zijn van ten minste één as I diagnose: affectieve stoornis (N = 5), psychose (N = 2), algemene angststoornis (N = 2) en affectieve + algemene angststoornis (N = 1).

Concepten en instrumenten – Voor de psychodynamische structuurdiagnose werd gebruik gemaakt van de psychodynamische formulering, zoals deze door de behandelend arts was opgesteld. Gebleken is (Friedman en Lister 1987) dat zeer veel klinici deze formulering van groot belang vinden maar zelden middels systematisch onderzoek tot een dergelijke diagnose komen. Een goede structuurdiagnose omvat behalve een beschrijving van structurele persoonlijkheidskenmerken, een opsomming van dominante afweermechanismen en er wordt ruim aandacht besteed aan veronderstelde intrapsychische conflicten.

De classificatie van persoonlijkheidspathologie volgens de DSM-III is niet gebaseerd op onderliggende structuren en conflicten, maar op een beschrijving van inflexibele, maladaptieve gedragingen en belevenissen die zo ernstig zijn dat ze langdurige stoornissen in het sociale en beroepsmatige functioneren of subjectieve onlustgevoelens veroorzaken. Voor de meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie werd, naast de as II diagnose van de behandelend arts, gebruik gemaakt van een zelfbeoordelvingsvragenlijst (Millon Clinical Multi-axial Inventory = MCMI; Luteijn 1980) en een semi-gestructureerd interview (Structured Interview for DSM-III Personality disorders – Revised = SIDP-R; Van den Brink 1989). De MCMI bestaat uit 175 twee-keuzevragen die door de respondent in ongeveer 30 minuten beantwoord kunnen

worden. Naast een categoriale as II diagnose, kan met behulp van de MCMI ook een multi-dimensioneel persoonlijkheidsprofiel opgesteld worden. De scores op de 11 dimensies worden daarbij gevormd door het aantal aanwezige criteria voor een bepaalde stoornis te delen door het maximaal aantal mogelijke criteria. Wij gebruiken alleen de pathologische scores, aan de hand van een door Millon geformuleerde standaard.

De SIDP is een semi-gestructueerd interview dat bestaat uit 160 vragen. Aan de hand van deze vragen informeert de interviewer systematisch naar de eventuele aanwezigheid van de (85) pathologische persoonlijkheidstrekken zoals die voorkomen bij de 11 specifieke DSM-III persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze bewerking zijn er aan het oorspronkelijke instrument een aantal vragen toegevoegd om dimensionele scoringen en een algemene ernstscores mogelijk te maken (SIDP-R). De afname van het interview neemt 2 tot 2½ uur in beslag en resulteert in een categoriale DSM-III as-II diagnose en een multi-dimensioneel persoonlijkheidsprofiel.

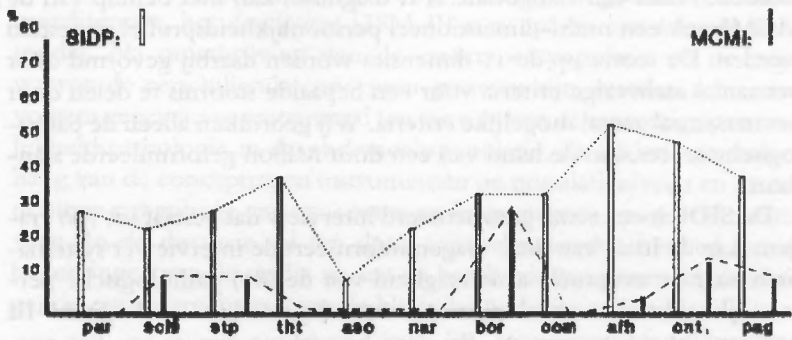
Voor de interpersoonlijke persoonlijkheidsbeschrijving werd ook gebruik gemaakt van een zelfbeoordelingsvragenlijst (Interpersonal Check List = ICL; LaForge en Suczek 1955), bestaande uit 128 twee-keuzevragen waarmee 16 schaalscores berekend kunnen worden. De schalen (segmenten) zijn circulair gerangschikt rond twee orthogonale assen: 'controle' (dominantie-onderdanigheid) en 'affiliatie' (vijandigheid-saamhorigheid). Op basis van de schaalscores en hun onderlinge rangschikking kan een interpersoonlijk persoonlijkheidsprofiel worden samengesteld. In dit onderzoek zijn de 16 segmentcores samengevoegd tot 8 octantscores.

Procedure – De structuurdiagnose en de klinische as-II diagnose werden gesteld door de behandelend arts meegedeeld aan de onderzoeker (HG), die het semi-gestructureerde interview (SIDP-R) afnam. Voorafgaande aan dit interview werden door de patiënt de MCMI en de ICL thuis ingevuld. De interviewer was niet op de hoogte van de scores op de vragenlijsten.

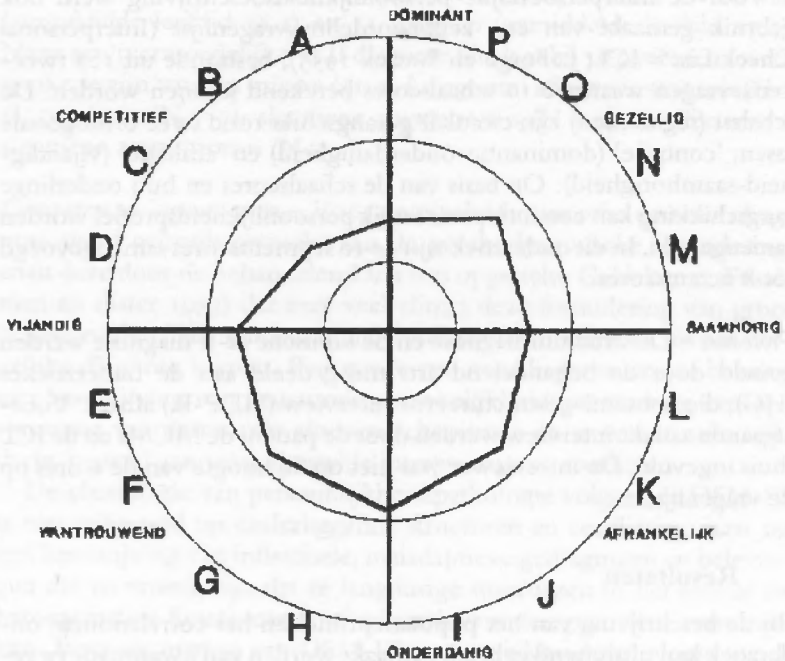
Resultaten

Bij de beschrijving van het populatieprofiel en het correlationele onderzoek kan uitsluitend gebruik gemaakt worden van kwantitatieve gegevens (SIDP-R, MCMI, ICL). Bij de casusbesprekingen wordt gebruik gemaakt van zowel de kwantitatieve als kwalitatieve gegevens.

Populatieprofielen – In figuur 1a is de DSM-III persoonlijkheidspathologie van de onderzoekspopulatie weergegeven in de vorm van SIDP-R en MCMI populatieprofielen. Bij de ordening van de persoonlijkheids-



Figuur 1a: Het SIDP en MCMI profiel van de populatie: het aantal positief gescoorde items als % van het totaal aantal mogelijke items per stoornis. Elke positieve score op de SIDP wijst op pathologie; alleen de abnormale scores op de MCMI zijn weergegeven.



Figuur 1b: Het ICL profiel van de populatie

stoornissen op de X-as is uitgegaan van de clustering van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III. Cluster A: paranoïd (par), schizoïd (sch), schizothym (stp), cluster B: theatraal (tht), antisociaal (aso), nar-

cistisch (nar), borderline (bor) en cluster C: obsessief-compulsief (com), afhankelijk (afh), ontwijkend (ont), passief-agressief (pag). Op de Y-as is het gemiddelde percentage van de maximale score op de betreffende persoonlijkheidsdimensie uitgezet.

Volgens de SIDP-R wordt de onderzoekspopulatie voornamelijk gekenmerkt door cluster C pathologie en relatief hoge scores op de theatrale en borderline persoonlijkheidsdimensies. Narcistische en schizoïde pathologie is tamelijk zeldzaam en antisociaal gedrag vrijwel afwezig. Met behulp van dit interview werd in de populatie 15 maal een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld: zes keer een atypische, gemengde of andere persoonlijkheidsstoornis, driemaal een borderline en driemaal een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en bij drie personen werden 2 persoonlijkheidsstoornissen vastgesteld respectievelijk: de schizothyme/theatrale, de schizothyme/afhankelijke en de theatrale/afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Het profiel van de MCMI ligt in het geheel wat lager. Toch is ook hier voornamelijk sprake van cluster C en borderline pathologie. Theatrale trekken zijn hier echter zeldzaam, schizoïde en schizothyme pathologie niet.

Kijken we naar het gemiddelde ICL-profiel (figuur 1b), dan blijkt de onderzoekspopulatie in interpersoonlijke termen voornamelijk gekenmerkt te worden door onderdanigheid (HI), afhankelijkheid (JK), wantrouwen (FG) en agressiviteit (DE).

Correlationeel onderzoek – De vergelijking van de verschillende profielen geeft enig inzicht in de samenhang tussen de verschillende concepten en meetprocedures op geaggregeerd populatieniveau. Om een indruk te krijgen van deze samenhangen in de populatie op individueel niveau berekenden wij de correlaties tussen de dimensionele SIDP-R scores en de scores op de MCMI en de ICL (tabel 1).

Ondanks de veronderstelde conceptuele vergelijkbaarheid van de SIDP-R en de MCMI zijn slechts 5 van de 11 correlaties tussen overeenkomstige schalen statistisch significant en klinisch relevant (r [p269].50: par, stp, afh, ont, pag). Opvallend zijn de vele significante correlaties tussen niet overeenkomstige schalen. Bovendien blijkt de MCMI-score 'com' negatief te correleren met bijna alle dimensionele SIDP-R scores, terwijl de SIDP-R score 'com' geen enkele significante correlatie heeft met de MCMI-scores. Opvallend is verder dat de MCMI-score 'theatrale persoonlijkheid' met geen enkele SIDP-R score significant samenhangt.

Uit de correlaties tussen de SIDP-R en de ICL blijkt dat paranoïde, schizothyme en borderline persoonlijkheidspathologie samengaat met hoge dominantie score (PA, BC), terwijl afhankelijke persoonlijkheidspathologie gerelateerd is aan hoge scores op de dimensie onderdanigheid (HI, JK). Bij de narcistische, ontwijkende en passief-agressieve

Tabel 1a: De relatie tussen de MCMI en de SIDP (Pearson c.c.)

MCMI	par	sch	stp	tht	aso	nar	bor	com	afh	ont	pag
SIDP											
par	.66				.63	.43	.58	-.59		.35	.64
sch							-.47	.40			-.42
stp	.67	.41	.66				.71	-.42		.71	.56
tht	.57		.33		.50		.73	-.74		.41	.83
aso		.30			.30				.30		
nar		.40	.61				.61	-.38		.58	.56
bor	.60				.57	.39	.34	-.36	.31	.31	.37
com											
afh		.49	.71		-.58	-.62	.44		.74	.70	
ont	.40	.33	.70				.81	-.53	.49	.71	.68
pag		.35	.57				.54	-.51	.34	.41	.51

Tabel 1b: De relatie tussen de ICL en de SIDP (Pearson c.c.)

ICL	PA	BC	DE	FG	HI	JK	LM	NO
SIDP								
par	.68	.66	.46	.71				
sch						.45	-.43	-.46
stp	.75	.68		.44	.40		.37	
tht	.49		.49	.61				
aso		.39						
nar	.61	.41		.35	.49	.38		
bor	.64	.71	.57	.39				-.54
com	.38	.58						
afh			-.42		.68	.67	.75	
ont	.62			.40	.56	.53	.53	
pag	.64	.45	.36		.45	.54		

pathologie is sprake van ambivalenties ten aanzien van de interpersoonlijke 'controle' dimensie. Schizoïde pathologie gaat, geheel volgens verwachting, samen met een geringe affiliatie (negatieve correlaties met

JK, LM, NO). Opvallend is ten slotte de sterke positieve correlatie tussen de theatrale persoonlijkheidspathologie en interpersoonlijk wantrouwen (FG).

Casusbesprekingen – Om een indruk te geven van de manier waarop een vorm van multi-conceptuele, multi-instrumentele diagnostiek van persoonlijkheidspathologie gebruikt kan worden in de klinische praktijk, worden drie gevallen besproken.

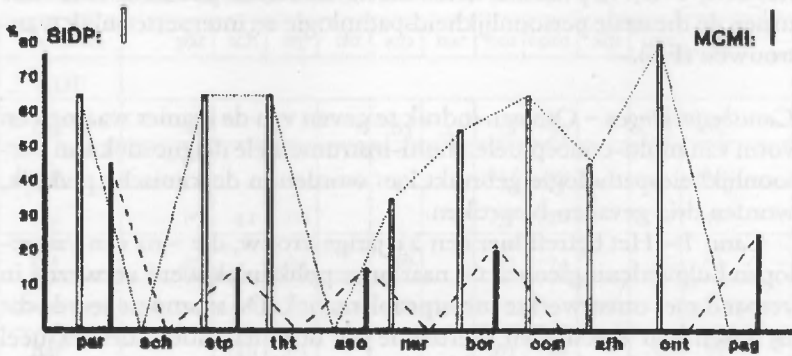
Casus 1 – Het betreft hier een 23-jarige vrouw, die – na een vastgelopen hulpverleningscontact – naar onze polikliniek werd verwezen in verband met onverwerkte incestproblematiek. De anamnese leerde dat zij tussen haar zevende en veertiende jaar door haar stiefvader seksueel was misbruikt. Sindsdien voelde zij een sterk wantrouwen ten opzichte van anderen en waren er regelmatig ernstige driftbuien. Sinds haar 14e jaar zou er sprake zijn geweest van vele, kortdurende (seksuele) relaties. Patiënte was bang dat haar achterdocht en impulsiviteit haar huidige relatie in gevaar zouden kunnen brengen.

Bij psychiatrisch onderzoek bleek er sprake te zijn van een gespannen, wantrouwende vrouw, die zich snel aangevallen voelde. Er waren geen aanwijzingen voor het bestaan van een psychotische, depressieve en/of angststoornis. In de structuurdiagnose werd gesproken over een vrouw met veel schaamte, schuld, wantrouwen en agressieve gevoelens en impulsdoorbraken. Er was sprake van een tamelijk streng Über-ich en een relatief laag Ideaal-ik. De meest opvallende afweermechanismen waren verschuiving en isolatie van het affect. Op basis van de (niet beschreven) overdrachtsrelatie werd de diagnose passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis gesteld.

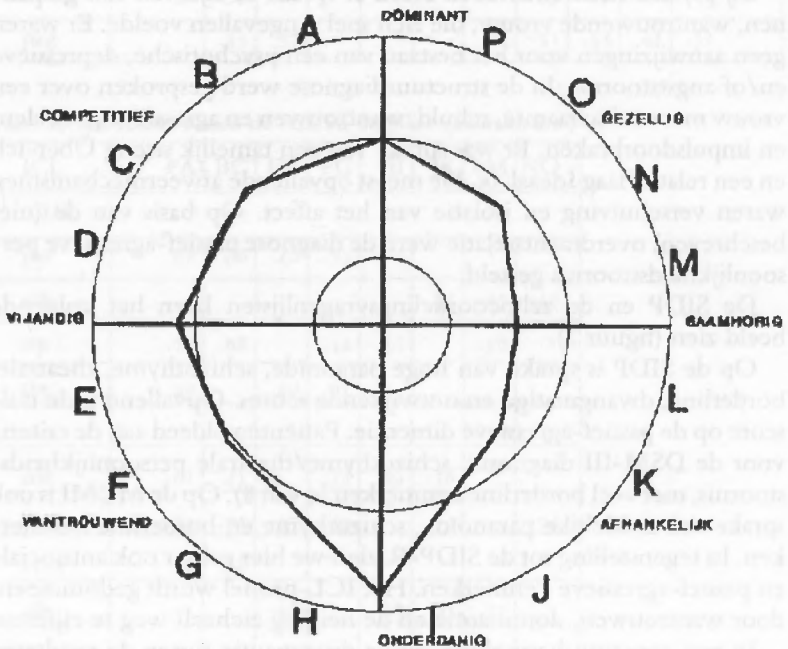
De SIDP en de zelfbeoordelingsvragenlijsten laten het volgende beeld zien (figuur 2).

Op de SIDP is sprake van hoge paranoïde, schizothyme, theatrale, borderline, dwangmatige en ontwijkende scores. Opvallend is de nul-score op de passief-agressieve dimensie. Patiënte voldeed aan de criteria voor de DSM-III diagnoses: schizothyme/theatrale persoonlijkheidsstoornis, met veel borderline kenmerken (4 van 8). Op de MCMI is ook sprake van duidelijke paranoïde, schizothyme en borderline kenmerken. In tegenstelling tot de SIDP-R zien we hier echter ook antisociale en passief-agressieve kenmerken. Het ICL-profiel wordt gedomineerd door wantrouwen, dominantie en de neiging zichzelf weg te cijferen.

In een consensusbespreking gaf de discrepantie tussen de resultaten van het klinisch en het psychometrisch onderzoek aanleiding tot heroverweging van de klinisch gestelde diagnose. Uiteindelijk werd op basis van de verzamelde gegevens: voorgeschiedenis, psychiatrisch onderzoek, instrumenteel onderzoek en beloop, de diagnose passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis verworpen ten gunste van de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis met paranoïde en theatrale trekken.



Figuur 2a: Het SIDP en MCMI profiel van pat. 1: het aantal positief gescoorde items als % van het totaal aantal mogelijke items per stoornis. Elke positieve score op de SIDP wijst op pathologie; alleen de abnormale scores op de MCMI zijn weergegeven.



Figuur 2b: Het ICL profiel van casus 1.

Casus 2 – Het gaat hier om een 35-jarige man, die door de huisarts werd verwezen in verband met fobische klachten en het feit dat zijn studie psychologie niet wilde vlotten. Patiënt voelde zich erg gespan-

nen in het contact met anderen. Vanaf zijn 10e jaar heeft hij geen vrienden meer en voelt hij zich vervreemd en verveeld. Hij klaagt over een steenachtig gevoel in zijn hoofd en denkt soms dat zijn geest hem verlaat. Hij leest veel filosofische werken en in de gedachten van de filosoof herkent hij de zijne. Hij is er van overtuigd dat zijn problemen van filosofische aard zijn. Na de HBS studeerde hij 4 jaar geneeskunde en thans studeert hij psychologie. Toen onlangs een vrouwelijke collega contact met hem zocht durfde hij dit contact niet aan, omdat hij zichzelf nog niet was. Patiënt had nog niet eerder een (seksuele) relatie.

Bij psychiatrisch onderzoek werd een magere, onzekere man gezien die anderen niet met zijn problemen lastig wilde vallen. Er waren waanachtige denkbeelden. De stemming was neutraal en het affect moduleerde normaal. Anamnestic was er sprake van depersonalisatie. Een structuurdiagnose ontbrak.

De conclusie luidde: schizofreniform syndroom.

De SIDP en de zelfbeoordelingsvragenlijsten laten het volgende beeld zien (figuur 3).

Op de SIDP is sprake van hoge scores op de schizoïde, narcistische dwangmatige en ontwijkende persoonlijkheidsdimensies. De patiënt voldeed niet aan de criteria van één specifieke DSM-III persoonlijkheidsstoornis. Het MCMI-profiel toont een zeer hoge schizoïde piek en schizothyme, dwangmatige en ontwijkende trekken. Het ICL-profiel valt op door het gebrek aan interpersoonlijk gedrag.

In de consensusbespreking werd op basis van alle verzamelde gegevens de diagnose gemengde persoonlijkheidsstoornis met voornamelijk schizoïde kenmerken gesteld. De hoge narcistische SIDP-R score werd post-hoc verklaard als uiting van schizoïde, narcistisch gekleurde fantasieën. De diagnose schizofrenie kon niet uitgesloten worden.

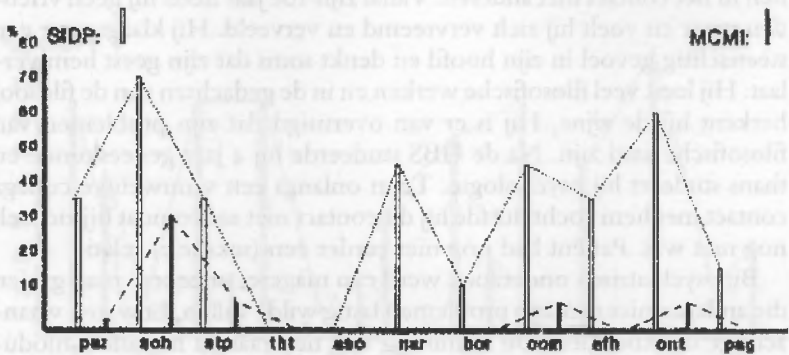
Casus 3 – Het betreft hier een 30-jarige vrouw met een vitaal depressief syndroom in remissie. De behandelend arts vroeg zich af of hier ook sprake kon zijn van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

In het begin van haar behandeling werd patiënte omschreven als een afhankelijke, sterk agressie-geremde vrouw, wier zelfgevoel duidelijk tekort schoot. Er was sprake van een streng geweten en van introjectie van agressie. Introjectie en verdringing werden gezien als de centrale afweermechanismen.

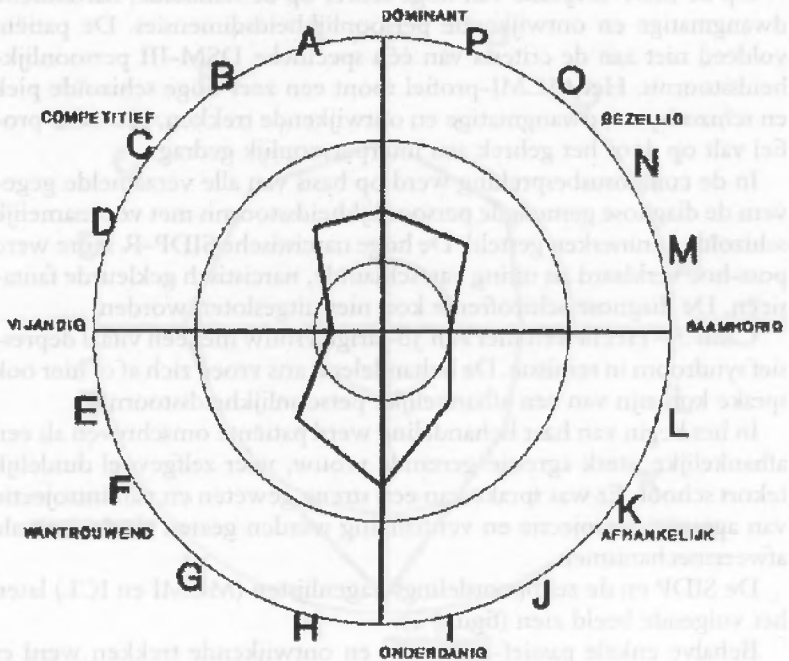
De SIDP en de zelfbeoordelingsvragenlijsten (MCMI en ICL) laten het volgende beeld zien (figuur 4).

Behalve enkele passief-agressieve en ontwijkende trekken werd er met behulp van de SIDP geen pathologie vastgesteld. Op de MCMI heeft patiënte licht verhoogde scores op de dwangmatige en afhankelijke dimensies. Het ICL-profiel ten slotte vertoont lichte tekorten in het dominante en competitieve octant.

In de consensusbespreking werd geconcludeerd, dat diagnostische overweging 'afhankelijke persoonlijkheidsstoornis' waarschijnlijk het



Figuur 3a: Het SIDP en MCMI profiel van pat. 2: het aantal positief gescoorde items als % van het totaal aantal mogelijke items per stoornis. Elke positieve score op de SIDP wijst op pathologie; alleen de abnormale scores op de MCMI zijn weergegeven.



Figuur 3b: Het ICL profiel van patiënt 2

gevolg was geweest van contaminatie van de persoonlijkheidsdiagnostiek door het toestandsbeeld (depressie), hetgeen overeenkwam met het vermoeden van de verwijzende behandelaar.

Discussie

Allereerst moet hier gewezen worden op de beperkingen van de studie. Het gaat hier om een kleine, niet-representatieve populatie van slechts 16 polikliniekpatiënten. Bovendien was de interviewer, die de SIDP-R afnam niet onwetend ten aanzien van de gestelde diagnose. Daardoor kan gemakkelijk een overschatting van de werkelijke overeenstemming tussen klinische diagnose en SIDP-R diagnose zijn ontstaan. De reproduceerbaarheid en generaliseerbaarheid van de gevonden relaties zijn daardoor twijfelachtig en moeten voornamelijk gezien worden als illustratie.

Ten slotte bleek de klinische informatie lang niet altijd systematisch verzameld te zijn en was de psychodynamische structuurdiagnose vaak lacunair qua beschrijving en fundering.

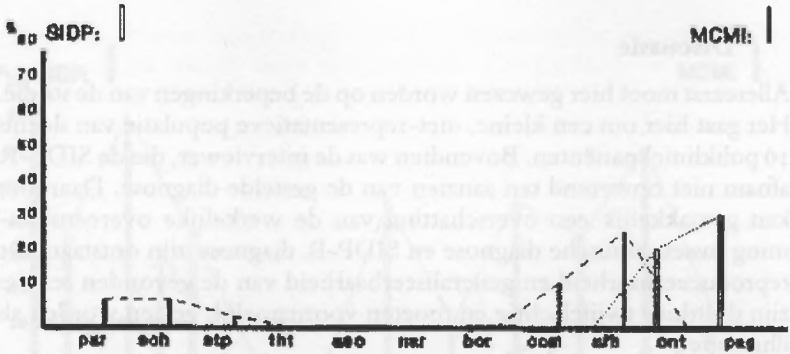
Voor het stellen van een psychodynamische structuurdiagnose verdient het daarom aanbeveling gebruik te maken van bij voorbeeld het structurele interview van Kernberg (Derksen 1988) en de Defense Style Questionnaire (DSQ, Bond 1986).

Men moet zich realiseren dat niet alle MCMI-schalen volledig conceptueel samenvallen met de gelijknamige SIDP-R (= DSM-III) schalen (Widiger en Sanderson 1987), terwijl er ook tussen de DSM-III stoornissen onderling sprake is van aanzienlijke overlap (o.a. Van den Brink 1989).

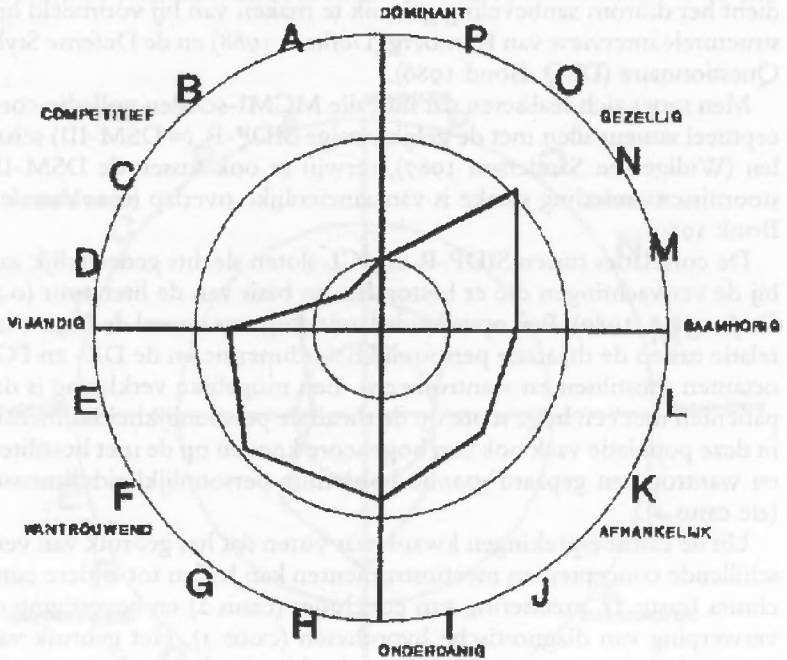
De correlaties tussen SIDP-R en ICL sloten slechts gedeeltelijk aan bij de verwachtingen die er bestonden op basis van de literatuur (o.a. De Jong e.a. 1989). Een opvallende bevinding was vooral de hoge correlatie tussen de theatrale persoonlijkheidsdimensie en de DE- en FG-octanten (hostiliteit en wantrouwen). Een mogelijke verklaring is dat patiënten met een hoge score op de theatrale persoonlijkheidsdimensie in deze populatie vaak ook een hoge score kenden op de met hostiliteit en wantrouwen gepaard gaande borderline persoonlijkheidsdimensie (zie casus 1).

Uit de casusbesprekingen kwam naar voren dat het gebruik van verschillende concepten en meetinstrumenten kan leiden tot andere conclusies (casus 1), precisering van conclusies (casus 2) en bevestiging of verwerping van diagnostische hypothesen (casus 3). Het gebruik van diagnostische instrumenten betekent daarbij niet dat de clinicus overbodig wordt. De multi-instrumentele benadering heeft als voorwaarde dat er een breed georiënteerde staf aanwezig is voor de noodzakelijke integratie van ongelijksoortige informatie en voor het uitvoeren van voortgezette diagnostische procedures of het opstellen van een behandelprotocol.

Al met al bleken de relaties tussen de verschillende concepten en meetprocedures niet altijd even eenduidig of voorspelbaar. Niet zelden bleken divergenties van grote diagnostische en klinische betekenis.



Figuur 4a: Het SIDP en MCMI profiel van pat. 3: het aantal positief gescoorde items als % van het totaal aantal items per stoornis. Elke positieve score op de SIDP wijst op pathologie; alleen de abnormale scores op de MCMI zijn weergegeven.



Figuur 4b: Het ICL profiel van casus 3

Ogenschijnlijk tegenstrijdige informatie gaf vaak aanleiding tot nieuwe, meer toegespitste vragen. Deze vragen kwamen vervolgens aan de orde in vervolcontacten met de patiënt of aanvullende diagnostische procedures. Convergenties vormden een duidelijke ondersteuning voor het uitzetten van een hecht beleid. In de toekomst zal gewerkt moeten

worden aan het opstellen van diagnostische protocollen, waarbij (goed gevalideerde) zelfbeoordelvragenlijsten als screeningsinstrument kunnen gaan fungeren voorafgaande aan de tijdrovende afname van (goed gevalideerde) interviews. Een belangrijk gemis is voorlopig echter nog het gebrek aan behandelimplicaties voor specifieke persoonlijkheidsstoornissen.

Literatuur

- Abraham, R.E. (1990), Psychoanalytische persoonlijkheidsdiagnostiek. In: *Diagnostiek in de psychiatrie, mogelijkheden en grenzen*. Boerhave Commissie, PAOG, Leiden.
- Akthar, S., en J.A. Thomson (1982), Overview: narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 139, 12-20.
- Bond, M.P., en J.S. Vaillant (1986), An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43, 285-288.
- Brink, W. van den (1987), Persoonlijkheid, karakter of rolgedrag. Validiteitsaspecten van de DSM-III, classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 29, 296-312.
- Brink, W. van den (1989), *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie, betrouwbaarheid en validiteit van de SIDP-R en As II van de DSM-III*. Academisch Proefschrift, Groningen.
- Campbell, D.T., en D.W. Fiske (1959), Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- De Jong, C.A.J., W. van den Brink, J.A.M. Jansen en G.M. Schippers (1989), Interpersonal aspects of DSM-III axis II: theoretical hypotheses and empirical findings, *Journal of Personality Disorders*, 2, 135-146.
- Derksen, J.J.L., J.W. Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988), Structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 30, 445-459.
- Frances, A. (1985), The DSM-III personality disorder section: a commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.
- Frances, A., A.T. Widiger (1987), Personality disorders. In: A.E. Skodol en R.L. Spitzer (red.), *An annotated bibliography of DSM III*. American Press, Washington D.C.
- Friedman, R.S., P. Lister (1987), The current status of psychodynamic formulation. *Psychiatry*, 50, 126-141.
- Gunderson, J.G., en M.C. Zanarini (1987), Current overview of the borderline diagnosis, *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (8, suppl.), 5-11.
- Harten, P.N. van, W. van den Brink (1990), De narcistische persoonlijkheidsstoornis. Verschillende concepten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 658-673.
- Jonghe, F. de (1989), De descriptieve en structurele pathologie van de borderlinepatiënt, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 485-499.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders*. Wiley, New York.
- Kortmann, F.A.M. (1983), Inzicht geven of steunen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 114-126.
- LaForge, R.R.F., R.F. Suczek (1955), The interpersonal dimension of personality: an interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- Luteyn, F. (1990), The MCMI in the Netherlands: first findings. *Journal of Personality Disorders*, 4, 297-302.

- Morey, L.C. (1985), An empirical comparison of interpersonal and DSM III approaches to classification of personality disorders. *Psychiatry*, 48, 358-364.
- Siomopoulos, V. (1988), Narcissistic personality disorder: clinical features. *American Journal of Psychotherapy*, 42, 240-253.
- Vaillant, G.E. (1987), A developmental view of old and new perspectives of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 1, 146-156.
- Widiger, T.A., en C. Sanderson (1987), The convergent and discriminant validity of the MCMI as a measure of the DSM III personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 51, 228-242.
- Widiger, T.A. (1989), The categorical distinction between personality and affective disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 77-91.

Summary: The clinical diagnosis of personality pathology. A multi-conceptual, multi-instrumental approach

In this paper the authors discuss the clinical diagnosis of personality disorders, using a multi-conceptual, multi-instrumental approach. This approach requires data collection from different conceptual domains with multiple assessment instruments for every domain in every patient.

The convergence of different concepts and assessment procedures was limited both at the population and the individual level. Divergent findings gave rise to new diagnostic questions, whereas convergent findings seemed to enhance treatment strategies.

In the discussion the authors advocate the development of diagnostic protocols that ensure the applications of both questionnaires and (semi)structured interviews in the diagnostic process.

H. Groen is als psychiater werkzaam op het 'Oolgaardthuis', centrum voor verslaving te Arnhem; W. van den Brink is als arts/psychiatrisch epidemioloog verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 6-8-1991.