4
Diagnostiek en classificatie

Inleiding
1 Definities en begrippen
1.1 Diagnostiek, classificatie en assessment
1.2 Betrouwbaarheid en validiteit van diagnostische meetinstrumenten
1.3 Idiografische versus nomothetische traditie in de diagnostiek
2 Onderdelen en aard van het diagnostische proces
2.1 Anamnese
2.2 Vormen van diagnostiek
2.3 Aard van de relatie in het diagnostisch onderzoek
2.4 Multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek
3 Stappen in het diagnostische proces
3.1 Stappenmodel voor diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen
3.2 Stap 1: is er sprake van een psychische stoornis?
3.3 Stap 2: is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis of een andere psychische stoornis?
3.4 Stap 3: persoonlijkheidsdiagnostiek met behulp van het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen
3.5 Stap 4: diagnostiek bij complexe casuïstiek
4 Tot slot
Literatuur

Inleiding

Patiënten melden zich in diverse stadia van hun stoornis bij verschillende professionals in de zorg. De ene patiënt meldt zich met vage klachten van psychisch onwelbevinden bij de huisarts, de ander wordt bij een behandelprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen aangemeld na een vastgelopen protocollaire behandeling voor een angststoornis, weer een ander komt binnen via de crisisdienst na een suïcidepoging. Jongvolwassenen met psychische problemen staan vaak relatief aan het begin van het beloop, bij oudere patiënten moet men rekening houden met een reeds lang bestaand, gecompliceerd beloop of met het opnieuw opleven van oude problemen. Op al deze verschillende momenten in het leven en bij al die verschillende professionals zal bij het eerste contact met de patiënt de vraag aan de orde komen wat er aan de hand is. Soms wordt de vraag naar diagnostiek (wat is de aard en de ernst van het probleem) en classificatie (om welke stoornis(sen) kan het gaan) voor het eerst gesteld, soms is het een vraag naar verdieping of verbreding van de diagnostiek.
Dit hoofdstuk gaat over de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Naast algemene definities en begrippen worden onderdelen van het diagnostische proces besproken en wordt beschreven hoe de vraag 'Wat is er aan de hand?' stapsgewijs kan worden beantwoord; een proces waarbij het classificeren van een persoonlijkheidsstoornis (en eventuele andere psychische stoornissen) gecombineerd wordt met het begrijpen van de problematiek door deze te vatten in een breder diagnostisch kader. Daarbij zullen ook de diagnostische instrumenten aan de orde komen die specifiek voor de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen zijn ontwikkeld.

1 Definities en begrippen

1.1 Diagnostiek, classificatie en assessment

Het is van belang een onderscheid te maken tussen diagnostiek, classificatie en assessment. In de praktijk worden deze begrippen soms door elkaar heen gebruikt, terwijl elk begrip een andersoortige activiteit betreft.

Diagnostiek

Diagnostiek verwijst naar het proces waarin de hulpverlener stapsgewijs probeert te exploreren en te doorgronden wat precies de aard en ernst zijn van de problematiek die achter de hulpvraag van de patiënt (en diens systeem) schuilgaat. De reden van aanmelding wordt geëxpliciteerd. Ernstige problemen waarbij de veiligheid of integriteit van de patiënt of anderen acuut in het geding is, zoals acute suïcidaliteit, dreigende agressie of actueel trauma, zullen eerst moeten worden aangepakt.
Met behulp van een klachtenanamnese worden vervolgens symptomen en problemen geïnventariseerd, het ontstaan en beloop ervan worden in kaart gebracht. Hierbij hanteert de diagnosticus een hypothetisch-deductieve werkwijze: diagnostische hypothesen worden gegenereerd en in nader onderzoek worden onwaarschijnlijke opties verworpen en de meest waarschijnlijke opties geverifieerd.

Een biografische anamnese kan daarbij zicht geven op stagnaties in de ontwikkeling, op de ontstaansgeschiedenis, op oorzakelijke factoren, op het beloop en op de omstandigheden die de klachten bestendigden. Waar nodig biedt een heteroanamnese aanvullende informatie, en een familieanamnese kan zicht geven op de mogelijke interactie tussen erfelijke en omgevingsfactoren.
De verworven informatie wordt geïntegreerd tot een diagnostische formulering, een casusconceptualisatie op basis waarvan men kan gaan nadenken over de indicatiestelling voor de meest passende behandeling (zie hoofdstuk6).
Diagnostiek is een klinisch proces dat plaatsvindt in de spreekkamer tussen hulpverlener en patiënt, een proces met een duidelijk doel, waar voldoende tijd en rust voor nodig is. Richtlijnen voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen sluiten in dit opzicht nauw aan bij die van andere psychische en psychiatrische stoornissen (Hengeveld e.a., 2015). Als de problematiek complex of gelaagd is, zoals vaak bij persoonlijkheidspathologie, kan het diagnostische proces ondersteund worden door gestructureerde of semigestructureerde interviews, vragenlijsten of andere methoden van systematisch assessment.
Er is een onderscheid in de manier waarop informatie in het diagnostische proces wordt vergaard en gewogen. Grofweg is dat het verschil tussen klinische diagnostiek en aanvullende psychodiagnostiek. In de klinische diagnostiek wordt de diagnostische informatie door de clinicus in gespreksvorm verzameld, vervolgens weegt en interpreteert de clinicus deze informatie. Hierbij is sprake van een klinische normering, dat wil zeggen: de clinicus geeft het oordeel. In een aanvullend psychodiagnostisch onderzoek wordt veelal uitsluitend gebruik gemaakt van gestandaardiseerde tests of meetinstrumenten, waarbij de uitslagen van de meetinstrumenten volgens de handleiding en middels een statistische normering gewogen worden. Overigens zal ook de psychodiagnosticus zelf deze uitkomsten weer moeten interpreteren en integreren tot een samenhangende conclusie. Ook kan in de klinische diagnostiek gebruik worden gemaakt van een gestandaardiseerd interview, in die zin is het onderscheid enigszins arbitrair.

Classificatie

Classificatie staat voor het systematisch rubriceren van de gevonden klachten en problemen binnen een gangbaar ordeningssysteem, bijvoorbeeld de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Aangegeven wordt, volgens de criteria gesteld in deel II van de DSM-5, aan welke criteria voor welke persoonlijkheidsstoornissen de patiënt voldoet, en welke andere psychische stoornissen van toepassing zijn (comorbiditeit). Daarnaast kan een inschatting worden gemaakt van de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren op basis van het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen.
Idealiter vindt classificatie plaats nadat het proces van diagnostiek is voltooid. Classificeren vormt daarmee het sluitstuk van het diagnostische proces. In de praktijk is dat echter meestal niet het geval. Vaak wordt al vroegtijdig gezocht naar globale (voorlopige) classificaties om de zorgtoewijzing te kunnen reguleren en het vergoedingssysteem in gang te zetten. De huisarts wordt immers geacht iemand naar de specialistische ggz te verwijzen op basis van een vermoeden van een DSM-5-classificatie. Het programma 'toegang' van een specialistische ggz-instelling verwijst patiënten door naar het zorgprogramma 'persoonlijkheidsstoornissen' op basis van een (vermeende) persoonlijkheidsstoornis als 'hoofddiagnose' (lees: hoofdclassificatie). De diagnose-behandelcombinaties (dbc's) in het Nederlandse zorgstelsel zijn vooralsnog

gebaseerd op deze DSM-systematiek, waarbinnen ook behandelaars met een vrijgevestigde praktijk werken. De classificatie dient dus al vroeg in dit proces als globale leidraad voor de organisatie van de zorg, ook al is de diagnostiek nog geenszins afgerond.
Naast het DSM-classificatiesysteem en de daarmee vergelijkbare International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) zijn er ook andere classificatiesystemen waarbinnen persoonlijkheidsproblematiek overzichtelijk kan worden gerubriceerd. Te denken valt aan indelingen gebaseerd op de structurele organisatie van de persoonlijkheid (Kernberg, 1984), het psychodynamische ontwikkelingsniveau van functioneren (Abraham, 2005), of uiteenlopende dimensionale modellen voor persoonlijkheidstrekken (Widiger & Simonsen, 2005).

Assessment

Assessment verwijst naar het systematisch verkrijgen van informatie ten behoeve van diagnostiek of classificatie met behulp van meetinstrumenten. Bij het onderzoek van persoonlijkheidsstoornissen worden vooral semigestructureerde interviews en vragenlijsten gebruikt. Deze interviews of vragenlijsten kunnen gerelateerd zijn aan het DSM-classificatiesysteem, maar kunnen ook voortkomen uit andere tradities van persoonlijkheidsonderzoek (zie hoofdstuk 2).
Van belang is dat de gevonden uitkomsten van dit hulponderzoek vergeleken kunnen worden met vastgestelde normen. Bij de semigestructureerde interviews is dat meestal een klinische normering, de onderzoeker bepaalt (na training) of bepaalde gedragspatronen beoordeeld kunnen worden als adaptief of disadaptief, en welke dynamische interpretatie aan symptomen kan worden gegeven. Bij de meeste vragenlijsten daarentegen wordt een statistische normering gebruikt, waarbij de gevonden resultaten worden afgezet tegen die van een normgroep, bijvoorbeeld een steekproef uit de algemene bevolking of een groep psychiatrische patiënten. Dit leidt tot een persoonlijkheidsprofiel waarvan de klinische betekenis nader kan worden bepaald.

1.2 Betrouwbaarheid en validiteit van diagnostische meetinstrumenten

Betrouwbaarheid

Bij het gebruik van meetinstrumenten is het van belang dat ze betrouwbaar zijn. De betrouwbaarheid van een meetinstrument verwijst naar de gelijkwaardigheid van herhaalde metingen, dat wil zeggen dat een test afgenomen in verschillende situaties, op verschillende momenten of door verschillende personen steeds hetzelfde meet. Wanneer een meetinstrument onder dezelfde omstandigheden opnieuw aan een persoon wordt voorgelegd moet dit leiden tot hetzelfde resultaat. Dit wordt de 'test-hertestbetrouwbaarheid' genoemd. Een andere vorm van betrouwbaarheid van een meetinstrument betreft de zogeheten 'interbeoordelaarsbetrouwbaarheid'. Dit betreft de vraag in hoeverre verschillende beoordelaars (bijvoorbeeld clinici die een specifiek interview afnemen of scoren) komen tot een gelijkluidend oordeel. Deze vorm van betrouwbaarheid is relevant omdat er bij persoonlijkheidsdiagnostiek nogal eens gebruik gemaakt wordt van gestructureerde of semigestructureerde interviews op basis waarvan een klinische beoordeling van de patiënt gemaakt wordt. Komen verschillende onderzoekers op basis van een Structureel Interview (SI; Kernberg, 1984) tot eenzelfde beoordeling van de persoonlijkheidsorganisatie? Leidt de afname van het Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-PD, voorheen SCID-II; Arntz, Kamphuis & Derks,

2017a) door verschillende onderzoekers tot dezelfde specifieke persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5?

Validiteit

Naast betrouwbaar moet een meetinstrument ook valide zijn. De validiteit verwijst naar de mate waarin het meetinstrument daadwerkelijk meet wat het beoogt te meten, de mate waarin de test aan haar doel beantwoordt (Drenth & Seitsma, 2006). Een test kan met een hoge mate van betrouwbaarheid worden afgenomen zonder valide te zijn (niet andersom). Er worden verschillende vormen van validiteit onderscheiden, waaronder 'predictieve validiteit', 'constructvaliditeit' en 'incrementele validiteit'. De predictieve validiteit betreft de mate waarin de uitslag van een test ook daadwerkelijk voorspellend is voor toekomstig gedrag bij de onderzochte persoon of het beloop van de stoornis. De constructvaliditeit verwijst naar de mate waarin specifieke psychologische eigenschappen ook daadwerkelijk door de test worden gemeten. Bijvoorbeeld: meet de betreffende set van items op een persoonlijkheidsvragenlijst voor persoonlijkheidstrekken ook daadwerkelijk het psychologische construct Extraversie? De incrementele validiteit ten slotte bepaalt in hoeverre de toevoeging van een meetinstrument aan reeds voorhanden zijnde informatie leidt tot een accurater resultaat. Vergroot de toevoeging van een persoonlijkheidsvragenlijst aan het klinische oordeel bij een intake de accuratesse van het diagnostisch oordeel?

1.3 Idiografische versus nomothetische traditie in de diagnostiek

Bij de diagnostiek van de persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen worden twee tradities onderscheiden: de idiografische of klinisch-dynamische traditie versus de nomothetische of statistisch-beschrijvende benadering. De eerste is geworteld in de geesteswetenschappelijke, hermeneutisch-interpretatieve traditie. De tweede heeft haar basis in de natuurwetenschappelijke, empirische traditie.

Idiografische traditie

Bij de idiografische traditie staat het individu als complex en uniek wezen centraal. Het individu is niet simpelweg te begrijpen vanuit een beschrijvend classificatiesysteem, maar diagnostiek moet gericht zijn op de unieke kenmerken van dat individu. De uitkomst van een diagnostisch onderzoek vanuit de idiografische traditie is over het algemeen een meerlagig en dimensionaal persoonlijkheidsprofiel dat de onderzochte persoon beschrijft vanuit verschillende concepten of perspectieven. Uitspraken over een individu worden in deze traditie vaak vervat in hypothetische uitspraken.

Uit het onderzoek komt een ernstig niveau van manifest disfunctioneren van de persoonlijkheid naar voren, zowel op het gebied van identiteit en zelfsturing als op het gebied van interpersoonlijke relaties. Controle over emoties, impulsen en agressie is voldoende aanwezig. De persoonlijkheidsdynamiek is overwegend internaliserend van aard (patiënte heeft dus vooral zelf veel last van negatieve affecten), en in veel mindere mate externaliserend of uitagerend, al zijn er momenten van uitbarstingen, meestal gevolgd door veel zelfverwijt en naar binnen gerichte agressie. (...) Daarbij is haar zelfwaardering overwegend zeer negatief van aard, gevuld met zelfbestraffende gedachten, en met het alsmaar niet voldoen aan hoge eisen. Het lijkt alsof ze op dit gebied de moed heeft opgegeven. Ze stelt zichzelf geen doelen meer, leeft (tot eigen frustratie) van dag tot dag. In deze context lijkt er een duidelijk 'splitsen' te

bestaan tussen positieve eigenschappen die ze over zichzelf weet te noemen en de zeer negatieve zelfbeoordeling die in de dagelijkse praktijk het meest leidend is. Een en ander is passend bij een borderlinepersoonlijkheidsstructuur. (...) In classificerende zin is er sprake van een 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' met persoonlijkheidstrekken uit verschillende clusters (overwegend cluster C en cluster B (borderline)).

Nomothetische benadering

De nomothetische benadering daarentegen is gericht op de overeenkomsten tussen (vele) afzonderlijke individuen. Zij gaat uit van de natuurwetenschappelijke drijfveer om universele relaties en wetten in het gedrag tussen personen te onderkennen. Binnen dit kader is de diagnostiek erop gericht om gemeten kenmerken van een individu te relateren aan 'gemiddelde' kenmerken van een populatie en de spreiding daarbinnen. Daaruit volgt een diagnostische formulering in de trant van: 'De meeste mensen met een dergelijk hoge score op dit kenmerk zijn geneigd tot ...' Een beschrijving van scores op de Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul e.a., 2008) zou er als volgt uit kunnen zien.

Binnen het domein Relationele functies scoort patiënte vergeleken met respectievelijk de normgroepen psychiatrie en de normale bevolking zeer laag tot laag op de subschaal Gewaardeerd voelen. Daarnaast scoort ze binnen hetzelfde domein laag tot gemiddeld op de subschaal Intimiteit. Dit betekent dat patiënte beperkingen heeft in het ervaren dat anderen zullen begrijpen wat ze voelt en gelooft, en dat ze daarnaast terughoudend is in het delen van persoonlijke ervaringen.

Afweging

Beide benadering hebben voor- en nadelen. De nomothetische benadering is veel sterker verankerd in de empirische traditie. Daardoor hebben de (algemene) uitspraken die over het individu worden gedaan een objectiever karakter. Het nadeel is echter dat deze uitspraken soms weinig specifiek zijn voor het individu in kwestie: 'Mannen in deze leeftijdsgroep, met deze persoonlijkheidskenmerken, zijn over het algemeen geneigd tot ...' De idiografische benadering is veel persoonsgerichter. Een uitspraak als: 'De combinatie van de beschreven persoonlijkheidstrekken zal bij de heer X leiden tot externaliserend en impulsief gedrag, mede daardoor zal hij moeite hebben zich te verbinden middels een therapeutische werkrelatie. Dit is waarschijnlijk terug te voeren op de in het onderzoek gevonden hechtingsproblemen sinds de vroege jeugd van de heer X' is veel specifieker en ook klinisch relevanter te noemen. Maar het risico op een te grote mate van subjectieve duiding en interpretatie door de onderzoeker is groot.

2 Onderdelen en aard van het diagnostische proces

2.1 Anamnese

Veelal begint een diagnostisch onderzoek met een anamnese. Deze is erop gericht om de reden van aanmelding te begrijpen en psychische klachten en problemen te doorgronden binnen iemands sociale context en levensgeschiedenis. In de klinische praktijk worden verschillende vormen onderscheiden, zoals de klachtenanamnese, de speciële anamnese, de biografische anamnese en de heteroanamnese.

Klachtenanamnese

In de klachtenanamnese wordt ingegaan op de klachten of symptomen waarvoor de patiënt is gekomen. Allerlei verschillende soorten klachten kunnen hierbij de revue passeren of nader worden uitgevraagd. De aard, het ontstaan, het beloop en de ernst worden in kaart gebracht om de samenhang met een mogelijke persoonlijkheidsstoornis te begrijpen.

Speciële anamnese

Wanneer bij aanmelding een vermoeden bestaat van persoonlijkheidsproblematiek wordt in de speciële anamnese specifiek stilgestaan bij de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, bijvoorbeeld de algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis zoals gedefinieerd in deel II van de DSM-5 (zie hoofdstuk 1). Omdat deze algemene criteria weinig specifiek zijn, kan hier ook gebruik gemaakt worden van de elementen Zelf en Interpersoonlijk functioneren zoals beschreven in het Alternatief DSM-5-model. In de speciële anamnese worden bovendien het ontstaan en beloop van een persoonlijkheidsstoornis onderzocht. Daarbij is er aandacht voor de voorgeschiedenis, waarbij ook in kan worden gegaan op voorgaande behandelingen (met geslaagde en/of niet-geslaagde elementen daarin), en de ernst van de persoonlijkheidsstoornis. Overwogen kan worden de specifieke aard van de persoonlijkheidsstoornis op een later moment in het diagnostische proces met een gestandaardiseerde procedure (vragenlijst en semigestructureerd interview) nader in kaart te brengen. Vervolgens kan nog worden besloten tot een aanvullend en verdiepend (psycho)diagnostisch onderzoek indien het wenselijk is om de complexiteit van het geheel verder uit te werken (zie paragraaf 3.5 van dit hoofdstuk).

Biografische anamnese

In de biografische anamnese wordt gevraagd naar de levensgeschiedenis. Kennis van de levensloop bevordert het begrip van de mens achter de diagnose, en kan van invloed zijn op de inschatting van het beloop, en voor de indicatiestelling voor behandeling. Een alleenstaande man van 58 jaar met agressieregulatieproblematiek zal andere diagnostische vragen oproepen dan een 22-jarige man met soortgelijke problemen die in een gezin woont. In beide gevallen is het relevant de aard van de agressie te onderzoeken: komt de agressie voort uit krenkbaarheid, een antisociale-persoonlijkheidsstoornis, komt het voor als emotieregulatiestoornis (frustratie), en hoe is de gewetensvorming? Bij de 58-jarige man zou men willen weten hoe het beloop van de agressieregulatiestoornis is geweest. Is deze pas recent begonnen (neurocognitieve stoornis) of reeds het gehele leven aanwezig? Hoe is de invloed van deze problemen geweest op de vorming van relaties en het maatschappelijk functioneren? Bij de jongeman van 22 jaar is het actuele functioneren in het gezin uiterst relevant, is er bijvoorbeeld sprake van huiselijk geweld?

Heteroanamnese

Wanneer de patiënt onvoldoende in staat is om over dit alles te kunnen rapporteren, bijvoorbeeld vanwege onvoldoende herinneringen uit de vroege jeugd of vanwege veronderstelde beperkingen van zijn rapportage (zich beter voordoen uit angst voor afwijzing of krenking), dan kan worden overwogen om een heteroanamnese af te nemen met een naastbetrokkene van de patiënt.

2.2 Vormen van diagnostiek

Klinische diagnostiek

De in de vorige paragraaf beschreven methode van anamnestisch onderzoek is het beste te definiëren als een vorm van klinische diagnostiek, omdat het afgewogen oordeel van de diagnosticus daarin centraal staat. De clinicus vraagt meer of minder systematisch de verschillende onderdelen uit en weegt deze vanuit zijn klinische blik, uitgaand van zijn ervaring met en kennis over psychopathologie. Op basis van dit onderzoek formuleert de clinicus de zogeheten 'beschrijvende diagnose'.

Het gebruik hierbij van gestandaardiseerde interviews heeft als voordeel dat alle relevante items systematisch aan bod komen (sleepnetstrategie) en dat eventuele vooringenomenheid (*bias*) van de kant van de onderzoeker wordt beperkt. Het nadeel is echter dat dergelijke gestandaardiseerde instrumenten weinig ruimte bieden voor een meer persoonlijke interactie met de patiënt gedurende het interviewen. Hierdoor kan relevante informatie verloren gaan over de wijze waarop patiënt over zichzelf rapporteert in relatie tot de ander, of over de wijze waarop de patiënt gebruik maakt van coping- of afweermechanismen tijdens het interview. Ook bestaat het gevaar, vooral bij onervaren hulpverleners, dat antwoorden op gestandaardiseerde vragen soms te veel op *face-value* worden aangenomen.

Systeem- of gezinsdiagnostiek

De hierboven beschreven vorm van anamnestisch onderzoek vindt over het algemeen plaats met de patiënt als individu, de heteroanamnese is gericht op het verzamelen van informatie over het individu. Bij systeem- of gezinsdiagnostiek wordt het individu in de context van zijn systeem onderzocht. Er kan nog steeds aandacht zijn voor de klachten en problemen van het individu, maar deze worden in verband gebracht met het systeem van herkomst, of met het huidige sociale systeem waarbinnen de patiënt functioneert. Bovendien kan worden gevraagd naar de visie van systeemleden op het ontstaan en beloop van de klachten, de huidige manifestaties daarvan en de factoren die de klachten onderhouden.

Psychotherapeutische diagnostiek

In dit kader kan ook de psychotherapeutische diagnostiek genoemd worden. Hieronder worden die vormen van diagnostiek verstaan waarbij de persoon wordt onderzocht ten behoeve van de indicatie voor een specifieke vorm van psychotherapie. Ook bij deze vorm van diagnostiek staat het klinisch oordeel van de clinicus in de onderzoekssituatie centraal. Het psychotherapeutische referentiekader speelt een leidende rol. Er wordt onderzocht of de problematiek en eventueel de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt passend is bij een behandeling vanuit het specifieke referentiekader. Bijvoorbeeld, een patiënt met een externaliserende en agerende borderline-persoonlijkheidsstructuur zal wellicht niet worden geïndiceerd voor psychoanalytische psychotherapie, maar worden verwezen voor bijvoorbeeld een *mentalization-based* behandeling of voor dialectische gedragstherapie (zie ook de hoofdstukken 5 en 6). Daarnaast worden bij psychotherapeutische diagnostiek ook specifieke aspecten verduidelijkt die relevant zijn voor een bepaalde vorm van psychotherapie. Begrippen zoals het introspectieve vermogen of het vermogen tot mentaliseren, dat wil zeggen: het ingeschatte vermogen van de patiënt om in de psychotherapie te kunnen reflecteren op innerlijke conflicten of psychologische processen, worden nader onderzocht. Ook de motivatie en het vermogen van de patiënt om een

therapeutische werkrelatie aan te gaan, kunnen worden getoetst. In dit kader kan bijvoorbeeld het *commitment* van de patiënt ten aanzien van de behandeling worden onderzocht (de *pre-treatment*-fase in dialectische gedragstherapie).
Tevens kan psychotherapeutische diagnostiek worden ingezet om de focus van behandeling te bepalen. Een voorbeeld daarvan is een casusconceptualisatie van de klachten en problemen van de patiënt in termen van relevante cognitieve schema's en modi binnen de schematherapie. In de cognitieve gedragstherapie is het gebruikelijk om een functie- of betekenisanalyse te maken waarin bijvoorbeeld de (operante) bekrachtigers van het disadaptieve gedrag worden geïnventariseerd ten behoeve van een plan van aanpak. In psychodynamische therapie zal men meer geïnteresseerd zijn in specifieke vormen van afweer, pathologische objectrelaties of prementaliserende modi.

Psychodiagnostisch onderzoek

De meeste van de bovenstaande onderzoeksmethoden drijven op de methode van klinische diagnostiek, dat wil zeggen: op het klinische oordeel van de onderzoeker, meestal in actieve samenwerking met de patiënt. Wanneer deze vorm van onderzoek onvoldoende antwoord geeft op diagnostische vragen kan gekozen worden voor een psychodiagnostisch onderzoek. Bij deze vorm van onderzoek wordt op systematische wijze met behulp van interviews, vragenlijsten of andere psychologische tests op basis van een vraagstelling nadere (persoonlijkheids) diagnostiek verricht. Zoals gezegd wordt bij deze vorm van diagnostisch onderzoek veelal gebruik gemaakt van statistische normering. Er worden drie vormen van psychodiagnostisch onderzoek onderscheiden: intelligentieonderzoek, neuropsychologisch onderzoek en persoonlijkheidsonderzoek.
Het intelligentieonderzoek onderzoekt de cognitieve capaciteiten van de patiënt, in combinatie met neuropsychologische tests kan tevens worden getoetst of er sprake is van cognitieve functiestoornissen (onder andere geheugen, aandacht, concentratie, executieve functies).
Persoonlijkheidsonderzoek kan classificerend van aard zijn (welke persoonlijkheidsstoornis is van toepassing op deze patiënt), maar ook gericht zijn op het in kaart brengen van psychodynamische patronen, de onderliggende persoonlijkheidsstructuur of de aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidstrekken (*traits*).

Procesdiagnostiek

Hoewel diagnostiek over het algemeen een eigenstandige fase is die voorafgaat aan de behandeling – men moet immers weten wat er aan de hand is om een vorm van behandeling te kunnen indiceren –, betekent dit niet dat het eind van de onderzoeksfase ook het eind is van het diagnostisch proces. De diagnostiek zet zich over het algemeen voort gedurende de behandeling, dit wordt ook wel 'procesdiagnostiek' genoemd. Dit kan betekenen dat gedurende een behandeling het klachtenpatroon of de genoemde symptomen nadere betekenis krijgen of in een ander kader kunnen worden begrepen. Bijvoorbeeld: dwangklachten worden na intake gediagnosticeerd als een dwangstoornis, maar blijken tijdens de behandeling vooral de functie te hebben van een copingmechanisme in het kader van een angstige en kwetsbare persoonlijkheidsstructuur, en vooral in tijden van stress op de voorgrond te treden. Ook kan er sprake zijn van nieuwe of aanvullende informatie op basis waarvan de diagnostiek moet worden bijgesteld. Er kan een verschuiving van symptomen plaatsvinden, bijvoorbeeld een afname van depressiviteit gevolgd door een toename van eetbuien en zelfbeschadiging. Maar, denk niet

in de laatste plaats aan trauma of aan andere 'geheimen' die de patiënt bij aanvang nog niet durfde te openbaren.

2.3 Aard van de relatie in het diagnostisch onderzoek

Gedurende het diagnostische onderzoek is, naast een meer zakelijke en inventariserende attitude van de onderzoeker waarmee feitelijkheden worden onderzocht, ook een empathische of validerende houding aan te raden om de patiënt op zijn gemak te stellen en het gevoel van erkenning van zijn klachten te geven. Juist bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen negatieve levenservaringen op het interpersoonlijke vlak de interactie tijdens het onderzoek verstoren. Projecties of wantrouwende reacties liggen voortdurend op de loer. Wanneer de onderzoeker zicht heeft op dergelijke interacties en begrip heeft voor deze patronen, creëert hij een veilige sfeer waarin de patiënt zich zo open mogelijk kan uitspreken. Het actief betrekken van de patiënt bij de vraagstelling en uitvoering van een diagnostisch onderzoek vergroot de betrokkenheid van de patiënt en komt de kwaliteit van het onderzoek ten goede. Het onderzoek beantwoordt dan in veel sterkere mate de vragen van de patiënt zelf. Bovendien blijkt dat dergelijke procedures het commitment van de patiënt met de daaropvolgende behandeling vergroot (Poston & Hanson, 2010). In dit kader wordt er wel voor gepleit om persoonlijkheidsdiagnostiek niet alleen collaboratief maar ook therapeutisch te laten zijn. Wanneer de klassieke rollen van de alwetende diagnosticus versus de onwetende (passieve) patiënt worden losgelaten, wordt al in de diagnostische fase van de behandeling gefocust op een actieve samenwerkingsrelatie tussen patiënt en diagnosticus c.q. behandelaar. Het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek (TPO; De Saeger & Kamphuis, 2011) is een specifieke protocollaire uitwerking van deze wijze van samenwerking. Deze diagnostisch-therapeutische houding, gericht op samenwerking, is aan te bevelen bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Naast de empathische en validerende houding gaat het ook om het zoeken van overeenstemming in aard en doel van het onderzoek, waarbij de grenzen van mogelijkheden in het oog worden gehouden. Niet alles is immers mogelijk of nuttig om te onderzoeken ('Hebben mijn geheugenproblemen te maken met mijn motorongeluk van twintig jaar geleden?', 'O ja, ik wil ook wel graag mijn EQ en IQ weten'). *Shared decision making* ('gezamenlijke besluitvorming') is daarmee niet alleen een zakelijke overeenkomst, maar heeft ook betrekking op de psychotherapeutische vaardigheden van voorlichten, begrenzen, valideren en samenwerken.

2.4 Multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek

Omdat er geen alomvattend of overkoepelend theoretisch model is waaraan alle aspecten van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie kunnen worden afgeleid (zie hoofdstuk 2), zijn bij persoonlijkheidsdiagnostiek twee uitgangspunten leidend: persoonlijkheidsdiagnostiek is multiconceptueel en multimethodisch.

Multiconceptuele persoonlijkheidsdiagnostiek

Multiconceptuele persoonlijkheidsdiagnostiek slaat terug op de gedachte, geformuleerd in hoofdstuk 2, dat er geen alomvattend of overkoepelend theoretisch referentiekader is vanwaaruit alle aspecten van de persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie kunnen worden afgeleid of verklaard. Vanuit deze gedachte is persoonlijkheidsdiagnostiek per definitie multiconceptueel of multidimensionaal te noemen. Het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen volgens het categoriale DSM-model is eendimensionaal. Dit kan een voldoende en prag-

matische stap zijn in de klinische praktijk, zoals de tweede stap in het hierna te bespreken stappenplan. Bij het enkel classificeren van een persoonlijkheidsstoornis wordt echter slechts een deel van de mogelijke diagnostische informatie over de patiënt gebruikt. Wil men een uitgebreider diagnostisch begrip hebben van de persoon in kwestie, of van diens persoonlijkheidspathologie, dan moet een breder palet aan theoretische modellen in stelling worden gebracht.

Multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek

Multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek betekent dat de diagnosticus geconfronteerd wordt met een veelheid aan instrumenten en onderzoeksmethoden die behoren bij uiteenlopende diagnostische modellen over persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie. Er zijn verschillende manieren van onderzoek: vragenlijsten, diagnostische interviews, projectietests, *performance-based* tests, cognitieve tests. De hoeveelheid meetinstrumenten binnen dit onderzoeksdomein is zeer groot. Het voert te ver om in dit hoofdstuk alle mogelijke instrumenten en onderzoeksmethoden te bespreken. In dit hoofdstuk zullen enkele instrumenten de revue passeren die relevant zijn binnen het kader van het gepresenteerde stappenmodel voor de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen.

Selectie van instrumenten

Uitgaande van de multiconceptuele en multimethodische achtergrond van de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie zou idealiter bij elk persoonlijkheidsonderzoek gebruik gemaakt moeten worden van meetinstrumenten van alle belangrijke concepten betreffende persoonlijkheidspathologie. Op die manier zou een volledig omvattend beeld ontstaan van de persoon die onderzocht wordt, omdat alle bestaande dimensies, concepten en modellen over persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie in ogenschouw worden genomen. Daarbij zou tevens gebruik kunnen worden gemaakt van de rijke verscheidenheid aan meetinstrumenten en meetmethoden: door te variëren in zelfrapportage (vragenlijsten), indirecte meetmethoden (projectieve technieken), oordeel van de clinicus (interviews; bestaande informatie uit een dossier), en eventueel ook cognitieve tests (intelligentie- en neuropsychologische tests).
Het volgen van dit ideale model zou echter leiden tot omvangrijke onderzoeksprotocollen, terwijl dit niet onder alle omstandigheden haalbaar of noodzakelijk is. Een dergelijk uitgebreid onderzoeksprotocol zou leiden tot een te grote belasting van de patiënt, zou te tijdrovend en te kostbaar, maar ook onhaalbaar zijn voor de organisatie van diagnostiek en behandeling. Bovendien zal (zeer) uitgebreide diagnostiek ook niet onder alle omstandigheden nodig zijn. Een behandeling met behulp van de principes van de Dialectische Gedragstherapie (zie hoofdstuk 5), bijvoorbeeld, is primair ontworpen voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis bij wie sprake is van overwegend (para)suïcidaal gedrag en ernstige emotieregulatieproblematiek. Strikt genomen is voor de toewijzing aan een dergelijk programma niet veel meer nodig dan de classificatie als borderline-persoonlijkheidsstoornis conform de DSM-5, waarbij kwalitatief gelet is op het voorkomen van enkele specifieke criteria van deze stoornis (het vijfde, zesde, achtste en eventueel vierde). Soms is er echter een complex mengbeeld van syndromen en symptomen, of de classificatie van een specifieke persoonlijkheidsstoornis alleen zegt niet voldoende over de ernst van de persoonlijkheidsstoornis. Zowel uit onderzoek als uit de klinische praktijk komt naar voren dat classificatie van persoonlijkheidsstoornissen noodzakelijk, maar vaak onvoldoende is om de pathologie van de patiënt goed te begrijpen of om een juiste behandelindicatie te stellen. In dergelijke gevallen is verdieping noodzakelijk. In

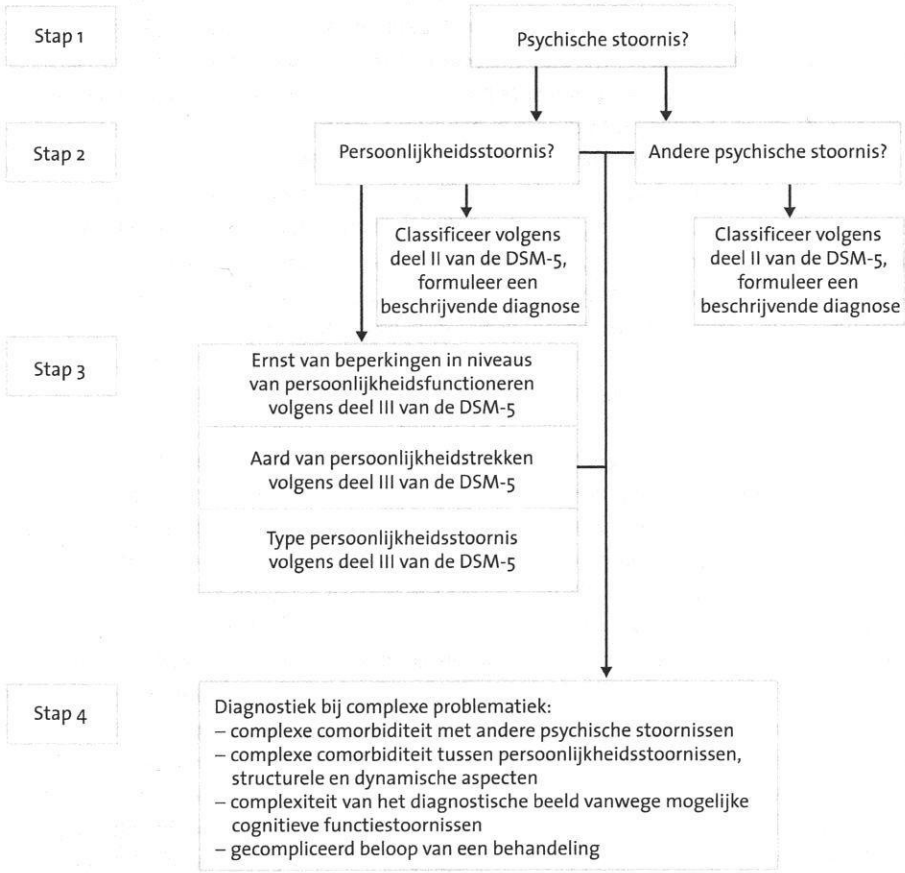
de volgende paragraaf presenteren we een model voor stapsgewijze diagnostiek en classificatie met toenemende complexiteit in vraagstelling en uitvoering. Het is een pragmatisch model dat tegemoetkomt aan de vraag uit de klinische praktijk om slechts die diagnostiek en classificatie in te zetten die noodzakelijk is, zonder de toegevoegde waarde van verdiepende diagnostiek uit het oog te verliezen.

3 Stappen in het diagnostische proces

3.1 Stappenplan voor diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen

In deze paragraaf wordt een model beschreven waarmee diagnostiek en classificatie van psychische stoornissen stap voor stap kunnen worden uitgerold, met de nadruk op de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Het model biedt een klinisch pragmatisch voorstel om gaandeweg, en alleen indien nodig, het diagnostisch onderzoek te intensiveren tijdens de diagnostiek of de behandeling.

Figuur 4.1 Stapsgewijze diagnostiek en classificatie van een persoonlijkheidsstoornis



In dit model worden vier stappen onderscheiden. In de eerste stap wordt de vraag beantwoord of er in algemene zin sprake is van een psychische stoornis. In de tweede stap gaat men na of dit een persoonlijkheidsstoornis betreft en zo ja welke specifieke persoonlijkheidsstoornis(sen), en of er daarnaast sprake is van een of meer andere psychische stoornissen. In deze tweede stap wordt de categoriale classificatie volgens deel II van de DSM-5 gecombineerd met een klinische, beschrijvende diagnose.
In de derde stap wordt de diagnostiek verdiept door ook de ernst van de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen, naast een profiel van persoonlijkheidstrekken en een typologie van mogelijk aanwezige specifieke persoonlijkheidsstoornissen. In deze derde stap wordt het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen gebruikt (zie hoofdstuk 1).
De vierde en laatste stap betreft de diagnostiek van complexe beelden en situaties, bijvoorbeeld bij comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen met andere psychische stoornissen of (cognitieve) functiestoornissen, of bij complicaties in het beloop van behandelingen. Deze vierde stap kan door de clinicus worden uitgevoerd in een uitgebreid klinisch-diagnostisch onderzoek, maar zal veelal ook de vorm aannemen van aanvullend psychodiagnostisch onderzoek.

3.2 Stap 1: is er sprake van een psychische stoornis?

In de eerste stap van het model voor stapsgewijze diagnostiek en classificatie wordt er bepaald of er sprake is van een psychische stoornis. De DSM-5 definieert een psychische stoornis als volgt:

> 'Een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk en/of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, die te verwachten valt en cultureel wordt geaccepteerd, is geen psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn geen psychische stoornissen, tenzij de deviantie of het conflict het gevolg is van disfunctioneren van het individu, zoals in het voorgaande wordt beschreven.' (American Psychiatric Association, 2014, p. 72)

Opvallend is dat de DSM-5 expliciet aangeeft dat aan deze definitie moet worden voldaan wil men verder gaan met het classificeren van een of meer specifieke stoornissen. Deze eerste stap is vooral relevant in bijvoorbeeld de basis-ggz, de eerstelijnszorg en de huisartsenpraktijk (poh-ggz). Door middel van klinische diagnostiek beoordeelt de professional of er sprake is van een psychische stoornis en of die mogelijk zorg of behandeling behoeft binnen de ggz.

3.3 Stap 2: is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis of een andere psychische stoornis?

Indien bij stap 1 is geoordeeld dat er sprake is van een psychische stoornis, wordt in stap 2 van het diagnostische stappenplan onderzocht welke psychische stoornis van toepassing is. Omdat dit handboek gaat over de diagnostiek en classificatie van persoonlijkheidsstoornissen,

beperken wij ons hier tot het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen en alle overige psychische stoornissen. Allereerst zullen we stilstaan bij de diagnostiek en classificatie van die overige psychische stoornissen in de context van persoonlijkheidsstoornissen, vervolgens gaan we in op het classificeren en diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5.

Classificeren van andere psychische stoornissen in de context van persoonlijkheidsstoornissen

Er zijn verschillende redenen waarom het relevant is de mogelijke combinatie van een persoonlijkheidsstoornis en een andere psychische stoornis in kaart te brengen. In de eerste plaats is het bekend dat behandelingen van uiteenlopende psychische stoornissen een complexer beloop hebben wanneer er tevens sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Bovendien kan na het doorlopen van stap 2 worden besloten dat een hier geclassificeerde stoornis anders dan een persoonlijkheidsstoornis voorrang verdient om te gaan behandelen. Ten slotte moet er rekening mee worden gehouden dat er bij een aantal stoornissen sprake is van overeenkomsten of overlap in symptomatologie.

Het is in de klinische praktijk bijvoorbeeld vaak moeilijk om nauwkeurig onderscheid te maken tussen symptomen die direct gerelateerd zijn aan het persoonlijkheidsfunctioneren en symptomen die gerelateerd zijn aan een andere psychische stoornis zoals ADHD, bipolaire-II-stoornis of autismespectrumstoornis. Over het algemeen behoren klachten en problemen die voortkomen uit chronische aanpassingsproblemen in uiteenlopende levensgebieden bij persoonlijkheidsstoornissen. Andere psychische stoornissen zijn vaak meer episodisch van aard, in die zin dat er anamnestisch veelal afgebakende periodes zijn van aan- of afwezigheid van symptomen, zoals bij recidiverende depressies. Stemmingsproblemen bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn soms het best te begrijpen in het kader van chronische affectregulatieproblematiek, maar kunnen periodiek de vorm aannemen van een ernstige depressieve episode. Op dat moment staat niet langer de grilligheid van de affectregulatieproblemen op de voorgrond, maar kleurt de sombere stemming het perspectief zodanig dat daar eerst behandeling voor geïndiceerd is. Op een vergelijkbare manier lopen de diagnostische criteria en klinische symptomen van de schizotypische-persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie in elkaar over en bepaalt de inschatting van de ernst van de symptomen en het beloop van de stoornis de meest passende classificatie.

Hoewel in principe alle andere bestaande psychische stoornissen kunnen voorkomen naast een persoonlijkheidsstoornis, wordt het aanbevolen om extra aandacht te hebben voor sommige symptomen en daaraan gerelateerde stoornissen, omdat ze relatief vaker voorkomen bij persoonlijkheidsstoornissen of omdat ze invloed hebben op het beloop en het functioneren. Zo vraagt het inschatten van suïcidaliteit speciale aandacht. Wanneer er sprake is van suïcidaliteit is het van belang om te beoordelen of deze bijvoorbeeld voortkomt uit een depressieve-stemmingsstoornis of psychotische episode, of voornamelijk gerelateerd is aan een persoonlijkheidsstoornis. Denk verder aan het onderzoeken van zelfbeschadigend gedrag, dissociatieve symptomen of voorbijgaande cognitief-perceptuele symptomen als reacties op stress. Ook de aard en impact van emotie-, impuls- en agressieregulatieproblemen moet hier aan de orde komen, zowel het gebrek aan controle over affecten en boosheid, als het overcontroleren daarvan.

Meetinstrumenten bij stap 2: psychische stoornissen

Psychische stoornissen kunnen worden gediagnosticeerd of geclassificeerd middels een klinisch interview (bij intake) waarin de criteria van de te onderscheiden stoornissen worden doorlopen. Bij deze stap kan gebruik worden gemaakt van gestructureerde meetinstrumenten zoals het

Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen (SCID-5-S, Arntz, Kamphuis & Derks, 2017b) of het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI of MINI-plus; Van Vliet, Leroy & Van Megen, 2000).
Tevens bestaan er algemene klachtenvragenlijsten, zoals de Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) of de Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs, 2011) en specifieke stoornisgerichte klachtenlijsten zoals de Beck Depression Inventory (BDI-II-NL; Van der Does, 2016) of stoornisgerichte interviews zoals het Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA; Kooij & Francken, 2007). De lijst met instrumenten is lang, de richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van specifieke stoornissen geven aan welke instrumenten gebruikt kunnen worden.

Classificeren van persoonlijkheidsstoornissen

Voor wat betreft het onderzoek naar de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis wordt in stap 2 eerst aan de hand van de algemene criteria van persoonlijkheidsstoornissen (zie hoofdstuk 1) nagegaan of er in algemene zin een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd kan worden. Dat wil zeggen dat de onderzochte persoon een duurzaam en star patroon heeft van disfunctioneel denken, voelen en gedragen, en dat dit patroon naar voren komt in een groot aantal persoonlijke en sociale situaties. Bovendien leidt dit duurzame en inflexibele patroon tot beperkingen en significant lijden in het persoonlijk en sociaal functioneren.
Bepalen of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis volgens de algemene criteria is een zaak van klinische beoordeling. De gangbare semigestructureerde interviews zoals ze hieronder beschreven worden, zijn meestal niet of beperkt in staat tot verificatie van de algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Voor zover bekend is er slechts één gestandaardiseerde methode beschreven om de algemene criteria van persoonlijkheidsstoornissen te scoren: de Multi-dimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS; Johnson e.a., 2008).
Om tot een gewogen oordeel te komen over de aan- of afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis in algemene zin kan ook gebruik worden gemaakt van de nieuw geformuleerde algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis volgens het Alternatief DSM-5-model. In dat model wordt een persoonlijkheidsstoornis gezien als het disfunctioneren van het Zelf in de gebieden Identiteit en Zelfsturing, en van het Interpersoonlijk functioneren in de gebieden Empathie en Intimiteit.
Voor een zo betrouwbaar mogelijke bepaling van de aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidsstoornissen wordt een gestandaardiseerde 'evidencebased' procedure aanbevolen (zie onder andere Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017). Dat gaat in twee stappen: eerst wordt een screenende zelfrapportagevragenlijst afgenomen, daarna worden op basis van de uitslag van deze screener de mogelijk aanwezige persoonlijkheidsstoornissen geverifieerd door middel van een semigestructureerd interview (Dingemans & Sno, 2004; Widiger & Samuel, 2005). Wanneer, bijvoorbeeld, een patiënt zich op de screenende vragenlijst voornamelijk herkent in criteria van de cluster C-persoonlijkheidsstoornissen en nauwelijks in criteria van cluster A en cluster B, en er zijn geen klinische aanwijzingen voor de aanwezigheid van een cluster A- of B-persoonlijkheidsstoornis, dan worden alleen de drie persoonlijkheidsstoornissen van cluster C uitgevraagd in het semigestructureerde interview. Het verdient aanbeveling om hierbij niet blind af te gaan op de zelfrapportage. Wanneer uit andere informatie het vermoeden bestaat dat er mogelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis die de patiënt zelf niet heeft ingevuld op de vragenlijst (denk aan de narcistische- of paranoïde-persoonlijkheidsstoornis), dan moet deze in het interview zeker alsnog getoetst worden.

Op welke manier ook, een gestandaardiseerde diagnostische methode verdient de voorkeur, omdat inmiddels onderzoeken hebben aangetoond dat niet-gestructureerde klinische interviews veelal leiden tot minder betrouwbare classificaties. Sekse en aantal jaren ervaring van de onderzoeker speelden een rol en clinici bleken geneigd bepaalde criteria of bepaalde persoonlijkheidsstoornissen over het hoofd te zien en het bij de classificatie van één persoonlijkheidsstoornis te houden wanneer ze deze eenmaal hadden kunnen vaststellen, ook als er mogelijk nog trekken van andere persoonlijkheidsstoornissen aanwezig waren. Zo heeft de aanwezigheid van schizotypische trekken bij een borderline-persoonlijkheidsstoornis een andere klinische betekenis dan de aanwezigheid van antisociale trekken. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van onderzoekers met de verschillende instrumenten is inmiddels uitgebreid onderzocht en over het algemeen, na training, redelijk tot goed bevonden.

Meetinstrumenten bij stap 2: vragenlijsten en interviews voor persoonlijkheidsstoornissen conform DSM-5 deel II

Tot deze instrumenten behoren semigestructureerde interviews voor de persoonlijkheidsstoornissen in DSM-5 deel II, en de bijbehorende screenende zelfrapportagevragenlijsten. Daarnaast bestaan er ook opzichzelfstaande zelfrapportagevragenlijsten waarmee kan worden onderzocht of de patiënt zich herkent in bepaalde criteria van een specifieke persoonlijkheidsstoornis. Over het algemeen bestaan deze instrumenten uit een format waarmee systematisch alle criteria van de verschillende specifieke persoonlijkheidsstoornissen worden doorlopen.

Zoals gezegd is het gebruik van een semigestructureerd interview vanuit het gezichtspunt van betrouwbaarheid en nauwgezetheid aan te bevelen boven een ongestructureerd klinisch interview. De meest gebruikte semigestructureerde interviews voor DSM-IV- en DSM-5-persoonlijkheidsstoornissen zijn de International Personality Diagnostic Examination (IPDE; Diekstra, Duijsens & Eurelings-Bontekoe, 1996), het Gestructureerd interview voor de DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV; De Jong & Derks, 1996) en het Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-PD, Arntz, Kamphuis & Derks, 2017a). De SCID-5-PD is de opvolger van de SCID-II; van de beide andere interviews was bij verschijning van dit boek nog geen DSM-5-versie beschikbaar. De afname van deze interviews duurt over het algemeen behoorlijk lang (een volledig interview duurt twee tot drie uur) en vereist de nodige klinische ervaring en training. De afname kan worden verkort door vooraf de bij het interview behorende screenende vragenlijst af te nemen.

De drie genoemde interviews komen sterk overeen, maar er zijn ook enkele verschillen. Bij alle interviews wordt de patiënt gevraagd, bij een positief antwoord op een gegeven criterium, dit verder toe te lichten met een of meer voorbeelden. Van de interviewer wordt gevraagd de ernst en duur van de symptomen te beoordelen. Verschillen tussen de interviews hebben onder andere betrekking op de ordening van de vragen en het tijdsbestek waarover gerapporteerd moet worden. Mede hierdoor verschillen de uitkomsten en de prevalentiecijfers voor persoonlijkheidsstoornissen die de interviews genereren.

Naast de semigestructureerde interviews bestaan er ook enkele opzichzelfstaande vragenlijsten, dat wil zeggen: die niet gerelateerd zijn aan een van de semigestructureerde interviews. Twee voorbeelden zijn de Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+; Akkerhuis, Kupka & Van Groenestijn, 1996) en de Assessment van DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen (ADP-IV; Schotte & De Doncker, 2004). De PDQ-4+ heeft 99 items waarmee alle persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-IV (en dus ook de DSM-5) worden doorgelicht en wordt in de praktijk vaak als

screener gebruikt, mogelijk vanwege de afwezigheid van auteursrechtelijke kosten. De diagnostische overeenkomst met vergelijkbare meetinstrumenten is echter matig tot slecht (De Reus, Van den Berg & Emmelkamp, 2013). De sensitiviteit is erg hoog (veel foutpositieven), de specificiteit te laag (veel foutnegatieven). De ADP-IV, een van oorsprong Vlaamse vragenlijst met 94 items, is goed toepasbaar in de Nederlandse praktijk. Ook de ADP-IV meet alle tien DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. De ontwikkelaars zijn ervan uitgegaan dat men bij het evalueren van persoonlijkheidsstoornissen niet alleen rekening moet gehouden met de aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidstrekken (het A-criterium), maar ook met de maladaptiviteit van deze trekken (het C-criterium). Het format van de ADP-IV is daarom zodanig opgebouwd dat de respondent zowel de aanwezigheid van de persoonlijkheidstrek (*trait-score*) moet aangeven als de lijdensdruk die deze trek veroorzaakt (*distress-score*). Er bestaan twee scoringsalgoritmes voor het rubriceren van de criteria, waarbij het ene algoritme vooral een hoge sensitiviteit heeft en daarom goed te gebruiken is als screener. Het andere algoritme heeft een veel grotere specificiteit en kan daarmee ook ingezet worden voor classificerende doeleinden middels zelfrapportage. In Nederland is er nog de Vragenlijst Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP-5; Duijsens, Eurelings-Bontekoe & Diekstra, 1999), die als screener te gebruiken is in combinatie met de IPDE en in de praktijk ook wel gebruikt wordt als losstaande vragenlijst.

Stap 2 kan worden beëindigd wanneer beoordeeld is of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis volgens de algemeen geldende criteria (en eventueel van een comorbide psychische stoornis), en welke specifieke persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd kunnen worden. Het is mogelijk dat een patiënt voldoet aan voldoende criteria van meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Dit lijkt misschien vreemd, iemand heeft toch maar één persoonlijkheid, maar gegeven de wetenschappelijke evidentie dat de huidige categorieën onvoldoende empirische onderbouwing hebben als eenduidige losstaande diagnostische entiteiten, is de classificatie van meerdere persoonlijkheidsstoornissen bij een enkel individu niet zeer ongebruikelijk. Prevalentieonderzoek toont aan dat in de klinische praktijk bij patiënten vaak meerdere persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd worden; gemiddeld zijn dat er twee of drie. Ter illustratie: een wat vreemd en alternatief denkende, kwetsbare, emotioneel ontregelde en erg wantrouwende patiënt zou bij systematisch navragen middels een semigestructureerd interview kunnen voldoen aan criteria van zowel een schizotypische-, een borderline- en een paranoïde-persoonlijkheidsstoornis.

Bijzondere aandacht vraagt de 'andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis' in de DSM-5 (de persoonlijkheidsstoornis NAO in de DSM-IV). Hoewel het een van de meest gestelde classificaties is van een persoonlijkheidsstoornis, is er geen eenduidige richtlijn hoe deze te kwantificeren (Verheul e.a., 2007). Soms houdt men als drempelwaarde tien of meer verschillende criteria (van alle persoonlijkheidsstoornissen samen) aan, maar ook een drempel van vijf wordt genoemd. In wetenschappelijk onderzoek wordt nogal eens uitgegaan van een drempel waarbij iemand voor ten minste twee persoonlijkheidsstoornissen moet voldoen aan één criterium onder het vereiste aantal. Ook wordt er soms gesproken van 'gemengde' persoonlijkheidstrekken, een term uit de DSM-III, wanneer de patiënt voldoet aan criteria van uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen. In alle gevallen moet de patiënt echter voluit voldoen aan de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis en niet aan voldoende criteria voor een van de tien gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen.

Wanneer er na onderzoek sprake blijkt van een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis, dan wordt deze als zodanig gediagnosticeerd en gecodeerd. De code kan desgewenst worden gespecificeerd, bijvoorbeeld met behulp van verschillende kenmerken van de tien gespecificeerde persoonlijkheidsstoornissen.

3.4 Stap 3: persoonlijkheidsdiagnostiek met behulp van het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen

In de derde stap van het diagnostische stappenplan wordt de patiënt beoordeeld vanuit drie verschillende invalshoeken:

A. de ernst van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren;
B. de aard en ernst van pathologische persoonlijkheidstrekken;
C. het type persoonlijkheidsstoornis.

Hierbij wordt gebruik gemaakt van het Alternatief DSM-5-model. In dit model is de ernst van het persoonlijkheidsfunctioneren het A-criterium en de aanwezigheid van een of meer pathologische persoonlijkheidstrekken het B-criterium. Op basis van scores op beide criteria wordt bepaald of er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis. Met behulp van het Alternatief DSM-5-model ontstaat er een genuanceerder diagnostisch beeld dan enkel op basis van deel II van de DSM-5. In deze paragraaf wordt beschreven hoe het Alternatief DSM-5-model in de klinische praktijk zou kunnen worden gebruikt voor diagnostiek en classificatie. Met als uitgangspunt de multiconceptuele en multimethodische persoonlijkheidsdiagnostiek uit paragraaf 2.4 wordt in stap 3 gebruik gemaakt van concepten uit het psychodynamische model, het model van persoonlijkheidstrekken en het categoriale descriptieve model, en kan de diagnostiek multiinstrumenteel worden uitgevoerd door bijvoorbeeld zowel een diagnostisch interview te gebruiken, bijvoorbeeld het Semigestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1; Hutsebaut e.a., 2015), als een vragenlijst, bijvoorbeeld de DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5; Van der Heijden e.a., 2014).

Ernst van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren

In de eerste plaats wordt in stap 3 de ernst van een mogelijk aanwezige persoonlijkheidsstoornis verder uitgediept. De ernst van de persoonlijkheidsstoornis blijkt een van de beste voorspellers van het beloop van de stoornis wat betreft de symptomatologie, het sociaal functioneren en functioneren op het werk en in de vrije tijd (Hopwood e.a., 2011). Daarbij is de ernst van de stoornis van grote invloed op het beloop en de uitkomst van de behandeling van zowel de persoonlijkheidsstoornis, als op de behandeling van comorbide psychische stoornissen. Desondanks bestond er tot voor kort geen eenduidige, algemeen aanvaarde of in de DSM geoperationaliseerde maat voor de ernst van persoonlijkheidspathologie. Voorstellen om de DSM-IV-indeling in cluster A, B en C te gebruiken of de som van het aantal gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornissen als ernstcriterium te nemen, heeft in de ontwikkeling van de DSM-5 geen navolging gevonden.
In de DSM-5 heeft het deel over persoonlijkheidsstoornissen, net als in de DSM-IV, geen maat voor ernst. Vanwege de noodzaak van een ernstcriterium is in het Alternatief DSM-5-model de Niveau van Persoonlijkheidsfunctioneren Schaal (NPFSchaal) opgenomen, een vertaling van de Level of Personality Functioning Scale (LPFS). De schaal brengt de ernst van de beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren in kaart, met als uitgangspunt dat deze bepaald wordt door

problemen in het Zelf of in het Interpersoonlijk functioneren (zie hoofdstuk 1). In het Alternatief DSM-5-model bestaat het functioneren van het Zelf uit de elementen Identiteit en Zelfsturing, en het Interpersoonlijk functioneren uit de elementen Empathie en Intimiteit. Deze vier elementen zijn elk opgebouwd uit drie aspecten die ieder op een vijfpuntsschaal van 0 tot en met 4 gescoord kunnen worden.
Deze schaal voor persoonlijkheidsdisfunctioneren kan zowel toegepast worden bij persoonlijkheidsstoornissen als bij andere psychische stoornissen. In die zin kan bijvoorbeeld ook bij een patiënt met een eetstoornis het persoonlijkheidsfunctioneren worden beoordeeld. Nauw verwant aan de benadering van het Alternatief DSM-5-model heeft ook Livesley (2003) gedetailleerd beschreven op welke manier de concepten Zelf en Interpersoonlijk disfunctioneren te gebruiken zijn voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Ook het structurele model van Kernberg maakt gebruik van het concept Identiteit, naast de aard van de afweer en de realiteitstoetsing, om structuurpathologie bij een patiënt vast te stellen (Kernberg, 1984; Kernberg & Caligor, 2005; zie ook hoofdstuk 2).

Aard van de persoonlijkheidstrekken en type persoonlijkheidsstoornis

In het Alternatief DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen wordt naast de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren ook de aard van persoonlijkheidspathologie in kaart gebracht, in termen van dimensionale persoonlijkheidstrekken (*traits*). Het model beschrijft in welke mate iemand uitdrukking geeft aan (pathologische) persoonlijkheidstrekken. Een persoonlijkheidstrek is te definiëren als 'een dispositie om op relatief consistente wijze door de tijd en in verschillende situaties te voelen, waar te nemen en zich te gedragen'. Persoonlijkheidstrekken kunnen worden beschouwd als de specifieke kleur waarin de persoonlijke stijl van iemand naar voren komt.
In hoofdstuk 2 is beschreven dat er, uitgaande van het Vijffactorenmodel, sprake kan zijn van universele, normale persoonlijkheidstrekken of van pathologische persoonlijkheidstrekken. Het Alternatief DSM-5-model gaat uit van pathologische persoonlijkheidstrekken en onderscheidt vijf domeinen: Negatieve affectiviteit, Afstandelijkheid, Antagonisme, Ongeremdheid en Psychoticisme. Binnen deze hoofddomeinen onderscheidt het Alternatief DSM-5-model 25 trekfacetten (zie tabel 1.2). Deze trekfacetten zijn relevant in de context van persoonlijkheidsstoornissen. Bijvoorbeeld, iemand die wordt gekenmerkt door een hoge mate van de trek Wantrouwen (onderdeel van het domein Negatieve affectiviteit), zal snel het gevoel hebben dat mensen het niet best met hem voorhebben. Zo iemand is voortdurend op zijn hoede en dit basale wantrouwen kleurt samenwerkingsrelaties en intieme relaties.
Over het algemeen wordt aangenomen dat hoe manifester een pathologische persoonlijkheidstrek is, des te ernstiger de persoonlijkheidspathologie is. Omdat persoonlijkheidstrekken uitgezet worden in een dimensionale representatie is het niet goed mogelijk een duidelijk afbreekpunt te formuleren (wanneer is een persoonlijkheidstrek nog adaptief, wanneer disadaptief?) Mede hierom, en omdat verhoogde aanwezigheid van een trek niet onder alle omstandigheden disadaptief is, is er in het Alternatief DSM-5-model voor gekozen om het type persoonlijkheidsstoornis te definiëren als 'de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken (aard, kleuring), in combinatie met de beschreven beperkingen in het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (ernstmaat)'. Het Alternatief DSM-5-model onderscheidt zes typen persoonlijkheidsstoornissen: antisociaal, vermijdend, borderline, narcistisch, dwangmatig en schizotypisch.

Meetinstrumenten bij stap 3: vragenlijsten en interviews bij het Alternatief DSM-5-model

Niveau van persoonlijkheidsfunctioneren

Ten behoeve van het meten van het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren is in de Verenigde Staten het Structured Clinical Interview for DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD; Bender e.a., 2018) ontwikkeld. Het interview bestaat uit diverse modules, zowel om criterium A (niveau van persoonlijkheidsfunctioneren) als criterium B (pathologische persoonlijkheidstrekken) in kaart te brengen. In Nederland is vanuit het landelijke Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen het Semigestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1; Hutsebaut, e.a., 2015) ontwikkeld. STiP-5.1 beoogt binnen een relatief korte tijd en op eenvoudige wijze een inschatting te kunnen maken van de beperkingen in het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, op alle vier elementen en alle twaalf aspecten. Dit kan leiden tot een algemene ernstscore, maar ook tot een ernstscore per element of aspect van disfunctioneren. Het interview duurt 45 tot 60 minuten en kan met een relatief eenvoudige training worden aangeleerd.

Naast deze beide interviews zijn er nog drie vragenlijsten die eveneens de aard van persoonlijkheidsfunctioneren meten. De General Assessment of Personality Disorder (GAPD; Livesley, 2006; Nederlandse vertaling: Berghuis, 2014) meet het algemene disfunctioneren van de persoonlijkheid. De GAPD bevat 83 items, verdeeld over twee hoofdschalen, Disfunctioneren van het Zelf en Interpersoonlijk disfunctioneren, welke verder zijn verdeeld over respectievelijk vijftien en vier subschalen. Beide hoofdschalen zijn conceptueel zeer nauw verbonden met de algemene criteria voor persoonlijkheidsstoornissen van het Alternatief DSM-5-model (Berghuis e.a., 2013), maar komen niet geheel overeen.

Een in Nederland ontwikkelde vragenlijst is de Severity Indices of Personality Problems (SIPP; Verheul e.a., 2008). Dit instrument meet het persoonlijkheidsfunctioneren in vijf domeinen: Identiteitsintegratie, Zelfcontrole, Relationele capaciteiten, Sociale concordantie en Verantwoordelijkheid. De volledige versie omvat 118 items en genereert naast scores voor deze algemene domeinen ook scores voor de diverse (sub)facetten. Een verkorte versie van 60 items is geschikt om meer globaal de scores voor de domeinen te bepalen. De domeinen van de SIPP sluiten conceptueel aan bij het onderscheid in Zelf en Interpersoonlijk functioneren. De domeinen Identiteitsintegratie, Zelfcontrole en Verantwoordelijkheid verwijzen naar aspecten van het Zelf, Relationele capaciteiten en Sociale concordantie verwijzen naar Interpersoonlijk functioneren. Anders dan de GAPD laat de SIPP echter geen algemene ernstscore toe, noch aparte scores voor Zelf en Interpersoonlijk functioneren.

Ten slotte is er de Level of Personality Functioning Scale, Brief Form (LPFS-BF; Hutsebaut, e.a., 2016). Deze vragenlijst met twaalf items is vooral bedoeld als korte screening van het persoonlijkheidsfunctioneren, zonder een gedetailleerd onderzoek naar de sterke en zwakke punten van het persoonlijkheidsfunctioneren volgens de criteria van het Alternatief DSM-5-model.

Dimensionale persoonlijkheidstrekken

Voor het in kaart brengen van de dimensionale persoonlijkheidstrekken zoals gedefinieerd in het Alternatief DSM-5-model is de vragenlijst Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger e.a., 2012) ontwikkeld. Van de PID-5 bestaat zowel een uitgebreide Nederlandstalige zelfrapportageversie, de DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL; Van der Heijden e.a., 2014) als een uitgebreide informantenversie die door naasten van de patiënt kan worden ingevuld, de DSM-5

Persoonlijkheidsvragenlijst informantenversie (PID-5-IBF-NL; Rossi e.a., 2014). Met deze uitgebreide versies worden zowel de vijf hoofddomeinen Negatieve affectiviteit, Afstandelijkheid, Antagonisme, Ongeremdheid en Psychoticisme gemeten, als de 25 onderliggende persoonlijkheidsfacetten. Daarnaast zijn er verkorte versies beschikbaar waarmee enkel de vijf hoofddomeinen worden gemeten. Ten behoeve van diagnostiek en classificatie wordt aangeraden de uitgebreide versie(s) te gebruiken. Voor het kunnen classificeren van een persoonlijkheidsstoornis type volgens het Alternatief DSM-5-model is afname van de uitgebreide versie zelfs noodzakelijk, omdat deze typen zijn gedefinieerd als een combinatie van persoonlijkheidsdisfunctioneren en specifieke persoonlijkheidstrekfacetten.

3.5 Stap 4: diagnostiek bij complexe problematiek

De aard van complexiteit

De vierde, laatste stap in de diagnostiek van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen betreft de diagnostiek bij complexe problematiek. Deze complexiteit kan te maken hebben met soms moeilijk te ontrafelen en overlappende symptoomclusters, met de persoonlijkheidsstructuur die onder de meer oppervlakkige symptomen ligt, of met de vraag of diagnostiek een nieuw licht kan doen schijnen op vastgelopen behandelingen. Daarmee kan deze vorm van diagnostiek ook het functiedomein van enkel persoonlijkheidsstoornissen overstijgen. Het betekent eveneens dat een eendimensionale of enkel classificerende diagnostische methode niet langer volstaat. De multiconceptuele en multimethodische diagnostiek zoals beschreven in paragraaf 2.4 is in stap 4 bij uitstek aan de orde. Er zijn meerdere perspectieven en dimensies nodig om het complexe klinische beeld te begrijpen en te beschrijven. Bijvoorbeeld: het categoriale perspectief om de comorbiditeit van stoornissen te classificeren, gecombineerd met een psychodynamisch ontwikkelingspsychologisch perspectief om de geclassificeerde verschijnselen te kunnen begrijpen vanuit het perspectief van de levensloop en de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

Omdat bij dit onderzoek vanuit meerdere concepten en functiedomeinen geredeneerd wordt, hypothesen genererend en toetsend, zijn er veelal ook meerdere soorten van meetinstrumenten bij betrokken. Dit laatste om ook het perspectief van meten te verbreden. Bijvoorbeeld: een patiënt lijkt onvoldoende te profiteren van een psychotherapeutische behandeling en er worden vraagtekens gezet bij het 'begrip' van de patiënt met betrekking tot de ingezette behandelinterventies. In dat geval wordt bijvoorbeeld zowel het cognitief functioneren gemeten met een intelligentietest als de capaciteit tot mentaliseren onderzocht met een klinisch interview of projectieve test, en worden daarnaast enkele zelfrapportagevragenlijsten afgenomen om de aanwezige persoonlijkheidskenmerken te meten (is er sprake van sterk externaliserende tendensen en een lage mate van consciëntieusheid waardoor psychologische kennis als het ware niet beklijft?). Het 'begrip' van de patiënt wordt op deze manier vanuit verschillende functiedomeinen geconceptualiseerd en met verschillende onderzoeksmethoden doorgelicht.

Bij complexe problematiek is een goed geformuleerde vraagstelling die voorafgaat aan het onderzoek nog meer van belang dan bij de drie eerdere stappen. Wanneer aanvrager en uitvoerder van het onderzoek niet dezelfde persoon zijn, kunnen ze voorafgaand aan het onderzoek het beste gezamenlijk de vraagstelling bespreken en specificeren. De aanvrager maakt duidelijk wat de aard van de vraagstelling is, de onderzoeker kiest op basis hiervan de onderzoeksmethode. Betreft het een diagnostische vraag waarmee de aanvrager een uitge-

breidere casusconceptualisatie wil kunnen maken om de patiënt beter te doorgronden en op basis waarvan een behandelindicatie kan worden gegeven? Of wil de aanvrager meer weten over de kwetsbaarheid van de veronderstelde onderliggende persoonlijkheidsstructuur om op basis daarvan te kunnen kiezen in welke mate hij zijn interventies zal kunnen intensiveren? In dit overleg kan worden onderzocht in hoeverre het daadwerkelijk zinvol is om tot een diagnostisch onderzoek over te gaan. Soms wordt via het doen van diagnostiek gezocht naar een uitweg in een zeer complexe behandeling, terwijl feitelijk alle diagnostische kennis al voorhanden was. Het betreft dan vaak niet zozeer de vraag: 'Wat is er aan de hand?' als wel de vraag: 'Hoe kom ik verder met deze patiënt in deze behandeling?'
Afdelingen Psychodiagnostiek van grotere ggz-instellingen zijn erop ingericht dergelijke specialistische vraagstellingen te beantwoorden. Het onderzoek vindt veelal plaats wanneer een lopende behandeling stagneert, of wanneer niet aan een behandeling kan worden begonnen omdat er diagnostische informatie ontbreekt om tot een gepaste casusconceptualisatie en behandelindicatie te komen. Een psychologisch onderzoek door de afdeling Psychodiagnostiek genereert op een dergelijk kruispunt in de behandeling een psychologisch onderzoeksverslag die kan dienen als (hernieuwd) startpunt voor de behandeling. Complexiteit heeft in het verband van persoonlijkheidsdiagnostiek verschillende betekenissen:

- complexe comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en andere psychische stoornissen (bijvoorbeeld ADHD, PTSS, ASS);
- complexe comorbiditeit tussen meerdere persoonlijkheidsstoornissen of gelaagdheid in persoonlijkheidsproblematiek, structurele en dynamische aspecten van persoonlijkheidspathologie;
- complexiteit van het diagnostische beeld vanwege de mogelijke invloed van neuropsychologische factoren (bijvoorbeeld intelligentie, niet-aangeboren hersenletsel);
- complicaties in de behandeling, dat wil zeggen: factoren die negatief interfereren met de gebruikelijke voortgang.

Complexe comorbiditeit tussen een persoonlijkheidsstoornis en andere psychische stoornissen
In de klinische praktijk komt het vaak voor dat er bij een patiënt meer dan één psychische stoornis kan worden gediagnosticeerd. Zeker in de specialistische ggz zal comorbiditeit van stoornissen eerder regel dan uitzondering zijn. Soms zullen stoornissen tamelijk eenduidig te classificeren zijn volgens standaard intakeprocedures en middels klinische diagnostiek (stap 2). Wanneer een paniekstoornis samen voorkomt met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, zullen ze beide vaak duidelijk naar voren komen in het verhaal van de patiënt. Sommige psychische stoornissen zijn echter lastiger te onderscheiden; een bekend voorbeeld is de vraag of er sprake is van een autismespectrumstoornis, een schizoïde-persoonlijkheidsstoornis of een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. In termen van gedragsmanifestaties en symptomen hebben dergelijke patiënten meestal moeite zich adequaat af te stemmen en te verbinden in het sociale contact, of staan rigiditeit en perseveratie in het gedrag op de voorgrond terwijl niet zonder meer duidelijk is hoe de basis van deze symptomen of gedragingen het beste te begrijpen is. Onderzoek bij complexere problematiek vraagt over het algemeen een bredere inzet van concepten en diagnostische middelen dan enkel het nalopen van DSM-criteria in een intakegesprek.
Bij een specifieke vraag naar een differentiatie tussen klinische beelden die nauw verwant zijn of waarvan de klinische manifestaties erg op elkaar lijken, verdient het aanbeveling meetinstrumenten te gebruiken die speciaal ontwikkeld zijn voor de betreffende stoornissen. Zo

bestaat er voor de diagnostiek en classificatie van ADHD in de Nederlandse situatie het Diagnostisch Interview voor ADHD (DIVA; Kooij & Francken, 2007), voor dissociatieve stoornissen zijn er onder andere de Dissociation Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, 1993) en het Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV Dissociatieve stoornissen (SCID-D; Boon & Draijer, 1995). Voor de diagnostiek van autismespectrumstoornissen wordt geadviseerd een combinatie te gebruiken van een screenende vragenlijst zoals de Vragenlijst naar Gedrag en Persoonlijkheid, de Nederlandse vertaling van de Autism-Spectrum Quotient (AQ; Hoekstra e.a., 2008), gevolgd door een ontwikkelingsanamnese en een gestandaardiseerd interview voor aan autisme verwante stoornissen, zoals het DSM-5-Interview Autismespectrumstoornis (Spek, 2015).
Het voert in dit hoofdstuk te ver om alle instrumenten voor differentiaaldiagnostiek met andere psychische stoornissen te bespreken. We verwijzen hiervoor naar de specifieke handboeken en de desbetreffende richtlijnen.

Complexe comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen, structurele en dynamische aspecten van persoonlijkheidspathologie

De kans dat een patiënt voldoet aan de DSM-5-criteria van meer dan één persoonlijkheidsstoornis is aanzienlijk. Tevens is er sprake van een grote variabiliteit binnen een specifieke persoonlijkheidsstoornis, waardoor verschillende combinaties van criteria mogelijk zijn die aan een specifieke persoonlijkheidsstoornis voldoen. De ene manifestatie van dezelfde persoonlijkheidsstoornis kan daardoor heel anders zijn dan de andere. Een patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis met daarnaast een antisociale-persoonlijkheidsstoornis zal waarschijnlijk heel andere levensproblemen hebben dan een patiënt met een borderline-persoonlijkheidsstoornis en tevens een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis. Er is in dat geval niet alleen een verschil in de aard van de comorbide persoonlijkheidsstoornissen, maar ook zal de patiënt waarschijnlijk binnen de borderline-persoonlijkheidsstoornis voldoen aan verschillende soorten criteria. In deze context kunnen vragenlijsten die uitgaan van het dimensionale Vijffactorenmodel behulpzaam zijn, omdat deze vaak een breder palet aan persoonlijkheidstrekken meten en daarmee een genuanceerder beeld geven van de persoonlijkheidseigenschappen van de patiënt. In plaats van een categoriale classificatie zoals: 'De problematiek van deze patiënt is te classificeren als een borderline-persoonlijkheidsstoornis met antisociale persoonlijkheidstrekken' komt dan een beschrijving als: 'Deze problematiek is te classificeren als een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Naast identiteitsproblemen zijn het meest kenmerkend haar angst voor verlating, emotionele labiliteit en impulsiviteit, waarbij vijandigheid, boosheid en manipulatief en riskant gedrag waarmee ze zichzelf of anderen schade aan kan doen het beeld compliceren'.
Bovendien zijn er meestal andere diagnostische concepten en begrippen nodig dan die het DSM-categoriale model levert om de persoonlijkheidspathologie van de patiënt te kunnen begrijpen. Denk aan het vermogen tot introspectie en mentaliseren, de gebruikelijke copingstijl of dominante afweermechanismen (zie hoofdstuk 2), het vermogen om stress te kunnen verdragen, of de interpersoonlijke capaciteiten tot het vormen van een therapeutische samenwerkingsrelatie. Deze aspecten worden niet duidelijk als alleen een classificerend onderzoek wordt gedaan. Het diagnostische onderzoek wordt in stap 4 daarom verdiept door onderzoek te doen naar structurele en dynamische aspecten van de onderliggende persoonlijkheidsstructuur van de patiënt.

Complexiteit vanwege de mogelijke invloed van neuropsychologische factoren

In de algemene definitie van een persoonlijkheidsstoornis wordt het toeschrijven aan fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drugs, geneesmiddelen) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma) aangehaald als uitsluitingscriterium voor het stellen van de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis'. Bij complexe diagnostiek gaat het niet alleen om de directe gevolgen van bijvoorbeeld middelengebruik of een somatische aandoening, maar ook om het onderzoeken van minder direct aanwijsbare storende factoren.
Een voorbeeld hiervan is de disharmonische opbouw van het intelligentieprofiel van een patiënt. Wanneer de verbale (talige) capaciteiten sterk ontwikkeld zijn, kunnen de niet-talige (fluïde of performale) capaciteiten achterblijven. Zo iemand kan in het eerste contact vanwege de relatief sterke verbale capaciteiten redelijk slim overkomen, terwijl vervolgens blijkt dat het praktische, niet-verbale probleemoplossende vermogen in het dagelijks leven ernstig tekortschiet. Mogelijke gedragsstoornissen als gevolg van stressreacties vanwege cognitieve of intellectuele overzichtsproblemen zouden bij zo iemand ten onrechte alleen vanuit persoonlijkheidspathologie geduid kunnen worden. Ook in de behandeling zou een dergelijke patiënt kunnen vastlopen bij het doorvoeren van gedragsveranderingen, terwijl hij in de therapiesessies juist goed over zijn problemen lijkt te kunnen verbaliseren.
Specifiek neuropsychologisch onderzoek is relevant wanneer er bij de patiënt sprake is van (een vermoeden van) cognitieve functiestoornissen. Deze cognitieve stoornissen kunnen passen bij een comorbide psychische stoornis zoals ADHD of een bipolaire stoornis. Maar ook moet worden gedacht aan cognitieve schade vanwege langdurig alcohol- of drugsmisbruik, of vanwege intoxicaties bij suïcidepogingen. Differentiaaldiagnostisch onderzoek naar bijvoorbeeld gedragsstoornissen op basis van een zich ontwikkelende dementie versus al langer bestaande persoonlijkheidspathologie zal binnen de ouderenpsychiatrie met regelmaat plaatsvinden.

Complicaties in de behandeling

Het hier gepresenteerde vierstappenmodel van diagnostiek gaat ervanuit dat het grootste deel van de patiënten in stap 2 op basis van classificatie van een persoonlijkheidsstoornis kunnen worden toegewezen aan een specifieke vorm van behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis (bijvoorbeeld schematherapie of dialectische gedragstherapie) of voor een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld een cognitief-gedragstherapeutische protocollaire behandeling voor angststoornissen). In de klinische praktijk blijkt echter dat sommige patiënten niet of nauwelijks profiteren van dergelijke kortdurende klachtgerichte behandelingen.
Wanneer geen progressie wordt geboekt tijdens een behandeling kan de behandeling worden aangepast of opgeschaald, bijvoorbeeld door intensivering van een ambulante naar een (dag)klinische behandeling. In dat geval wordt meestal de gestelde classificatie of diagnose behouden, maar wordt de setting of de intensiteit van de behandeling aangepast. Er kan bij vastgelopen behandelingen ook worden gekozen voor hernieuwde of verdiepende diagnostiek, vanuit de overweging dat de stagnatie wordt veroorzaakt door een negatief interfererende stoornis naast de gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis. Bijvoorbeeld: bij een patiënt met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis met chronisch negatieve zelfbeoordeling blijkt gedurende de behandeling toch ook een depressieve episode van een stemmingsstoornis te zijn ontstaan. De depressie werkt als het ware als een rem op de capaciteiten van de patiënt om voortgang te boeken in de psychotherapeutische behandeling, en het gedrag van de patiënt

zou ten onrechte kunnen worden geduid als enkel psychologische weerstand (vanuit de vermijdende-persoonlijkheidsdynamiek) tegen de behandeling. En andersom kan bij een patiënt bij wie de focus steeds heeft gelegen op de stemmingsproblematiek, die focus verschuiven naar een persoonsgerichte behandeling indien nader gediagnosticeerd.
Ook kan procesdiagnostiek op het gebied van de persoonlijkheidspathologie gedurende de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis leiden tot voortschrijdend inzicht. Bij een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis waarbij de voortgang van de behandeling niet lijkt te vlotten blijkt bij nadere diagnostiek tevens sprake te zijn van narcistische persoonlijkheidstrekken die eerder niet waren opgevallen. Vanuit deze dynamiek lijkt de patiënt aan de oppervlakte wel vriendelijk ('vermijdend') samen te werken, maar belemmeren ondertussen narcistisch gekleurde gevoelens of fantasieën van superioriteit het veranderingsproces.
Soms blijft de patiënt ondanks een gediagnosticeerde persoonlijkheidsstoornis zelf nog zitten met onopgeloste vragen die belemmerend werken op de voortgang van de behandeling: 'Waarom reageer ik altijd zo ongenuanceerd woedend bij frustraties?' of: 'Waardoor komt het dat ik geen intieme relaties kan vasthouden?' Het verder doorwerken van een diagnostisch traject kan in dergelijke gevallen dienen als casusconceptualisatie voor de patiënt en diens behandelaar.

Diagnostische domeinen en modellen, en bijbehorende meetinstrumenten

In stap 4 helpt de diversiteit van conceptuele modellen en meetinstrumenten om de complexiteit van het diagnostische beeld te begrijpen; die diversiteit is vaak zelfs noodzakelijk. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de domeinen, concepten en bijbehorende meetinstrumenten op basis waarvan een onderzoeksprotocol kan worden samengesteld. Een dergelijk uitgebreid onderzoek zal veelal worden uitgevoerd door een GZ-psycholoog of klinisch psycholoog van de afdeling Psychodiagnostiek. Elk te onderzoeken functiedomein is gerelateerd aan een theoretisch model en aan de daarmee samenhangende meetinstrumenten. De algemene leidraad is: kies meerdere concepten en instrumenten, en varieer ook het type onderzoeksinstrument, maar houd tegelijkertijd de specifieke vraagstelling goed in de gaten.
Het multiconceptuele principe is relevant omdat complexe casussen vanuit meerdere invalshoeken benaderd moeten worden, maar de vraagstelling bepaalt hoe uitgebreid het psychodiagnostisch onderzoek moet zijn. Als de vraagstelling leidend is, is het niet nodig om bij elke patiënt een uitgebreide standaardtestbatterij uit de kast te halen. Een voorbeeld: als men de aard onderzoekt van een mogelijk aanwezige persoonlijkheidsstoornis (stap 2), bij een vermoeden van zwakbegaafdheid, zijn alleen meetinstrumenten uit het cognitieve domein (bijvoorbeeld de WAIS-IV) en het domein persoonlijkheidsstoornissen (ADP-IV of SCID-5-PD) van toepassing. Doet men een uitgebreider persoonlijkheidsonderzoek (stap 4) waarin zowel de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren en het palet van persoonlijkheidstrekken en de aard van de persoonlijkheidsstoornis als de structuur van de onderliggende persoonlijkheidspathologie en de impliciete attitudes worden onderzocht, kiest men instrumenten uit de betreffende domeinen. Afgaand op tabel 4.1 zal in dat geval een keuze gemaakt worden uit de GAPD of de STiP 5.1; de PID-5 of de DAPP-BQ; de ADP-IV of de SCID-5-PD en het SI, de NVM of de TAT.

Tabel 4.1 Diagnostische domeinen en modellen en bijbehorende meetinstrumenten

Domein	*Theoretisch model*	*Meetinstrument*	*Type*
Cognitieve capaciteit		WAIS-IV	Intelligentietest
Klinische symptomen		SCL-90	Algemene klachten-vragenlijst
		MINI	Diagnostisch interview
Persoonlijkheids-functioneren	Alternatief model (DSM-5 deel III)	GAPD	Vragenlijst
		STiP 5.1	Diagnostisch interview
Pathologische persoonlijk-heidstrekken	Vijffactorenmodel	PID-5	Vragenlijst
		DAPP-BQ	Vragenlijst
Persoonlijkheids-stoornissen	Categoriaal (DSM-5 deel II)	ADP-IV	Vragenlijst
		SCID-5-PD	Diagnostisch interview
Cognitieve schema's	Cognitief	YSQ	Vragenlijst
Persoonlijkheids-structuur	Structureel psycho-dynamisch	SI	Diagnostisch interview
		NVM	Theoriegestuurde profielin-terpretatie van vragenlijst
Impliciete attitude, persoonlijkheid	Objectrelaties (SCORS)	TAT	Projectietest

Voor ieder meetdomein en theoretisch concept zijn nog vele andere meetinstrumenten te noemen.
ADP-IV = Assessment van DSM-IV Persoonlijkheidsstoornissen. DAPP-BQ = Dimensionale Assessment van Persoonlijkheidspathologie – Basic Questionnaire. GAPD = General Assessment of Personality Disorder. MINI = Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview. NVM = Nederlandse Verkorte MMPI. PID-5 = DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst. SCORS = Social Cognition and Object Relations Scale. SCL-90 = Symptom Checklist-90. SCID-5-PD = Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen. SI = Structureel Interview. STiP 5.1 = Semigestructureerd Interview Persoonlijkheidsfunctioneren 5.1. TAT = Thematic Apperception Test. WAIS-IV = Wechsler Adult Intelligence Scale. YSQ = Young Schema Questionnaire.

Het is uiteindelijk de taak van de psychodiagnosticus om alle uitslagen, zowel unieke als overlappende uitkomsten, vanuit het multiconceptuele en multimethodische perspectief te integreren tot een betekenisvolle casusconceptualisatie of diagnostische conclusie op basis waarvan de pathologie van de patiënt beter begrepen kan worden en zo nodig een behandelindicatie kan worden gegeven dan wel bijgesteld. Het gaat om meer dan alleen het optellen van scores uit de verschillende tests, het gaat ook om het begrijpen van het 'profileren' van scores op de verschillende meetinstrumenten en van de samenhang tussen deze profielen.
Twee Nederlandse auteurs beschrijven hoe het interpreteren van profielen uit psychologische meetinstrumenten vanuit verschillende domeinen van functioneren gestructureerd kan worden door een theoriegestuurde wijze van interpreteren. Meer specifiek beschrijven zij een methode waarbij voornamelijk het dynamisch-structurele model gebruikt wordt bij het interpreteren van de testuitslagen (Eurelings-Bontekoe & Snellen, 2010). Hier staat het profielmatig multiconceptueel denken als diagnosticus centraal.

Twee Amerikaanse auteurs kiezen in hun beschrijving van een multimethodisch model vooral het perspectief van de onderzoeksmethode (Hopwood & Bornstein, 2014). Het zorgvuldig op de onderzoeksvraag toegespitst kiezen van meerdere elkaar aanvullende onderzoeksmethoden (*multimethod clinical assessment*) wordt daaraan gekoppeld aan een diagnostisch raamwerk van interpretatie en integratie van data. Voor dit laatste wordt eveneens gebruik gemaakt van een theoriegestuurde wijze van denken, dat wil zeggen: diverse concepten en theoretische modellen van psychopathologie of persoonlijkheidspathologie worden gebruikt.

4 Tot slot

De fase van diagnostiek en classificatie, voorafgaand aan een behandeling of als pas-op-de-plaats tijdens een behandeling, moet uiteindelijk leiden tot een antwoord op de vraag: 'Wat is er aan de hand?' De diagnostische fase kan worden afgesloten wanneer er duidelijkheid is over de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis', eventueel samengaand met een andere persoonlijkheidsstoornis of een andere psychische stoornis. Volgens het hier beschreven stappenplan kan de diagnosticus, na afronding van het proces, naast een classificerende ook een beschrijvende diagnose geven. Meestal zal dit voldoende zijn om de patiënt voor de meest geschikte behandeling te indiceren. Soms echter is verdieping naar de aard en ernst van de persoonlijkheidspathologie noodzakelijk, en in het geval van complexe diagnostische vraagstellingen zal een nog uitgebreider psychodiagnostisch onderzoek nodig zijn ten behoeve van een casusconceptualisatie over de problematiek van de patiënt.

Literatuur

Abraham, R.E. (2005). *Het ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.

Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W. & van Groenestijn, M.A.C. (1996). *PDQ-IV: Vragenlijst voor Persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen: DSM-5*. [Nederlandse vertaling van *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.)]. Amsterdam: Boom.

Arntz, A., Kamphuis, J.A. & Derks, J. (2017a). *SCID-5-PD: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Boom.

Arntz, A., Kamphuis, J.A. & Derks, J. (2017b). *SCID-5-S: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Syndroomstoornissen*. Amsterdam: Boom.

Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Bender, D.S., Skodol, A.E., First, M.B. & Oldham, J.M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5, alternative model for personality disorders (SCID-5-AMPD)*. Module I: level of personality functioning scale. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Berghuis, H. (2014). *General Assessment of Personality Disorder (GAPD), 83-item versie*. Tiel: Pro Persona.

Berghuis, H., Kamphuis, J.H., Verheul., R. Larstone, R. & Livesley, W.J. (2013). The General Assessment of Personality Disorder (GAPD) as an instrument for assessing the core features of personality disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 544-557.

Beurs, E. de (2011). *Brief Symptom Inventory (BSI)*. Amsterdam: Pearson.

Boon, S. & Draijer, N. (1995). *Screening en diagnostiek van dissociatieve stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

De Saeger, H. & Kamphuis, J.H. (2011). Therapeutisch psychologisch onderzoek bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. *GZ-Psychologie, 8*, 22-28.

Diekstra, R.F.W., Duijsens, I.J. & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Dingemans, P.J.A.M. & Sno, H.N. (2004). Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 705-709.

Does, A.J.W. van der (2016). *Beck Depression Inventory second edition Nederlandse versie – herziene editie (BDI-II-NL-R)*. Amsterdam: Pearson.

Drenth, P.J.D. & Seitsma, K. (2006). *Testtheorie: Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Duijsens, I.J., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Diekstra, R.F.W. (1999). *Vragenlijst Kenmerken Persoonlijkheid (VKP-5)*. Leiden: Datec.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Snellen, W.M. (2010). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. 3e dr. Amsterdam: Harcourt.

Heijden, P. van der, Ingenhoven, T., Berghuis, H. & Rossi, G. (2014). *DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst (PID-5-NL)*. Amsterdam: Boom.

Hengeveld, M.W., Beekman, A.T.F., Beerthuis, R.J., Hoekstra, L., van Marle, H.J.C., Naarding, P., e.a. (2015). *Richtlijn psychiatrische diagnostiek*. 2e dr. Utrecht: De Tijdstroom.

Hoekstra, R.A., Bartels, M., Cath, D.C. & Boomsma, D.I. (2008). Factor structure, reliability and criterion validity of the Autism-Spectrum Quotient (AQ): A study in Dutch population and patient groups. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*, 1555-1566.

Hopwood, C.J. & Bornstein, R.F. (2014). *Multimethod clinical assessment*. New York: Guilford Press.

Hopwood, C.J., Malone, J.C., Ansell, E.B., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., e.a. (2011). Personality assessment in DSM-IV: Empirical support for rating severity, style, and traits. *Journal of Personality Disorders, 25*, 305-320. .

Hutsebaut, J., Berghuis, H., Kaasenbrood, A., De Saeger, H. & Ingenhoven, T. (2015). *Semi-gestructureerd interview voor persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP 5.1)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hutsebaut, J., Feenstra, D.J. & Kamphuis, J.H. (2016). Development and preliminary psychometric evaluation of a brief self-report questionnaire for the assessment of the DSM-5 level of personality functioning scale: The LPFS brief form (LPFS-BF). *Personality Disorders, 7*, 192-197.

Johnson, J.G., First, M.B., Cohen, P. & Kasen, S. (2008). Development and validation of a new procedure for the diagnostic assessment of personality disorder: the Multidimensional Personality Disorder Rating Scale (MPDRS). *Journal of Personality Disorders, 22*, 246-258.

Jong, C.A.J. de, Derks, F.C.H., van Oel, C.J. & Rinne, T. (1996). *Gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV)*. Sint-Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.

Kernberg, O.F. & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 114-156). New York: Guilford Press.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.

Kooij, J.J.S. & Francken, M.H. (2007). *Diagnostisch interview voor ADHD (DIVA) bij volwassenen*. Z.p.: PsyQ. http://www.kenniscentrumadhdbijvolwassenen.nl, geraadpleegd januari 2017.

Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D. & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine, 42*, 1879-1890.

Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz.

Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorders*. New York: Guilford Press.

Livesley, W.J. (2006). *General Assessment of Personality Disorder (GAPD)*. Vancouver: University of British Columbia.

Poston, J.M. & Hanson, W.E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment, 22*, 203-212.

Reus, R.J. de, van den Berg, J.F. & Emmelkamp, P.M. (2013). Personality Diagnostic Questionnaire 4+ is not useful as a screener in clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 49-54.

Rossi, G., van Alphen, B., De Weerdt, M., Markon, K.E. & Krueger, R.F. (2014). *DSM-5 Persoonlijkheidsvragenlijst: informantenversie (PID-5-IBF-NL)*. Amsterdam: Boom.

Schotte, C.K.W., De Doncker, D.A.M., Dmiturk, D., Van Mulders, I., D'Haenen, H. & Cosyns, P. (2004). The ADP-IV questionnaire: Differential valididity and concordance with the semi-structured interview. *Journal of Personality Disorders, 18*, 405-419.

Spek, A.A. (2015). Diagnostisch onderzoek naar ASS bij volwassenen. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme, 2*, 63-68.

Vanderlinden, J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q): development and characteristics of a new self-reporting Questionnaire. In J. Vanderlinden, *Dissociative experiences, trauma and hypnosis* (pp. 19-32). Dissertation. Delft: Eburon.

Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C., Dolan, C.C., Busschbach, J.J.V., van der Kroft, P.J.A., e.a. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability and validity. *Psychological Assessment, 20*, 23-34.

Verheul, R., Bartak, A. & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders, 21*, 359-370.

Vliet, I.M. van, Leroy, H. & van Megen, H.J.G.M. (2000). *Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI)*. Leiden: LUMC.

Widiger, T.A. & Samuel, D.B. (2005). Evidence-based assessment of personality disorders. *Psychological Assessment, 17*, 278-287.

Widiger, T.A. & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 110-130.