

Persoonlijkheid; karakter of rolgedrag

Validiteitsaspecten van de DSM-III-classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

door W. van den Brink

Samenvatting

Binnen de psychiatrie is er de laatste jaren een hernieuwde belangstelling voor persoonlijkheidsdiagnostiek waarneembaar. Het onderzoek naar de classificatie van persoonlijkheidspathologie wordt daarbij gekenmerkt door een optimistische toekomstvisie en een duidelijke toenadering tussen verschillende theoretische stromingen. Daarentegen is er binnen de psychologie sprake van een toenemende scepsis ten aanzien van het onderzoek naar persoonlijkheidstrekken en -typeringen en de toekomstverwachtingen zijn pessimistisch en de controversen slepend en hevig.

In dit artikel wordt gepoogd een verklaring te vinden voor deze verschillen in stemming en toekomstverwachting en er worden vragen gesteld bij de validiteit van de operationalisering en de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen zoals die voorkomt in DSM-III. De auteur concludeert dat het bij DSM-III-persoonlijkheidsstoornissen gaat om potentieel valide psychiatrische categorieën, die, hoewel gedefinieerd op gedrags- en belevingsniveau, een duidelijke verwijzing inhouden naar onderliggende structuurpathologie en voorspellingen mogelijk maken betreffende (toekomstig) interpersoonlijk gedrag. De beschrijving van de afzonderlijke stoornissen en de afgrenzing van deze stoornissen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van psychiatrische symptoomstoornissen dient echter nader onderzocht te worden.

Bij dit onderzoek moet gestreefd worden naar een systematische analyse van zowel interpersoonlijke aspecten, temperamentskenmerken, cognitieve structuren en psychodynamische concepten, mogelijk leidend tot een geïntegreerd persoonlijkheidsmodel met een daarop gebaseerde classificatie van persoonlijkheidspathologie.

Inleiding

Ondanks een lange wetenschappelijke traditie en een veelheid aan empirisch werk lijkt er de laatste jaren binnen de psychologie sprake te zijn van een wijd verbreide en toenemende scepsis ten aanzien van het onderzoek naar persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidstyperingen (Loevinger en Knoll 1983; Phares en Lamiell 1977; Sechrest 1976). De controversen zijn slepend en hevig (Pervin 1984), de toekomstverwachtingen vaak pessimistisch (Meehl 1978) en men lijkt

vertwijfeld op zoek naar nieuwe modellen die een beter inzicht moeten verschaffen in de dynamische processen die ten grondslag liggen aan de uitkomst van interacties tussen personen en situaties (Pervin 1985). Des te opmerkelijker is het dat er binnen de psychiatrie een hernieuwde belangstelling is voor persoonlijkheidsdiagnostiek en voor de classificatie van karakterpathologie en persoonlijkheidsstoornissen. Het onderzoek wordt hier gekenmerkt door een optimistische visie ten aanzien van toekomstige resultaten (Reich 1985; Vaillant 1985) en heeft niet zelden een zekere toenadering tussen de verschillende 'scholen' tot gevolg (o.a. Kernberg 1970; McLemore en Benjamin 1979; Pierloot 1984; Vaillant en Drake 1985). Binnen de (medisch georiënteerde) klinische psychiatrie komt deze ontwikkeling onder andere tot uitdrukking in de toegenomen belangstelling voor het borderline-syndroom (Rohde-Dachser 1983; Verhulst 1981), in de discussie over de verschillende 'spectrum disorders' (Akiskal e.a. 1978; McGlashan 1983; Gunderson e.a. 1983; Kendler e.a. 1981) en in de ruime plaats die aan persoonlijkheidsstoornissen is toebedeeld in de *Diagnostic and statistic manual of mental disorders III* (DSM-III; APA 1980). Daarnaast bestaat er binnen, maar ook buiten de psychoanalyse grote belangstelling voor de object-relatietheorie en de daarop aansluitende nosologische structuurdiagnostiek (de Blécourt 1984; Kernberg 1970; Kortmann 1983; Masterson 1981). Tenslotte lijkt men ook binnen de wereld van interactioneel en systeemgeoriënteerde therapeuten en wetenschappers langzamerhand het standpunt te verlaten dat persoonlijkheidsdiagnostiek principieel systeembevestigend en hypotaserend zou werken. Voortbouwend op de ideeën van Sullivan (1953) en Leary (1957) worden er vanuit een interpersoonlijk perspectief geavanceerde persoonlijkheidsclassificaties ontwikkeld en ingezet in therapie en evaluatieonderzoek (Benjamin 1974, 1983; Carson 1969; Kiesler 1982; Wiggins 1979).

In dit artikel proberen wij eerst kort het belang en de plaats van persoonlijkheidsstoornissen binnen de psychiatrie te schetsen om vervolgens een verklaring te zoeken voor de verschillen in stemming en toekomstverwachting binnen de psychiatrie aan de ene en de psychologie aan de andere kant. Daarna proberen we enige orde te brengen in het gebruik van begrippen, concepten en definities, waarbij tevens een operationele definitie van het begrip persoonlijkheidsstoornis zal worden gegeven. Het artikel besluit met een korte beschrijving van de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III, enkele kritische kanttekeningen en een mogelijk perspectief.

Belang en plaats van persoonlijkheidsstoornissen binnen de psychiatrie

Er zijn globaal twee belangrijke oorzaken aan te geven voor de hernieuwde belangstelling binnen de psychiatrie voor persoonlijkheids-

diagnostiek in het algemeen en de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder. De eerste is van beleidsmatige, de tweede meer van wetenschappelijke aard.

Mede onder invloed van bezuinigingen in de gezondheidszorg en het gevangeniswezen ontstaat er de laatste tijd een toenemend besef van de druk die patiënten met een persoonlijkheidsstoornis leggen op de bestaande hulpverleningssystemen en de kosten die dat meebrengt. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose worden door therapeuten vaak beschreven als lastig en therapieresistent (o.a. Straker 1982), ze zijn vaak langdurig (soms continu, maar vaak intermitterend) in zorg bij diverse instellingen voor ambulante hulpverlening (Ten Horn 1984) en maken veelvuldig gebruik van 24-uurs beschikbaarheidsdiensten (Van Osselaer-Schouteren 1984). Daarnaast verblijven er veel patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of karakterneurose in therapeutische gemeenschappen, in huizen van bewaring en tbr-instellingen. Met de zorg voor deze patiënten en delinquenten is niet alleen veel geld, maar ook veel inspanning en niet zelden nogal wat frustratie gemoeid. Een beter zicht op de behandeling en begeleiding van deze groep patiënten is daarom zeer gewenst.

Binnen de wetenschappelijk georiënteerde psychiatrie is de laatste jaren een toenemende kritiek merkbaar op de traditionele psychiatrische classificatiesystemen. Ze zouden onvoldoende corresponderen met de klinische werkelijkheid en de predictieve waarde zou onvoldoende zijn (o.a. Strauss e.a. 1979). Om aan deze bezwaren tegemoet te komen wordt er gewerkt aan nieuwe classificatiesystemen, waarin naast psychiatrische symptomen en syndromen veel aandacht besteed wordt aan persoonlijkheidskenmerken, ingrijpende levensgebeurtenissen, het sociale functioneren e.d. De verschillende kenmerken worden vaak ondergebracht op verschillende assen. Een voorbeeld van een dergelijk multi-axiaal classificatiesysteem is de *Diagnostic and statistic manual of mental disorders* (DSM-III), met op as I de psychiatrische symptoomstoornissen, op as II persoonlijkheidskenmerken, as III de somatische toestand van de patiënt en op as IV en V respectievelijk een inventarisatie van ingrijpende levensgebeurtenissen en het sociale functioneren. Ook in deze nieuwe classificatiesystemen staan psychiatrische symptomen en syndromen nog centraal, omdat deze vaak de aanleiding vormen voor het contact met de hulpverlening. Het belang van de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen ligt mede in de (veronderstelde) relaties tussen deze stoornissen en de psychiatrische symptoomstoornissen (depressies, angststoornissen, psychosen e.d.) (Akiskal e.a. 1983; Docherty e.a. 1986). In de literatuur komen over deze relatie de volgende hypothesen naar voren:

1. de kwetsbaarheidshypothese: bepaalde persoonlijkheidstrekken en/of persoonlijkheidsstoornissen vormen de specifieke bodem waarop zich onder invloed van algemene of specifieke ingrijpende levensgebeurtenissen psychiatrische symptoomstoornissen ontwikkelen

(o.a. Abraham 1921-1925; Akiskal e.a. 1978, 1979; Chodoff 1972; Van Dijk 1963, 1970; Garmezy 1970; Klein 1948; Van Zerssen 1977; Hirschfeld en Klerman 1979; Millon 1969, 1980).

2. de continuïteitshypothese: bepaalde persoonlijkheidstrekken en/of persoonlijkheidsstoornissen zijn de vroege uitdrukking van een zich langzaam ontwikkelende psychiatrische symptoomstoornis, die het klinisch niveau (nog) niet bereikt heeft (o.a. Akiskal 1981; Kraepelin 1921; Kretschmer 1936; Kringlen 1965; Rosenthal e.a. 1981; Tyrer e.a. 1983; Wetzel e.a. 1980).

3. de complicatiehypothese: bepaalde persoonlijkheidskenmerken en/of persoonlijkheidsstoornissen zijn het gevolg van eerder doorge maakte psychiatrische symptoomstoornissen (o.a. Cassano e.a. 1985; Haase 1980; Huber e.a. 1980).

4. de psychoplastyhypothese: bepaalde persoonlijkheidstrekken en/of persoonlijkheidsstoornissen geven aan gelijktijdig aanwezige psychiatrische symptoomstoornissen een specifieke kleuring, die zich kan manifesteren in:

(a) specifieke fenomenologische kenmerken (o.a. Bart 1974, Lazare en Klerman 1968, Paykel e.a. 1976; Pilowsky 1979; Vaz Serra en Pollitt 1975).

(b) specifieke beloopkenmerken (o.a. Akiskal e.a. 1978; Charney e.a. 1981; Gittelman-Klein en Klein 1969; Kringlen 1965; Odegard 1964; Robins en Guze 1970; Tyrer 1985; Tyrer e.a. 1983).

(c) specifieke problemen tijdens de behandeling (Jamison e.a. 1980; Horowitz e.a. 1985; Stolorow en Lachman 1980).

5. de orthogonaliteitshypothese: persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornissen staan volledig los van psychiatrische symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen moeten worden gezien als een aparte, van andere psychiatrische stoornissen losstaande groep, een aparte nosologische entiteit.

Ondanks het feit dat slechts weinigen van mening zijn dat persoonlijkheidspathologie en het ontstaan, beloop en afloop van psychiatrische symptoomstoornissen volledig los van elkaar staan, wordt er in de nieuwe classificatiesystemen toch vaak uitgegaan van de orthogonaliteitshypothese (o.a. DSM-III). In de loop van een onderzoek kan deze hypothese vervolgens verworpen worden en vervangen door één van de andere hypothesen.

Een betere classificatie van psychiatrische stoornissen met daarin meer aandacht voor de persoonlijkheid(spathologie) zal leiden tot verbeteringen in de psychiatrische indicatiestelling en behandeling en kan inzicht verschaffen in de te stellen therapiedoelen.

Validiteit van het concept persoonlijkheid

Het belang van persoonlijkheidsdiagnostiek is wel duidelijk maar hoe komt het dat de stemming ten aanzien van persoonlijkheidsonder-

zoek binnen de psychologie zo wezenlijk verschilt van die binnen de psychiatrie? Gaat het binnen de psychologie voornamelijk om quasi-controversen of is men binnen de psychiatrie te weinig kritisch en weigert men er te leren van ervaringen opgedaan binnen andere onderzoeksvelden? Om op deze vraag een antwoord te geven zullen we de belangrijkste controversen, zoals ze zich de laatste jaren binnen de psychologie hebben voorgedaan, kort bespreken en becommentariëren. Volgens Pervin (1985) is de huidige pessimistische stemming binnen de persoonlijkheidspsychologie grotendeels terug te voeren op drie controversen: (1) die tussen personalisten en situationisten, (2) die over de plaats van cognities en emoties binnen de verschillende persoonlijkheidsmodellen en (3) die over de waarde en de plaats van ideografisch onderzoek.

De belangrijkste is waarschijnlijk die tussen personalisten en situationisten over de stabiliteit en consistentie van persoonlijkheidstrekken. De trekentheorie gaat ervan uit dat een persoon gekenmerkt wordt door een bepaalde mate van stabiliteit en consistentie in zijn gedrag en beleven, welke ertoe leiden dat hij zich op verschillende momenten en situaties op globaal dezelfde voorspelbare wijze gedraagt. De stabiliteit en consistentie zou het gevolg zijn van (onderliggende) gedragsdisposities, die (karakter)trekken genoemd worden (Schmidt 1980). In empirisch onderzoek konden deze eigenschappen echter lang niet altijd aangetoond worden (Kagan 1980; Mischel 1969, 1983; Mischel en Peake 1982). Het leek er vaak op dat gedrag niet zozeer door persoonlijkheidstrekken werd bepaald, doch veeleer door de situatie waarin iemand verkeerde en de daaraan verbonden verwachtingen.

Aanhangers van de trekentheorie verdedigden hun concept door erop te wijzen dat de geldigheid ervan moest worden beoordeeld op het beste en niet op middelmatig of slecht uitgevoerd onderzoek. De goed uitgevoerde onderzoeken zouden wijzen op voldoende stabiliteit en consistentie (Block 1977; Olweus 1979, 1980). Anderen verdedigden het concept door te wijzen op het probabilistische karakter van de begrippen stabiliteit en consistentie. Deze kenmerken zouden wel degelijk aangetoond kunnen worden als men maar zou werken met geaggregeerde gegevens, waarbij persoonlijkheidstrekken gemeten worden op een groot aantal momenten en in veel verschillende situaties (Epstein 1979, 1983; Gifford 1982; Small e.a. 1983). Weer andere aanhangers van de trekentheorie stelden met nadruk dat niet zozeer gekeken moest worden naar uiterlijk identiek gedrag (behavioral consistency), maar veel meer naar logisch samenhangende gedragspatronen en onderliggende motieven (dispositional consistency) (Buss en Craik 1983; Moskowitz 1982).

Vanuit een synthetische benadering constateerden Bem en Allen (1974) dat sommige mensen nu eenmaal stabiel zijn in hun gedragingen dan andere. Kenrick en Springfield (1980) voegden daar nog aan toe dat bepaalde trekken stabiel en consistent zijn dan andere. Trek-

ken die door de betrokkene bij voorbeeld als consistent en waarneembaar worden beoordeeld blijken in hoge mate voorspellingen mogelijk te maken over iemands gedrag. Ook bleken bepaalde situaties meer aanleiding te geven tot consistent gedrag dan andere (Bem en Funder 1978; Monson e.a. 1982; Price en Bouffard 1974). Tenslotte bleek dat mensen met bepaalde persoonlijkheidstrekken zich slechts in een beperkt aantal situaties begeven, waardoor van hen slechts een beperkt gedragsrepertoire wordt geëist. Analyse van deze beperkingen kan belangrijke informatie verschaffen over de aanwezigheid van bepaalde persoonlijkheidstrekken (Cantor e.a. 1984; Furnham 1981, 1982; Snyder en Gangestad 1982, 1983; Wachtel 1973).

Natuurlijk riepen al deze argumenten voor een (enigszins ingeperkte) trekkentheorie ook weer tegenargumenten op, die op hun beurt weer ondersteund worden met ander onderzoek of nieuwe analyses van bestaand onderzoek (Mischel en Peake 1982, 1983).

Ekehammer (1974) heeft geprobeerd een einde aan deze controverse te maken door te stellen dat het bij gedrag altijd gaat om de 'reciproke transactie' tussen persoonlijkheidskenmerken en situatiekenmerken. Eysenck (1982) deed hetzelfde, maar veel concreter toen hij opmerkte dat het in wezen gaat om een oneigenlijke tegenstelling 'since one always has persons-in-situations and the relative importance of personality and situational factors depends on the nature of the situation, the selection of people and the particular traits measured'. Wij zijn het volledig eens met Eysenck en menen in zijn stellingname een belangrijk deel van de verklaring te hebben voor de optimistische stemming ten aanzien van persoonlijkheidsdiagnostiek binnen de psychiatrie. De psychiatrie richt haar wetenschappelijke en therapeutische activiteiten namelijk op een duidelijke selectie uit de algemene populatie. Bij psychiatrische patiënten gaat het ons inziens niet zelden om mensen waarbij het evenwicht in de reciproke transactie sterk verschoven is naar de kant van de persoonlijkheidskenmerken, kenmerken die vaak worden omschreven als vreemd, extreem en rigide (Carson 1969; Kiesler 1982, 1986; Pearlin en Schooler 1978). Vaak lijkt er sprake van onderliggende structuurpathologie die op verschillende, maar vaak zeer bepaalde wijze tot uitdrukking komt in het gedrag (Akhtar en Byrne 1983; Kernberg 1970; Vaillant en Drake 1985). Bij veel van de psychiatrische patiënten lijkt er sprake van een relatief hoge dispositionele en gedragsconsistentie met vaak sterke beperkingen in het aantal situaties waarin zij zich begeven. Het tweede door Pervin genoemde probleem binnen de persoonlijkheidspsychologie wordt gevormd door de controverse over de plaats van cognities en emoties. Aanvankelijk werd dit veld gedomineerd door cognitieve stromingen en werden affecten en emoties meestal gezien als secundair (Abramson e.a. 1980; Mandler 1982; McFarland en Ross 1982; Weiner 1982). De laatste jaren zijn er in toenemende mate ook andere geluiden waarneembaar. Zajonc (1980) propageert het primaat van de emoties,

terwijl Berkowitz (1983) wijst op de directe relatie tussen emotie en gedrag. Anderen spreken zich nog niet duidelijk uit, maar zoeken naar de manier waarop emoties, cognities en gedragingen met elkaar verbonden zijn (Clarke en Fiske 1982; Izard e.a. 1984; Royce en Powel 1983). Natuurlijk bestaan er ook binnen de psychiatrie verschillen op dit punt. Een bindend element wordt echter gevormd door het klinisch onderzoek naar de samenhang tussen de door de therapeut veronderstelde onderliggende, vaak affectief gekleurde motieven (neurotische conflicten) en de door de patiënt naar voren gebrachte vaak cognitief gekleurde motiveringen voor zijn gedrag en/of beleven. Het is met name de therapeutische setting waarin cognities en emoties samenkomen, zonder als controversieel beleefd te worden.

Een laatste probleem binnen de persoonlijkheidspsychologie dat hier kort besproken zal worden is de groeiende scepsis ten aanzien van het gebruik van vragenlijsten bij persoonlijkheidsonderzoek en de groeiende belangstelling voor ideografisch onderzoek. In deze laatste benadering wordt gepoogd de mens in zijn uniciteit te beschrijven (Schmidt 1980). Binnen het positivistisch georiënteerde vragenlijstonderzoek zou het contact tussen onderzoeker en onderzochte verloren zijn gegaan en daarmee een belangrijke bron van informatie en inspiratie. Het belang van en de nadruk op ideografisch onderzoek lijkt een nieuwe controverse binnen de persoonlijkheidspsychologie te worden (Bem 1983; Kenrick en Braver 1982; Kenrick en Dantchik 1983). Binnen de psychiatrie is van een dergelijke controverse geen sprake. Ideografisch onderzoek heeft altijd de hoofdmoot gevormd van therapeutische en vaak ook van wetenschappelijke activiteiten. Vragenlijst en andersoortig onderzoek is daaraan altijd additioneel geweest. Het gesprek met de patiënt roept vragen op die mogelijk beantwoord kunnen worden via psychologisch-vragenlijstonderzoek of projectief testmateriaal. De resultaten van dit onderzoek leiden op hun beurt weer tot nieuwe gespreksonderwerpen of -benaderingen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de verschillen in stemming en toekomstverwachting tussen de psychologie en de psychiatrie niet alleen maar berusten op quasi-controversen binnen de psychologie of naïviteit van de kant van de psychiatrie, maar op de verschillen in onderzoeksobject ('normale' individuen vs psychiatrische patiënten), onderzoeksetting (proefpersoon vs patiënt) en onderzoeksmethode (vragenlijst vs gesprekken, vragenlijsten, projectieve testen enz.). De validiteit van het concept persoonlijkheid is daarom binnen de psychiatrie nauwelijks omstreden en persoonlijkheidsonderzoek lijkt – mede door de toegenomen betrouwbaarheid (Stangl e.a. 1985; Tyrer e.a. 1979) – alleszins opportuun. Dit geldt a fortiori voor het onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen, omdat begrippen als inflexibiliteit en rigiditeit in gedrag de basis vormen voor deze psychiatrische categorie.

Definiëring en operationalisering van het concept persoonlijkheidsstoornis

In het voorgaande zijn de begrippen persoonlijkheidstrekk, karaktertrekk, persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis regelmatig aan de orde geweest, maar nog onvoldoende gedefinieerd. Van Peursen (1980) beschrijft in *De opbouw van de wetenschap* vijf niveaus waarop begrippen (termen) gedefinieerd kunnen worden uitgaande van hun abstractieniveau en verklaringswaarde. Op het laagste niveau bevinden zich de observatietermen, dat wil zeggen begrippen die op de directe observatie betrokken zijn. Onder empirische termen worden vervolgens die termen verstaan die een groep observatietermen samenvatten, maar toch hun directe betrokkenheid op de waarneembare wereld behouden. Geconstrueerde termen geven iets aan dat niet als zodanig waarneembaar is, maar wel door observaties tot stand moet komen. Op het vierde niveau bevinden zich de interveniërende termen. Zij staan nog iets verder van de waarneming af en voegen iets toe aan het waargenomen. Theoretische termen ten slotte kunnen niet meer, hetzij direct hetzij indirect gedefinieerd worden via observationele termen. Deze laatste termen hebben, volgens Van Peursen, vooral een symboolkarakter.

Uitgaande van deze indeling van wetenschappelijke termen kunnen de begrippen persoonlijkheidstrekk, karaktertrekk, persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis nu als volgt geplaatst en omschreven worden: persoonlijkheidstrekken zijn (logisch samenhangende patronen van) gedragingen en belevingen die een bepaalde, hoge mate van stabiliteit en consistentie hebben. Het gaat daarbij om de detectie en beschrijving door de onderzoeker van objectief waarneembaar gedrag en van door de proefpersoon aan de onderzoeker meegedeelde gedachten en belevingen. Op empirisch niveau worden bepaalde combinaties van persoonlijkheidstrekken samengevoegd tot de verschillende persoonlijkheidstypen.

Wanneer er echter over karaktertrekken en karakter gesproken wordt, heeft men het niet meer over de observeerbare gedragingen en belevingen zelf, maar over de eraan ten grondslag liggende disposities, die het resultaat zijn van genetisch-constitutionele (temperament) en ontwikkelingsfactoren. Het gaat hierbij om veronderstelde mentale processen die slechts gedeeltelijk zijn af te leiden uit of te herleiden tot observaties. Het gaat om interveniërende begrippen, het vierde abstractieniveau.

Op het vijfde abstractieniveau wordt ten slotte wel gesproken van karakterstructuur, persoonlijkheidsstructuur, persoonlijkheidsorganisatie e.d. Bij deze begrippen gaat het om de wijze waarop verschillende mentale processen en structuren samenhangen en tot stand komen.

Het begrip persoonlijkheid wordt op allerlei manieren en op allerlei niveaus beschreven en blijft in de meeste gevallen vaag. Ter illustratie

willen wij hier slechts een voorbeeld geven. In een eclectische benadering merkte Millon (1981) recentelijk op dat persoonlijkheid het best gezien kan worden als 'een complex patroon van diep verankerde psychologische kenmerken die grotendeels onbewust zijn, niet gemakkelijk uitgewist worden en tot uitdrukking komen in alle facetten van het functioneren'. 'Deze kenmerken komen', zo stelde hij, 'intrinsiek en bij voortduring naar boven vanuit een gecompliceerde matrix van biologische disposities en geleerd gedrag en vormen het onderscheiden individuele patroon van ervaren, voelen, denken en handelen'.

Ten slotte willen we in deze paragraaf een operationele definitie geven voor het begrip persoonlijkheidsstoornis. Een persoonlijkheidsstoornis wordt door ons gedefinieerd aan de hand van de volgende kenmerken: (1) aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken, (2) een langdurige verstoring of onvoldoende tot stand komen van wederzijdse interpersoonlijke relaties, hetgeen tot uitdrukking komt in een langdurig sociaal en/of beroepsmatig dysfunctioneren en (3) een langdurig bestaand subjectief lijden van de betrokkene en/of de omgeving.

Met opzet is in deze operationele definitie gekozen voor persoonlijkheidstrekken boven karaktertrekken omdat wij het begrip persoonlijkheidsstoornis, in navolging van de opstellers van de DSM-III, willen definiëren op observationeel en empirisch niveau. Ook is met opzet gekozen voor persoonlijkheidstrekken en niet voor symptomen. Bij persoonlijkheidsstoornissen gaat het namelijk om relatief stabiele en consistente gedragingen en belevingen die wel een afwijking vormen van de populatienorm, maar niet van de individuele norm (Giel 1982). De continuïteit staat voorop en de trekken worden dan ook meestal beleefd als ego-syntoon (Foulds 1965). Psychiatrische symptoomstoornissen worden daarentegen gekenmerkt door de aanwezigheid van objectieve ('signs') en subjectieve symptomen ('symptoms'), die in het algemeen niet blijvend van karakter zijn en waarbij de historische continuïteit van het individu doorbroken wordt. Symptomen worden meestal beleefd als ego-dystoon en betekenen zowel een afwijking van de populatienorm als van de individuele norm. Bij persoonlijkheidsstoornissen gaat het echter niet om persoonlijkheidstrekken, maar om pathologische persoonlijkheidstrekken, en wel in dubbele zin: (a) pathologisch in descriptief-statistische zin, wat wil zeggen dat het gaat om extreme variaties van persoonlijkheidstrekken die als zodanig bij de gehele populatie voor kunnen komen. Voorbeelden zijn extreme afhankelijkheid, extreme precisie e.d. Er is een duidelijke afwijking van de populatienorm in het geding, (b) pathologisch in adaptieve zin, waarbij er sprake is van een uiterst beperkt en rigide ingezet gedragsrepertoire, dat aanleiding geeft tot interpersoonlijke problemen en een versterking van het vaak continu negatief gekleurde belevingsniveau. Van een reciproke transactie tussen persoonlijkheidskenmerken en situatiekenmerken is nauwelijks sprake meer.

De classificatie van persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-III

In de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* zijn persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornissen, samen met de specifieke ontwikkelingsstoornissen van kinderleeftijd en adolescentie, ondergebracht op een aparte as, as II. Dit is volgens de auteurs gedaan om ervoor te zorgen dat deze stoornissen niet over het hoofd gezien worden bij de gelijktijdige aanwezigheid van psychiatrische symptoomstoornissen. Kendell heeft tegen dit indelingsprincipe terecht bezwaar gemaakt en gepleit voor een scheiding tussen progressieve of potentieel reversibele stoornissen op de eerste, en 'life-long and stable handicaps' (zoals persoonlijkheidsstoornissen en mentale retardatie) op de tweede as. Voor het gehele classificatiesysteem (en dus ook voor as II) geldt dat het niet gaat om een classificatie van individuen, maar van stoornissen voorkomend bij individuen, een toevoeging die bij persoonlijkheidsstoornissen wat vreemd aandoet gezien het vaak ego-syntone karakter ervan. De stoornissen worden niet gezien als discrete entiteiten met scherpe onderlinge grenzen tussen de verschillende klassen, terwijl ook geen absoluut onderscheid gemaakt wordt tussen pathologische en normale persoonlijkheidsprofielen. Het eerste komt duidelijk tot uitdrukking in het polythetische karakter van de criteria, waarbij niet altijd alle definiërende criteria voor een bepaalde persoonlijkheidsstoornis aanwezig behoeven te zijn doch slechts een minimumaantal en in de mogelijkheid om per individu meer dan één specifieke persoonlijkheidsstoornis op as II op te nemen. Het tweede komt het duidelijkst naar voren in de ruimte die gelaten wordt om bij afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis wel aan te geven dat er enkele opvallende persoonlijkheidstrekken aanwezig zijn. Ten slotte kan er nog gebruik gemaakt worden van een restcategorie, wanneer de onderzoeker van mening is dat er bij de patiënt wel degelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, die echter niet (volledig) voldoet aan de minimale criteria voor één of meerdere specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Het DSM-III handboek (APA, 1980) bevat voor alle 11 specifieke persoonlijkheidsstoornissen (paranoïde, schizoïde, schizothym, theatraal, narcistisch, antisociaal, borderline, ontwijkend, afhankelijk, dwangmatig, passief-agressief) een uitvoerige beschrijving waarin achtereenvolgens aan de orde komen: definiërende criteria (definitional criteria) die noodzakelijk aanwezig moeten zijn voor de diagnose van een specifieke persoonlijkheidsstoornis, bijkomende kenmerken (associated features) die vaak samen voorkomen met definiërende criteria, maar niet noodzakelijk zijn voor de diagnose, sociale beperkingen die vaak het gevolg zijn van een dergelijke persoonlijkheidsstoornis, eventuele veel voorkomende complicaties in de zin van psychiatrische symptoomstoornissen (kwetsbaarheids/continuïteitshypothese), predisponerende factoren, prevalentiecijfers voor zover bekend, seks-ratio-gegevens, familie-

kenmerken en ten slotte differentiaal-diagnostische overwegingen.

De definiërende criteria worden gevormd door observationele en soms ook geconstrueerde termen die samengevoegd worden tot op empirisch niveau gedefinieerde persoonlijkheidsstoornissen. Zo wordt de paranoïde persoonlijkheid gedefinieerd aan de hand van drie geconstrueerde termen: (1) algemene ongegronde achterdocht en wantrouwen jegens personen, (2) overgevoeligheid en (3) beperkte affectiviteit. Deze geconstrueerde termen worden geoperationaliseerd met behulp van observationele termen. Beperkte affectiviteit wordt bij voorbeeld geoperationaliseerd als de aanwezigheid van minstens twee van de volgende persoonlijkheidstrekken: afwezigheid van passieve, zachte en tedere gevoelens, gebrek aan werkelijk gevoel voor humor, een koude en ongevoelige indruk, trots altijd objectief, rationeel en niet emotioneel te zijn.

Ondanks de nauwkeurige omschrijving van de verschillende specifieke persoonlijkheidsstoornissen, het prototypische karakter van deze as (De Jong en Van den Brink 1986), met zijn heldere maar tegelijkertijd flexibele classificatieregels en de bevredigende betrouwbaarheid (Stangl e.a. 1985; Spitzer e.a. 1979; Strober e.a. 1981) is er toch veel kritiek op gekomen.

Deze kritiek is voornamelijk afkomstig van empirisch georiënteerde wetenschappers en psychoanalytici. De kritiek spitst zich daarbij toe op het (zogenaamde) atheoretische en descriptieve karakter van de DSM-III in zijn geheel en van as II in het bijzonder.

Enkele kanttekeningen bij de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III – Veel empirisch georiënteerde onderzoekers hebben kritiek geuit op het categoriële karakter van de op as II voorkomende persoonlijkheidsstoornissen en op de onduidelijke herkomst en nauwelijks beargumenteerde keuze van de constituerende persoonlijkheidstrekken (o.a. Eysenck e.a. 1983; Frances 1980). Anderen (o.a. Gunderson 1985; Michels 1984) hebben terecht opgemerkt dat as II minder atheoretisch is dan wel eens wordt verondersteld en dat de gekozen categorieën en hun beschrijvingen nauw aansluiten bij het boeiende, maar empirisch nog nauwelijks getoetste psychopathologiemodel van Millon (1969, 1981). Toch kan er wel iets gezegd worden over de empirische status van de op as II voorkomende categorieën. In een samenvattend overzicht komt Gunderson (1985) op basis van historische overwegingen en gegevens uit eerder uitgevoerd empirisch onderzoek tot de volgende conclusies:

1. er lijkt vooralsnog voldoende bestaansrecht voor de categorieën schizoïde, dwangmatige, theatrale, borderline, antisociale, paranoïde en schizothyme persoonlijkheid. Wel moet ander onderzoek gedaan worden naar de juiste omschrijving van deze categorieën en naar hun onderlinge grenzen. Voor de twee laatstgenoemde persoonlijkheidsstoornissen moet daarnaast opname in een 'schizophrenic spectrum disorder' overwogen worden;

2. de categorieën afhankelijke, ontwijkende, narcistische en passief-agressieve persoonlijkheid hebben voorlopig nog onvoldoende bestaansrecht en moeten hun waarde nog helemaal bewijzen;

3. een categorie depressieve of masochistische persoonlijkheid wordt in de classificatie node gemit;

4. het aantal categorieën op as II zal in de toekomst waarschijnlijk verminderd kunnen worden (zie ook Presley en Walton 1973 en Tyrer en Alexander 1979).

5. de thans op as II opgenomen persoonlijkheidstrekken moeten worden aangevuld met elementen uit het empirisch werk van onder anderen Eysenck (1965), Cattell (1965), Leary (1957) en Benjamin (1974).

Ook veel psychoanalytici kunnen zich niet of onvoldoende vinden in de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III. Ze hebben grote twijfels bij de validiteit en het diagnostisch en therapeutisch belang van persoonlijkheidsbeschrijvingen waarin geobjectiverde gedragingen en subjectieve belevingen van de patiënt en de daaruit voortvloeiende interactionele aspecten centraal staan. Ze zijn van mening dat er onvoldoende aandacht wordt geschonken aan de genetisch-dynamische en structurele aspecten van de persoonlijkheid en betreuren het dat de validiteit kennelijk is opgeofferd aan de betrouwbaarheid (o.a. Michels 1984; Vaillant 1984, 1985). Zij lijken een mogelijk wat minder betrouwbare beschrijving op interveniërend en theoretisch niveau te verkiezen boven een betrouwbare op observatie, empirisch en geconstrueerd niveau.

Wij zijn het met deze analytici eens wanneer zij stellen dat het op as II niet gaat om de beschrijving van karakterstructuren of persoonlijkheidsorganisaties, maar verschillen duidelijk van hen als het gaat om de validiteit en de diagnostische en therapeutische belang. Het gaat op as II inderdaad niet om karakterstructuren, maar om een beschrijving van omgangsstrategieën, dat wil zeggen om de concrete wijze waarop iemand in de omgang met zijn omgeving probeert zijn zelfgevoel te handhaven, angsten de baas te blijven en relaties in stand te houden. Deze beschrijvingen kunnen daarom het beste gezien worden als de uitwendige vorm waarin de reciproke transactie tussen karakterstructuur en sociale werkelijkheid zich manifesteert. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is het evenwicht in deze reciproke transactie echter sterk verschoven naar de kant van de persoonlijkheidskenmerken en zal de onderliggende karakterstructuur zich op vaak stereotype wijze openbaren in de omgangsstrategie, welke dan slechts in geringe mate medebepaald wordt door de omgevingsfactoren. Beschrijvingen op observationeel en empirisch niveau zullen daardoor vaak een goede indicatie vormen voor de onderliggende structuurpathologie; een gegeven dat in de psychoanalytische literatuur over karakterpathologie altijd al aanwezig is geweest. Op basis van deze (te verwachten) nauwe relatie tussen karakterpathologie en persoonlijkheidsstoornissen en

gezien de ontwikkelingen binnen de psychoanalyse, waarbij interactionele aspecten een steeds belangrijker rol zijn gaan spelen (Treurniet 1984), zijn wij van mening dat classificatie van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III ook voor dynamisch georiënteerde onderzoekers en therapeuten wel degelijk van diagnostisch en therapeutisch belang kan zijn. We zullen dit standpunt proberen te illustreren met enkele (historische) gegevens uit de psychoanalytische literatuur.

Freud (1908, 1913), Abraham (1921-1925) en ook Reich (1933) beschreven karakterneurosen en psychopathieën voornamelijk aan de hand van regressies naar of fixaties in bepaalde fasen van de driftontwikkeling (oraal-afhankelijk, oraal-sadistisch, anaal-expulsief, anaal-retentief, fallisch-narcistisch, hysterisch en masochistisch). Ondanks hun nadruk op de pathologische driftontwikkeling waren de beschrijvingen vaak prozaïsch-descriptief en observationeel-empirisch.

Fenichel (1945) onderscheidde globaal twee hoofdtypen: sublimatietypen die als gezond beschouwd moesten worden en reactieve typen die (potentieel) pathologisch zouden zijn. Naast dit dynamische indelingsprincipe hanteerde hij (en later vele anderen met hem) ook een structurele dimensie, waardoor drie hoofdgroepen van reactieve karakters ontstonden: (1) reactieve typen met (voornamelijk) pathologie ten aanzien van het Id (orale, anale, fallische karakters), (2) reactieve typen met (voornamelijk) pathologie ten aanzien van het Superego (moreel-masochistische, criminele en acting-out karakters) en (3) reactieve typen met (voornamelijk) pathologie ten aanzien van externe objecten (pathologische jaloersheid, sociale inhibitie en pseudoseksualiteit). De driftontwikkeling bleef belangrijk, maar daarnaast ontstond er meer aandacht voor eventuele pathologie in de ontwikkeling van het Superego en de omgang met externe objecten.

Ook Kernberg (1970) hecht veel waarde aan de zojuist genoemde elementen, maar in de ontwikkeling en organisatie van de persoonlijkheid kent hij – in navolging van onder andere Klein (1948) en Fairbairn (1952) – een centrale rol toe aan de ontwikkeling van (de internalisering van) objectrelaties. In de organisatie van de persoonlijkheid onderscheidt hij drie pathologische niveaus:

1. een hoog niveau, waarin sprake is van een goed geïntegreerd Ego, een goed geïntegreerd Superego dat vaak streng en straffend is, afweer die gekenmerkt wordt door verdringing zonder infiltratie van driftmatige impulsen, een stabiel zelfgevoel en ten slotte stabiele objectrelaties met een totaal karakter;

2. een middenniveau, dat gekenmerkt wordt door een goed geïntegreerd Ego, een wat minder goed geïntegreerd Superego met tegenstrijdige eisen ten gevolge van een wat hoog gestemd en vaak magisch gekleurd Ideaal-Ik, afweer die voornamelijk uit verdringing bestaat, maar waarin driftmatige impulsen kunnen infiltreren, een stabiel zelfgevoel en ten slotte stabiele objectrelaties die niet zelden conflictueus en ambivalent zijn;

3. een laag niveau ('borderline personality organization'), waarin geen duidelijke scheiding meer aanwezig is tussen Ego en Superego/Id-deal-Ik, waarin de afweer wordt gekenmerkt door splijtingsfenomenen, ontkenning, projectieve identificatie en onbewuste almachtstheorieën, en waarin er van een stabiel en realistisch zelfbeeld vaak geen sprake meer is; object-constantheid ontbreekt en identiteitsdiffusie ligt voortdurend op de loer.

Heel expliciet stelt Kernberg dat er tussen deze structurele persoonlijkheidsbeschrijvingen en de beschrijvingen op observationeel en empirisch niveau overduidelijke relaties bestaan. Voorbeelden van stoornissen van het hoge niveau zijn volgens hem de hysterische, de dwangmatige en de masochistische persoonlijkheid. Voorbeelden van het middenniveau zijn de passief-agressieve, veel narcistische en enkele zogenaamde infantiele persoonlijkheidsstoornissen. Het lage niveau zou ten slotte vooral gerepresenteerd worden door de schizoïde, de paranoïde, de antisociale en de borderline persoonlijkheid. Ook bepaalde narcistische persoonlijkheidsstoornissen zouden tot deze laatste categorie behoren.

Vaillant en Drake (1985) komen naar aanleiding van hun onderzoek onder 307 proefpersonen tot een vergelijkbare conclusie als ze stellen dat 'our evidence suggests that assessment of ego defenses, as based on inferred intrapsychic processes, corresponds well with independent assessment of DSM-III axis II personality disorder, as based on more objective behavioral evidence'. In een beschrijving van de klinische aspecten van het afweermechanisme splitting, komen Akhtar en Byrne (1985) ook tot de opstelling dat intrapsychische mechanismen opgespoord kunnen worden met behulp van observaties en het inwinnen van informatie bij de patiënt in kwestie. Splitting komt volgens deze auteurs in het gedrag en beleven naar voren als: (1) een onvermogen om ambivalenties te ervaren, waardoor via overrideïalisering en verguizing een chaotisch patroon van interpersoonlijke relaties ontstaat, (2) een chaotische wijze van besluitvormen, waarbij enthousiasme onvoorspelbaar wordt afgewisseld met spijt en teleurstelling, (3) een sterk wisselend zelfgevoel, waarbij onder invloed van kleine krenkingen gevoelens van superioriteit afgewisseld worden door gevoelens van complete waardeloosheid, (4) egosyntone impulsiviteit, waarin bijvoorbeeld promiscuïteit, kleptomanie en alcohol-drugsmisbruik plaatsvinden zonder duidelijke schuldgevoelens achteraf en (5) intense affecten ten gevolge van een gebrek aan fusie tussen libidineuze en agressieve driften; boosheid wordt al snel oncontroleerbare woede, de stemming wisselt van euforie tot dysforie, patiënten zijn snel suïcidaal en automutilatie komt regelmatig voor.

Samenvatting en conclusies

In het voorgaande hebben wij proberen aan te tonen dat de toegenomen

men belangstelling voor persoonlijkheidsdiagnostiek en de classificatie van persoonlijkheidspathologie zowel het gevolg is van beleidsmatige overwegingen als van wetenschappelijke interesse. Daarnaast wordt steeds duidelijker dat persoonlijkheidsdiagnostiek van cruciaal belang is voor psychotherapeutische indicatiestellingen, het formuleren van therapeutische doelen en de hantering van verschillende therapeutische technieken (o.a. Horowitz e.a. 1984; Kortmann 1983; Liebowitz e.a. 1986; Millon 1981).

Ook concluderen wij dat het onderzoek naar persoonlijkheidspathologie en persoonlijkheidsstoornissen momenteel gekenmerkt wordt door een gerechtvaardigd optimisme met betrekking tot zowel betrouwbaarheids- als validiteitsaspecten en dat er sprake is van een synthetische atmosfeer, waarin onderzoekers afkomstig uit verschillende theoretische scholen gemeenschappelijk onderzoek opzetten en uitvoeren, daarbij gebruikmakend van een breed scala aan meetinstrumenten en benaderingen. Persoonlijkheidsstoornissen zoals die onder andere voorkomen op de tweede as van DSM-III zijn niet slechts oppervlaktebeschrijvingen, maar verwijzen naar onderliggende structuurpathologie, maar zijn ook een uitbreiding ten opzichte van de beschrijving van de onderliggende structuur doordat ze tevens inzicht verschaffen in de te verwachten sociale interacties. Met zijn biosociale benadering, die model heeft gestaan voor as II van de DSM-III, plaatst Millon (1969, 1981: zie ook Pierloot 1984) de interne psychische structuur van de patiënt in de context van de externe sociale dynamiek zoals deze in de werkelijke interactie met de ander tot stand komt.

Ten slotte hebben we moeten constateren dat de huidige classificatiesystemen nog onvoldoende empirisch gegrondvest zijn en dat meer onderzoek, met gebruikmaking van een breed scala aan meetinstrumenten en benaderingen noodzakelijk is. Semi-gestructureerde interviews (o.a. SIDP van Pfohl e.a. 1982; PDE van Loranger e.a. 1983; SCID-II van Spitzer en Williams 1982) en speciaal ontworpen self report-vragenlijsten (o.a. PDQ van Hyler e.a. 1982; MCMI van Millon 1982) zijn daarbij van groot belang en komen thans in snel tempo ter beschikking. Naast DSM-III-categorieën zal in geïntegreerd onderzoek meer aandacht besteed moeten worden aan interpersoonlijke aspecten van persoonlijkheidsdiagnostiek (o.a. Benjamin 1974, 1982; Kiesler 1983, 1986; Wiggins 1979), temperamentsaspecten (o.a. Buss en Plomin 1975; Eysenck 1982; Feij 1979; Strelau 1974; Zuckermann 1983), psychodynamische elementen (Bellack 1984; Kernberg 1984; Vaillant 1985) en biologische parameters (Siever e.a. 1985).

Van een psychiatrische classificatie die nauwelijks aansluit bij de klinische werkelijkheid (o.a. Strauss e.a. 1979) en waarvan de predictieve waarde volstrekt onvoldoende is, kan door verdere verbetering van de afzonderlijke elementen op de verschillende assen, wellicht toch nog iets goeds gemaakt worden, iets dat dichterbij het uit-

eindelijke doel: een classificatie die de behandelaar enig houvast biedt bij de vorming van mentale constructen ten aanzien van zijn patiënt en diens problemen, constructen die van groot belang zijn voor het nemen van verantwoorde beslissingen betreffende behandeling en beleid.

Literatuur

Deze lijst bevat slechts een selectie van de in het artikel genoemde referenties. Een complete literatuurlijst is bij de auteur verkrijgbaar.

- Akhtar, S., en J.P. Byrne (1983), The concept of splitting and its clinical relevance. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1013-1016.
- Akiskal, H.S., R.M.A. Hirschfeld en B.I. Yerevanian (1983), The relationship of personality to affective disorder. A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition*. APA, Washington DC.
- Bem, D.J., en D.C. Funder (1978), Predicting more of the people more of the time: Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85, 485-501.
- Buss, D.M., en K.H. Craik (1983), The act frequency approach to personality. *Psychological Review*, 90, 105-126. Van Loghem Slaterus, Deventer.
- Docherty, J.P., S.J. Fiester en T. Shea (1986), Syndrome diagnosis and personality disorder. In: A.J. Frances, R.E. Hales (red.), *Psychiatry update: volume 5*. American Psychiatric Press, Washington.
- Ekehammer, B. (1974), Interactionism in personality from a historical perspective. *Psychological Bulletin*, 81, 1026-1048.
- Epstein, S. (1983), The stability of confusion: A reply to Mischel and Peake. *Psychological Review*, 90, 179-184.
- Eysenck, H.J. (1982), *Personality, genetics and behavior*. Praeger, New York.
- Eysenck, H.J., J.A. Wakefield en A.F. Friedman (1983), Diagnosis and clinical assessment: the DSM-III. *Annual Review of Psychology*, 34, 167-193.
- Frances, A. (1980), The DSM-III personality disorders section: a commentary. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1050-1054.
- Gunderson, J.G. (1985), DSM-III diagnosis of personality disorders. In: J.P. Frosch (red.), *Personality disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Hirschfeld, R.M., en G.L. Klerman (1979), Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 67-70.
- Horowitz, M., C. Marmar, J. Krupnick, N. Wilner, N. Kaltreider en R. Wallerstein (1984), *Personality styles and brief psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Jong, A. de, en W. van den Brink (1986), Ontwikkelingen in de psychiatrische classificatie. Voorstel voor een prototypische kernclassificatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 426-442.
- Kernberg, O.F. (1970), A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822.
- Kiesler, D.J. (1986), The 1982 interpersonal circle: An analysis of DSM-III personality disorders. In: T. Millon en G.L. Klerman, *Contemporary direc-*

- tions in psychopathology. Guilford Press, New York.
- Kortmann, F.A.M. (1983), Inzicht geven of steunen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 114-126.
- Leary, T. (1957), *Interpersonal diagnosis of personality*. Ronald, New York.
- Liebowitz, M.R., M.H. Stone en I.D. Turkat (1986), Treatment of personality disorders. In: A.J. Frances en R.E. Hales (red.), *Psychiatry update: volume 5*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Loevinger, J., en E. Knoll (1983), Personality: stages, traits, and the self. *Annual Review of Psychology*, 34, 195-222.
- McLemore, C., en I. Benjamin (1979), Whatever happened to interpersonal diagnosis? A psychosocial alternative to DSM-III. *American Psychologist*, 34, 17-34.
- Michels, R. (1984), First Rebuttal. In: G.L. Klerman, G.E. Vaillant, R.L. Spitzer en R. Michels (red.), A debate on DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Millon, T. (1969), *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1981), *Disorders of personality: DSM-III, axis II*. Wiley, New York.
- Mischel, W., en P.K. Peake (1983), Some facets of consistency: Replies to Epstein, Funder and Bem. *Psychological Review*, 90, 394-402.
- Pervin, L.A. (1985), Personality: current controversies, issues, and directions. *Annual Review of Psychology*, 36, 83-114.
- Peursen, C.A. van (1980), *De opbouw van de wetenschap. Een inleiding in de wetenschapsleer*. Boom, Meppel en Amsterdam.
- Pierloot, R.A. (1984), Psychoanalytische versus psychiatrische diagnose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 698-708.
- Reich, J. (1985), Measurement of DSM-III, axis II. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 352-363.
- Schmidt, H.G. (1980), De trekkentheorie is terug van weggeweest. *De Psycholoog*, 15, 622-628.
- Tyrer, P., P. Casey en J. Gall (1983), Relationship between neurosis and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 142, 404-408.
- Vaillant, G.E. (1984), The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. In: G.L. Klerman, G.E. Vaillant, R.L. Spitzer en R. Michels (red.), A Debate on DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 141, 539-553.
- Vaillant, G.E., en R.E. Drake (1985), Maturity of ego defenses in relation to DSM-III axis-II personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 597-601.

Schrijver is als psychiatrisch epidemioloog in opleiding verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Groningen. Adres: Postbus 30.001, 9700 RB Groningen