

# Persoonlijkheidsstoornissen vanuit categoriaal en dimensioneel perspectief

## 1. Persoonlijkheidsstoornissen: algemene intro op het categoriaal perspectief

### 1.1 Persoonlijkheidsstoornissen: de gemeenschappelijke deler

- Ernstige en aanhoudende patronen
- Van innerlijke beleving en gedrag
- Die ernstig afwijken van hetgeen binnen de cultuur wordt verwacht
- Die resulteren in blijvende emotionele stress en beperkingen
- In het professioneel leven en in interpersoonlijke relaties
- De eigenschappen worden door de persoon als egosyntoon ervaren

### 1.2 Persoonlijkheidsstoornissen vs. andere klinische stoornissen

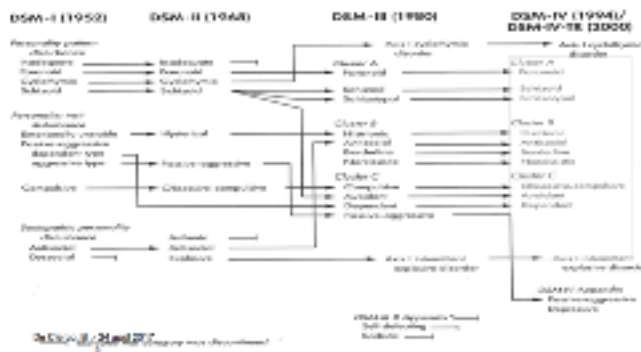
- Persoonlijkheidsstoornissen worden gedifferentieerd van andere klinische stoornissen
- Oorspronkelijke reden: aandacht vestigen op stoornissen die in schaduw staan van de meer 'opvallende' klinische stoornissen
- Belangrijke verschillen:
  - Early onset en chronisch vs episodisch
  - Egosyntone vs egodystone beleving
- MAAR: Belangrijke relaties tussen beiden, zijn niet onafhankelijk van elkaar (cfr etiologische modellen persoonlijkheid-psychopathologie – zie ook verder in stuk rond comorbiditeit)

### 1.3 Historisch perspectief op persoonlijkheidsstoornissen

- DSM-I: eerste constructie van handleiding voor de beschrijving en standaardisatie van psychiatrische diagnoses
  - theoretisch gebaseerd
- DSM-II: parallel met uitgave van ICD-8
  - meer klemtoon op observeerbare, meetbare en stabiele eigenschappen voor conceptualisering PD's
- DSM-III: introductie multi-axiaal systeem/ specifieke PD criteria
  - klemtoon op betrouwbaarheid vd diagnoses
  - meer en meer empirisch oz naar PD's
- DSM-III-R: revisie obv onderzoeksbevindingen; integratie van empirie met theoretische beschouwingen
  - klemtoon op klinische bruikbaarheid vd diagnoses
- DSM-IV: introductie algemene diagnostische criteria van PD
- DSM-5: categoriaal (sectie 2) en dimensioneel perspectief (sectie 3) op PD's naast elkaar
  - assensysteem verdwijnt
  - verandering in beschrijving restcategorie

## 2. De DSM-traditie

### 2.1 Historisch perspectief op AS II



### 2.2 DSM-IV: introductie van de algemene diagnostische criteria

- Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van de betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:
  - Cognities
  - Affecten
  - Functioneren in contact met anderen
  - Beheersing van impulsen
- Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties
- Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
- Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid
- Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis
- Het duurzame patroon is niet het gevolg van directe fysiologische effecten van een middel (vb drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (vb. schedeltrauma, tumor, ...)

### 2.3 Waarde van de algemene diagnostische criteria voor PD

- Eerste fase voor identificatie van PD = herkennen van een PATROON van gedragingen/ervaringen van het individu.
- Klinisch betekenisvolle persoonlijkheidspathologie ≠ opmerkelijke persoonlijkheidskenmerken of voorbijgaand gedrag
- Volgens DSM beantwoordt iedereen die aan deze criteria voldoet, aan de criteria voor een PD
- In de praktijk: weinig systematische toepassing (Livesley & Jang, 2000)
- Clinici stellen vooral diagnose op basis van gedrag tijdens de sessie en de beschrijving van het interpersoonlijke verkeer (Westen, 1997)
- Ideaal scenario: assessment van LT patronen van functioneren, stabiliteit moet over de tijd bekeken worden en over situaties heen, duidelijk verschil maken met functioneren in respons op stress

### 2.4 Persoonlijkheidsstoornissen in DSM-V: categoriale benadering

- Stoornissen als aparte entiteiten beschreven
- 10 PD's = polythetische categorieën met 7 à 9 items
- Aanwezigheid PD cutoff score, meestal vanaf 5 items
- Hiërarchisch georganiseerd in 3 clusters

- Uitgangspunten categoriale classificatie (Kendell, 1975):
  - Discontinuïteit tss normaliteit en ziekte
  - Exclusiviteit van categorieën
  - Homogeniteit binnen categorieën
  - Zie slides "nadelen categoriale diagnostiek"

Hoe zien die persoonlijkheidsstoornissen in DSM-V er nu uit, vanuit een categoriale benadering? Er zijn nog steeds 10 persoonlijkheidsstoornissen die men vooropstelt, en die zijn hiërarchisch georganiseerd in 3 clusters. Die clusters geven aan dat stoornissen die in één cluster voorkomen een zekere gedeelde component hebben, maar ze hebben ook elk een aantal unieke kenmerken. Elk van de stoornissen is georganiseerd aan de hand van polythetische criteriasets, dat is een moeilijk woord voor het feit dat elke stoornis gekenmerkt wordt door bv. 7 - 8 - 9 criteria, en men zegt: men moet aan 5 van de 7 voldoen om de diagnose van de persoonlijkheidsstoornis te kunnen krijgen. Maar, welk van die criteria dat zijn, wordt daar niet bij geëxpliciteerd. Inhoudelijk zien die profielen er dan helemaal anders uit, klinisch gaat dat over andere eigenschappen die dan meer op de voorgrond staan. Dat is wat men bedoelt met polythetische categorieën. Men heeft dan ook een cut-off score voor elk van die stoornissen, meestal is dat vanaf 5 items.

Wat zijn de uitgangspunten van de categoriale classificatie?

- Men gaat ervan uit dat normaliteit en abnormaliteit, dat daar een duidelijke kwalitatieve scheidingslijn is, en dat er met andere woorden geen continuïteit is tussen normaliteit en ziekte, het is een cut-off die zegt: tot hier ben je normaal, vanaf hier ben je abnormaal (dit is wel zeer simplistisch voorgesteld).
- Men gaat er ook van uit dat die categorieën exclusief zijn: Het is of-of. Je hebt ofwel stoornis A, ofwel stoornis B. Dat is het uitgangspunt van de categoriale diagnostiek. We zullen nog zien dat dat in de realiteit niet zo is, dat mensen vaak voldoen aan meer dan één stoornis.
- Men gaat er van uit dat binnen elke categorie of stoornis er een zekere homogeniteit is: alle individuen die dezelfde diagnose krijgen lijken klinisch gezien heel sterk op elkaar. Wanneer we dan kijken naar het concept van de polythetische criteria, toont dit al aan dat dat eigenlijk niet zo is. Je kan aan verschillende criteria voldoen een toch dezelfde stoornis krijgen.

### 3. DSM-V clusters

- A: Zonderling-excentriek; gestoorde interpersoonlijke beleving:
  - Paranoïde PDs
  - Schizoïde PDs
  - Schizotypische PDs
- B: Theatraal-emotioneel; 'ik' centraal beleefd
  - Anti-sociale PDs
  - Borderline PDs
  - Theatrale PDs
  - Narcistische PDs
- C: Bezorgd -beveesd: klemtoon op negatieve emotionaliteit:
  - Ontwijkende PDs
  - Afhankelijke PDs
  - Obsessief-compulsieve PDs

#### 3.1 Cluster A: gestoorde interpersoonlijke beleving

Er zijn dus 3 clusters. De eerste cluster is cluster A en gaat over stoornissen die allemaal het zonderlinge, excentrieke pathologische trekperspectief gaan representeren, en kenmerkend voor

alle drie is een soort gestoorde interpersoonlijke beleving. Het relationele leven loopt op een of andere manier gestoord. We hebben daar drie verschillende stoornissen onder:

## 1. Schizoid (~detachment)

- Geen nood/behoefte aan sociale/intieme relaties; onverschilligheid
- Beperkte uiting van emoties in interpersoonlijke situaties (emotional coldness)
- Legt moeilijk contact, leeft vaak alleen ('loners')
- Monotone, emotie-arme spraak, korte/afstandelijke antwoorden Seksualiteit vaak enkel in fantasie
- Psychomotorisch; weinig expressie, weinig ritmiek

Detachment: overkoepelende term voor het idee dat die mensen een stuk 'gedetacheerd' zijn van de maatschappij, dit zijn karikaturaal de kluizenaars, de 'loners' die je niet terugvindt in het sociale leven, die geen behoefte hebben aan sociale relaties. Het is niet dat ze daar last van hebben, ze zijn eerder onverschillig ten aanzien van alles wat met het sociale leven te maken heeft. Heel vaak hebben zij dan ook geen partner, seksualiteit gaan ze vaak in de fantasie beleven maar er is vaak geen actieve seksuele relatie. In termen van communicatie ondervind je dat dit mensen zijn die heel vaak zeer monotoon spreken, weinig emotie in hun stem hebben, ze gaan ook afstandelijk en kort antwoorden, je komt niet in 'verbinding' met dit soort mensen, en in termen van psychomotoriek zal je ook mensen dat tijdens een gesprek deze mensen niet tot expressie komen. Je kan niet op hun gezicht lezen wat ze denken, wat ze voelen, hoe ze tegenover iets staan. Ook in het spreken zelf vind je weinig ritmiek: weinig tempo- en hoogteverschillen, dus heel monotoon en afgevlakt, heel 'arme' manier van communiceren.

## 2. Schizotypisch

- Historisch: 'latente schizofrenie'
- Angstig en ongemakkelijk in sociale relaties (vreemden)
- Eigenaardig (cognities en waarnemingen) en excentriek gedrag: magisch denken, betrekkingsideeën ("ideas of reference"), terugkerende illusies, (perceptueel), vreemde spraak (vaag, metaforisch, stereotiep)
- Geen duidelijk psychotisch beeld vb illusies ≠ hallucinaties; gebrek aan coherentie in spraak ≠ associatiezwakte

Belangrijk onderscheid met schizoïde: schizotypische individuen hebben ook weinig sociale relaties, maar de reden daarvoor is omdat zij angstig zijn om sociale relaties aan te gaan. Dit zijn mensen die echt een groot stuk gestuurd worden door die angst om van daaruit sociale contacten te vermijden. Ze voelen zich ontzettend ongemakkelijk in het bijzijn van anderen, zijn heel angstig om bv. in groep iets te moeten doen, dat is dus het deel rond het interpersoonlijke wat intermen van observeerbaar gedrag gelijk is, maar het verschil is dat er hier een angstcomponent is. Daarnaast vind je bij deze mensen ook een soort eigenaardigheid of excentrieke component terug, het is vanuit dat idee dat gezegd werd dat deze stoornis een soort latente vorm van schizofrenie is. We zullen nog zien dat er inderdaad een belangrijke genetische overlap is tussen de genetische component voor schizofrenie en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Mensen met schizofrenie die kinderen krijgen, die kinderen hebben meer kans op de ontwikkeling van dit soort stoornis. Daar is genetisch gezien dus een zekere overlap. Waar zit hem die eigenaardigheid of het excentrieke? Die mensen gaan in termen van cognitie vaak het idee van magisch denken blijven ervaren. Magisch denken vind je vaak terug bij peuters en kleuters, waarbij men het gevoel heeft dat toevalligheden die zich voordoen op een of andere manier een symbolische betekenis hebben. Ook betrekkingsideeën gaan heel sterk

leven met schizotypische pathologie. Ze gaan er van uit dat iets gebeurt in de omgeving en dat dit echt betrekking heeft op hen zelf. Bijvoorbeeld, de radio speelt, er wordt een bepaalde boodschap gegeven en men gelooft dat die boodschap echt voor hen bedoeld is. Ze gaan dus zaken op henzelf gaan betrekken terwijl daar geen enkele reden toe is.

Men heeft ook terugkerende illusies, dat is dan het zintuiglijke vlak, hier moet je het verschil maken tussen een illusie en een hallucinatie. Een hallucinatie is wat mensen met schizofrenie heel vaak heel actief gaan beleven, het verschil is dat je bij een illusie weldegelijk een zintuiglijke prikkel hebt, maar men gaat die verkeerd interpreteren. Bij een hallucinatie is er geen prikkel. Bv. kinderen gaan hun kledij op een stoel leggen en dan wanneer ze 's nachts gaan slapen, denken ze dat daar iemand zit. Ze gaan dus de effectieve zintuiglijke prikkel, namelijk het zien van kledij op hun stoel, verkeerd interpreteren en ze beschouwen dat als iemand die daar zit. Dat is een illusie. Mensen met schizotypie gaan dit soort illusie vaak ervaren. Bij een hallucinatie zou je denken dat er iemand in de kamer zit zonder dat je effectief daar een zintuiglijke prikkel voor hebt. In termen van spraak krijg je een incoherente manier van communiceren: ze springen van de hak op de tak, je kan het gesprek vaak niet volgen, maar het is nog niet van die orde zoals je het ziet bij mensen met psychose, waar er absolute associatie-zwakte is, en waarbij er nog veel meer chaos is in de manier van spreken. Dus, het psychotisch beeld dat je ziet bij schizofrenie of andere psychosen, is absoluut niet zo manifest maar er zijn een aantal eigenschappen die daarmee gaan overlappen. Waar zit dan het verschil nog in termen van diagnostiek: als je effectief doorvraagt bij deze mensen over deze betrekkingsideeën of magisch denken, en je gaat toetsen aan de realiteit, zal je bij die mensen vaak een 'klik' aantreffen waarbij ze inzien dat dat eigenlijk niet kan wat ze denken of voelen, terwijl bij een psychose zal je nooit die klik krijgen (althans niet in de acuut psychotische fase)

### 3. Paranoïde

- Extreem wantrouwig, achterdochtig, overgevoelig voor beweegredenen van ander
- Voelt zich snel bedreigd, zet dreiging om in woede, agressie
- Foutieve inschatting en wantrouwige interpretatie van sociaal verkeer; sociale IA wordt gekenmerkt door veel conflicten
- De ander wordt steeds getest op betrouwbaarheid Rigiditeit in eigen visie/wereldbeeld

Ook hier krijg je een heel gestoorde interpersoonlijke relatie, maar die wordt vooral gestuurd door een enorme vijandigheid. Men gaat de (dichte) omgeving zeer vijandig en kritisch benaderen, men heeft steeds het gevoel dat iemand hen een loer wil draaien. Dat gevoel van bedreiging die ze ervaren gaan ze een deel uiten in het zelf voortdurend ervaren van woede en agressie. Het sociale verkeer wordt dus zeer foutief, vijandig geïnterpreteerd, ook dingen die goed bedoeld zijn worden zeer wantrouwig geïnterpreteerd. Die mensen hebben dus veel conflicten, en vanuit dit soort functioneren krijg je bij deze mensen natuurlijk ook een heel arm sociaal leven.

### 4. Klinische differentiatie cluster A stoornissen

- SZD ≠ PAR: achterdocht
- SZD ≠ SZT: cognitief-perceptuele distorties
- SZD ≠ AVD: geen verlangen naar sociale relaties
- SZT ≠ psychose: geen wanen/hallucinaties
- PAR ≠ BPD: mate van achterdocht
- PAR ≠ psychose: realiteitstoetsing, oorsprong dreiging

Hoe kan je tussen die verschillende stoornissen differentiëren?

Bv. het verschil tussen een schizoïde en een schizotypische persoonlijkheidsstoornis (reeds uitgelegd) maar ook bv. bij de avoidant personality disorder (onder cluster 3), daar is ook heel weinig sociaal verkeer, maar het verschil zit hem in het feit dat die schizoïde mensen absoluut geen verlangen hebben naar sociale relatie terwijl mensen met de vermijdende persoonlijkheidsstoornis dat verlangen wel hebben, maar door de angst om afgewezen te worden gaan zij die interpersoonlijke relaties een stuk mijden.

Tussen de paranoïde en de borderline krijgen we een belangrijk verschil in de mate van achterdocht, terwijl de woede en de agressie heel vaak gedeeld wordt.

Voor de paranoïde vind je een belangrijk verschil met de psychose, waarbij een toetsing van de realiteit, zoals bij de schizotypische mensen, nog steeds een stuk mogelijk is bij deze mensen.

### 3.2 Cluster B: 'ik - centraal beleefd'

#### 1. Anti-sociaal

- Koud, impulsief, roekeloos, agressief
- Makkelijk geïrriteerd, vervelt zich snel
- Onverantwoordelijk, afgevlakte sociale attitudes, gewetensloos
- Liegt, oppervlakkig charmant, houdt zich niet aan normen/wetten, rechten van anderen

Hier zullen we de komende twee lessen nog werken dus hier kort toegelicht. Dit is de stoornis die het meest gekend is vanuit de media, telkens wanneer een erg delict zich voordoet is er wel een expert die komt spreken over de antisociale persoonlijkheidsstoornis, het gaat dus over mensen die zich zeer agressief, kil, onemotioneel gaan gedragen, die ook vaak roekeloos zijn en dus risicovolle ervaringen gaan beleven. Het zijn ook mensen die zich heel snel gaan vervelen, en dat is een beetje een onderbelicht perspectief, die verveling is vaak ook een factor die meespeelt in het plegen van delicten. Dit is een belangrijke persoonlijkheidstrek die duidelijk in dit profiel geïntegreerd zit. Men heeft absoluut geen gevoel voor verantwoordelijkheid: een lak aan normen, regels, waarden, alles wat heersend is binnen de maatschappij, vandaaruit ook het idee dat ze heel moeilijk gestraft kunnen worden op een manier waar ze gevoelig voor zijn. Ze liegen ook vaak maar komen vaak over als zeer charmante mensen. Dit zijn individuen die heel makkelijk aan een partner geraken net omdat ze in eerste contacten zeer charmant overkomen.

#### 2. Borderline PD (historisch: grens neurose-psychose)

- Gebrekkige emotie-beheersing, overweldigende woede en vijandigheid
- Overgevoelig voor kritiek, voelt zich snel onrechtvaardig behandeld
- Stemningswisselingen en wisselende zelfbeelden, voortdurend angst om afgewezen te worden, grote onzekerheid over zichzelf
- Grote emotionele pijn, chronisch gevoel van leegte
- Zelfdestructief en impulsief gedrag
- Instabiele en chaotische relaties met anderen, sterk appel op de ander, overmatige nood aan bevestiging, splitting, wisselend aanhankelijk en afstotend gedrag, voeren vaak monologen, geen rekening met ander
- Sterk wisselende belangstellingen, maken zelden iets af, doelloos
- Vluchtige psychotische belevingen (vaak oiv stress/spanning)

Ook een stoornis die vrij gekend is, maar is een uitermate complexe stoornis. Het is een pathologie die enorm veel kanten heeft, maar waarbij de kern gaat over een diepgaande angst,

gevoel van leegte, gebrek aan identiteit, en een zeer grote schommeling in termen van affect, ervaren van emotie, ...

Deze mensen hebben een gebrekkige beheersing van emotie, ze voelen heel veel emoties en heel intens, maar ze kunnen die niet beheersen. Je krijgt enorme katalysators van uitingen van emoties, zowel in termen van woedebuien, maar ook huilbuien, ook koopwoede, alcoholisme als copinggedrag, seksueel promiscue gedrag, ...

Ze zijn overgevoelig voor kritiek, ze voelen zich heel snel aangevallen, ook een stuk vanuit die onzekere identiteit, van daaruit wordt die emotie zeer snel getriggerd.

Die stemmingswisselingen of affectieve labiliteit gaat heel ver: heel up maar ook heel down, en daaraan gekoppeld ook het zelfbeeld: het ene moment hebben ze het gevoel dat ze een heel belangrijk en stevig iemand zijn, het andere moment hebben ze het gevoel dat ze niets waard zijn. Gelinkt aan die wisselingen heb je ook heel duidelijke wisselingen in de voorkeur die ze hebben, dat gaat hem vaak over simpele dingen zoals voorkeur voor eten: in de ene periode hebben ze een voorkeur voor pasta, en een andere periode hebben ze er een afkeer voor. Ook voorkeur voor kledij, kleuren, soort werk, ... ook daar gaan ze heel sterk in wisselen.

Ze hebben dus een heel grote emotionele pijn, of een onzekerheid over zichzelf, en gaan ook zichzelf ook een stuk straffen: het zelfbeschadigend gedrag zoals krassen, snijden, ... komt bij deze mensen heel vaak voor. De relaties met anderen zijn heel instabiel. Ze gaan heel vaak aantrekken - afstoten.

Wat ze ook vaak doen is monologen afsteken, die moet je begrijpen vanuit het idee dat ze steeds proberen gelijk te halen, en het idee dat ze op dat moment ervaren, en ze blijven maar doorgaan richting de ander zonder af te toetsen of die luistert, mee is met wat gezegd wordt, ze blijven gewoon doorgaan en houden geen rekening met wat de ander op dat moment denkt of voelt. Ook zij hebben een aantal psychotische belevingen, maar die zijn heel vluchtig. Het gaat over korte, dissociatieve ervaringen vooral als ze onder hevige stress staan.

### 3. Histrionische of theatrale PD

- Overdreven emotioneel en aandachtzoekend gedrag via charmante houding, dramatische scène of sexueel getint gedrag
- Spreekstijl gericht op effect die het teweegbrengt
- Veel aandacht en zorg voor uiterlijk
- Overinterpretatie van vriendschappelijke relaties
- Blijven emotioneel onrijp
- Overenthousiast bij nieuwe dingen (vb nieuwe job), maar kunnen moeilijk volhouden
- Vervelen zich snel bij routines

Hier vinden we zoals het woord het al insinueert: het opvoeren van een scène is het meest centrale aspect van de pathologie, dus deze mensen hebben heel veel nood aan aandacht en gaan steeds situaties creëren waarbij zij het middelpunt van de belangstelling zijn. Ook de manier waarop ze spreken is geënt op hoeveel effect ze teweeg kunnen brengen bij anderen, door bepaalde zaken te kaderen of door de manier waarop ze worden uitgesproken. Men gaat zich ook enorm uiterlijk verzorgen: willen heel sterk opvallen in termen van kledij, bv. heel felle kledij, opvallende kapsels, vrouwen gaan zich heel promiscue/seksueel aantrekkelijk profileren.

Op vlak van interpersoonlijk gedrag gaan ze heel snel een sociaal contact kaderen als een vriendschap, dus van zodra ze 1-2 keer contact gehad hebben met iemand is dat al hun 'beste vriend(in)', ze blijven dus hangen op het niveau van lagere schoolkinderen in termen van

emotionele betekenissen die ze aan relaties gaan toekennen. Kinderen van de lagere school kunnen heel snel switchen 'ik heb een nieuwe beste vriend', zij blijven ook zo emotioneel onrijp functioneren op interpersoonlijk niveau.

Ook bij nieuwe zaken zoals een nieuwe job gaan zij heel enthousiast en teatraal reageren en rapporteren naar de buitenwereld, maar ze kunnen dat heel moeilijk volhouden. Zodra iets routinematig wordt en de aandacht rond iets nieuw weg is, hebben ze weer nood om iets nieuw op te zoeken, om diezelfde aandacht opnieuw te krijgen. Deze mensen gaan zich dus ook snel vervelen (overlap met antisociale PD).

#### 4. Narcistische PD

- Extreme nood aan bewondering, z.z. belangrijk voelen, voorkeursbehandeling, superioriteitsgevoel
- Pre-occupatie met fantasieën omtrent eigen successen
- Devalueren vaak het belang van anderen
- Overgevoelig aan kritiek; nijdig en jaloers van anderen
- Kunnen noden en behoeften van anderen niet inschatten

Deze stoornis vertrekt vanuit de centrale component van narcisme, men heeft van zichzelf het idee dat men meer waar is dan anderen, er is een heel groot superioriteitsgevoel, men heeft ook van daaruit het gevoel dat men een voorkeursbehandeling kan krijgen en dat het ook rechtvaardig is dat men die krijgt, ze gaan dat uiten privé (bv. op feestjes vinden ze dat ze op de beste plaats kunnen zitten want - ze hebben ook altijd een stevige argumentatie hiervoor) maar ook op het werk vinden ze dat ze allerlei voorkeursbehandelingen ze moeten krijgen. Ze zijn enorm bezig met hoe succesvol ze zijn of kunnen worden, gegeven dat ze zoveel capaciteiten hebben, en ze gaan dan ook in contrast daarmee de zaken die andere mensen realiseren gaan minimaliseren, devalueren, om van daaruit de eigen prestaties nog meer in de lucht te tillen. Die mensen botsen vaak op een muur vanuit de omgeving omdat mensen daar niet in meestappen, en van daaruit zijn er bij deze mensen ook veel interpersoonlijke conflicten. Ze gaan heel hevig reageren op kritiek die zij krijgen van anderen, daar gaan ze op reageren met woede en agressie, en ze zijn daar dus ook heel gevoelig aan.

Er is ook een gebrek aan empathie: hoe hun eigen functioneren overkomt bij anderen kunnen ze absoluut niet inschatten.

#### 5. Klinische differentiatie cluster B

- ATS ≠ NAR: impulsiviteit, fysieke agressie, geschiedenis van CD (delen vaak wel de arrogantie, non-empathische houding)
- BDL ≠ HIS: zelf-destructie, gevoel van leegte (delen wel de emotionele labiliteit)
- BDL ≠ NAR: impulscontrole (delen wel de boosheid, bv na provocatie)
- BDL ≠ DEP: meegaandheid en onderdanigheid bij dreigend verlies van steun versus eisend gedrag van BDL

Een overzicht van de verschillen die kunnen gemaakt worden tussen elk van die cluster B stoornissen en een aantal andere stoornissen.

#### 3.3 Cluster C - negatieve emotionaliteit

Belangrijke gedeelde component van negatieve emotie: angsten, gevoeligheden op het emotionele vlak



## 1. Afhankelijke PD

- Extreme nood aan zorg en aandacht, voelt zich vaak minderwaardig en hulpeloos
- Kan niet functioneren zonder 'sterke' ander
- Veel bevestiging nodig; durft niet ingaan tegen anderen
- Aanklampend, onderdanig, passief, zelfopofferend gedrag
- Naïef denken, weinig kritische kijk op zichzelf en omgeving

Deze mensen hebben op een overdreven manier nood aan een sterke ander, die voor hen zorgt. Ze kunnen geen beslissingen nemen alleen, kunnen geen keuzes maken, hebben steeds de ander nodig om te weten wie ze zijn. Hun identiteit is op dat vlak ook een stuk onrijp. Ze zijn ook zeer naïef in de manier waarop ze denken over de wereld. Ze kunnen niet kritisch kijken naar de omgeving of de maatschappij, maar ook niet naar henzelf. Ze blijven echt op het onrijpe niveau hangen. Het nood hebben aan die sterke ander uit zich ook op een observeerbare manier, waarop zij echt aanklampend gedrag vertonen vooral dan bv. naar de partner, ze kunnen zonder die ander niet functioneren, ook niet in het dagelijkse leven. Om die ander ook steeds bij zich te hebben gaan ze zich ook onderdanig opstellen en enorm veel aan zelfopoffering doen om die ander te behagen.

## 2. Ontwijkende PD

- Extreme angst voor kritiek, afwijzing of vernedering, gaat daarom contact uit de weg
- Grote geremdheid/verlegenheid in sociale situaties
- Laag en vertekend zelfbeeld
- Eigen tekortkomingen worden extreem uitvergroot

Deze mensen hebben ook zeer weinig sociale contacten, maar vermijden actief het sociale verkeer omdat ze zeer veel schrik hebben om afgewezen te worden. Ze zijn zeer onzeker, hebben een extreme angst voor kritiek, beledigingen, .. en van daaruit verkiezen ze ervoor om in hun eigen cocon te blijven functioneren.

Het zelfbeeld is dus zeer laag en pathologisch laag: het zelfbeeld is echt vertekend, ze hebben geen actuele reden om zichzelf zo laag in te schatten maar toch is het zo en moeilijk bij te sturen vanuit de omgeving. Ze blijven over zichzelf zo negatief denken en gaan het een stuk uitvergroten.

## 3. Obsessief-compulsieve PD

- Preoccupatie met orde, perfectie, controle, grote gedrevenheid
- Inflexibel
- Geneigd tot sterke zelfkritiek
- Regels en wetten moeten strict nageleefd worden, grote rigiditeit
- Wekt de indruk van grote zelfstandigheid en onafhankelijkheid, maar piekert voortdurend over oordeel van anderen
- In intieme relaties vaak angst voor verlies van controle

Dit zijn mensen die zeer sterk leven volgens schema's, plannen, .. en ze gaan zich ook strikt houden aan die planning, zijn daar zeer rigide in en kunnen moeilijk omgaan met aanpassingen of plotse veranderingen. Ze zijn zeer inflexibel. Ook in termen van het maatschappelijk functioneren gaan ze regels, wetten, normen letterlijk en strikt toepassen op een manier die bij andere mensen vreemd overkomt. Die mensen lijken zeer zelfstandig en zelfzeker, maar eigenlijk is dat niet zo. Net omwille van die reden gaan die mensen vaak niet goed functioneren in een

partnerrelatie, want daar heb je een stuk verlies van zelfcontrole, word je een stuk afhankelijk van de ander, en daar kunnen zij absoluut niet mee om. Die partnerrelatie gaan ze ook vaak voor een stuk vermijden.

#### 4. Klinische differentiatie cluster C-stoornissen

- DEP ≠ AVD: gefocust op steun vs. op vermijden van vernedering (delen de hyper-sensitiviteit, gevoelens van inadequatheid)
- OCPD ≠ OCD: de pre-occupatie met details, schema's,... benaderen soms de definitie van dwanggedachten en – handelingen, maar worden doorgaans door de persoon als egosyntoon ervaren en hebben dus een zeker nut of bedoeling

Een belangrijk punt: de obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis moet je goed onderscheiden van OCD (de obsessief compulsieve stoornis) waaronder je het hele spectrum vind van mensen die echt obsessies hebben of compulsies (50 keer de handen wassen, 100 keer per dag de kast netjes zetten, 20 keer een trede op en af - dit zijn symptomen van de obsessief compulsieve stoornis, een klinische stoornis) en dit moet je onderscheiden van die persoonlijkheidsstoornis. Dit soort zaken ga je bij de persoonlijkheidsstoornis niet terugvinden. Daar gaat het meer over rigiditeit in termen van planning, schema's, wetten die moeten nageleefd worden, ...

#### 3.4 Restcategorie

- DSM-IV: PD-NOS
  - Restcategorie voor personen met kenmerken van verschillende PD's, maar onvoldoende voor een specifieke diagnose
  - Wordt toegekend als de psychiater een PD vaststelt die niet opgenomen is in DSM-IV (vb Passief- agressieve PD of Depressieve PD, zijn opgenomen in Appendix)
- DSM-5 – Andere persoonlijkheidsstoornissen
  - Persoonlijkheidsverandering door een somatische aandoening
  - Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis
    - Er wordt voldaan aan de algemene criteria van PD's
    - N trekken van verschillende PD's aanwezig maar niet voldoende voor 1 vd 10 PD's
    - Verdere specificatie: vb. 'mixed personality features'
- Andere ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis
  - Er wordt voldaan aan de algemene criteria van PD's
  - Er wordt niet voldaan aan de criteria van 1 van de 10 PD's
  - Individu wordt verondersteld een PD te hebben die niet is opgenomen in de DSM-5 classificatie ( bv passief-agressieve PD)

In theorie lijkt het alsof die restcategorie klein is, maar in de praktijk is de restcategorie de meest voorkomende diagnose als je aan diagnostiek doet vanuit het categoriaal perspectief. Dat toont al aan dat die 10 stoornissen, ook al zijn ze klinisch betekenisvol, niet goed het klinisch beeld wat iemand heeft goed dekken. Vanuit dit gegeven wordt de restcategorie als diagnose toegekent. In DSM-IV werd die restcategorie vooral toegekend wanneer iemand voldeed aan de kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis die in de appendix was opgenomen. Dat gaat dan bv. over de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. In DSM-V is het veranderd: daar heb je nu 2 secties in, de ene gaat hem over de 'andere persoonlijkheidsstoornissen', en ook hier is het zo dat je een persoonlijkheidsverandering kan hebben door een somatische aandoening (dat was een uitsluitingscriterium, herinner de algemene criteria). In DSM-V valt dit dan onder die 'andere persoonlijkheidsstoornissen'. Een tweede punt is dat je de 'andere gespecificeerde

persoonlijkheidsstoornis' hebt, en dat betekent dat iemand voldoet aan die algemene criteria, er is dus weldegelijk een pathologie van de persoonlijkheid, maar geen enkele van die 10 dekt het profiel van het individu. Dan geef je deze diagnose, en dan gaat men concreet benoemen over welke problematieken het gaat zonder dat daar een label wordt aan toegekend.

De ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis: daar wordt opnieuw voldaan aan die algemene criteria van PD, maar het is nog moeilijker in vergelijking met die andere stoornissen die wél gespecificeerd zijn om de kenmerken er uit te halen. Het is dus een soort 'rest van de restcategorie' van mensen die effectief pathologisch functioneren in termen van persoonlijkheid maar men kan er de vinger niet opleggen.

- Epidemiologisch onderzoek: focus op representatieve steekproeven uit de algemene populatie
- Recente Europese gegevens: the British National Survey of Psychiatric Morbidity: ongeveer 10% algemene PD (incl PD NOS)
- Vergelijkbaar met recente Amerikaanse studie (Lenzenweger et al., 2007)
  - Cluster A: 5.7%: klinische pop prevalentie lager!
  - Cluster B: 1.5%: klinische pop prevalentie hoger!
  - Cluster C: 6%

Hoe vaak komt dit nu voor? Als je dit goed wil gaan inschatten vanuit een populatie-insteek moet je epidemiologisch onderzoek doen, en focussen op representatieve steekproeven uit de algemene populatie, en dan kan je stellen dat ongeveer 10% van de algemene volwassen bevolking voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis.

Dat is een cijfer wat uit Europese studies komt maar is erg vergelijkbaar met Amerikaanse studies, dus je kan dit wel aannemen als een universele schatting.

Als je kijkt naar de verschillende clusters dan is het zo dat het als je een prevalentieschatting doet in een klinische steekproef, dat daar toch verschillen zullen zijn in termen van prevalentie in vergelijking met die algemene populatie. Wat wordt daarmee bedoeld: bijvoorbeeld de cluster B-stoornissen ga je veel meer vinden in verhouding tot andere stoornissen, omdat het per definitie stoornissen zijn die heel opvallend zijn qua pathologie, die vaak tot gedrag leiden wat storend is in de maatschappij, en waar die mensen makkelijker de weg naar de hv vinden ivm die andere stoornissen. Daarom vind je relatief gezien een hoger percentage cluster B-patiënten terug. Voor cluster A zal je een lagere prevalentie terugvinden, net omdat die mensen zo alleen leven. Ze hebben weinig sociaal contact, dus het zal veel langer duren of het is veel moeilijker om die mensen in de hulpverlening te krijgen.

De cluster C-stoornissen vind je zowel in klinische als algemene steekproeven rond de 6%.

#### 4. Socio-demografische correlaten

- Geslacht:
  - KLINISCHE STUDIES:
    - Bias door de setting vb eetstoorniskliniek vs afkickcentrum
    - Bias door het assessment-instrument, vb PDQ vs SCID
  - POPULATIESTUDIES:
    - Geen grote verschillen in overall PD rate
    - Belangrijkste bevinding: ATS meer bij mannen

- ! Opletten voor bias door criteria die gekoppeld zijn aan stereotypes

Belangrijkste zijn geslacht en leeftijd. Het is belangrijk als je kijkt naar socio-demografische correlaten, dat je rekening houdt met de setting van waaruit je je onderzoek gaat doen.

Belangrijkste voorbeeld is de link met geslacht: als je wil weten of bepaalde persoonlijkheidsstoornissen meer voorkomen bij mannen of bij vrouwen, dan zal je andere resultaten vinden naar gelang de setting (klinisch gezien) waarin je prevalentie-onderzoek gaat doen. Als je naar een eetstoorniskliniek gaat, om daar naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen te kijken in functie van geslacht, dan zal je vinden dat meer vrouwen cluster B-persoonlijkheidsstoornissen vertonen. Dat komt omdat cluster B-pathologie zich bij vrouwen veel meer als een eetstoornis gaat uiten, terwijl als je naar een afkickcentrum gaat zal je daar vinden dat cluster B vooral gelinkt is aan het mannelijke geslacht, omdat gebrek aan impulsiviteit zich bij mannen veel meer gaat uiten onder de vorm van een verslavingsproblematiek.

Er is dus een zekere bias van de setting waarin je je onderzoek gaat doen, als je kijkt naar relaties met geslacht, wanneer je vertrekt vanuit klinische studies.

Ook het assessment-instrument zelf, het instrument dat je gebruikt om de pathologie vast te stellen, als je dat wil linken aan geslacht zal je zien dat ook daar weer bepaalde bias zit. Bijvoorbeeld, geslachtsverschillen zijn veel duidelijker bij vragenlijsten (PDQ bv.), terwijl je bij een gestructureerd interview veel minder geslachtsverschillen vindt voor persoonlijkheidsstoornissen. Dat komt omdat de items van een vragenlijst veel meer gaan aanleunen bij het stereotype idee wat algemeen in de maatschappij heerst omtrent pathologie en geslacht, in die zin dat bv. een aantal items rond emotionele labiliteit veel meer geformuleerd zijn in de richting van hoe het bij vrouwen tot uiting komt in verhouding tot bij mannen. Bij een gestructureerd interview vind je die verschillen minder terug omdat je in gesprek bent met die mensen en echt kan doorvragen.

Als we weggaan van klinische studies en we kijken naar populatiestudies en de link met geslacht vinden we dat er voor alle persoonlijkheidsstoornissen met uitzondering van één vrijwel geen geslachtsverschillen zijn. Die ene is de antisociale persoonlijkheidsstoornis, die komt effectief meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Daar zijn onder andere biologische verklaringen voor, waarbij het hormoon testosteron een belangrijke trigger of bijdragende factor zou blijken te zijn in het uiten van die antisociale pathologie.

- Leeftijd: cluster A meestal ouder, ATS/BDL jonger
- Burgerlijke staat: cluster A meestal gescheiden/alleenstaand
- Opleidingsniveau: algemeen lager, uitz OBC
- Urbanisatiegraad: meer in verstedelijkt gebied
  - Stress?
  - Minder sociale controle?
  - Vlucht naar stad omwille van anonimiteit?

Tweede belangrijke correlaat is leeftijd: in welke mate komen bepaalde pathologieën meer voor bij jongeren versus bij oudere mensen? Hier is het zo dat als je kijkt naar effecten dat cluster A-patiënten meestal ouder zijn, maar dit komt ook door de pathologie; die mensen leven zeer alleen, weinig sociaal contact, komen dus veel later in de hv en zijn dus al ouder als de diagnose wordt gesteld. Daartegenover de cluster B-pathologie: vooral die antisociale en borderline

pathologie, waar die impulsiviteit enorm op de voorgrond staat, daar zijn de relaties met leeftijd zo dat het vooral jongere mensen zijn die die diagnose krijgen.

Als we kijken naar burgerlijke staat, dan zijn daar niet zo veel consistente effecten in terug te vinden, behalve dan dat die cluster A-mensen meestal alleenstaand of gescheiden zijn, ook als resultaat van het feit dat die mensen vaak alleen leven.

Opleidingsniveau en SES is voor alle persoonlijkheidsstoornissen, behalve voor die obsessief-compulsief niveau, is bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis lager ivm mensen zonder persoonlijkheidsstoornis.

We weten ook dat persoonlijkheidsstoornissen ook meer voorkomen in verstedelijkt gebied, je gaat dit veel meer terugvinden in landelijke omgevingen. Men weet nog niet welke verklaring de beste is:

1. Er is meer stress in het stadsleven, waardoor pathologie explicieter getriggerd wordt?
2. In een stad is er minder sociale controle, mensen gaan veel minder snel gedetecteerd worden en dan is er ook een onderrapportering binnen de diagnostiek
3. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis vluchten naar de stad om een anoniemer leven te leiden.

#### 4.1 Verklaringen voor meer PD bij laag SES?

- Omgeving van lage SES kinderen biedt minder warmte en bescherming: belangrijke risicofactor voor ontw. psychopathologie
- Lage SES-kinderen worden minder snel geïdentificeerd: begeleiding wordt vaak pas veel later opgestart
- Upper-class mensen die mentale problemen hebben zakken af naar een lager SES niveau
- Genetisch effect

Hoe komt dat? Er zijn verschillende mogelijke verklaringen:

1. Een omgevingsperspectief dat stelt dat kinderen met een lagere SES minder warmte krijgen, ouders zijn minder responsief, en van daaruit hebben die kinderen meer risico op psycho- en persoonlijkheidspathologie te ontwikkelen. Dit is een zeer eenzijdige omgevingsverklaring voor het feit dat er meer pathologie voorkomt bij individuen met een lagere SES.
2. Kinderen uit een lagere SES worden veel later geïdentificeerd, eigenlijk komen die pas in een hulptraject terecht wanneer er al heel wat is misgelopen in de ontwikkeling. Van daaruit is er dan meer kans op de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis
3. Mensen die uit de upper class komen, en die allerlei mentale problemen zoals persoonlijkheidsstoornissen, gaan ten gevolge van conflicten die ze hebben afzakken naar een lagere SES: ze gaan scheiden, het netwerk valt weg, verliezen hun werk, ...
4. Genetisch effect: het voorkomen van meer pathologie bij lagere socio-economische families is enkel te wijten aan het feit dat die kinderen voorkomen uit individuen die ook al een pathologie hadden met dergelijke socio-economische status.

Dit zijn 4 verschillende verklaringen, geen enkel van die 4 is absoluut de enige, het is een samenspel van verschillende mogelijke paden daarin, die elk op een of andere manier meespelen in de manier waarop die socio-economische status gelinkt is aan pathologie.

### 5. Lange termijn outcome van PD's

Twee waar het meest evidentie rond bestaat die elkaar niet tegenspreekt: de antisociale en de borderline- persoonlijkheidspathologie.

## 5.1 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

- moeilijk om FU te organiseren, wegens lage compliance
- vroegtijdig overlijden, groot aantal in gevangenis
- groot aantal echtscheidingen
- velen krijgen kinderen, bijna geen van hen voedt ze op
- algemene daling in impulsiviteit, toch sterke continuering van interpersoonlijke problemen

Hier is het zo dat het organiseren van follow-up niet altijd zo eenvoudig is omdat dit net mensen zijn die daar niet willen aan deelnemen, dus de compliance is bij deze populatie zeer laag. Dit zijn ook mensen die vaak vroeg overlijden en dat kan je voor een stuk linken aan het feit dat ze zeer vaak in een delictmilieu opgroeien, maar ook stellen ze vaak risicogedrag, ze komen bijvoorbeeld vaak om in auto-ongevallen, ... heel veel komen terecht in de gevangenis of een ander justitieel kader.

Veel individuen met een AS-persoonlijkheidsstoornis hebben het makkelijk om aan een partner te raken vanuit die charme die ze hebben maar veel gaan ook terug uit elkaar. Ze krijgen ook vaak kinderen, meestal veel, maar bijna geen voedt ze ook écht op. Over de tijd heen vind je een daling in de impulsiviteit die hen zo kenmerkt, dus met andere woorden vanuit die antisociale profilering naarmate die mensen ouder worden doordat die impulsiviteit daalt, maar het fundamentele antisociale karakter blijft wel bestaan.

## 5.2 Borderline persoonlijkheidsstoornis

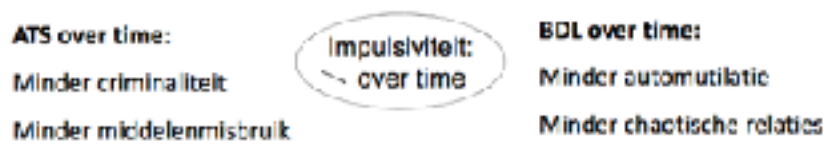
- stoornis met grootste chroniciteit
  - 'stably unstable'
  - 'in en uit therapie over de tijd heen'
- hoog suïcide cijfer (1 op 10), vooral in combinatie met middelenmisbruik
- slechts de helft huwt, weinigen krijgen kinderen
- betere outcome: hoge intelligentie en korte hospitalisatie
- kerncomponent= affectieve instabiliteit (itt impulsiviteit, zeer fluctuerend)
- functioneren verbetert op lange termijn in die zin dat een aantal patiënten leren compenseren voor de problemen die ze ervaren

De chronische pathologie van stabiel/onstabiel zijn: men is voortdurend in en uit therapie, dat is zowat het algemene patroon van de meeste borderline patiënten. In termen van chroniciteit is dit de stoornis die het meest pervasief is over de tijd heen, dus in termen van behandelingseffecten krijg je de minst gunstige resultaten omdat de pathologie op zich heel chronisch is en heel sterk verweven is met het fundamentele 'zijn' van die persoon.

Er is een heel hoog suïdecijfer, dat kan je wel vermoeden vanuit die pathologie, veel individuen proberen een einde te maken aan hun leven, vooral dan via middelenmisbruik. Hier krijg je een veel minder makkelijk traject in termen van partnerrelatie door het aantrek- en afstootgedrag. Een betere outcome is als het mensen zijn die intelligent zijn, dan krijg je betere behandelingseffecten. Ook wanneer men er in slaagt om slechts kort gehospitaliseerd te worden, krijg je meer gunstige effecten qua outcome, dus mensen die al met een vrij korte behandeling gebaat zijn, daar is nog een vrij gunstige prognose voor.

Ook hier gaat er op termijn een iets betere manier van functioneren plaatsvinden, maar de kern van die pathologie blijft wel chronisch.

- ATD en BDL delen gemeenschappelijk element op trekniveau:



- Functioneren 'verbetert' gradueel over de tijd, behalve bij verslaving
- 'Verbetering' nuanceren tegen achtergrond van voorgaande info

Beiden delen het kenmerk van impulsiviteit: dit is iets wat zeer manifest aanwezig is op jonge leeftijd, dus op jonge leeftijd krijg je bij beiden een pathologie die zeer fenotypisch observeerbaar is, en naarmate de tijd vordert, mensen ouder worden, krijg je bij die AS-mensen minder criminaliteit en middelenmisbruik, terwijl je bij borderline over tijd minder het zelfbeschadigend gedrag gaat terugvinden, wat eigenlijk direct een resultante is van die impulsiviteit. Ook de relaties gaan iets minder chaotisch zijn.

Tegen de achtergrond van die daling moet je de voorgaande informatie rond chroniciteit wel goed in gedachten houden.

## 6. Voordelen categoriale DSM-diagnostiek

- VOORDELEN:
  - Makkelijke communicatie
  - Link naar behandelingsprotocollen
  - Universeel gekend

De voordelen zijn absoluut dat die stoornissen universeel gekend zijn: veel behandelingsprotocollen zijn hierop ook geënt, met andere woorden is het voor therapeuten en psychologen gemakkelijk een behandeling op te starten als je een diagnostisch label hebt, omdat je van daaruit heel direct die behandeling kan gaan implementeren. Ook in communicatie binnen team is het gemakkelijk omdat het label veel zegt over de pathologie, en van daaruit is het een voordeel.

## 7. Nadelen categoriale DSM-diagnostiek

- NADELEN:
  - Co-occurrence persoonlijkheidsstoornissen
  - Co-occurrence tussen persoonlijkheidsstoornissen – klinische stoornissen
  - Inadequate representatie
  - Heterogeniteit binnen diagnoses
  - Arbitraire cutoffs
  - Onvoldoende empirische basis

### 7.1 Comorbiditeit binnen As II

- Helpt patiënten voldoet aan criteria van meer dan 1 stoornis
- Niet enkel binnen dezelfde cluster



- Gemiddeld aantal diagnoses varieert van 2.8 tot 4.6, vooral in combinatie met BDL
- Veel voorkomende combinaties: AVD en DEP; HIS en BDL
- Categorieën dus niet gebaseerd op fundamentele verschillen in de biologische organisatie van persoonlijkheid
- Maar wel heuristische constructie voor ordenen van klinische info
- Constructie van clusters
- Ontwikkeling van meer nauwe criteria-sets
- Uitsluiting van relevante criteria voor bepaalde PD's
  - vb 'gebrek aan empathie' en 'grandiositeit' voor ATS PD om overlap met NAR PD te verkleinen
- Probleem van comorbiditeit hiermee echter niet opgelost...

Een van de grootste nadelen is dat er tussen persoonlijkheidsstoornissen een grote co-occurrence is: comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen wil zeggen dat individuen heel vaak aan meer dan één stoornis voldoen in termen van de criteria waaraan ze voldoen. Het is dan zeer moeilijk om een behandelingsprotocol te gaan implementeren, als je meerdere stoornissen hebt waaraan iemand voldoet.

Het is zelfs zo dat het maken van de clusters een oplossing is geweest die de DSM heeft proberen aanreiken voor die comorbiditeit. Men is stoornissen die vaak samen voorkwamen in één cluster gaan classificeren, en van daaruit kan je dan de comorbiditeit een stuk kaderen. Maar het blijkt zo te zijn in de praktijk dat er zelfs over clusters heen een belangrijke comorbiditeit bestaat, dus het maken van die clusters heeft eigenlijk niet de oplossing gebracht die men had verwacht.

Veel voorkomende combinaties zijn bv. de vermijdende met de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, maar ook bv. de theatrale met de borderline persoonlijkheidsstoornis, en de meest voorkomende combinatie is eigenlijk altijd met borderline. Dat komt ook omdat borderline op zich al heel veel inhoudt. De overlap met andere pathologieën is in die zin meer evident.

Wat wil die comorbiditeit eigenlijk zeggen? De manier waarop die DSM-categorieën gemaakt zijn, dat die niet strookt met hoe die pathologie biologisch gezien een stuk gestuurd of geconceptualiseerd is. Men heeft die gemaakt, maar de manier waarop pathologie zich toont 'fit' daar niet echt goed bij, en in die zin is dat een fundamenteel probleem met die categoriale diagnostiek.

Men heeft ook de criteria nauwer geformuleerd om overlap te vermijden, maar beide oplossingen hebben het comorbiditeitsprobleem niet opgelost.

## 1. Illustratie: studie Ted Bundy

- Serie-moordenaar die systematisch jonge vrouwen mishandelde, misbruikte en vermoordde gedurende een lange periode
- PD diagnose(s) obv DSM criteria?
- Studie: 73 klinisch psychologen, gemiddeld 26 jaren klinische ervaring (range 6 – 54 jaar)
- Verschillende theoretische invalshoeken, allen bekend met DSM-systeem
- Resultaten:
  - 96% pleit voor ATS persoonlijkheidsstoornis
  - 95% pleit tevens voor NAR persoonlijkheidsstoornis
  - Meer dan 50% geeft tevens SZD en BDL aan

Een studie die dat illustreert is een case study van Ted Bundy (een seriemoordenaar die systematisch jonge vrouwen mishandelde, vermoordde, misbruikte, ..) en men heeft de case van

Ted Bundy nauwkeurig beschreven, men heeft dat voorgelegd aan een 70-tal psychologen die vrij veel ervaring hadden in de diagnostiek, en men heeft hen gevraagd: als je deze casus nu leest, in welke mate vind je dat deze persoon voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis en welke zou dit dan zijn? Uit die studie bleek dat eigenlijk bijna iedereen zei dat hij de antisociale persoonlijkheidsstoornis had, maar ongeveer evenveel procent zei dat hij ook de narcistische persoonlijkheidsstoornis had, en meer dan de helft sprak dan ook over de schizoïde en de borderline persoonlijkheidsstoornis. Klinisch gezien zou dit betekenen dat dit iemand is die aan bijna 4 diagnoses voldoet, als je vertrekt vanuit zijn geschiedenis en zijn manier van functioneren, wat het moeilijk maakt om vanuit die categoriale diagnoses voor één behandeling te gaan kiezen. Deze studie is gepubliceerd in een vrij vooraanstaand tijdschrift om aan te tonen hoeveel nadelen die categoriale diagnostiek heeft.

## 7.2 Comorbiditeit tussen As I en As II

### 1. Bronnen van moeilijkheden voor As I-II differentiatie

- PD komt bijna niet voor zonder andere stoornis
- Adequate differentiatie moeilijk door:
  - – Inadequate assessment instrumenten
  - – Inadequate criteria-sets
- Bias van psychiatrische toestand door klinische stoornis
  - – gebrekkige realiteitstoetsing
  - – gebrekkige zelfreflectie
- Belang van meerdere informanten!

Een tweede mogelijk nadeel is het feit dat er niet alleen comorbiditeit is binnen die persoonlijkheidsstoornissen, maar ook tussen persoonlijkheidsstoornissen en klinische stoornissen. Dan hebben we het over angststoornissen, depressieve stoornissen maar ook verslavingsproblematieken, ...

Het is zo in de praktijk dat een persoonlijkheidsstoornis bijna niet voorkomt zonder één of meerdere van die andere klinische stoornissen. Het is heel moeilijk om te bepalen of een bepaald symptoom een uiting is van een klinische stoornis, of van een persoonlijkheidsstoornis, want je krijgt iemand voor jou en vertrekkende van het symptoom moet je een stuk beslissen in welke mate dit kadert binnen een persoonlijkheidsstoornis of binnen een klinische stoornis. Het differentiëren is dus bijzonder moeilijk en wordt ook nog eens bemoeilijkt door de instrumenten voorhanden.

#### A. *Instrumenten*

- Instrumenten voor zelfrapportering erg gevoelig aan verwarring As I – II symptomen (huidig functioneren wordt bevraagd, geen referentie naar 'age of onset')
- Semi-gestructureerd interview minder gevoelig aan mood-state distorties

De instrumenten zelf zijn heel gevoelig aan die distortie die er is tussen klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Een interview is daarbij makkelijker, omdat je daarbij kan gaan doorvragen omtrent hoe lang dit bezig is, hoe vaak dit al is voorgevallen, in welke situatie, .. maar bij een vragenlijst is dat heel moeilijk omdat het een momentopname is waar je van vertrekt om een bepaalde rapportering te doen.

Ook de age of onset, het tijdstip waarop de pathologie of het symptoom is ontstaan, wordt in veel instrumenten niet echt bevraagd. Dat is ook opnieuw een soort gebrek.

## B. Criteria

- DSM-criteria: mix van specifieke gedragingen en aanhoudende pers trekken
- Wat is een pervasief patroon? Subjectiviteit!

Dan hebben we op zich het probleem van de psychiatrische toestand door de klinische toestand zelf: als je aan diagnostiek doet rond persoonlijkheidsstoornissen, maar die persoon heeft ook veel last van een of andere klinische stoornis, dan zal die klinische toestand het op zich al moeilijk maken om die diagnostiek naar persoonlijkheid goed te doen. Net die psychiatrische toestand zorgt ervoor dat mensen heel moeilijk aan realiteitstoetsing doen, ze hebben weinig voeling met de realiteit, en het is voor hen zeer moeilijk om aan zelfreflectie te doen. Dit is iets waar je moet rekening mee houden, dat de psychiatrische toestand fel kan meespelen, en van daaruit wordt het belang van meerdere informanten naar voor geschoven. Als je ook een partner, een ouder, ... bevraagt kan je vanuit meerdere beoordelaarsperspectieven de persoonlijkheid gaan beoordelen.

## 2. Inhoudelijke comorbiditeit

- Cluster A: psychotische stoornissen
- Cluster B: stemmings- en impulscontrole-stoornissen (alcoholmisbruik, eetstoornissen).
- Specifiek voor HIS: somatoforme stoornissen of hypochondrie
- Cluster C: angststoornissen
- Comorbiditeit klinische stoornissen: vooral binnen cluster B
- Comorbiditeit klinische stoornissen vaak basis voor hulpvraag en stap naar hulpverlening

Hoe ziet die comorbiditeit er inhoudelijk uit?

Zoals je kan verwachten vind je in cluster A vaak een overlap met psychotisch gerelateerde stoornissen. Bij cluster B krijg je door die impulsiviteit net heel vaak die eetstoornissen, maar ook verslavingsproblematieken, dus allerlei impulscontrolestoornissen, en ook vooral dan in combinatie met borderline de stemmingsstoornissen, dus de affectieve labiliteit gaat zich ook uiten in de vorm van stemmingsstoornissen.

Voor de theatrale persoonlijkheidsstoornis, vind je, en dat kan je ook een stuk linken aan de pathologie, heel vaak somatoforme stoornissen, of hypochondrie, dus de angst om ziek te worden, het heel snel ervaren van fysieke pijnen en ongemakken omdat er van daaruit ook aandacht wordt gekregen. Die somatoforme stoornissen worden bijna gebruikt om op die manier aandacht te zoeken. Dit is niet altijd een bewuste strategie, het is gewoon iets wat vaak samen voorkomt.

Bij de cluster C krijg je vaak algemene angststoornissen.

Belangrijk is dat de comorbiditeit met klinische stoornissen vooral binnen cluster B plaatsvindt en dat het vooral die klinische stoornissen zijn die mensen de stap doen zetten naar de hulpverlening. Net omdat ze zo vaak voorkomen bij cluster B, vind je ook dat die cluster B patiënten veel jonger al in de hulpverlening zich situeren.

### 3. Recente studie naar onderliggende structuur van As I en As II

- N=2794 volwassen twins
- Assessment van As I en II obv interview
- Inclusie van 25 stoornissen: onderliggende structuur = 4 factoren
  - Distinctie klinische en persoonlijkheidsstoornissen
  - Distinctie internalizing vs externalizing
- Inconsistentie met huidige DSM-IV classificatie:
  - BDL en ATS PD
  - Sterke correlatie tss factoren onderling reflecteert comorbiditeit



Figure 1. First confirmatory factor analysis model. For Sample 2,  $N = 1,399$ ;  $\chi^2(91) = 247.64$ , root-mean-square error of approximation = .035; comparative fit index = .96, Tucker-Lewis index = .96. Method factors for Axis I and Axis II disorders were included in the analysis, and all observed variables were regressed on age and sex (not shown in figure). PD = personality disorder; dis = disorder; GAD = generalized anxiety disorder; Soc. phobia = social phobia; Ag. phobia = agoraphobia; Spec. phobia = specific phobia; PTSD = posttraumatic stress disorder; MDD = major depressive disorder; Depres = depressive; Ob-comp = Obsessive-compulsive.  $p < .01$  for all loadings and correlations.

Een empirische insteek op die comorbiditeit tussen klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen is een Noorse studie waarbij men aan bijna 3000 tweelingen zowel een interview voor persoonlijkheidsstoornissen als voor klinische stoornissen heeft afgenomen, en aan de hand van latente modellen is men gaan zoeken naar de best mogelijke 'fit' van de structuur van die stoornis. Als je gewoon de data laat lopen, vind je dan een factor die alle klinische stoornissen representeert, en een factor die alle persoonlijkheidsstoornissen representeert, en vind je ook het onderscheid tussen internaliserende problemen of allerlei pathologieën die zich tot het inwendige richten of externaliserende.

De resultaten van die studie: de latente structuur wordt aangeduid door 4 cirkels. Dan krijg je al die lijnen met dan rechthoekjes, de lijnen duiden aan hoe sterk een bepaalde observeerbare factor laadt op die latente factor. Dus, je moet terugkeren naar het idee van factoranalyse: dit is op het latente niveau. Wat krijg je hier, aan de rechterkant: deze twee factoren tonen heel duidelijk een latente factor die de meeste persoonlijkheidsstoornissen representeren.

Die factor helemaal bovenaan (3) gaat de meeste stoornissen representeren binnen cluster A, en dan een aantal uit cluster B (de narcistische en de theatrale). En dan krijg je factor 4, ook een factor die persoonlijkheidsstoornissen gaat voorstellen, terwijl de andere 2 factoren de klinische

factoren gaan voorstellen. Dus als je dit ruw bekijkt zou je zeggen: als we kijken naar de latente en empirische structuur kan je heel duidelijk klinische stoornissen onderscheiden van persoonlijkheidsstoornissen.

Maar dat is een beetje kort door de bocht, want als je dan heel specifiek kijkt naar een aantal stoornissen zoals bv. borderline, zie je dat dat een stoornis is die een lading heeft op 3 van de 4 latente factoren. Dit toont duidelijk aan dat die borderline pathologie meer is dan alleen maar een persoonlijkheidsstoornis, want het laadt ook duidelijk op die factoren die meer de klinische stoornissen representeren.

Met de huidige DSM-IV of DSM-V classificatie is er een inconsistentie met borderline, want de borderline pathologie is een duidelijke stoornis die op 3 van de 4 factoren laadt, maar ook de AS stoornis laadt uniek op een klinische factor en niet op een factor die persoonlijkheidsstoornissen weergeeft, dus empirisch blijkt dit dichter aan te leunen bij de factor 'externaliserend' en niet zozeer bij een specifieke persoonlijkheidsfactor.

Die studie heeft dus aangetoond dat er empirisch een zekere inconsistentie is met wat er theoretisch geclassificeerd is, en heel belangrijk: tussen die 4 factoren vind je duidelijke correlaties (dit zijn de gebogen lijnen: tonen de correlaties aan tussen die 4 latente factoren. Dit wil zeggen dat die correlaties op het latente niveau een reflectie zijn van het feit dat er een grote comorbiditeit is tussen persoonlijkheids- en klinische stoornissen. Moest dat niet zo zijn, dan zou er hier geen significante correlatie bestaan).

Die studie bevestigt dus wat al die tijd vanuit een meer conceptuele ooghoek gezegd werd, met name: er is een belangrijke comorbiditeit, het is niet makkelijk om daar een oplossing voor te vinden. Dit wordt dus duidelijk empirisch teruggevonden.

### 7.3 Gebrek aan comprehensiviteit

- Restcategorie: meest frequente diagnose in klinische praktijk
  - Reden: bestaande categorieën dekken onvoldoende het klinisch beeld van de patiënt
- Veel patiënten met PD zijn niet diagnoseerbaar binnen één van de 10 PD's
  - Vb geen enkele categorie geeft goede beschrijving van symptomen mbt intimiteit of devaluatie van anderen

Een volgend probleem is een gebrek aan comprehensiviteit van die categoriale diagnostiek, dit slaat op die restcategorie: heel veel patiënten krijgen die restcategorie als diagnose omdat geen enkele van die 10 het klinisch beeld goed dekken.

### 7.4 Heterogeniteit binnen As II diagnoses en arbitraire cut-off waarden

- Grote verschillen in klinische profiel tussen patiënten met dezelfde diagnose tgv prototypische formulering
  - vb borderline: 256 mogelijke combinaties van symptomen resulteren in deze diagnose
- Geen empirische rationale voor cutoff waarden
- Lage inter-beoordelaarsbetrouwbaarheid

Volgende probleem is de heterogeniteit binnen diagnoses: de categoriale classificatie gaat ervan uit dat er binnen de diagnoses of categorieën een homogeniteit is, dat iedereen die dezelfde stoornis heeft er ook hetzelfde uitziet qua profiel, maar het blijkt niet zo te zijn: komt door die polythetische criteria, daardoor krijg je binnen diagnoses heel grote variabiliteit van hoe mensen functioneren, welke pathologie ze specifiek ervaren in termen van specifieke symptomen.

Een laatste probleem is dat de cut-off waarden (de waarde waarop men beslist een stoornis toe te kennen of niet) heel arbitrair gekozen zijn. Men heeft vanuit expert-opinie dit beslist maar daar is geen empirische onderliggende verantwoording voor.

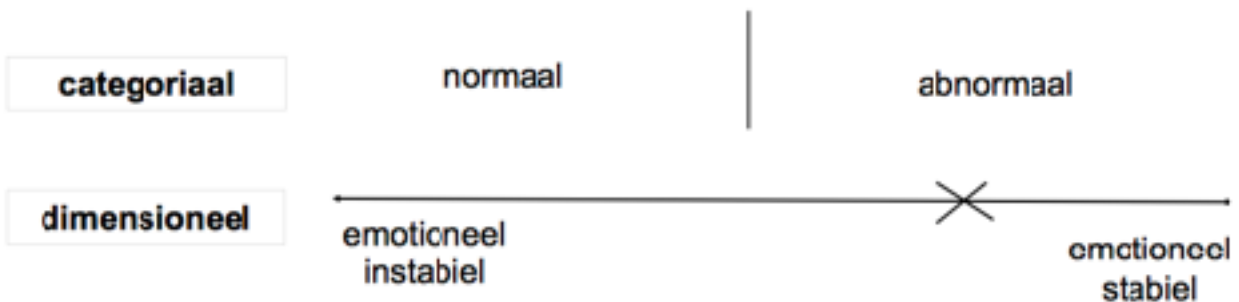
## 8. Een dimensioneel perspectief op PD

Stoornis als extreme variant van algemene persoonlijkheidstrekken  
 Dysfunctioneren verschilt kwantitatief van normaal functioneren  
 Veelheid aan dimensionele voorstellen (18!)



Het is vanuit al die nadelen dat het dimensioneel perspectief steeds meer op de voorgrond is komen te staan. De hele aanloop naar DSM-V (de afgelopen 10-15 jaar) hebben alle dimensionele onderzoekers een 'strijd' geleverd om het dimensioneel perspectief op persoonlijkheidsstoornissen in een volgende editie van de DSM te krijgen. Dat is gelukt, zij het nog in een aparte sectie waarvan men zegt dat er nog veel onderzoek naar nodig is.

### 8.1 Verschil tussen categoriale en dimensionele diagnostiek



Van waaruit is die argumentatie voor een dimensioneel perspectief ontstaan?

Het idee van een dimensioneel perspectief is dat je een soort continuüm krijgt tussen normaliteit en abnormaliteit, waarbij men stelt dat pathologie zich aan de uiteinden van de dimensies gaat bevinden. Het categoriaal denken zegt dat er een duidelijke scheiding is tussen normaal en abnormaal, en het dimensioneel denken zegt dat er één grote dimensie is, bijvoorbeeld gaande van emotioneel instabiel tot emotioneel stabiel, en iedereen kan hierop een positie innemen. Er is een soort graduele, continue variabiliteit bij elk van de dimensies van persoonlijkheid.

## 8.2 Verschillen tussen dimensionele voorstellen mbt niveau van dimensionaliseren

- Constructie-wijze: op basis van theorie vs empirie
- Beschrijving van adaptieve vs maladaptieve range van pers.trekken
- Info over factoren van veerkracht
- Integratie met klinische stoornissen
- Hiërarchische niveau van beschrijving
- Aantal lagere-orde facetten

## 8.3 Overzicht dimensionele voorstellen

- Dimensioneel profiel van bestaande categorieën
  - Vb Oldham & Skodol (2000): match met diagnostische criteria
  - Vb Shedler & Westen (2000): match met prototypisch profiel
- Spectra van dysfunctioneren over As I en As II heen
  - Vb Krueger (2002)
  - Vb Siever & Davis (1991)
- Persoonlijkheidsstoornissen vanuit algemeen trekmodel
  - Vb Costa & McCrae (1994; 2002)
  - Vb Cloninger (1993)
- Specifieke maladaptieve dimensies van persoonlijkheid
  - ~ dimensionele reorganisatie van PD-symptomen
  - Vb SNAP (Clark, 1993)
  - Vb DAPP-BQ (Livesley, 1990)
  - VB Trekmodel van DSM-5 (PID-5 maat)

Dit zijn de verschillende manieren om persoonlijkheidsstoornissen te dimensionaliseren. Dit zijn voorbeelden.

### 1. Dimensionalisering van bestaande As II categorieën

- Dimensioneel profiel van bestaande categorieën
  - Variërend van afwezig tot prototypisch, afhankelijk van N criteria waar men aan voldoet (Oldham & Skodol)
- OF
- Bepalen in welke mate het individu beantwoordt aan een prototypisch geval (Shedler & Westen)
- Minst verstorend voor bestaande As-II categorieën
- Kwantitatieve manier om huidige categorieën te beschrijven
- Grotere stabiliteit over meetmomenten
- NADEEL:
  - Pseudo-dimensies
  - Die niet stroken met fundamentele maladaptieve dimensies
  - Probleem van heterogeniteit en comorbiditeit blijft bestaan

Hoe kan je persoonlijkheidsstoornissen dimensionaliseren? Daar zijn verschillende methoden voor.

Bij de allereerste pogingen ging men mensen scores geven op elk van de criteria van de DSM, die scores ging men optellen, en zo kreeg je dan een dimensionele score op een persoonlijkheidsstoornis. Dat is de meest eenvoudige manier om te dimensionaliseren, maar

eigenlijk krijg je pseudo-dimensies, want je blijft vasthangen aan die 10 stoornissen zoals de DSM ze voorstelt, en je krijgt op die manier een soort dimensies die geen dimensies zijn.

Dus de eerste manier om te dimensionaliseren is de bestaande categorieën gebruiken en van daaruit een dimensioneel profiel construeren.

Het minst verstoring voor de bestaande categorieën, je gaat dus in feite de categoriale indeling gewoon kwantificeren.

Belangrijkste probleem van comorbiditeit blijft natuurlijk bestaan bij deze manier.

Als men die categorieën gaat kwantificeren, ga je wanneer je dan een score hebt, die score afzetten ten aanzien van het meest prototypische profiel (de hoogste score die iemand kan behalen) en op basis daarvan ga je dan bepalen hoe pathologisch iemand scoort.

## 2. Klinische spectra

- Focus: As I – As II comorbiditeit
- As I en II samenvoegen tot vier brede klinische spectra (Siever & Davis)
- Uitgangspunt: PD= vroeg intredende, chronische variant van As I stoornis
  - vb: AVD PD herformuleren als gegeneraliseerde sociale fobie
- 4 PD's kunnen hierin niet verklaard worden
- Weinig empirische steun voor spectra van Siever & Davis
- Wel voor 2 basisdimensies: Internaliseren en Externaliseren (zie verder) als onderliggende dimensies van zowel As I als As II stoornissen

De spectra van disfunctioneren over assen heen. Dit is een poging geweest van een aantal onderzoekers om aan die comorbiditeit tegemoet te komen door klinische spectra te maken, overkoepelend over die klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen heen.

(Dit is eerder 'randinformatie' gezien hier weinig empirische steun voor geweest is. We zullen daar dus niet te veel op ingaan, maar het is wel een stap geweest in het dimensionaliseren.)

## 3. Dimensionaliseren vanuit algemeen trekmodel: validiteit FFM

- Dominante model van persoonlijkheid in een aantal toegepaste terreinen
- Toepasbaarheid over leeftijd, geslacht en informanten heen
- Cross-culturele validiteit
- Temporele stabiliteit
- Erfelijkheidscomponent
- Predictieve validiteit mbt gezondheids- en life outcome
- ==> wetenschappelijk gefundeerd model, maar is het ook valide om PD's te beschrijven?

Een belangrijke trend die geïnstalleerd werd, is het dimensionaliseren van persoonlijkheidsstoornissen vanuit het algemeen trekmodel. Het VFM is het trekmodel waar het meest onderzoek mee gebeurd is in de richting van 'hoe toepasbaar is dit nu voor persoonlijkheidsstoornissen'. Vetrekkende van alle validiteitsbronnen die er al waren, vroeg men zich af hoe goed we dit konden gebruiken om persoonlijkheidsstoornissen te beschrijven. Daar is een hele grote stroom aan onderzoeksbevindingen tot gang gekomen die dat getoetst hebben, en die dat proberen valideren hebben. We zullen kort de belangrijke lijnen zien.



- 2 waves van FFM-PD onderzoek:
  - Wave 1: evidentie voor FFM als comprehensief model van persoonlijkheid
  - Wave 2: focus op FFM en DSM-IV As II
- Recente bevindingen:
  - (1) Widiger & Costa (2002): meer dan 50 studies die aangeven dat PD's kunnen worden beschreven vanuit het FFM.
  - (2) Livesley (2001) en Saulsman & Page (2004): review studies
- → "Each PD displays a FFM-profile that is meaningful and predictable given its unique diagnostic criteria"

### A. Validiteit van FFM domeinen in relatie tot PD

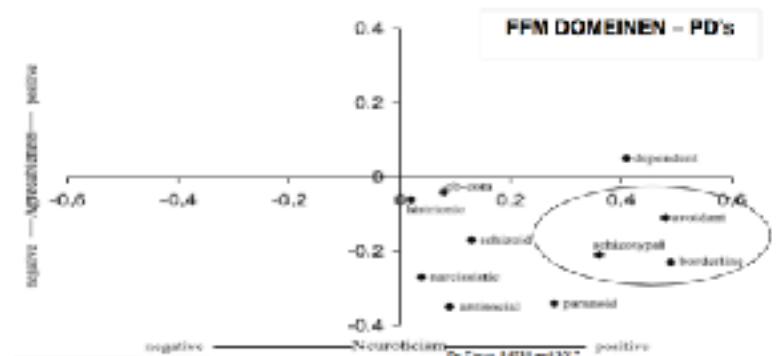
Eerste belangrijke mijlpaal is een overzichtsstudie van Saulsman & Page. Zij hebben aan de hand van een meta-analyse gekeken naar de relaties tussen de 5 trekken van het 5FM en elk van die 10 persoonlijkheidsstoornissen.

- PD's= extreme varianten op de vijf dimensies van het FFM
- Algemeen patroon (Saulsman & Page, 2004)
  - Neuroticisme en Altruïsme meest prominente factoren
  - E en C: wisselend patroon: differentiatie tussen PD's
    - HIS – NAR: positief met Extraversie
    - SZD – SZT – AVD: negatief met Extraversie
    - OBC: positief met Consciëntieusheid
    - ATS – BDL: negatief met Consciëntieusheid
  - O speelt geen significante rol (behalve voor schizotypie in sommige studies)

Wat hebben zij gevonden?

Dit geeft het gemeenschappelijke weer voor elk van de 10

persoonlijkheidsstoornissen, met name ze scoren allemaal hoog op N en laag op A. Dat is de gemeenschappelijke trekcorrelaat van elk van de 10 stoornissen. Agreeableness is de verticale dimensie en neuroticisme is de horizontale dimensie. Als je dit indeelt in kwadranten en je plot de



persoonlijkheidsstoornissen, dan vind je ze vrijwel allemaal terug bij hoog N en laag A, in het onderste kwadrant rechts. Allemaal, behalve die dependent PD scoort iets hoger op die A-dimensie want dit zijn mensen die goed willen doen voor de ander.

Dat is de belangrijkste bevinding vanuit de meta-analyse: N en A zijn de meest prominente factoren voor het beschrijven van persoonlijkheidsstoornissen vanuit het algemeen VFM.

Dan krijg je wisselende correlaties voor de andere dimensies, waarbij een aantal persoonlijkheidsstoornissen positief met E correleren, zoals de theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis: die zijn heel erg naar buiten gericht, dit zijn heel extraverte mensen, terwijl dan bv. die schizoïde en schizotypische mensen zijn zeer introvert, die correleren negatief

met E. Zo kan je dat verder doen voor de andere factoren ook, bv. voor C vind je dat die obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis daar positief mee correleert, dit zijn zeer plichtbewuste, doelgerichte, ambitieuze mensen.

De twee stoornissen die het meest gekenmerkt worden door impulsiviteit, scoren daar laag op, die correlerend negatief.

Met openheid voor ervaringen blijkt er meta-analytisch gezien geen correlatie te zijn met de persoonlijkheidsstoornissen, behalve soms voor die schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

(3) Warner et al. (2004): longitudinaal onderzoek van de associatie tussen VFM trekken en vier disorders (SZT, BDL, AVD, OBC): veranderingen in FFM trekken voorspellen verandering in de stoornis (behalve voor OBC), maar omgekeerd geldt dit niet!

Een andere belangrijke mijlpaal was een longitudinaal onderzoek, waarbij Warner et al. gekeken hebben hoe een verandering op niveau van persoonlijkheidstrekken ook een verandering voorspelt in persoonlijkheidsstoornissen en omgekeerd.

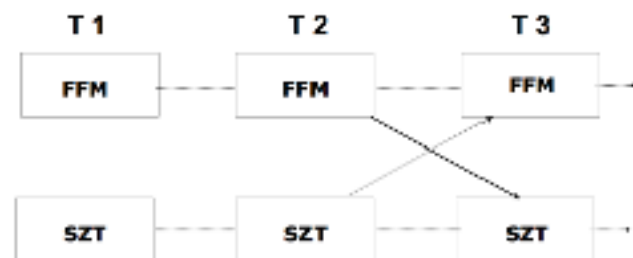
Deze studie toont aan dat op het moment dat er zich op het niveau van iemands persoonlijkheidstrekken een verandering voordoet, dan krijg je in de daaropvolgende meting van persoonlijkheidsstoornissen een verandering.

Omgekeerd: wanneer op het niveau van de stoornis gemeten wordt, en men krijgt een verandering op niveau van de pathologie, dan vertaalt dit zich NIET

(vandaar de stippellijn) op een verandering op niveau van de trek.

Dat onderzoek toont aan dat veranderingen in het VFM veranderingen in de stoornis voorspellen, behalve voor die obsessief compulsieve stoornis was dat niet zo, maar omgekeerd geldt dit niet!

Dat toont dat persoonlijkheidstrekken de kern zijn van persoonlijkheidsstoornissen, waarom die stoornis zich dan gaat ontvouwen, en als daar een verandering is in die kern krijg je ook een verandering in de pathologie daarrond, maar als er een verandering is rondom op niveau van symptoom krijg je daarom niet noodzakelijk een verandering in die kern.



(4) FFM prediceert PD's – geconceptualiseerd volgens theorie van Millon – sterker dan de Millon-algemene persoonlijkheidsmaat!

Een volgend belangrijk punt: men heeft een aantal onderzoeken gedaan waarbij men persoonlijkheidsstoornissen heeft gemeten volgens een bepaalde theorie, de theorie van Millon, en die heeft zijn eigen maat voor de algemene persoonlijkheid. Als je kijkt naar de relatie tussen Millon zijn persoonlijkheidsmaat en persoonlijkheidsstoornissen, dan blijken die veel minder met elkaar te correleren dan dat het 5FM correleert met Millon zijn persoonlijkheidsstoornissenmaat, dus het 5FM overtreft die algemene maat van Millon, zelfs wanneer het criterium het best 'fit' met die maat van Millon. Dat was ook een belangrijke bron van validiteit voor het 5FM.

Dat was in vogelvucht wat vanuit het dimensioneel perspectief gevonden is op niveau van de domeinen van het 5FM. Nu zullen we nog het niveau van de 5 factoren facetten en de link met persoonlijkheidsstoornissen bespreken.

## B. Validiteit van FFM facetten in relatie tot PD FFM assessment van PD

- De 10 klassieke As-II diagnoses knn worden beschreven in termen van hoge of lage scores op de NEO PI-R facetten
  - Widiger et al. (2002): theoretische predicties obv DSM-IV criteria sets
  - Lynam & Widiger (2001): onderzoekers genereren PD-beschrijving in termen van FFM
  - Samuel & Widiger (2004): klinici genereren PD-beschrijving in termen van FFM
- → Grote consistentie in FFM beschrijvingen van PD's over benaderingen heen: sterke convergente en discriminante validiteit

Hier zijn een heel aantal onderzoekers geweest die geprobeerd hebben om elk van de persoonlijkheidsstoornissen te beschrijven in termen van facetten van persoonlijkheid zoals we ze kennen van bv. de NEO-PI-R.

Bijvoorbeeld, je krijgt hier opnieuw Ted Bundy, en alle facetten van de NEO, en dan is men aan de hand van de case gaan kijken naar hoe deze persoon zou scoren op elk van de trekken. De L staat staat voor laag, de H voor hoog, en op die manier is men dan tot een soort prototypisch profiel gekomen van die persoonlijkheidsstoornis of beschrijving van Ted Bundy die dan later diende als prototypische beschrijving voor de AS persoonlijkheidsstoornis.

*Illustratie: FFM beschrijving Ted Bundy*

Neuroticisme	C
N1: Angst	L
N2: Egocis	H
N3: Depressie	
N4: Schaamte	L
N5: Impulsiviteit	
N6: Kwetsbaarheid	L
<b>Extraversie</b>	
E1: Hartelijkheid	L
E2: Aesthetisch	
E3: Dominantie	H
E4: Energie	H
E5: Avontuurisme	H
E6: Vrijheid	
<b>Openheid</b>	
O1: Bentische	
O2: Sociaal	
O3: Gevoelens	
O4: Verstandigheden	
O5: Ideeen	
O6: Waarden	
<b>Aktruisie</b>	
A1: Vertrouwen	L
A2: Openheid	L
A3: Zelfzaamheid	L
A4: Inzichtelijkheid	L
A5: Bescheidenheid	L
A6: Medelijdzaamheid	L
<b>Conscientieusheid</b>	
C1: Doelmatigheid	H
C2: Ordenlijkheid	H
C3: Berouwbaarheid	
C4: Aandacht	H
C5: Zelfdiscipline	
C6: Bedachtzaamheid	

Dit is uitgewerkt door Samuel & Widiger.

Wat blijkt: die andere manieren om die PD's te beschrijven aan de hand van facetten lijken hier enorm op. Die drie onderzoeksgroepen hebben dat onafhankelijk van elkaar gedaan, maar kwamen wel telkens tot dezelfde resultaten, wat aangeeft dat dit een valide manier is om persoonlijkheidspathologie te beschrijven.

- Een MA combineert de resultaten van verschillende studies om een bepaalde onderzoeksvraag te bestuderen
- Huidige MA: Hoe zijn de FFM facetscores gerelateerd aan de 10 PD's?
- 16 empirische studies, aantal subjecten meer dan 3000
- Interpretatie tabel: coëfficiënten zijn effect sizes
  - Verticaal: karakterisering van elke PD in termen van FFM facetten
  - Horizontaal: belang van elk FFM facet over stoornissen heen
  - Openness-facetten minst karakteristiek over stoornissen heen
    - Kritiek FFM of kritiek DSM?
    - Cfr DSM criteria dekken het terrein van maladaptief persoonlijkheidsfunctioneren onvoldoende

Over alle studies heen kan je dit het beste samenvatten aan de hand van een meta-analyse, waarbij je verschillende resultaten uit al die studies samenneemt om van daaruit de belangrijkste effecten te beschrijven.

Deze studie staat in de tabel (je moet deze tabel niet kennen, gewoon mee zijn met het idee dat dit een overzicht is van een meta-analytische studie waarbij je een overzicht krijgt van hoe je stoornissen kan conceptualiseren aan de hand van algemene trekken.

Je kan dit op 2 manieren doen, je kan verticaal kijken en dan krijg je een beschrijving van elke persoonlijkheidsstoornis over de 5 trekken van het 5FM heen. je kan ook horizontaal kijken, en dan kan je bekijken hoe elke trek van het 5FM significant correleert met de 10 stoornissen. De belangrijkste bevindingen van die meta-analyse:

Meta-Analyse FFM facetten – DSM-IV As II stoornissen											
	FFM facet	Par	Sol	Soc	Aut	Rel	His	Nar	Aut	Dep	Obc
N	Ammonousness	<b>0.27</b>	0.13	<b>0.27</b>	0.08	<b>0.38</b>	0.00	0.02	<b>0.41</b>	<b>0.39</b>	0.10
	Angry hostility	<b>0.41</b>	0.19	<b>0.29</b>	<b>0.27</b>	<b>0.40</b>	0.00	<b>0.23</b>	<b>0.29</b>	0.10	0.10
	Expressiveness	<b>0.34</b>	<b>0.29</b>	<b>0.30</b>	0.12	<b>0.40</b>	-0.06	0.02	<b>0.33</b>	<b>0.41</b>	0.00
	Self-consc	<b>0.29</b>	<b>0.23</b>	<b>0.32</b>	0.02	<b>0.35</b>	-0.11	-0.02	<b>0.29</b>	<b>0.42</b>	0.13
	Impulsiveness	0.15	0.00	0.17	<b>0.27</b>	<b>0.34</b>	0.17	0.14	0.14	0.17	-0.09
	Vulnerability	<b>0.22</b>	0.14	<b>0.25</b>	0.04	<b>0.39</b>	0.01	-0.01	<b>0.40</b>	<b>0.43</b>	0.03
E	Warmth	<b>-0.20</b>	<b>-0.42</b>	<b>-0.20</b>	-0.13	<b>-0.20</b>	<b>0.20</b>	-0.07	<b>-0.25</b>	-0.02	-0.07
	Cooperativeness	<b>-0.20</b>	<b>-0.40</b>	<b>-0.24</b>	0.02	-0.12	<b>0.34</b>	0.04	<b>-0.42</b>	-0.02	-0.16
	Assertiveness	<b>-0.03</b>	<b>-0.22</b>	-0.13	0.06	-0.09	<b>0.27</b>	0.19	<b>-0.29</b>	<b>-0.21</b>	-0.01
	Activity	<b>-0.06</b>	<b>-0.25</b>	-0.13	0.02	-0.10	<b>0.25</b>	0.09	<b>-0.29</b>	-0.12	0.03
	Excitement seek	-0.01	-0.21	-0.04	<b>0.24</b>	<b>0.05</b>	<b>0.27</b>	0.16	<b>-0.23</b>	-0.06	-0.12
	Punctuality	<b>-0.27</b>	<b>-0.36</b>	<b>-0.26</b>	-0.09	<b>-0.20</b>	<b>0.22</b>	-0.02	<b>-0.29</b>	-0.12	-0.09
O	Fantasy	0.00	-0.07	0.14	0.10	0.13	0.16	0.11	0.07	0.07	-0.00
	Aesthetics	-0.05	-0.06	0.07	0.06	0.05	0.10	0.04	-0.01	0.01	0.01
	Feelings	-0.02	-0.17	0.03	-0.02	0.09	0.13	0.07	-0.04	0.02	0.01
	Actions	-0.10	-0.12	-0.04	0.10	-0.03	0.12	0.01	<b>-0.20</b>	-0.12	-0.12
	Ideas	<b>0.23</b>	<b>0.00</b>	<b>0.09</b>	0.04	-0.01	<b>0.04</b>	<b>0.07</b>	<b>-0.05</b>	-0.12	0.03
	Values	-0.05	-0.03	0.01	0.00	0.05	0.06	-0.01	-0.07	-0.04	-0.09
A	Fear	<b>-0.44</b>	<b>-0.32</b>	<b>-0.31</b>	<b>-0.33</b>	<b>-0.30</b>	0.05	<b>-0.30</b>	<b>-0.30</b>	<b>-0.07</b>	-0.08
	Straitlaced	<b>-0.24</b>	-0.09	-0.16	<b>-0.37</b>	<b>-0.21</b>	-0.10	<b>-0.21</b>	-0.05	0.00	0.04
	Altruism	<b>-0.21</b>	-0.10	-0.15	<b>-0.34</b>	-0.10	<b>-0.32</b>	<b>-0.20</b>	-0.12	0.02	0.04
	Compliance	<b>-0.37</b>	-0.03	-0.11	<b>-0.33</b>	<b>-0.37</b>	-0.12	<b>-0.34</b>	-0.02	0.10	0.01
	Modesty	-0.00	0.00	0.03	-0.17	0.03	-0.10	<b>-0.37</b>	<b>0.20</b>	0.10	0.02
	Tender-mindedness	-0.19	-0.11	-0.03	-0.10	-0.00	0.02	-0.17	-0.02	0.00	0.00
C	Cooperativeness	-0.13	-0.12	-0.18	<b>-0.21</b>	<b>-0.20</b>	-0.01	0.01	<b>-0.23</b>	<b>-0.23</b>	0.19
	Coder	0.00	-0.02	-0.04	-0.13	-0.10	-0.05	-0.02	-0.03	-0.06	<b>0.28</b>
	Curiousness	-0.10	-0.08	-0.10	<b>-0.29</b>	<b>-0.22</b>	-0.06	-0.10	-0.09	-0.02	<b>0.25</b>
	Ach striving	-0.07	-0.13	-0.13	-0.17	-0.19	0.04	0.02	-0.17	-0.16	<b>0.25</b>
	Self-discipline	-0.14	-0.12	-0.13	<b>-0.25</b>	<b>-0.20</b>	-0.04	-0.09	<b>-0.22</b>	<b>-0.23</b>	<b>0.21</b>
	Exhibitionism	-0.09	-0.02	-0.10	<b>-0.36</b>	<b>-0.27</b>	-0.10	-0.12	-0.01	-0.00	<b>0.24</b>

Als je kijkt naar N, vind je dat dit voor vrijwel alle persoonlijkheidsstoornissen een belangrijk correlaat is op niveau van de trek. De coëfficiënten in het vet zijn de meest significante.

Als je dan kijkt naar E, vind je hier vooral negatieve correlaties terug, behalve voor die theatrale persoonlijkheidsstoornis waar het positief is.

Openheid zie je zoals eerder gesuggereerd, dat geen enkele van die facetten structureel terugkeert als een belangrijk correlaat van persoonlijkheidsstoornissen.

Voor A en C vind je wisselendere resultaten in termen van de mate waarin de facetten al of niet significant zijn, maar het doorgaans patroon hier is ook dat het negatieve correlaties zijn.

Het feit dat die openheidsfacetten het minst karakteristiek zijn over al die facetten heen, daar kan je op 2 manieren over nadenken:

Ligt het aan het 5FM die dat soort pathologie niet goed dekt met zijn facetten, of is het de DSM geweest die de eigenschappen gerelateerd aan openheid niet goed heeft opgenomen in de beschrijvingen van zijn stoornissen?

#### - NEO PI-R

- Extreem hoge/lage scores indicatief voor PD
- Sterk empirisch gevalideerd
- Komt tegemoet aan een aantal categoriale assessment-problemen
- Ook sterktes van het individu komen aan bod
- Kritiek: volledige spectrum van persoonlijkheidspathologie niet te vatten door NEO; strekt zich niet uit over het pathologische domein
  - Vb. in bepaalde studies: afwezigheid van correlatie tussen DEP PD – Agreeableness, OBC PD – Conscientiousness, SZT PD – Openness

#### - Interessante diagnostische techniek: PD count techniek (zie werkcollege 2)



voor elk van de posities. Als clinicus moet je dan omcirkelen welke omschrijving het beste past bij de persoon.

#### 8.4 Dimensionaliseren vanuit het alternatieve DSM-5 model

- Diagnostiek PD vereist twee zaken:
  - Assessment van impairment (criterium A)
  - Evaluatie van pathologische trekken (criterium B)
- Patronen moeten inflexibel en pervasief zijn (criterium C)
- Patronen moeten relatief stabiel zijn en early onset (criterium D)
- Worden niet beter verklaard door andere mentale stoornis (criterium E)
- Niet toe te schrijven aan effecten van substance use of medische conditie (criterium F)
- Worden niet begrepen als normaal binnen de culturele achtergrond of ontwikkelingsfase van het individu (criterium G)

De dimensionalisering van persoonlijkheidsstoornissen vanuit het algemeen trekmodel hebben we nu gezien. Het laatste stuk is de manier waarop de DSM persoonlijkheidsstoornissen gaat beschrijven vanuit het huidige dimensionele model dat is opgenomen.

Dit model zegt dat je de diagnostiek moet doen op 2 niveaus.

Het eerste niveau is het criterium A, en daar moet je eerst kijken naar de impairment die iemand ervaart (het lijden, de beperkingen, de stress die iemand heeft) en binnen criterium B gaat men kijken naar een aantal pathologische trekken en dan gaat men daarop evalueren of iemand al of niet die trekken vertoont. Dat is de belangrijkste insteek voor dit dimensioneel model van DSM-V. Dan hebben zij nog een aantal criteria die aansluiten bij die algemene criteria van de persoonlijkheidsstoornis (die we eerder al hebben gezien).

##### *A. Criterium A: 'self' en 'interpersonal'*

- Kernaspecten: SELF en INTERPERSONAL functioning
  - SELF: identity en self-direction
  - INTERPERSONAL: empathy en intimacy
  - Assessment: Level of Personality Functioning Scale
  - Impairment prediceert aanwezigheid van PD
  - Ernst van impairment prediceert multiële PD's of aanwezigheid van ernstige PD
  - Threshold: gemiddelde score
- 
- Identiteit: zichzelf als uniek ervaren, duidelijke grenzen tussen zelf en anderen, stabiele zelf-waarde, in staat zijn om een range aan emotionele ervaringen te voelen en te reguleren
  - Zelf-directiviteit: betekenisvolle en coherente doelen kunnen stellen (zowel op korte termijn als levensdoelen), hanteren van prosociale interne standaarden van gedrag, mogelijkheid tot zelfreflectie
  - Empathie: begrijpen en waarderen van de ervaringen en motieven van anderen, andere perspectieven verdragen, effect van eigen gedrag op anderen begrijpen
  - Intimiteit: diepgang en duur van verbinding met anderen, in staat zijn om dichtheid met anderen te ervaren, wederkerigheid in interpersoonlijk gedrag

Die assessment van impairment omvat 2 belangrijke rubrieken. Het gaat hem over het 'self' versus het interpersoonlijk functioneren.

Elk van die 2 kernaspecten zijn dan nog eens opgesplitst in 2 aspecten van functioneren die je klinisch moet gaan evalueren.

Bijvoorbeeld, neem nu het 'self': de evaluatie van het self bestaat uit een evaluatie van iemands identiteit, en iemands evaluatie van zelfdirectiviteit.

Je gaat kijken (je kan dat doen aan de hand van een gestructureerd interview, maar ook aan de hand van een vragenlijst) in welke mate iemand een soort geconsolideerd gevoel van identiteit heeft. Geen geconsolideerd identiteitsgevoel hebben is een belangrijk aspect van persoonlijkheidsstoornissen. Hun zelfbeeld, zelfgevoel, zelfwaarde is op één of andere manier disfunctioneel.

Dit criterium A gaat dus kijken in welke mate men duidelijke grenzen kan trekken tussen 'wie ben ik' en 'wie is de ander', maar ook bv. in welke mate men zichzelf uniek vindt, heeft men het gevoel dat men betekenisvol is, ... en dan krijg je daar een aantal levels waarop je mensen gaat evalueren —> dit is het niveau van de identiteit.

Dan heb je zelfdirectiviteit of doelgerichtheid, waarbij je mensen gaat evalueren op vlak van: hoe goed kan iemand doelen stellen voor zichzelf, en die dan ook bereiken? In welke mate heeft men een standaard voor zichzelf gesteld qua 'waar wil ik naartoe, wat is voor mij belangrijk?' en in welke mate is men in staat om aan zelfreflectie te doen op vlak van 'heb ik mijn doel bereikt', 'is het haalbaar om dit doel te bereiken', 'is het realistisch', ..

Ook hier krijg je terug niveaus waarop men mensen gaat evalueren. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis scoren op niveau van identiteit laag, maar ook op niveau van zelfdirectiviteit, dus die zijn niet of moeilijker in staat tot dat directief of doelgericht gedrag

Op niveau van het interpersoonlijk functioneren krijg je dan empathie en intimiteit, waarbij empathie de mate is waarin iemand in staat is om perspectief van een ander in te nemen, om mee te leven, om te weten wat het effect is van eigen gedrag op anderen, ..

Intimiteit gaat evalueren in welke mate men echt in staat is om intieme betekenisvolle hechte relaties aan te gaan, en ook de mate waarin men in staat is om binnen het interpersoonlijke verkeer aan wederkerigheid te doen. Dit is een heel belangrijk iets, omdat egocentrisme en het onrijp emotioneel functioneren bij veel persoonlijkheidsstoornissen een centraal kenmerk is.

Je kan dit criterium meten aan de hand van bepaalde schalen, ondertussen bestaan daar ook interviews voor, en men weet ondertussen duidelijk dat mensen die hoog scoren op level A, dat dat heel duidelijk de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen indiceert.

Welke dan is nog niet duidelijk maar het idee van pathologie kan je dan al voor een stuk erkennen.

### *B. Criterium B: assessment van trekken*

- 25 specifieke trekken gestructureerd in 5 brede domeinen:
  - Negative affectivity —> laag N
  - Detachment —> laag I (introversie)
  - Antagonism —> laag A
  - Disinhibition —> laag C
  - Psychoticism —> hoog O
- Hoe heeft men die trekken geselecteerd?
  - Review bestaande trek-modellen
  - Onderzoek bij klinische steekproeven

In criterium B ga je dan aan de hand van een vragenlijst (de PID-5) de persoon laten rapporteren over een aantal pathologische trekken. Dus in eerste instantie zelfrapportering, maar je kan dit ook vragen aan een significante ander. Die 25 trekken zijn gestructureerd in 5 brede domeinen en zoals je kan zien aan de labels, zijn dit telkens de extreme labels van één van die 5 van het 5FM. Negatief affect is het extreme van N, ...

Hoe heeft men die trekken dan geselecteerd? Door brede literatuurstudies, maar ook door bestaande trekmodellen te bekijken.

NEGATIEF AFFECT	AFSTANDELIJKHEID	ANTAGONISME	DISINHIBITIE	PSYCHOTISME
Emotionele labiliteit	Teruggeslokkenheid	Manipulatief gedrag	Omveranw. held	Ongewone
Aanst	Vermijden intimiteit	Bedrieglijkheid	Impulsiviteit	Overvullingen & aversies
Scheldingsangst	Anhedonie	Grandiositeit	Afleidbaarheid	Eccentriciteit
Ondertandigheid	Depressiviteit	Aandacht zoeken	Ridengegedrag	Cognitieve & perceptuele dysf.
Vijandigheid	Ondertandigheid	Kijheid	Rigide perfectionisme	
Vulharding	Beperkt affect			
	Achterdocht			

Onder elk van die 5 domeinen krijg je specifieke eigenschappen van persoonlijkheidspathologie, waarbij je op elk van die eigenschappen scores gaat genereren op die vragenlijst, en dan kan je in de laatste stap aan de hand van de scores op die trekken die persoonlijkheidsstoornissen opnieuw berekenen (als je dat zou willen). Dat dimensioneel model biedt aansluiting richting de DSM-V categoriale diagnostiek voor mensen die daar willen blijven aan vasthouden, maar het hoeft niet noodzakelijk, dus je kan op het niveau van de trekken blijven qua diagnostiek, maar er bestaan dus algoritmes om die 6 van de 10 persoonlijkheidsstoornissen te berekenen aan de hand van die specifieke trekken. Waarom geen 10? Omdat er voor 4 van de persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende evidentie is vanuit trekperspectief dat ze valide zijn.

### C. Diagnose van specifieke PD's

- 6 specifieke PD's op basis van combinaties van trekken ATSPD
  - AVDPD
  - BDLPD
  - NARPD
  - OCPD
  - SZTPD
- Specifieke beschrijvingen criterium A voor elk van de 6 PD'S (voldoen aan 2 of meer beschreven terreinen van impairment)
- Ook voldoen aan criterium C-G
- Indien profiel niet voldoet aan één van de 6 PD's: PD-trait specified
  - Voldoen aan criterium A (2 of meer beschreven terreinen)
  - Assessment op maat van specifieke trekken: PID-5
  - Zelf-rapportering of informant
  - Scores afzetten tegen normatieve gegevens

Iemand moet aan dat criterium A - impairment voldoen om een persoonlijkheidsstoornis toegekend te krijgen, en dan moet men ook voldoen aan ofwel 1 van die 6 persoonlijkheidsstoornissen, ofwel aan een aantal pathologische trekken, hierop moet men gemiddeld of hoger scores.



Dan krijg je nog de criteria C tot G, die overlappen met die algemene criteria, daar moet je ook aan voldoen.

Als iemand daar niet aan voldoet krijg je de trek-gespecificeerde stoornis, waarbij je dan enkel die trekken er uit haalt waar iemand pathologisch op scoort, los van die specifieke labels die je kan berekenen.

## 9. Categorieel versus dimensioneel: klinische bruikbaarheid

- Diagnostische validiteit dimensies > categorieën
- Belangrijk aspect in het overtuigen van klinici richting dimensionele diagnostiek: klinische bruikbaarheid
  - (1) Gebruikersvriendelijkheid
  - (2) Betrouwbaarheid
  - (3) Waarde voor indicatiestelling en behandelplan

Wat is de klinische bruikbaarheid van zo'n dimensioneel model?

Een belangrijk aspect om klinici te overtuigen om naar een dimensioneel model te gaan en af te stappen van het categoriale, is 'hoe klinisch bruikbaar is zo'n dimensioneel model?'. In de praktijk willen mensen assessment-instrumenten hebben. waar men mee aan de slag kan qua beslissingen nemen, behandeling, doorverwijzen, en in die zin hebben dimensionele modellen op vlak van die zaken nog een zekere weg te gaan om het werkveld daarvan te overtuigen.

### 9.1 Waarde voor indicatiestelling en behandeling

#### 1. Op hogere-orde niveau

- Noodzaak en nut van behandeling
  - "the misery triad": meest ongunstige prognose (hoog N, laag E, laag C)
  - Korte behandeling: sign. verhogingen op 1 à 2 N-facetten, hoog A, hoog O
- Keuze van theoretisch kader
  - Extraverten: cliëntgerichte therapie
  - Introverten: gedragstherapie
  - Laag O: directieve psychotherapie met nadruk op educatie, vaardigheidstraining
  - Hoog O: psycho-analyse

Er is al een consensus over een aantal zaken, over de noodzaak en het nut van een behandeling, dus is het nodig en nuttig dat iemand behandeld wordt?

Dan zijn er 2 zaken die daar richting kunnen in geven, de misery triad wordt het nog wel genoemd, als mensen hoog scoren op N en ook nog eens zeer introvert zijn (dus laag scoren op extravertie) én laag scoren op C dan heeft onderzoek aangetoond dat dit de mensen zijn die het moeilijkst behandelbaar zijn en het minst positieve effecten ervaren van een behandeling. waarom? er is heel veel emotie (hoog N) maar ze kunnen het moeilijk uiten (laag E) en ze zijn ook niet echt gemotiveerd om er iets aan te doen (laag C) of ze kunnen het niet volhouden, niet doelgericht meewerken. Dus die 'misery triad' is een belangrijke screening binnen die dimensionele modellen. We weten ook dat als mensen maar op één of twee facetten van N een pathologische score hebben, dat dan een korte behandeling voldoende is, zeker wanneer gecombineerd met hoog A en O.

Soort behandeling weten we ook iets over: individuen die zeer E zijn zijn gebaat met een cliëntgerichte therapie, dit is een therapie waar heel veel communicatie is, waarbij erg ingezoomd wordt op het innerlijke leven, E praten graag over hun emoties dus dat past goed, introverten

vinden dit absoluut niet aangenaam en zij zijn het meest gebaat bij gedragstherapie met korte, gestructureerde opdrachten, met heel weinig tijd gependend aan het praten over de emoties.

Mensen die laag scoren op O, dus mensen met gesloten wereldbeeld, hebben meer aan directieve therapie, dat is zeer doelgerichte therapie, waarbij vooral gefocust wordt op educatie, training, dus dat zijn zeer pragmatisch en vaak erg rationele mensen, terwijl mensen die hoog scoren op O het meest gebaat zijn met de psycho-analytische therapie.

## 2. Op lagere-orde niveau

- Therapeutisch maatwerk
- Identificatie van belangrijke thema's en doelen voor verandering
- Focus op gedragsmatige clusters ipv op de stoornis als dusdanig
  - Vb impulsief gedrag, affectieve labiliteit, zelfbeschadiging

Op lagere orde niveau kan een dimensioneel model een therapie op maat aanbieden, doordat je niet vertrekt van één grote diagnostische categorie maar van de specifieke trekken waar iemand op uitvalt, kan je dat als concrete handvaten gebruiken om therapie op maat aan te bieden. Dus die identificatie van net die punten waar het moeilijk loopt kan je aan de hand van het dimensioneel model makkelijker doen dan aan de hand van een categoriaal model.

## 9.2 Empirische bevindingen omtrent klinische bruikbaarheid

**Tabel**  
*Ratings voor klinische bruikbaarheid van DSM versus FFM voor de case Ted Bundy.*

Klinische bruikbaarheid-variabele	DSM-IV		FFM		F	d
	M	SD	M	SD		
Toepasbaarheid	3.3	0.9	3.5	0.9	1.38	0.20
Professionele communicatie	3.4	1.0	3.4	1.0	0.03	0.03
Globale persoonlijkheidsbeschrijving	2.9	1.0	3.5	1.0	8.42*	0.54
Client-communicatie	2.3	0.9	3.5	1.2	57.03**	1.16
Comprehensiviteit in beschrijving van moeilijkheden	2.8	0.9	3.6	1.0	24.20**	0.87
Behandelingsplan	2.8	1.1	3.2	1.1	8.10*	0.54

Dan heeft men nog een onderzoek daaraan gekoppeld waarbij men al die specifieke aspecten van klinische bruikbaarheid heeft voorgelegd aan een team van klinici die tegelijk ook vertrouwd waren met onderzoek, en men heeft gevraagd aan die mensen: je hebt hier een case van Ted Bundy, dit weet je uit DSM-diagnostiek en uit dimensionele diagnostiek, wat vind jij het meest klinisch bruikbaar in termen van toepasbaarheid van de diagnostiek in de behandeling, de professionele communicatie, ... wat blijkt: klinici vinden dat de client communicatie veel gemakkelijker loopt met het dimensioneel model men vindt ook dat de comprehensiviteit waarmee de moeilijkheden beschreven worden beter gebeurt met het dimensioneel model en dan was er ook nog een licht positief effect voor de globale persoonlijkheidsbeschrijving die meer aan bod komt bij het dimensioneel model ivm het categoriaal DSM-model.

## 10. Voorbeeld examenvraag

Vanuit een dimensionele invalshoek kunnen persoonlijkheidsstoornissen volgens Saulsman en Page (2004) beschreven worden aan de hand van de dimensies van het Vijffactorenmodel, waarbij:

- A. Het kwadrant hoog Neuroticisme x laag Altruïsme meest prominent is voor bijna alle persoonlijkheidsstoornissen.
- B. De cluster B persoonlijkheidsstoornissen vooral laag correleren met Extraversie.
- C. Openheid voor ervaringen over studies heen een consistent belangrijke rol blijkt te spelen voor de beschrijving van cluster A stoornissen.
- D. Het merendeel van de persoonlijkheidsstoornissen positief correleert met Consciëntieusheid.