

# Persoonlijkheidsstoornissen: een dimensionele benadering

M.M. THUNNISSEN

Bij de wekelijkse casuïstiekbespreking in ons ziekenhuis bogen we ons over de casus van een 53-jarige man die twee weken eerder met een rechterlijke machtiging werd opgenomen. Aanleiding voor de opname was de plaatsing van zijn 81-jarige moeder in een verpleeghuis. Patiënt had weliswaar een eigen huis, maar verbleef sinds de dood van zijn vader, 15 jaar geleden, overdag altijd bij zijn moeder. Sinds zijn 33ste zat patiënt in de WAO wegens psychische klachten en alcoholmisbruik. Hij vulde zijn tijd met het oplossen van kruiswoordpuzzels en het verzamelen van vreemde zaken zoals kunststofluiers en plastic broekjes. Hij had geen behoefte aan contacten, noch met zijn broer en zussen, noch met kennissen.

Naar aanleiding van deze casus ontstond zich een discussie over de diagnose: ging het om een stoornis in het autistische spectrum of om een cluster A-persoonlijkheidsstoornis, in het bijzonder de schizotypische persoonlijkheidsstoornis? Er was weinig bekend over de kindertijd van patiënt, behalve dat hij veel gepest was en slecht tegen harde geluiden kon. Hij had nooit veel vriendjes gehad.

Het lijkt wel of er in dit decennium op eens een hausse is in de diagnoses autismspectrumstoornis bij volwassenen. Tegelijkertijd blijkt van de volwassen psychiatrische patiënten 45-80% aan een persoonlijkheidsstoornis te lijden. Wat betekent dit? Is wat we vroeger een schizotypische persoonlijkheidsstoornis noemden, nu op eens een autismspectrumstoornis geworden? Is er sprake van een mode-diagnose? Of zeggen deze vragen iets over het tekortschieten van ons huidige classificatiesysteem?

*Kritiek op categoriaal model* Op het moment dat men het DSM-classificatiesysteem rond 1970 in gebruik nam, waren de atheoretische benadering en de beschrijving op gedragsniveau, met weinig aandacht voor achtergrond en oorzaak van stoornissen, van grote waarde. Er kwam immers eenheid in terminologie, waardoor vergelijkend wetenschappelijk onderzoek mogelijk werd. Door de nadruk op het atheoretische karakter was het classificatiesysteem acceptabel voor de verschillende stromingen in de psychiatrie.

De afgelopen decennia is er toenemend kritiek op het categoriale model voor de diagnose van persoonlijkheidsstoornissen (Verheul & Wideger 2007). De excessieve onderlinge comorbiditeit, de klinische heterogeniteit bij personen met dezelfde diagnose, de afwezigheid van een betekenisvolle grens met normaal functioneren en de ontoereikende dekking van het brede spectrum van persoonlijkheidsstoornissen zijn beperkingen van het categoriale model. Het onderscheid tussen voorbijgaande symptoomstoornissen op as I en duurzame persoonlijkheidsstoornissen op as II blijkt geen stand te houden: de bipolaire stoornis, schizofrenie, maar ook sommige vormen van depressie blijken levenslange stoornissen, terwijl persoon-

lijkheidsstoornissen soms verbeteren en zelfs genezen. Bovendien is er een conceptuele overlap tussen bijvoorbeeld schizofrenie en de autistische stoornis op as I en het A-cluster met de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis op as II.

Door de groei van wetenschappelijke kennis op het gebied van de psychopathologie is het toenemend mogelijk geworden om aandacht te besteden aan de achtergronden en de oorzaken van psychiatrische aandoeningen in een ontwikkelingsgerichte, dimensionele benadering zonder te kiezen voor een bepaalde theorie. Ook kunnen we aandacht besteden aan de krachtige kanten van de persoonlijkheid, met oog voor de verhouding tussen draagkracht en draaglast en veerkracht (*resilience*). Het denken in syndromen en categorieën maakt langzamerhand plaats voor het denken in symptomen en functies (Hovens 2008).

*Nieuwe dimensionele modellen* Het denken in dimensies is dus theoretisch valider en klinisch bruikbaar dan het classificeren van stoornissen volgens acht of negen kenmerken. Echter, het is nog niet eenvoudig voor welke dimensies we dan moeten kiezen. De laatste jaren zijn er boeiende ontwikkelingen op dat gebied, waarvan ik er twee wil noemen.

De onderzoeksgroep van John Livesley (2003) koos op basis van een functieanalyse voor het opstellen van een hiërarchie van zowel maladaptieve als gezondere persoonlijkheidstrekken. Zij onderscheiden de volgende vier dimensies:

- Dissociaal gedrag (ofwel psychopathisch patroon), waarbij centraal staan: gevoelloosheid en het afwijzen van anderen.
- Geremdheid (of schizoïde-vermijdend patroon), met als voorname kenmerken: intimiteitproblemen en beperkte expressie.
- Emotionele ontregeling (borderlinepatroon), waarbij centraal staan: affectieve labiliteit en angst.
- Dwangmatigheid (obsessief-compulsief patroon), met als voorname kenmerken: ordelijkheid en gewetensvolheid.

Dit model biedt een aantal voordelen. Zo kan men patiënten op verschillende dimensies beoordelen, waardoor er een gedifferentieerd beeld ontstaat. Ook zijn combinaties mogelijk. Iemand die bijvoorbeeld hoog scoort op zowel de dimensie 'geremdheid' als op 'dissociaal gedrag' vertoont een heel ander beeld dan iemand die vooral geremdheid vertoont en op de andere dimensies een normaal patroon heeft. Bovendien biedt dit model aangrijpingspunten voor de behandeling.

De groep van Depue en Lenzenweger (2005) poogde een geïntegreerde theorie te ontwikkelen en maakte een ontogenetisch model gebaseerd op de evolutie en de neurobiologische rijping.

✍ J. Hoeree, psychiater bij GGZWNB, A. Bronckers, klinisch psycholoog bij GGZWNB en S. Kool, psychiater bij Arkin, Amsterdam, gaven commentaar op een eerdere versie van dit Redactioneel.

## LITERATUUR

- Depue, R.A., & Lenzenweger, M.F. (2005). A neurobehavioral dimensional model of personality disturbance. In M.R. Lenzenweger & J.F. Clarkin (Red.), *Major theories of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Hovens, J.E. (2008). *Handboek functionele psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hovens, J.E., & Loonen, A. (2008). *Persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornis*. In J.E. Hovens (Red.), *Handboek functionele psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Verheul, R., & Wideger, T.A. (2007). *Dimensionele modellen van persoonlijkheidspathologie*. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (Red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

## AUTEUR

M.M. THUNNISSEN is als psychiater en A-opleider werkzaam bij Psychiatrisch Ziekenhuis GGZWNB, Bergen op Zoom.  
Correspondentieadres: dr. M.M. Thunnissen, A. Cuypstraat 32, 4625 AM Bergen op Zoom.  
E-mail: moniek.thunnissen@ggzwnb.nl

TITLE IN ENGLISH Personality disorders: a dimensional approach

In hun model onderscheiden zij de volgende vier systemen (Hovens & Loonen 2008):

- het motivatiesysteem gemedieerd door dopamine;
- het hechtingssysteem gemedieerd door oxytocine en vasopressine;
- het angst- en vreessysteem gemedieerd door noradrenaline;
- het modulerende remmingsysteem gemedieerd door serotonine.

Dit model lijkt een veelbelovende aanzet om vanuit neurobiologische variabiliteit de complexiteit van persoonlijkheidsstoornissen te begrijpen.

We kunnen concluderen dat de voorkeur uitgaat naar dimensionele modellen op basis van theorie en onderzoeksgegevens en vanwege de klinische bruikbaarheid, maar dat er nog weinig empirische kennis is over de voorspellende validiteit van deze modellen en over de bruikbaarheid bij klinische besluitvorming. De kans is dan ook aanwezig dat er in 2012, het jaar waarin naar verwachting de DSM-V zal verschijnen, nog geen uitgewerkt voorstel ligt en dat het denken in categorieën een rol zal blijven spelen.

De praktijk En de patiënt van onze casuïstiekbespreking? De conclusie van de discussie was dat op deze leeftijd de problemen in het gedrag voorop staan: het gebrek aan zelfzorg, de teruggetrokken leefstijl en de passiviteit. Het uiteindelijke beleid zal waarschijnlijk een overplaatsing worden naar een verblijfsafdeling of een woning voor beschermd wonen.

Een dimensionele benadering had de discussie over de diagnostiek op een hoger plan kunnen brengen. Een inschatting van de patiënt op de dimensies van Livesley had wellicht duidelijk gemaakt dat de voornaamste problemen van de patiënt zich op de dimensies 'geremdheid' en 'dwangmatigheid' bevinden. Een inschatting van de andere dimensies - 'dissociaal gedrag' en 'emotionele ontregeling' - had zijn sterke kanten in beeld kunnen brengen en daarmee ook aangrijpingspunten voor mogelijke behandeling. Volgens het model van Depue en Lenzenweger was wellicht het oordeel geweest dat de stoornis voornamelijk in de systemen van motivatie en remming gezocht moest worden. Behandeling zou dan niet alleen bestaan uit begeleiding op deze gebieden, maar mogelijk ook uit medicatie die juist op deze systemen werkt.

Het denken in dimensies lijkt aan te sluiten bij een behoefte van veel psychiaters - nu nog de aanpassingen van de persoonlijkheidsdiagnostiek binnen de DSM-V. Zowel de psychotherapeutische als de biologische behandeling zal hiervan profiteren.