De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: problemen in de praktijk

door G. Hellinga

Samenvatting

Hoewel met de invoering van het vijf-assige stelsel van DSM-III een stap voorwaarts is gezet in de richting van goede, volledige diagnostiek, kleven er aan de huidige opzet van as II vele nadelen, met name voor hen die er in de praktijk mee moeten werken. In dit artikel worden deze nadelen besproken, evenals de nadelen die verbonden zijn aan een twee- of driedimensionele indeling, die als alternatief voor de huidige opzet wordt overwogen.

Inleiding

Met de invoering van het vijf-assige stelsel van de derde versie van het DSM-systeem werd een grote stap voorwaarts gezet in de richting van doeltreffende descriptieve diagnostiek. Het onderscheid dat daarmee gemaakt wordt tussen toestandsbeelden op as-I en eventueel aanwezige onderliggende (premorbide) persoonlijkheidsstoornissen (PS) op as-II sprak velen aan. Sindsdien is er een hausse ontstaan aan publikaties over PS en is er zeer veel onderzoek op gang gekomen betreffende de epidemiologie, de validiteit en de betrouwbaarheid van de diverse PS en vele andere aspecten van voorkomen en behandelen van PS.

Toch is er, met name in kringen van de praktizerende psychiaters, veel onvrede met de huidige opzet van as-II. Dat er mensen zijn die 'gedragingen of trekken vertonen die karakteristiek zijn voor het huidige (laatste jaar) en lange-termijnfunctioneren (over het algemeen sinds de adolescentie of de vroege volwassenheid)' van bepaalde mensen, die tot gevolg hebben 'ofwel belangrijke tekortkomingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, ofwel subjectief lijden' (APA 1987) wordt door niemand betwijfeld. Maar dat de mensen waarvoor dat opgaat op as-II worden onderverdeeld in elf categorieën is iets waarmee vooral zij die er in de praktijk mee moeten werken, veel moeite hebben.

De bedoeling van de categoriale opzet was dat een systeem gescha-

pen werd met helder van elkaar af te grenzen categorieën, die zowel herkenbaar voor de praktizerende psychiater als bruikbaar voor de onderzoeker waren. Na veel discussies en na het bijstellen van de criteria van de derde versie van de DSM, is men ten slotte voor DSM-III-R gekomen tot een indeling in elf categorieën. In hoeverre men erin geslaagd is te voldoen aan de uitgangspunten, zal worden besproken na een opsomming van de bezwaren die vanuit de praktijk tegen het huidige systeem worden aangevoerd.

Nadelen van het huidige categoriale systeem

1. Bij PS gaat het niet om 'alles-of-niets'. Toch krijgt iemand, die geacht wordt te voldoen aan genoeg items van een rijtje, de diagnose. Wie net niet genoeg scoort, krijgt haar niet. Of iemand heel erg, of net voldoende op één of meer items scoort blijft hierbij eveneens buiten beschouwing (zie b.v. Kass e.a. 1985).

2. Verwant aan punt 1 is het 'halo-effect'. Wie twijfelt of hij een patiënt in de ene of in de andere categorie moet indelen kan ertoe neigen, via het negeren van atypische kenmerken en geforceerd oordelen, de patiënt in één van die twee categorieën onder te brengen (Van den Brink 1989b).

3. Mensen zijn onderling zo verschillend dat het niet reëel is, diegenen van hen die een PS hebben, onder te brengen in slechts elf categorieën. Dat leidt tot grote variatie binnen een categorie. Iemand wordt geacht binnen een categorie te vallen wanneer hij voldoet aan genoeg criteria, vijf van de acht bij voorbeeld. Bij een rijtje van acht criteria zijn er 93 verschillende combinaties van vijf of meer items mogelijk. In het verslag van een studiedag over borderline-PS waarin vrij veel gevalsbeschrijvingen zijn opgenomen (Derksen e.a. 1990), valt de enorme variatie op van mensen die dezelfde diagnose krijgen.

4. Verwant aan punt 3 is het volgende: iemand kan weliswaar geoordeeld worden positief te scoren op voldoende criteria voor een diagnose, maar in andere opzichten gedrag of trekken vertonen die juist het tegendeel zijn van (één of meer) andere items. Zulke inconsequenties vallen geheel weg in een categoriale indeling.

5. De verschillende categorieën hebben vage grenzen met de 'normaliteit', met andere as-II-categorieën en met as-I-diagnoses. Over de validiteit en betrouwbaarheid van de verschillende as-II-diagnoses is veel gepubliceerd (zie o.a. Van den Brink 1989b; Ingenhoven 1990). Met name van de narcistische, afhankelijke, ontwijkende en passief-agressieve PS is het bestaansrecht nog allerminst bewezen (Van den Brink 1987). Vele publikaties wijzen op steeds weer andere overlappingen. De meeste overlap wordt gezien binnen de drie clusters, maar er zijn ook vele overlappingen die over de verdeling in clusters heen lopen. Enkele voorbeelden: er is overlap aangetoond tussen borderline-

en theatrale PS (Titscher e.a. 1990); borderline- en schizotypische PS (Serban 1987; McGlashan 1987; George en Soloff 1986); schizoïde en ontwijkende PS (Widiger e.a. 1988; Overholster 1989; Gorton en Akhtar 1990; Titscher e.a. 1990); ontwijkende en afhankelijke PS (Reich 1990a). Lilienfeld e.a. (1986) wijzen op de grote overlap tussen antisociale en theatrale PS en Pfohl e.a. (1986) op de grote overlap tussen borderline-, theatrale, narcistische en passief-agressieve PS. Reich e.a. (1989) tonen een grote overlap aan tussen obsessief-compulsieve, afhankelijke en schizotypische PS. De diagnostische overlap is bij het in gebruik nemen van DSM-III-R nog groter geworden dan bij DSM-III reeds het geval was (Blashfield en Breem 1989; Vaglum e.a. 1989). Samenvattend stellen Widiger e.a. (1991) zelfs dat tot dusverre geen enkele studie heeft aangetoond dat de DSM-III-R-diagnoses helder afgegrensde persoonlijkheidstypen identificeren.

6. Verwant aan punt 5 is het probleem dat mensen die voldoen aan de criteria voor een PS, in de meeste gevallen ook voldoen aan de criteria voor andere PS (Zimmerman en Coryell 1989, 1990a; Widiger e.a. 1991). Bovendien is de diagnose 'gemengde PS' meer regel dan uitzondering (Pfohl e.a. 1986). Zo kwamen Widiger e.a. (1986a) tot een gemiddelde van 3.75 en Skodol e.a. (1988) zelfs tot 4.6 PS-diagnoses per patiënt. Dat is ook logisch, zoals Tyrer (1988) stelt: 'In severe PD most areas of personality functioning become disorganised and maladaptive.'

7. Welke PS overlap vertonen lijkt onder andere af te hangen van de door de onderzoekers gebruikte diagnostische instrumenten. De diverse instrumenten die voor het min of meer objectief vaststellen van PS-diagnoses worden gebruikt (zie voor een overzicht: Van den Brink 1989a; Reich 1985, 1989), blijken namelijk bij onderlinge vergelijking vaak weinig overeen te stemmen in wat ze beoordelen (zie b.v. Kavoussi e.a. 1990). Zo zijn er aanwijzingen dat 'self-report inventories' tot grotere aantallen PS-diagnoses leiden dan (semi-)gestructureerde interviews, en ook tot meer dan één diagnose per persoon (Widiger e.a. 1991). De slechte overeenstemming tussen de diverse beoordelingsinstrumenten maakt het voor de praktizerende psychiater, die niet zeer goed op de hoogte is van de sterke en zwakke kanten van al die instrumenten, bijzonder lastig om het belang voor zijn eigen praktijk te beoordelen van publikaties over epidemiologie, fenomenologie of behandeling van bepaalde PS.

8. De bruikbaarheid in de praktijk laat ook in andere opzichten veel te wensen over. De 'face-validity', dat wil zeggen de herkenbaarheid van items als behorende tot die PS waarbij ze in de handleiding voor de diagnoses worden vermeld, is maar zeer beperkt (Clarkin e.a. 1983; Blashfield en Breem 1989; Hyler e.a. 1990). Titscher e.a. (1990) wijzen erop dat de classificatie van de PS ver staat van de alledaagse realiteit. Hyler e.a. (1989) toonden aan dat er een fors gebrek aan overeenstem-

ming is tussen de diagnoses die volgens de PDQ gesteld werden en de diagnoses die clinici bij dezelfde patiënten stelden, ook al waren die clinici en de PDQ het globaal wel eens over het al dan niet PS-gestoord zijn van de patiënten. Ervaren clinici die ongestructureerde interviews gebruiken zijn nooit betrouwbaar gebleken bij het stellen van individuele PS-diagnoses, stellen Stangl e.a. (1985). De gebruikers van de DSM, de medici in de praktijk, neigen er bovendien toe op as-II te volstaan met een diagnose (Loranger 1990; Gosker-Venis 1989; Tyrer 1988). Welke ze dan kiezen, hangt in zekere mate af van die items die hun het meest opvallen: door de min of meer toevallige situatie waarin zij de te beoordelen patiënt ontmoeten, of door hun eigen voorkeuren bij het beoordelen van hun medemensen. Mellsop e.a. (1982) toonden aan dat individuele psychiaters een voorkeur hebben voor specifieke diagnoses en Loring en Powell (1988) toonden aan hoe sekse en ras van de patiënten en van de beoordelende psychiaters de diagnose kleuren. Alleen wanneer patiënt en beoordelaar van hetzelfde geslacht en hetzelfde ras zijn, gebeurt de diagnostiek waardevrij! Dit onderzoek sloeg overigens op diagnostiek volgens het DSM-III-systeem. Er zijn aanwijzingen dat hiermee in DSM-III-R door middel van het bijstellen van enkele items enigermate is afgerekend.

Wetzler en Dubro (1990) stellen dat de gemiddelde clinicus PS waarschijnlijk onderdiagnostiseert. Oldham en Skodol (1991) toonden aan dat clinici in privé-ziekenhuizen veel meer PS diagnostiseren dan clinici in 'state hospitals', en wel vooral veel meer borderline-PS. Dat zal lang niet alleen uit gemakzucht van de beoordelaars zijn, maar ook het gevolg van het feit dat clinici hun patiënten ontmoeten en beoordelen op het moment dat er sprake is van actuele as-I-problematiek. Een goed oordeel over de premorbide persoonlijkheid is dan niet goed mogelijk zonder uitvoerige heteroanamneses af te nemen, of met één of meer van de vele instrumenten voor nauwkeurige diagnostiek te gaan werken. In 'state hospitals' is de mogelijkheid voor zulk onderzoek klein als gevolg van het overheidsbeleid, dat gericht is op een korte opnameduur.

Morey en Ochoa toonden aan (1989) dat de gemiddelde clinicus zich slecht houdt aan de directieven in het handboek voor de DSM. Zo worden borderlines overgediagnostiseerd bij arme mensen, bij automutilatief of suïcidaal gedrag, impulsiviteit en/of affectlabiliteit, terwijl onverschilligheid en ongevoeligheid voor kritiek als exclusiecriteria beschouwd worden. Jonge clinici, vooral zij die psychodynamisch georiënteerd zijn, overdiagnostiseren borderlines eveneens. Theatrale PS wordt overgediagnostiseerd bij oudere, onechte of erotiserende patiënten en als zij geen aandachtvragend gedrag vertonen wordt die diagnose juist te weinig gesteld. Over de vraag hoe sterk ook seksevooroordelen bij het stellen van de diagnose een rol spelen, zijn de discussies nog in volle gang. Warner (1978) toonde aan dat dit wel het geval is, maar dat betrof de DSM-III. Sprock e.a. kwamen in 1990 voor de

DSM-III-R tot geheel andere resultaten. In het zojuist beschreven onderzoek van Morey e.a. bleek ook geen sprake te zijn van de verwachte seksevooroordelen bij de theatrale en de afhankelijke PS. Vooral bij de zelfkwellende PS bleek de grote ongerustheid voor seks-bias bij nader onderzoek geen basis te hebben in de realiteit (Fuller en Blashfield 1989; Sprock e.a. 1990).

9. Er zullen nooit genoeg categorieën zijn om iedereen tevreden te stellen. In een appendix van DSM-III-R zijn de zelfkwellende en de sadistische PS opgenomen, hetgeen leidt tot een stevige discussie pro en contra; Philips e.a. (1990) bespreken de depressieve PS, Akiskal verdedigde al in 1984 het opnemen van de dysthyme PS en de hyperthyme PS, Tyrer e.a. verdedigden onlangs (1990) het opnemen van de hypochondrische PS en naar mijn eigen mening is het op zijn minst merkwaardig dat workaholics en andere extreem doelgerichte mensen alleen op as-II geclassificeerd kunnen worden als ze ook obsessief-compulsief, narcistisch of antisociaal zijn.

10. Doordat bij het stellen van de diagnose 'PS' alleen pathologische, of ten minste maladaptatieve eigenschappen en trekken in de beschouwing worden opgenomen, krijgt zo'n diagnose een uitgesproken pejoratief karakter. Lewis en Appleby (1988) toonden aan dat het vermelden van het woord 'PS' in een verwijsbrief er veel vaker toe leidt dat behandelaars iemand niet in therapie willen nemen dan wanneer een identieke verwijsbrief wordt geschreven zonder die ene vermelding. Gallop e.a. (1988) toonden aan dat verpleegkundigen allerlei gedragingen van patiënten, zoals die op papier aan hen werden voorgelegd, geheel anders interpreteerden (en er geheel anders op zouden reageren als ze in de praktijk voorkwamen) wanneer de diagnose 'borderline PS' in de beschrijving werd genoemd, dan wanneer de diagnose schizofrenie werd vermeld. Inderdaad is het effect van behandeling, met name van major depression, paniekstoornis en obsessief-compulsieve stoornis slechter bij PS dan bij mensen bij wie geen diagnose 'PS' gesteld kon worden (Reich en Green 1991). Ook Andreoli e.a. (1989) toonden aan dat as-I-patiënten met een PS zich van andere as-I-patiënten onderscheiden door trager herstel, slechte therapietrouw, slechtere working alliance en slechtere prognose op langere termijn. Maar in hoeverre dit het gevolg was van minder mogelijkheden van de patiënten danwel van het feit dat de behandelaars niet goed konden omgaan met hun tegenoverdracht, blijft in deze onderzoeken buiten beschouwing. Het feit dat de slechtere prognose in Reichs artikel vooral bij cluster B- en cluster C-PS speelt, doet tenminste de tweede mogelijkheid reëel lijken. Cluster B-mensen plegen immers vaak verwarring en agressie bij anderen op te roepen, en cluster C-mensen vaak ongeduld. Cluster A-mensen worden eerder als 'echt ziek' beschouwd en krijgen misschien een tolerantere behandeling als gevolg daarvan. Een gevolg van het pejoratieve aspect van een PS-diagnose is, dat in de praktijk nogal eens wordt geaar-

zeld een as-II-diagnose te stellen, omdat het de patiënt in zijn verdere carrière in de hulpverlening kan hinderen. En, wat erger is, soms krijgen patiënten die de behandelaar onwelgevallig zijn eerder een as-II-diagnose dan patiënten met wie het prettig werken is, hetgeen het vooroordeel tegen deze diagnoses nog eens versterkt.

11. Ten slotte: PS zijn niet constant in de tijd. Met name van borderline-PS is duidelijk dat de ernst van de symptomatologie in de loop der jaren afneemt (Teunisse 1990), maar in zekere zin is dat bij alle cluster B- en C-PS het geval (Reich e.a. 1988). Ook tijdens psychotherapie neemt de pathologie af. Met de huidige indeling 'heeft' iemand een PS, ook als het allengs minder erg wordt, tot hij zover verbeterd is dat hij er opeens geen meer heeft. Want er wordt geen onderscheid gemaakt tussen iemand met een beetje PS of een hele erge.

Een andere opzet voor as-II

Widiger e.a. stelden reeds in 1985: 'It is obviously difficult to identify an etiology and therapy for a particular disorder, when the patients vary considerably in terms of the defining features and also meet the criteria for other personality disorders.' De overlap tussen de PS was toen nog minder groot dan sinds het invoeren van de DSM-III-R, dus is de DSM-III-R voor de gewone praktizerende behandelaar nog minder bruikbaar dan DSM-III al was. Kortom: met het huidige systeem zijn de behandelaars (en hun patiënten) nauwelijks gediend en voor zover ze ermee werken doen ze het slecht. Terwijl de onderzoekers alsmaar bezig zijn om in steeds grotere hoeveelheden publikaties het rammelende systeem op details bij te schaven. Voor velen van hen lijkt het DSM-III-systeem inmiddels geen middel meer te zijn, maar een doel op zich. C.R. Cloninger, zelf één van hen die actief epidemiologisch onderzoek verrichten op het gebied van de PS, oogstte dan ook veel bijval, toen hij tijdens het APA-congres in New Orleans (mei 1991) het steeds verder bijstellen van het huidige classificatiesysteem van de PS vergeleek met het herschikken van de dekstoelen op de Titanic terwijl het schip aan het zinken is.

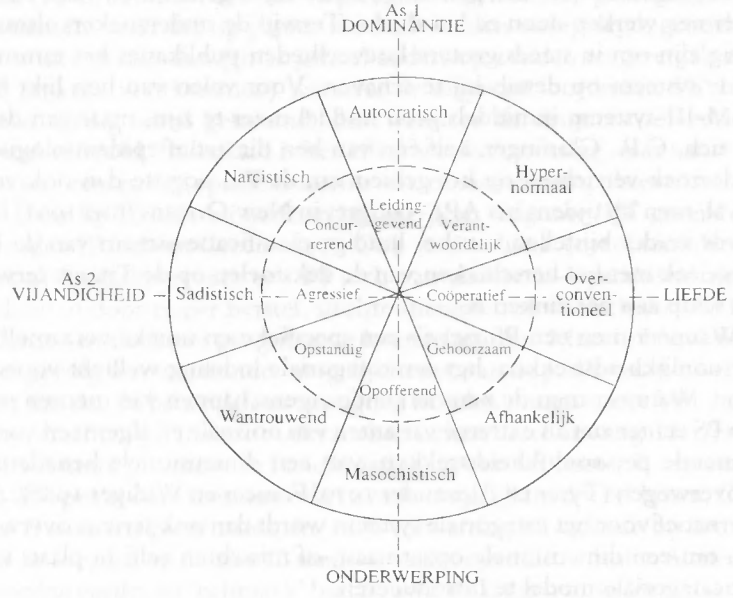
Wanneer men een PS ziet als een specifieke en unieke verzameling persoonlijkheidstrekken, ligt een categoriale indeling wellicht voor de hand. Wanneer men de kenmerkende eigenschappen van mensen met een PS echter ziet als extreme varianten van normale en algemeen voorkomende persoonlijkheidstrekken, valt een dimensionele benadering te overwegen (Tyrer en Alexander 1979; Frances en Widiger 1986). Als alternatief voor het categoriale systeem wordt dan ook serieus overwogen om een dimensionele opzet naast, of misschien zelfs in plaats van het categoriale model te introduceren.

De 'task force' die zich bezighoudt met het voorbereiden van volgende versies van DSM gaat ervan uit, dat men voor DSM-IV nog niet

zal kunnen overgaan op een dimensionele opzet (omdat praktizerende psychiaters nog in categorieën denken en de tijd er dus nog niet rijp voor is), maar dat DSM-V naar alle waarschijnlijkheid een geheel andere aanpak van de beschrijving en indeling van PS zal laten zien.

De grote vraag is nu, welke van de vele mogelijkheden daarbij de voorkeur verdient. Wiggins (1982) stelt dat er wel 20 verschillende modellen zijn, maar uiteindelijk zijn er maar een paar voldoende bekend om enigszins serieus genomen te kunnen worden. Deze zullen in het hier volgende kort besproken worden. Daarbij zal worden aangegeven waarom ook deze systemen geen oplossing zullen bieden voor een goede indeling van PS.

1. *De Roos van Leary* – Een groep onderzoekers heeft geprobeerd overzicht te brengen in de verschillende manieren waarop mensen zich tot anderen kunnen verhouden. Van hen is T. Leary de bekendste, zodat de door hen ontworpen 'interpersoonlijke cirkel' naar hem genoemd werd (Freedman e.a. 1951; Leary 1957; Kiesler 1986): de 'Roos van Leary'. Deze bestaat uit twee orthogonale assen, de ene met de dimensie 'power' (dominantie versus onderwerping) de andere met de dimensie 'mensgerichtheid' (liefde versus vijandigheid). Op deze manier kan men het interpersoonlijke functioneren van mensen indelen in acht typen (zie figuur 1).



Figuur 1: De Roos van Leary

Mensen worden in een dergelijke circumplex niet alleen geplaatst in een bepaald kwadrant of octant van de cirkel, maar tevens dichter bij de periferie, naarmate hun gedrag extremer is, oftewel: meer pathologische vormen aanneemt. Zo zal men mensen met een PS dan ook op de buitenrand van de Roos van Leary aantreffen.

In een circumplex als de Roos van Leary kan van iemand worden aangegeven hoe sterk hij het gedrag dat in elk van de acht octanten wordt benoemd, vertoont. Een verbindende lijn tussen die acht punten leidt dan tot een grillige gesloten kromme (vandaar de naam 'Roos' van Leary). De meeste mensen die het model gebruiken begaan de fout, iemand gewoon in te delen in het octant waarin hij het meest uitgesproken lijkt te functioneren, waarmee veel nuances betreffende een persoonlijkheid verloren gaan. Zo wordt de mogelijkheid dat iemand meestal bepaald gedrag vertoont, maar soms ook daaraan tegengesteld gedrag, niet meer aangegeven en ook vervalt hierdoor de mogelijkheid om meer over iemand aan te geven dan een kenmerkende eigenschap.

Maar ook aan de opzet zoals oorspronkelijk bedoeld, kleven enkele bezwaren. Het grootste nadeel is het feit dat wat tegenover elkaar staat, lang niet altijd elkaars tegenpool hoeft te zijn. Wanneer men alle aspecten van iemands interpersoonlijke functioneren in twee onafhankelijke dimensies wil vatten, leidt dat welhaast automatisch tot geforceerde toestanden. Zo stelt Wiggins (1982) bij voorbeeld: 'Leary's systeem is tamelijk inconsistent. Er staan werkelijke tegenstellingen in (liefde versus vijandigheid bij voorbeeld), complementaire begrippen (dominantie versus onderwerping) en contrasten die intuïtief weinig aanspreken (succes versus masochisme bij voorbeeld).'

Een ander probleem is, dat menig begrip diverse betekenissen kan hebben. Zo kan het begrip 'power', dat prototypisch zou zijn voor dominantie, zowel macht, het domineren van anderen betekenen (dan spreken we over een actieve opstelling), alsook zelfstandigheid, onafhankelijkheid (dan gaat het dus eerder om de reactie op handelen en instellingen van anderen). Zo komen McLemore en Benjamin (1979) dan ook tot twee versies van de interpersoonlijke cirkel van Leary naast elkaar, die alleen in combinatie een min of meer goed idee geven van iemands wijze van interpersoonlijk functioneren. Deze toevoeging van een derde dimensie maakt de zaak echter veel minder overzichtelijk dan de tweedimensionele opzet van Leary.

Ondanks alle kritiek die er op de 'Roos van Leary' is geweest, sprak een tweedimensionele aanpak voor het beschrijven van interpersoonlijk gedrag velen aan en men heeft geprobeerd dit systeem en de bekende PS met elkaar te combineren. De PS zijn immers vooral afwijkingen van interpersoonlijk gedrag. Toch lukte dat maar gedeeltelijk en er zijn allerlei variaties op deze circumplex, gekoppeld aan pogingen die te combineren met de verschillende PS, gevolgd. De meest recente is de 'interpersoonlijke cirkel van 1982' (Wiggins 1982; Kiesler 1986). Dat

is een schema geworden met 16 segmenten, 128 subklassen, twee niveaus van ernst en 350 bipolaire items (Kiesler 1983). Men kan zich afvragen of de eenvoud van een twee-assig systeem hiermee niet verloren is gegaan. Ook van dit verder ontwikkelde systeem wordt overigens gesteld (Frances en Widiger 1986): 'The interpersonal circumplex may not be able to adequately represent all of the features of personality disorder.'

Dat is voorzichtig uitgedrukt. Chance toonde van Leary's twee dimensies al in 1966 aan, dat bij het roteren van de twee assen andere dimensies benoemd zouden kunnen worden. Bovendien bestaan lang niet alle items van de PS uit beschrijvingen van interpersoonlijk gedrag (besluiteloosheid bij obsessief-compulsieve PS bij voorbeeld, en de cognitieve stoornissen bij de schizotypische PS) en is het uitgangspunt dat PS zich alleen maar zouden manifesteren in het interpersoonlijk verkeer in strijd met de alledaagse praktijk.

Er is nog meer kritiek mogelijk op deze benadering. Conte en Plutchik stellen (1981): 'If other types of descriptors had been included, such as abilities, interests or intelligence, analysis of the data would most likely not have produced a circumplex due to the increased dimensionality of such data.' Alles binnen twee dimensies proberen te vatten lijkt dan ook weinig realistisch.

Mensen worden op een circumplex geplaatst in een segment, of hoogstens in twee aan elkaar grenzende segmenten alsof ze steeds, en in elke situatie, op dezelfde manier reageren. Maar mensen zijn verre van consistent in hun gedragingen (Bem en Allen 1974), al is er over langere tijd genomen wel sprake van een min of meer consequent reageren (Mischel en Peake 1982). Wanneer men gedrag ziet als een resultante van persoon en situatie, kan men over een langer durende observatietijd de persoonsgebonden aspecten van het gedrag redelijk identificeren. Dan bekijken we het gedrag immers automatisch over een groot aantal verschillende situaties (Epstein 1979; Buss en Craig 1983). Maar ook dan reageert men doorgaans in de ene situatie anders dan in de andere. Er zijn voorbeelden te over te bedenken van mensen die in verschillende situaties uitgesproken tegenstrijdig gedrag vertonen. Doorgaans bang, maar soms uitgesproken moedig, doorgaans slaafs en onderworpen, maar tegenover minderen zeer autoritair, enz. Zo inconsequent als dat allemaal lijkt is het natuurlijk niet. Wanneer we erachter kunnen komen wat iemand motiveert, blijkt motivatie meer consistent te zijn over de tijd genomen en over verschillende situaties, dan gedragingen. Motieven bepalen in belangrijke mate hoe iemand in situaties die meerdere mogelijkheden open laten, zal reageren. Endler en Edwards (1988) stellen dan ook dat een langlopend onderzoek als dat van Epstein niet nodig is, wanneer we iemands motieven voor zijn gedrag kunnen analyseren. Het nadeel van deze benadering is, dat dit van de beoordelaar een interpretatieproces verlangt en dat is nu juist wat

men met de DSM heeft willen elimineren (al is dat natuurlijk maar ten dele gelukt).

McLemore en Benjamin (1979) stellen dat voor een grondige analyse iemands karakteristieke gedrag ten aanzien van zijn echtgenote, zijn kinderen, zijn baas, zijn vrienden enz. zou moeten worden weergegeven, omdat in al die situaties zijn gedrag heel verschillend kan zijn. Daarmee gaat het grote voordeel van een twee- of driedimensionele aanpak, de eenvoud, de overzichtelijkheid, geheel verloren.

'Gelukkig' hebben mensen met een PS doorgaans een veel kleinere variatie van reactiemogelijkheden dan de meeste mensen. Zij zijn dus in allerlei verschillende situaties consistenter in hun gedrag dan minder ingeperkte mensen. Dit systeem zou dus juist bij mensen met een PS nog wel bruikbaar kunnen zijn, maar een systeem dat alleen op z'n best functioneert bij de meest gestoorde mensen bevredigt niet erg. En met een aantal andere bezwaren die in het vorige gedeelte van dit artikel genoemd werden, rekent het niet af.

2. *Driedimensionele modellen* – Behalve de twee-assige opzet van de circumplexen zijn er ook andere pogingen gedaan om de vele variaties van persoonlijkheden en karakters onder te brengen in een eenvoudig systeem. Dat leidde meestal tot combinaties van drie dimensies. De belangrijkste zijn die van Eysenck en van Millon. Eysenck (1952, 1981) ontwikkelde een systeem met drie assen: neuroticisme, psychoticisme en extraversie-introversie. Hij kwam tot deze drie dimensies na een factoranalyse en die methode houdt vrijwel onvermijdelijk een persoonlijke bias in. Een ander bezwaar dat tegen deze driedimensionele opzet wordt ingebracht is, dat de dimensie 'psychoticisme' een aspect bestrijkt dat vermoedelijk niet, zoals bij alle andere dimensies het geval is, gelijkelijk over de bevolking verdeeld is.

Millon (1986) werkt eveneens met drie variabelen, maar zijn systeem is toch iets ingewikkelder. De persoonlijkheid, stelt hij, kan gezien worden als een samengesteld geheel van structuren en functies die in essentie tot doel hebben het nastreven van lust en het vermijden van onlust (de genot-pijn dimensie). Verder kan men aan die structuren en functies zien waar het individu die doelen denkt te bereiken (bij zichzelf als bron, of bij anderen) en hoe (door een actieve danwel een passieve opstelling). Stoornissen (tekorten of onevenwichtigheid) van één van deze drie variabelen leiden tot één van tien klinisch relevante basale persoonlijkheidspatronen of één van drie (ernstiger) varianten: de elf as-II-categorieën en de twee in de appendix van DSM-III-R opgenomen voorgestelde PS.

Alle twee- of driedimensionele systemen hebben het nadeel dat ze ervan uit gaan dat slechts twee of drie dimensies de enige onafhankelijke variabelen zijn die een rol spelen. Mogelijk is het wel zo, zoals Conte

en Plutchik (1981) aangeven, dat in elk overzicht interpersoonlijke trekken steeds op een circumplex, dus in een tweedimensioneel overzicht, zijn onder te brengen. Maar ook zij stellen duidelijk dat dat alleen kan als men zich beperkt tot interpersoonlijke trekken. En er is meer te zeggen over de persoonlijkheid en over stoornissen van persoonlijkheden. Bovendien leiden twee- of driedimensionele systemen ertoe, dat mensen weer netjes in acht of zestien categorieën worden ingedeeld, en daar wilde men nu juist van af.

En gaat het nu echt om slechts twee of drie dimensies? Er zijn er in de literatuur zoveel meer te vinden, overigens bijna steeds in drietallen.

– In feite is de indeling van de elf PS in drie clusters natuurlijk al zoiets als een dimensionele benadering: de drie dimensies 'excentriciteit', 'dramatiek' en 'angstige instelling'. Zimmerman en Coryell (1990) toonden aan dat alle items van de SIDP, een instrument om PS te diagnostiseren, op elf dimensies liggen. En die clusteren weer netjes in de drie groepen waarin de PS worden onderverdeeld. Niet netjes genoeg overigens, stellen zij, om serieus te overwegen de elf PS te vervangen door drie categorieën.

– Widiger e.a. (1987) stellen in een bespreking van de verschillende dimensionele modellen dat ze allemaal min of meer overeenkomen met MDS (Multi Dimensional Scaling), die drie dimensies heeft: mate van sociale betrokkenheid, assertiviteit en inwendig rumineren versus acting out-gedrag.

– Lorr en Strack (1990) tonen aan dat PS met behulp van MCMI-profielen kunnen worden opgedeeld in vechters (antisociale, sadistische en passief-agressieve PS), vluchters (ontwijkende-schizoïde en zelfkwellende PS), vrezers (schizoïde-afhankelijke en obsessief-compulsieve PS) en mensen met een plat profiel (de rest).

– Cloninger (1987) stelt voor om alle persoonlijkheidsvarianten in te delen in 'novelty seekers', die intense opwinding voelen bij nieuwe stimuli en anticiperen op beloning, waaraan hij activiteit van het dopaminesysteem koppelt; 'harm avoiders', die bij aversieve stimuli intens vermijdingsgedrag vertonen en waarbij het serotoninesysteem een overheersende rol zou spelen; en 'reward dependents', die intens op zoek zijn naar positieve bekrachtiging en bij wie het noradrenalinesysteem een overheersende rol zou spelen.

– Hier in Nederland is de typologie van Heymans en Wiersma lange tijd populair geweest onder psychologen (zie Chorus 1958). Weer een driedimensioneel systeem: primair versus secundair reageren; een actieve versus een niet-actieve instelling en wel of niet emotioneel aanspreekbaar zijn. Onvermijdelijk leidde dat weer tot een onderverdeling van de mensen in acht temperamentstypen. Omdat ook dit driedimensionele model kennelijk nogal te wensen overliet, heeft Chorus (1959) daaraan nog een vierde dimensie toegevoegd, namelijk het hebben van een al dan niet optimistische levensinstelling.

Conclusie

Iedereen schijnt zijn uiterste best te doen om alles te reduceren tot combinaties van twee, drie of hoogstens vier variabelen. Wanneer men werkelijk af wil van het in kleine kluitjes opdelen van alle mensen met een PS, zal men toch gebruik moeten maken van een meer dimensionele opzet. Ook daaraan zijn nadelen verbonden. Maar wanneer zo'n model enigszins gemodificeerd zou worden, zou met een aantal van de in dit artikel besproken nadelen kunnen worden afgerekend, en zou men een model hebben waarmee niet alleen de meest rigide of extreem afwijkende mensen, maar iedereen beschreven zou kunnen worden. Hierop zal worden ingegaan in een volgend artikel.

Literatuur

Een volledige literatuurlijst is op aanvraag verkrijgbaar bij de auteur.

Summary: The classification of personality disorders: problems for practitioners

Although the introduction of the five axes of DSM-III has meant a significant step forward towards adequate diagnostic procedures, there are many disadvantages of the current, categorical, system of Axis II. In this paper these disadvantages are discussed. An alternative approach, making use of two or three dimensions, also has its weak points, which are discussed as well.

Met dank aan dr. W. van den Brink voor zijn kritische kanttekeningen bij het manuscript.

De auteur is als hoofd van de A-opleiding verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Zon en Schild, Utrechtseweg 266, 3818 EW Amersfoort.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 14-9-1991.