© Photographee.eu / stock.adobe.com

Multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek

DOOR HAN BERGHUIS

Het uitsluitend classificeren van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM staat al jaren ter discussie; vanwege de lage validiteit, excessieve comorbiditeit, en beperkte klinische bruikbaarheid.[1] Het is dan ook raadzaam om in de psychodiagnostiek ook het bredere functioneren van patiënten te onderzoeken. Over multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek.

MULTICONCEPTUELE PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

In een persoonlijkheidsonderzoek beschouwt de psychodiagnosticus de bredere context van iemands functioneren. De uitslagen op meetinstrumenten worden geïnterpreteerd in hun onderlinge verhouding en in hun relatie tot onder andere de voorgeschiedenis, de aard van de vraagstelling, en de onderzoeksobservaties.[2,3] Dit is niet alleen een mooie traditie van psychologen in de praktijk; het idee om vanuit een breder perspectief persoonlijkheidsdiagnostiek te bedrijven, snijdt ook wetenschappelijk gezien hout. Immers, de gedeelde overtuiging in de actuele wetenschap is dat daarvoor niet één theoretisch model kan worden aangemerkt als de gouden standaard. De realiteit is dat er naast het categoriale DSM-model, verschillende trekpsychologische, psychodynamische, cognitieve, en interpersoonlijke modellen (om de meest voorkomende te noemen) bestaan voor de persoonlijkheidsdiagnostiek. Livesley[4] geeft aan dat deze modellen weliswaar sterk van elkaar verschillen, maar overeenkomen in het idee dat descriptieve diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen prevaleert boven classificatie, omdat deze vorm van diagnostiek directer gelieerd is aan de behandeling. Ook bepleit hij dat persoonlijkheidsdiagnostiek gericht moet zijn op functionele domeinen van de persoonlijkheid. Dat wil zeggen: in de klinische praktijk wordt niet 'een borderline persoonlijkheidsstoornis' behandeld, maar bijvoorbeeld de emotieregulatie of het onvermogen intieme relaties aan te gaan.

De verschillende theoretische perspectieven op de persoonlijkheidsdiagnostiek bieden informatie over de diagnostiek van verschillende persoonlijkheidsdimensies. Kortom, vanuit deze gedachte is persoonlijkheids(psycho)diagnostiek per definitie multiconceptueel of multidimensioneel.[5]

MULTIMETHODISCHE PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

Multiconceptuele persoonlijkheidsdiagnostiek houdt in dat de psychodiagnosticus kan beschikken over een veelheid aan instrumenten en onderzoeksmethoden uit de verschillende diagnostische modellen over psychisch functioneren, persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie. Ook zijn de meetinstrumenten voor persoonlijkheidsdiagnostiek tamelijk divers: vragenlijsten, diagnostische interviews, projectie tests/*performance based* tests, cognitieve taken, etc; een hele testkast vol. Tabel 1 biedt een uitgebreid overzicht van verschillende diagnostische modellen en domeinen, met bijbehorende meetinstrumenten/meetmethoden. Alle daarin vermelde instrumenten hebben aangetoonde evidentie binnen het desbetreffende meetdomein, maar tussen de aard en de mate van evidentie bestaan er verschillen. Hieronder wordt in een richtlijn beschreven hoe diagnostici effectief gebruik kunnen maken van tabel 1.

De multiconceptuele en multimethodische werkelijkheid maakt het werk van de psychodiagnosticus interessant (er valt veel te kiezen), maar ook complex (voor welke methode kies ik en hoe maak ik mij alle modellen eigen?). In Nederland bestaat er geen eenduidige richtlijn voor de modellen, concepten en methoden die gebruikt moeten worden bij persoonlijkheidsdiagnostiek. Het ontbreken van een 'richtlijn' persoonlijkheids(psycho)diagnostiek lijkt er soms zelfs te leiden tot willekeur, waarbij de keuze voor een bepaalde onderzoeksmethode afhankelijk lijkt van de RINO of supervisor waar de psychodiagnosticus is opgeleid. Hoewel er in de psychodiagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen meerdere wegen naar Rome leiden - er zijn meerdere modellen over persoonlijkheidspathologie met bijbehorende meetinstrumenten - is het raadzaam om daarvoor een route te bepalen die zo goed mogelijk is onderbouwd. Meer consensus daarover in de beroepsgroep zou welkom zijn.

RICHTLIJNEN VOOR PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

In de *'multi-method'* persoonlijkheidsdiagnostiek, die vooral in de Verenigde Staten opgang maakt, wordt het accent gelegd op de toegevoegde waarde *(incremental validity)* van complementaire onderzoeksmethoden.[3,6,7] Dit leidt ook tot een meer *evidence based* onderbouwing van persoonlijkheidsdiagnostiek.[4,8] Tegelijkertijd wordt ook juist vanwege de complexe multiconceptuele werkelijkheid gepleit voor een pragmatische insteek, waarbij het persoonlijkheidsonderzoek gericht is op functiedomeinen die veelal ook de focus hebben van de psychotherapeutische interventies.[5]

Op basis van deze twee uitgangspunten kan de volgende richtlijn worden geformuleerd voor het samenstellen van een onderzoeksprotocol:

1. kies welke van de vele functiedomeinen en theoretische modellen relevant zijn voor de beantwoording van de vraagstelling en voor het formuleren van een casusconceptualisatie;[4,5]
2. gebruik verschillende meetinstrumenten en/of onderzoeksmethoden; [4,6]
3. werk vanuit de context van een geïndividualiseerde vraagstelling.[3,7,8]

Het laatste punt sluit aan bij de meta-analyse van Poston & Hanson[8], over het effect van psychologisch onderzoek als therapeutische interventie. Hierin werd gevonden dat een psychologisch onderzoek het best geïndividualiseerd kan zijn, waarbij met de patiënt wordt samengewerkt en hij of zij op zijn persoon toegespitste feedback ontvangt. Dus begin de psychodiagnostiek bijvoorbeeld door de patiënt te vragen: 'wat wil jij graag weten, wat wil jij onderzocht hebben?'. De vraag zou bij voorkeur zo concreet mogelijk geformuleerd moeten worden, want deze vormt het kader waarbinnen een keuze kan worden gemaakt uit de verschillende functiedomeinen en theoretische modellen (zie kolommen in Tabel 1), en vanuit welke de onderzoeksmethode wordt bepaald (zie rijen, Tabel 1).

Door vast te houden aan punt 1 t/m 3 kan een classificerende en beschrijvende vraagstelling naar de aard van de persoonlijkheidstrekken en naar de soort persoonlijkheidsstoornis afdoende beantwoord worden met instrumenten uit het DSM- en trekkendomein (kolommen 6 en 4, Tabel 1). Wanneer ook naar de ernst van de persoonlijkheidspathologie wordt gevraagd, kunnen daaraan instrumenten uit het domein van het persoonlijkheidsfunctioneren of uit het psychodynamische domein worden toegevoegd (kolommen 3 en 5, Tabel 1). Om tot een compleet diagnostisch beeld te komen, is het raadzaam om instrumenten uit meerdere functioneringsdomeinen te gebruiken.[3,4,6] Bijvoorbeeld: een onderzoeksprotocol waarin gebruik wordt gemaakt van dossieronderzoek, de STiP 5.1, de ADP-IV en de PID-5 combineert vier domeinen van functioneren en drie methoden van onderzoek. Varieer in meetmethoden om meetfouten (o.a., bias, betrouwbaarheid, sociaal wenselijke antwoorden) te voorkomen.

Livesley4 geeft een concrete uitwerking van een elegant pragmatisch diagnostisch stappenmodel. Zijn aanbeveling is om in een uitgebreid psychologisch onderzoek de volgende elementen mee te nemen: 1) 'classificatie' van de aanwezigheid en ernst van de persoonlijkheidsstoornis op basis van stoornissen in het adaptieve vermogen op gebied van zelfsturing, identiteit en interpersoonlijk functioneren (kolom 3, Tabel 1); 2) een beschrijving van klinisch relevante pathologische persoonlijkheidstrekken (kolom 4, Tabel 1); en 3) assessment van specifieke klinische symptomen die veelal geassocieerd zijn met persoonlijkheidsstoornis-

sen (o.a., stemmingsproblemen, zelfbeschadiging, agressie, quasi-psychotische symptomen; kolom 2 van Tabel 1) en assessment van regulatie- en modulatiestoornissen (o.a., instabiele emoties, impulsief agressief gedrag, overgecontroleerde emoties en remming in gedrag). Dit stappenmodel komt nauw overeen met het recent ontwikkelde *Alternatief DSM-5 model voor persoonlijkheidsstoornissen*[9], waarin persoonlijkheidsstoornissen worden gedefinieerd in termen van ernst van persoonlijkheidsdisfunctioneren en disadaptieve persoonlijkheidstrekken (resp. kolommen 3 en 4, Tabel 1).

CONCLUSIE

Bij afwezigheid van een overkoepelende gouden standaard en wanneer veel verschillende diagnostische concepten en instrumenten worden aangeboden, zou de diagnosticus gebruik moeten maken van multiple methoden van onderzoek en onderzoek moeten doen naar multiple domeinen van functioneren. Het integreren van convergerende en divergerende uitkomsten vergroot, zoals Bornstein[10] het noemt, de *'mindfulness* van de psychodiagnosticus' en leidt tot een in de theorie verankerde casusconceptualisatie.

Han Berghuis werkt als klinisch psycholoog bij het Centrum voor Psychotherapie, het bovenregionale specialistische centrum voor de behandeling van persoonlijkheids-stoornissen van Pro Persona. In 2014 promoveerde hij op het proefschrift General Personality Disorder, een studie naar de kerncomponenten van persoonlijkheidspathologie. Hij is lid van het podium STiP 5 van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. In eigen praktijk is hij supervisor psychodiagnostiek, en geeft hij cursussen in persoonlijkheidsdiagnostiek.

TABEL 1. DIAGNOSTISCHE DOMEINEN EN MODELLEN EN BIJBEHORENDE MEETMETHODEN.

Domeinen/ Modellen	Klinische symptomen	Persoonlijk-heids-functioneren	Persoonlijk-heidstrekken	Persoonlijk-heidsstructuur	Persoonlijk-heidsstoornis	Cognitieve schema's	Overige domeinen: Coping, Cogni-tieve domein.
Meetmethoden		DSM-5 Alter-natief model	Vijf Factoren model	Psychodynami-sche model	Categoriale, DSM-model	Cognitieve model	Interpersoon-lijke model
Vragenlijsten	SCL-90, en vele andere klach-tenlijsten	GAPD, SIPP, LPFS-BF	NEO-PI-3, PID-5, DAPP-BQ/SF, MMPI-2/RF, NPV-2-R, NKPV, TCI	IPO, OPV, NVM (dynamische profielanalyse)	ADP-IV, PDQ-R, VKP, SCID-5-P- V ragenlijst	YSQ, SMI	ICL-R UCL, CISS
Interviews	MINI, SCID-5-S	STiP 5.1	Engelstalige interviews Vijf Factoren Model	SI, STIPO, OP	SCID-5-P, IPDE, BPDSI		
Projectietests / Performance based tests				Rorschach, TAT			Rorschach (performance based)
Overige meet-methoden	Dossieronder-zoek (klinische classificatie)		Informanten vragenlijst: PID-5-IBF-NL		Dossieronder-zoek (klinische classificatie)	Klinische casusconcep-tualisatie	Intelligentie-tests, cognitieve tests

AUTEURS, UITGEVERS EN AFKORTINGEN VAN DE MEETINSTRUMENTEN UIT TABEL 1

ADP-IV: Assessment DSM Persoonlijkheidsstoornissen. Schotte, C., & Doncker, D. de. Brussel: Vrije Universiteit Brussel.

BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index. Arntz, A. Maastricht: Universiteit Maastricht.

CISS: Coping Inventory for Stressful Situations. Ridder, de, D.T.D, & van Heck, G.L. Amsterdam: Pearson.

DAPP-BQ/SF: Dimensionale Assessment van Persoonlijkheidspathologie - Basic Questionnaire/Short Form. Van Kampen, D., & De Beurs, E. Amsterdam: Hogrefe.

GAPD: General Assessment of Personality Disorder. Livesley, W.J., & Berghuis, H. Tiel: Pro Persona.

ICL-R: Interpersonal Checklist. Jong, de, C.A.J., Brink, W. van den, & Jansma, A. Sint Oederode: Novadic.

IPDE: International Personality Disorder Examination. Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. Leiden: Datec.

IPO: Inventory of Personality Organization. Ingenhoven, T.J.I, Poolen, F., & Berghuis, H. Amersfoort: Symforagroep.

LPFS-BF: Level of Personality Functioning Scale-Brief Form. Hutsebaut, J., & Feenstra, D. Halsteren: De Viersprong.

MINI: Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview. Van Vliet, I.M., Leroy, H., & Van Megen, H.J.G.M. Leiden: Universitair Medisch Centrum.

NEO-PI-3: NEO-PI-3 Persoonlijkheidsvragenlijst. Hoekstra, H., & De Fruyt, F. Amsterdam: Hogrefe.

NKPV: Nederlandse Klinische Persoonlijkheidsvragenlijst. Luteijn, F., & Barelds, D.P.H. Amsterdam: Boom.

NPV-2-R: Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst. Barelds, D.P.H., Luteijn, F., & Dijk, van H. Amsterdam: Boom.

NVM: Nederlandse Verkorte MMPI. Luteijn, F. Lisse: Swets & Zeitlinger.

OP: OntwikkelingsProfiel. Abraham, R.E. Amsterdam: Stichting Ontwikkelingsprofiel.

OPV: OntwikkelingsProfiel Vragenlijst. Ingenhoven, T.J.M., Polak, M.G., Van, H.L., & Abraham, R.E. Amsterdam: Stichting Ontwikkelingsprofiel.

PID-5: DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst. Heijden, P. van der, Ingenhoven, T., Berghuis, H., & Rossi. Amsterdam: Boom.

PID-5-IBF-NL: DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (Informantenversie). Rossi, G., van Alphen, B., De Weerdt, M., Markon, K.E., & Krueger, R.F. Amsterdam: Boom.
PDQ-R: Personality Diagnostic Questionnaire. Dingemans, P. Amsterdam: AMC.
SCL-90: Symptom Checklist-90. Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. Amsterdam: Pearson.
SCID-5-P / Vragenlijst / S: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen / Vragenlijst / Symptoomstoornissen. Arntz, A., Kamphuis, J.H., & Derks, J. Amsterdam: Boom.
SI: Structureel Interview. Kernberg, O. New Haven: Yale University Press.
SIPP: Severity Indices of Personality Problems. Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C.C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A., Bateman, A.W., & Fonagy, P. Halsteren: De Viersprong.
SMI: Schema Mode Inventory:Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M. & Klokman, J. Schematherapie.nl.
STiP 5.1: Semigestructureerd Interview Persoonlijkheidsfunctioneren 5.1. Hutsebaut, J., Berghuis, H., Kaasebrood, A., De Saeger, H., & Ingenhoven, T. Utrecht: Kenniscentrum voor Persoonlijkheidsstoornissen.
STIPO Structured Interview of Personality Organization. Clarkin, J.F., Caligor, E., Stern, B.L., & Kernberg, O.F. New York: Weill Medical College of Cornell University.
TAT: Thematic Apperception Test. Murray, H. Cambridge, MA: Harvard University Press.
TCI: Temperament en Karakter Vragenlijst. Duijsens, I.J., Goekoop, J.G., & Spinhoven, Ph. Leiden: Datec.
UCL: Utrechtse Coping Lijst. Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. Amsterdam: Pearson.
VKP: Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid. Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Diekstra, R.F.W. Leiden: Datec.
YSQ: Young Schema Questionnaire. Sterk, F., & Rijkeboer, M.M. Schematherapie.nl.

DANKBETUIGING
Met dank aan Nienke voor de kritische review van de conceptteksten.

LITERATUUR

1. Clark, LA. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
2. Meyer, G.J., Finn, S.E., Eyde, L.D., Kay, G.G., Moreland, K.L., Dies, R.R., et al. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128-165.
3. Bornstein, R.F. (2017). Evidence-based psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 99, 435-445.
4. Livesley, W.J., Dimaggio, G., & Clarkin, J.F. (2016). Integrated treatment for personality disorder. A modular approach. New York: Guilford Press.
5. Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2010). Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek (3e druk). Amsterdam: Harcourt International.
6. Hopwood, C.J., & Bornstein, R.F. (2014). Multimethod clinical assessment. New York: Guilford Press.
7. Finn, S.E. (2011). Journeys through the valley of death: Multimethod psychological assessment and personality transformation in long-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 93, 123-141.
8. Poston, J.M., & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22, 203-212.
9. American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling. Amsterdam: Boom.
10. Bornstein, R.F. (2015). Personality assessment in the diagnostic manuals: On mindfulness, multiple methods, and test score discontinuities. *Journal of Personality Assessment*, 97, 446-455.