

Samenvatting

Fundamentele kritiek op de validiteit en klinische bruikbaarheid van de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen leidde ertoe dat voor de DSM-5 een geheel nieuw model voor persoonlijkheidsstoornissen werd ontwikkeld. Dit Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen (opgenomen in deel III van de DSM-5) en de klinische toepassing daarvan worden in dit artikel beschreven. Bij dit model worden kritische kanttekeningen geplaatst.

Leerdoelen

Na bestudering van dit artikel:

- > weet u waarom persoonlijkheidsstoornissen tweemaal zijn opgenomen in de DSM-5 (in deel II en in deel III);
- > kent u de achtergronden van het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen;
- > weet u hoe het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen is opgebouwd;
- > weet u welke kritische kanttekeningen er zijn bij dit model.

Het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen

Trefwoorden

DSM-5, Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen, persoonlijkheidsdiagnostiek, persoonlijkheidsstoornissen

Waarom een alternatief model?

Het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen¹ (deel III) is ontwikkeld als gevolg van aanhoudende en fundamentele kritiek op de sectie persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV. In de eerste plaats is er kritiek op de algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis. Deze is dermate globaal geformuleerd dat ze ook van toepassing kan zijn op allerlei andere psychische stoornissen. Een tweede punt van kritiek betreft de categoriale classificatie van persoonlijkheidsstoornissen: iemand heeft een persoonlijkheidsstoornis of niet. Dit lijkt heel overzichtelijk, maar in de klinische praktijk blijken patiënten vaak te voldoen aan criteria van meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien zijn de drempelwaarden voor classificatie willekeurig gekozen (de helft van de criteria, of de helft plus één), zonder goede klinische of empirische onderbouwing. Hieraan verwant is de kritiek dat de sectie persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV geen duidelijke ernstmaat kent, terwijl ernstige beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren een van de beste voorspellers blijken te zijn voor de prognose van de stoornis en het beloop van een behandeling.² Een ander verwant kritiekpunt betreft de beperkt klinische bruikbaarheid van de categoriale indeling van persoonlijkheidsstoornissen. Deze geeft weinig mogelijkheden tot differentiatie, en klinisch relevante verschillen tussen patiënten

Han Berghuis, Theo Ingenhoven

Dr. H. Berghuis, klinisch psycholoog,
werkzaam bij Pro Persona,
regio Rivierenland, Tiel
Dr. T.J.M. Ingenhoven, psychiater, werkzaam bij Centrum voor Psychotherapie
in Lunteren en hoofd zorgprogramma
persoonlijkheidsstoornissen Pro Persona

worden door eenzelfde classificatie gemaskerd: de ene borderlinepatiënt is de andere niet.³ Het classificatie-principe van ‘de helft of de helft plus één’ kan er zelfs toe leiden dat twee patiënten met eenzelfde gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis op slechts één criterium over-lappen. Ten slotte is er kritiek op de aanname dat het ‘patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen’ bij een persoonlijkheidsstoornis stabiel zou zijn door de tijd. Recent longitudinaal onderzoek heeft echter aangegetoond dat het (natuurlijke) behoud van persoonlijkheidsstoornissen verre van stabiel is. Een verklaring hiervoor is dat de huidige criteria voor een deel verwijzen naar sterk veranderlijke symptomen of gedragingen, in plaats van veel stabiele persoonlijkheidstrekkens. Deze kritekpunten vormden de inspiratiebron voor de ontwikkeling van een geheel nieuw model voor persoonlijkheidsstoornissen. Dit nieuwe Alternatief DSM-5-model wordt in dit artikel kritisch besproken.

Algemene criteria voor een persoonlijkheidstoornis

De nieuwe algemene criteria voor persoonlijkheidsstoornissen zijn in het Alternatief DSM-5-model gedefinieerd aan de hand van de ernst van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren (het A-criterium) en de aanwezigheid van een of meer pathologische persoonlijkheidstrekkens (het B-criterium). De overige criteria (criteria C t/m G) gaan over de mate van duurzaamheid en pervasiviteit van de beperkingen en de bekende uitsluitingscriteria: een andere psychische stoornis, op basis van gebruik van middelen of een somatische aandoening, en het uitsluiten op grond van de ontwikkelingsfase of de sociaal-culturele achtergrond van betrokkenen. Deze overige criteria verschillen enigszins van de algemene criteria in de oude DSM-IV, omdat hier gesproken wordt van een *relatieve* stabiliteit in de tijd, en omdat normaliteit niet alleen wordt gerelateerd aan de sociaal-culturele achtergrond, maar ook aan de ontwikkelingsfase van de patiënt.

Kritekpunten op de sectie persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV

- te globale algemene criteria
- categoriale (aan/uit) classificatie
- vaak meerdere classificaties tegelijk
- willekeurige diagnostische drempels
- geen duidelijke ernstmaat
- weinig mogelijkheid tot differentiatie
- beperkte klinische bruikbaarheid
- instabiel door de tijd heen

Het Alternatief DSM-5-model toegelicht

Classificatie van de persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen vindt in het Alternatief DSM-5-model plaats vanuit een aantal perspectieven:

- Algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, waaronder Niveaus van persoonlijkheidsfunctioneren (criterium A) en Pathologische persoonlijkheidstrekkens (criterium B)
 - Zes specifieke persoonlijkheidsstoornistypen en de Trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis.
- Deze perspectieven worden hierna een voor een kort toegelicht.

Deze twaalf aspecten zijn elk geoperationaliseerd in vijf niveaus, en als zodanig opgenomen in de *Niveaus van Persoonlijkheidsfunctioneren Schaal* (NPFS). Bij het verschijnen van de DSM-5 in 2013 was deze nieuwe schaal nog niet geoperationaliseerd in een meetinstrument. Onder andere in Nederland wordt op het moment gewerkt aan de ontwikkeling van een semigestructureerd interview om de NPFS klinisch te kunnen toepassen: de STIP 5.1 (zie ook artikel van Koelen in dit nummer).⁶ Het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren kan worden beoordeeld variërend van geen of minimale beperkingen (gezond, adaptief: niveau 0), tot geringe (niveau 1), matige

BESCHOUWING

Tabel 1. Overzicht van kernconcepten, elementen en aspecten van het Niveau van persoonlijkheidsfunctioneren.⁶

Kernconcept	Element	Aspect
Zelf-functioneren	Identiteit	1. Eigen uniek zelf ervaren, en duidelijk begrensd zijn van anderen 2. Eigenwaarde is stabiel met gepaste zelfinschatting 3. Vermogen om een palet aan emoties te ervaren en te reguleren
	Zelfsturing	1. Nastreven van samenhangende en betekenisvolle doelen op korte en langere termijn 2. Het gebruik van constructieve persoonlijke maatstaven voor gedrag 3. Vermogen tot productieve zelfreflectie
Interpersoonlijk functioneren	Empathie	1. Begrip en waardering voor andermans ervaringen en drijfveren 2. Vermogen om uiteenlopende gezichtspunten te tolereren 3. Inzicht in het effect van het eigen gedrag op anderen
	Intimititeit	1. Diepe en duurzaam positieve verbondenheid met anderen 2. Wens en vermogen tot nabijheid 3. Wederkerig en respectvol interpersoonlijk gedrag

Tabel 2. Domeinen en facetten van het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen.

Domeinen (en tegenpolen)	Facetten
Negatieve affectiviteit (versus emotionele stabiliteit)	Emotionele labilititeit, Ongerustheid, Separatieangst, Submissiviteit, Vrijdagheid, Perseveratie, Depressiviteit, ¹ Achterdocht, (ontbreken van) Ingeperkte affectiviteit
Afstandelijkheid (versus extraversie)	Sociale terugtrokkenheid, Vermijding van intimiteit, Anhedonie, Depressiviteit, Ingeperkte affectiviteit, Achterdocht
Antagonisme (versus vriendelijkheid)	Manipulatief gedrag, Onbetrouwbaarheid, Grandiositeit, Aandacht zoeken, Ongevoelighed, Vrijdagheid
Ongereedmheit (versus consciëntieusheid)	Onverantwoordelijk gedrag, Impulsiviteit, Afleidbaarheid, Riskant gedrag, (ontbreken van) Rijige perfectionisme
Psychotisme (versus luciditeit)	Ongewone overtuigingen en ervaringen, Excentriciteit, Cognitieve en perceptuele dis regulatie

1 Sommige facetten laden op meerdere domeinen.

(niveau 2), ernstige (niveau 3) en extreme beperkingen (niveau 4). Er zijn minstens twee van de vier scores op niveau 2 of hoger nodig om een persoonlijkheidsstoornis te mogen classificeren. De niveaus 0 en 1 breiden de mogelijkheid van diagnostiek uit, omdat hiermee ook de gezonde aspecten van het functioneren van de patiënt in kaart kunnen worden gebracht, en daarmee de mogelijkheid van een sterke-zwakteanalyse.⁷

waarin deze persoonlijkheidstrekk manifest wordt.¹

(blz. 1020) Er worden vijf domeinen van persoonlijkheidstrekk onderscheiden, te weten *Negatieve affectiviteit* (versus emotionele stabilitet), *Afstandelijkheid* (versus extraversie), *Antagonisme* (versus vriendelijkheid), *Ongereedmheit* (versus consciëntieusheid), en *Psychotisme* (versus luciditeit). Ieder domein bestaat uit verschillende onderliggende trekfacetten, 25 in totaal (zie tabel 2).

Elk individu heeft een persoonlijkheidsprofiel op basis van het spectrum van deze trekken. Dit unieke veelkleurige palet van dimensionele persoonlijkheidstrekk doen recht aan de heterogeniteit van de persoonlijkheidsstoornissen), anders dan het categoriale zwart-witmodel voor persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-IV (en deel II van de DSM-5).

Criterium B: Pathologische persoonlijkheidstrekkken

Het Alternatief DSM-5-model bepaalt dat er sprake moet zijn van een of meer pathologische persoonlijkheidstrekkken wil een persoonlijkheidsstoornis geïdentificeerd mogen worden. Een persoonlijkheidstrekk wordt daarbij omschreven als '... een geneigdheid om te voelen, waar te nemen, zich te gedragen en te denken op een relatief gelijksoortige wijze door de tijd heen in uiteenlopende situaties



Zes specifieke persoonlijkheidsstoornissen en de trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis

Het laatste perspectief van het Alternatief DSM-5-model betreft de classificatie van (een of meer van de) persoonlijkheidsstoornissen naar type. Er worden binnen dit Alternatief model zes specifieke persoonlijkheidsstoornissen beschreven: de antisociale-, de vermijdende-, de borderline-, de narcissische-, de dwangmatige-, en de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis. Voor de overige DSM-IV persoonlijkheidstoornissen bestaat volgens de makers van het Alternatief DSM-5-model onvoldoende empirische evidenctie of deze zijn onvoldoende klinisch bruikbaar.⁸ Daarbij kunnen deze persoonlijkheidsstoornissen beter beschreven worden volgens een trekkenprofiel: de *trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis*. Bovendien zou reductie van het aantal persoonlijkheidsstoornissen moeten leiden tot een minder grote mate van comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen onderling.

De omschrijving van de zes specifieke persoonlijkheidsstoornissen in termen van disadaptief persoonlijkheidsfunctioneren en meerdere pathologische persoonlijkheidstrekkken komt inhoudelijk slechts gedeeltelijk overeen met de classificatiecriteria van dezelfde stoornissen volgens deel II (de min of meer ongewijzigde DSM-IV-criteria) (zie casus in kader). De bekende rijtjes met critieken, zoals in de DSM-III en DSM-IV, zijn in dit Alternatief model verdwenen en hebben plaatsgemaakt voor stoornisspecifieke omschrijvingen van het zelf (identiteit en zelfsturing) en het interpersoonlijk disfunctioneren (empathie en intimiteit), in combinatie met specifieke traits (zie de voorbeeldcasus in het kader). De trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis geeft in tegenstelling tot de Persoonlijkheidsstoornis NAO uit de DSM-IV (ofwel de 'Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' uit deel II van de DSM-5) de mogelijkheid om door middel van een trekkenprofiel van de onderzochte persoon de eigenheid van de patiënt gedetailleerd in beeld te brengen.

Voorbeeldcasus vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

Mevrouw Van Wijk schetst zichzelf met een zeer negatief zelfbeeld. Ze vindt zichzelf een 'sociale ramp', altijd angstig en onzeker in het contact met anderen; altijd weer bang voor een negatief oordeel of een afkeuring. Haar angstige en onzekere gedrag leidt ertoe dat ze 's nachts veel ligt te piekeren over zichzelf ('ik schaam me dood'). Hoewel ze graag contact heeft met anderen, en ook wel enkele vriendinnen heeft, gaat dit alles verre van soepel en vanzelfsprekend. Ze kijkt altijd eerst de kat uit de boom, maar ook daarna is ze nog steeds voorzichtig in het delen van persoonlijke zaken ('ze zullen mij toch wel storm vinden'). Door dit alles is ze een heel nerveus en gespannen persoon, die maar mondjesmaat van het leven kan genieten. Haar zorgelijkheid en vreesachtigheid belemmeren haar ('steeds weer is er dat kritische stemmetje dat ik het niet goed doe'). Ze heeft wel eens voorzichtig iets met iemand geprobeerd, maar ze leeft inmiddels al weer jaren op zichzelf. Haar angstige en onzekere gedrag in relaties kent ze al van jongens af aan, en het kleurt haar hele leven in uiteenlopende situaties. Ze rondde haar studie algemeen taalwetenschappen af, maar werkt al jaren achter de kassa bij een supermarkt, waarmee ze tijdens haar studie als bijbaantje was begonnen.

BESCHOUWING

Criteria voor een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (volgens Alternatief DSM-5-model; APA, 2014, blz. 1010-1011).

Matige of ernstigere beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren, ..., op twee of meer van de volgende vier terreinen:

1. Identiteit: gering gevoel van eigenwaarde samenhangend met zichzelf beoordeleden als sociaal onbehulpens, onaantrekkelijk als persoon, of minderwaardig; excessieve gevoelens van schaamte.

2. Zelfsturing: onrealistisch streefniveau gepaard gaande met onwil om doelen na te streven, persoonlijke risico's te nemen, of betrokken te raken bij nieuwe activiteiten die interpersoonlijk contact vereisen.

3. Empathie: preoccupatie met, en gevoeligheid voor kritiek en afwijzing, geassocieerd met een vermeend overmatig negatieve beoordeling door de ander.

4. Intimitet: onwil om betrokken te raken bij mensen, tenzij er zekerheid is gewaardeerde te zullen worden; beperkte wederkerigheid binnen intieme relaties door de angst om beschaduwd of geridiculiseerd te zullen worden.

Drie of meer van de volgende vier pathologische persoonlijkheidstrekkern, waarvan er één ongerustheid (1) dient te zijn:

1. Ongerustheid (een facet van negatieve affectiviteit): intense gevoelens van nervositeit, spanning of paniek, vaak in reactie op sociale situaties;; vrees om in verlegenheid gebracht te worden.

2. Sociale teruggetrokkenheid (een facet van afstandelijkheid); gereserveerdheid in sociale situaties; vermijding van sociale contacten en activiteiten; gebrek aan initiatief tot sociaal contact.

3. Anhedonie (een facet van afstandelijkheid): niet genieten of opzoeken van, of geen energie hebben voor de ervaringen van het leven; deficiënties in het vermogen om plezier te hebben en belangstelling voor dingen te hebben.

4. Vermijding van intimiteit (een facet van afstandelijkheid): vermijding van hechte of romantische relaties, interpersonelijke banden en intieme seksuele relaties.

Discussie

In de aanloop naar de DSM-5, van 2004 tot 2013, werd het Alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen voorgesteld als een revolutionair en innovatief model. Er ontstonden, na de eerste presentatie van het model online in

februari 2010, stevige debatten en het laatste woord daarover was nog niet gezegd bij het verschijnen van de DSM-5 in 2013. Zowel in de kring van clinici als in die van wetenschappers bestonden nog te veel bezwaren om dit Alternatief model in de DSM-5 op te nemen als het officiële nieuwe classificatiesysteem voor persoonlijkheidsstoornissen. Daardoor zijn er nu twee classificatiesystemen voor persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 (zie ook het interview met Verheul dit nummer). In deel II zijn onveranderd (op een enkele veranderde Nederlandse vertaling na) de persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV overgenomen. In deel III is het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen opgenomen met het oog op verder onderzoek en ontwikkeling. Het Alternatief model mag in de praktijk al worden gebruikt. Ten aanzien van de genoemde bezwaren en de verdere ontwikkeling zijn de volgende punten van belang.

Geen gevalideerde meetinstrumenten

Bij de presentatie van de DSM-5 in 2013 waren er geen gevalideerde meetinstrumenten voorhanden waarin (onderdelen van) dit Alternatief model waren geoperationaliseerd ten behoeve van klinische diagnostiek. Inmiddels zijn er enkele instrumenten ontwikkeld of in ontwikkeling, bijvoorbeeld de STIP 5.1,⁶ de GAPD,⁹ en de PID-5.¹⁰ (Zie verder artikel van Koelen in dit nummer.) Verdere validering en normering van deze instrumenten zijn reeds in volle gang, maar nog niet voltooid.

Hybride karakter

Ook is er veel discussie over de wijze waarop het 'hybride karakter' van het model is uitgewerkt. Enerzijds zijn er de 'dimensionalisten', die vinden dat het model nog lang niet ver genoeg gaat en pleiten voor een volledig dimensionele operationalisatie van alle aspecten van persoonlijkheidsstoornissen. In de meest extreme vorm wordt gepleit voor het gebruik van alleen de trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, omdat daarmee ieder individu kan worden beschreven op basis van het, voor die persoon unieke, niveau van persoonlijkheidsfunctioneer en profiel van persoonlijkheidstrekkern.¹¹ In het andere kamp bevinden zich de 'categorialisten', die aanvoeren dat er wel degelijk empirische ondersteuning is voor het gebruik van categoriale typering en vrezen dat het afschaffen van de onderscheiden persoonlijkheidsstoornissen zal leiden tot een schadelijke breuk in de continuïteit van kennis, onderzoek en klinische behandelingen.¹² Bovendien zou de categoriale typologie in de klinische praktijk niet kunnen

worden gemist bij een efficiënte communicatie tussen hulpverleners onderling en bij psycho-educatie aan de patiënt.¹³ Ten slotte is er kritiek op de wijze waarop het Alternatief model zowel de kool (de oude categoriale indeling) als de geit (de dimensionele indeling) spaart, en daardoor een op twee gedachten hinkend besluiteloos compromis heeft voortgebracht.¹⁴ De toekomst moet uitwijzen of het classificatiesysteem langzaam kan worden doorontwikkeld tot een meer dimensionele beschrijving van persoonlijkheidspathologie, waarin zelfs, de immidels klassiek geworden, borderlinepersoonlijkheidstoornis zou kunnen komen te vervallen. Aangezien er echter sinds mensenheugenis een uitgesproken behoefte bestaat om stoornissen te categoriseren, is het maar zeer de vraag of het ooit zover zal komen. De kracht van het hybride alternatieve model is juist dat het gebaseerd is op zowel psychodynamische, trekpsychologische als categoriaal-descriptieve modellen van persoonlijkheidspathologie. Het sluit daarmee aan bij moderne inzichten met betrekking tot een geïntegreerde en integratieve vorm van persoonlijkheidspathologie.¹⁵

Een geheel nieuw trekkenmodel?

En derde punt van aandacht betreft het gebruik van het trekkenmodel bij de diagnostiek van persoonlijkheidstoornissen. Er zijn vraagtekens geplaatst bij een geheel nieuw model. Waarom werd niet gebruikgemaakt van bestaande operationalisaties van het trekkenmodel, zoals de NEO-PI-R¹⁶ of de DAPP-BQ?¹⁷ De meeste trekkomeinen van diverse dimensionele modellen komen overeen. Een uitzondering vormt het domein 'Psychoticisme', dat bijvoorbeeld bij de NEO-PI-R als een niet-pathologisch traiddomein wordt omschreven (het domein 'Openheid'), en in het DAPP-BQ-model valt onder het domein

Emotionele disregulatie (het domein vergelijkbaar met het domein Negatieve affectiviteit van het Alternatief DSM-5-model). Daarbij is er een probleem dat ondertussen bij de verschillende dimensionele modellen niet op eenzelfde wijze over domeinen verdeeld zijn, waardoor onderlinge vergelijking wordt bemoeilijkt.

Bijvoorbeeld, het facet *Impulsiviteit* valt bij het Alternatief DSM-5 model onder het domein *Ongeremdheid*, terwijl het bij de NEO-PI-R een facet is van *Neuroticisme*, en bij de DAPP-BQ een facet van *Niet-sociaal gedrag* (een domein vergelijkbaar met het domein *Antagonisme* van het Alternatief DSM-5 model). Dit heeft de keuze voor een reeds bestaand model bemoeilijkt.

Normaliteit versus pathologie

Daarnaast speelt bij het gebruik van traits in persoonlijkheidsdiagnostiek de kwestie van normaliteit versus pathologie. Op welk punt van de dimensie 'verandert' een trait van normaal in pathologisch?¹⁸ Of in termen van een persoonlijkheidstrekketje uit de voorbeeldcasus hiervoor: wanen is mevr. Van Wijk nog een vriendelijk, volgsaam, onzeker iemand, en vanaf welk punt is zij beter te beschouwen als een submissieve, angstige, intimiteit vermijdende persoon? Een traitmodel geeft daar vooralsnog geen alomvattend antwoord op, want een hogere score op een bepaalde trek betekent niet per definitie dat er sprake is van pathologie – je hebt vriendelijke mensen en heel erg vriendelijke mensen (en de laatste zijn niet per se submis-*sief*). Ondergors kunnen ook zeer lage scores pathologie impliceren.

Wat dit betreft, is het wellicht een voordeel dat het alternatieve model niveaus van functioneren combineert met een beschrijving op trekniveau. Zo kan dezelfde trek op een ander niveau van functioneren een andere betekenis krijgen. Een negatieve of zeer lage mate van ongeremdheid (compulsiviteit of rigide perfectionisme) kan bijvoorbeeld bij zeer lage niveaus van functioneren juist een beschermende functie hebben.¹⁹ Meer onderzoek naar dergelijke integraties tussen de perspectieven is dan ook nodig. De mogelijkheid om binnen het alternatieve voorstel ook gezonde niveaus te diagnosticeren kan eveneens noodzakelijk zijn om de (dis)adaptiviteit van een trek te bepalen. Ten slotte kunnen gezonde niveaus ook van belang zijn om het persoonlijkheidsfunctioneeren in te schatten bij andere psychische stoornissen (bijvoorbeeld: een depressieve patiënt met een 'gezond' persoonlijkheidsfunctioneren).

Hoog niveau van abstractie

Ten slotte is als punt van kritiek te noemen dat het trekkenmodel de verschillende traits op een tamelijk abstract niveau operationaliseert. Voor de clinicus kan dit problemen opleveren bij de vraag: wanneer wordt een (abstract geformuleerde) persoonlijkheidstrekketje (concreet) symptoom in termen van afwijkend disfunctioneel gedrag.²⁰ Op dit moment is alleen rapportage door middel van een zelfrapportagevragenlijst (PID-5) door de onderzochte persoon en/of zijn omgeving voorhanden. Deze vragenlijst komt deels tegemoet aan het genoemde punt van kritiek, omdat de meeste items vragen naar concreet gedrag of concrete overtuigingen. In de praktijk zal er echter ook behoeft te zijn aan algoritmes voor de klinische

beoordeling van disadaptieve uitingen van persoonlijkheidstrekkken zoals beschreven in het Alternatief DSM-5-model. Hetzelfde geldt overigens voor het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, dat eveneens op zeer abstract niveau wordt beschreven.

Al met al is het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen op conceptuele uitgangspunten misschien een goed alternatief te noemen voor de DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen, maar is er nog verdere aanpassing en ontwikkeling nodig om het betrouwbaar en valide te kunnen gebruiken in de algemene klinische praktijk. Bovendien zal er scholing nodig zijn, zodat clinici zich het model eigen kunnen maken. Tot die tijd kan het Alternatief DSM-5-model het uitgangspunt zijn voor de verdere ontwikkeling, op naar de DSM-5.1, DSM-5.2.... of uiteindelijk de DSM-6.

Literatuur

1. APA. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. DSM-5 Nederlandse vertaling. Amsterdam: Boom; 2014.
2. Koelen JA, Luyten P, Eurelings-Bontekoe LHM, Dijger L, Vermote R, Lowyck B, Büring ME. The impact of level of personality organization on treatment respons: a systematic review. Psychiatry 2012;75(4):355-74.
3. Verheul R. Clinical utility of dimensional models for personality pathology. J Pers Disord. 2005;19(5):283-302.
4. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, Ralevski E, Morey LC, Gunderson JG, et al. Two-year prevalence and stability of individual criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. Am J Psychiatry 2005;162(5):83-9.
5. Berghuis H. General Personality Disorder: A study into the core components of personality pathology. Ridderkerk: Ridderprint; 2014.
6. Huisenaut J, Berghuis H, Kaasenbrood A, Saeger H de, Ingenhoven I. Handleiding Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STP-5.1). Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Podium DSM-5; 2015.
7. Ingenhoven TJM, Abraham RE. Making diagnosis more meaningful. The developmental profile: a psychodynamic assessment of personality. Am J Psychother. 2010;64(3):215-38.
8. Skodol AE, Clark LA, Bender DS, Krueger RF, Morey LC, Verheul R, et al. Proposed changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5. Part I: Description and rationale. PD/TRT 2011;2(1):4-22.
9. Berghuis H. General Assessment of Personality Disorder (GAPD). 83-itemversie 2014; Pro Persona; 2014.
10. Heijden P van de, Ingenhoven T, Berghuis H, Rossi G. DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL). Amsterdam: Boom; 2014.
11. Hopwood CJ, Thomas KM, Markon KE, Wright AGC, Krueger RF. DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. J Abnorm Psychol. 2012;121(2):24-32.
12. Sheldar J, Beck A, Fonagy P, Gabbard G, Gunderson J, Kernberg O, et al. Personality disorders in DSM-5. Am J Psychiatry 2010;167(9):1026-8.
13. Rottman BM, Ahn W, Sanislow CA, Kim NS. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases. Am J Psychiatry 2009;166(4):427-33.
14. Livesley WI. Confusion and incoherence in the classification of personality disorder: Commentary on the preliminary proposals for DSM-5. Psychol Inj Law 2010;3(4):304-13.
15. Bornstein RF. Personality assessment in diagnostic manuals: On mindfulness, multiple methods, and test score discontinuities. J Pers Assess. 2015;97(5):446-55.
16. Hoekstra HA, Ormel J, Fruyt F de, NEO-PI-R. Amsterdam: Hogrefe; 2007.
17. Kampen D van, Beurs E de. Dimensionale Assessment van Persoonlijkheidspathologie/ Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ). Amsterdam: Hogrefe; 2009.
18. Kamphuis JH, Noordhof A. On categorical diagnosis in DSM-V: cutting dimensions at useful points? Psychol Assess. 2009;21(3):294-301.
19. Eurelings-Bontekoe EHM, Snellen WM. Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2010.
20. Leising D, Zimmerman J. An integrative conceptual framework for assessing personality and personality pathology. Rev Gen Psychol. 2011;15(4):317-30.