

Persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5

Tim Bastiaens, Laurence Claes, Dirk Smits, Marc De Hert

SAMENVATTING

In april 2014 verscheen bij testuitgeverij Boom de Nederlandse vertaling van de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013; APA/Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVvP], 2014), met daarin twee onderdelen (Sectie II/Sectie III) over persoonlijkheidsstoornissen. In deze bijdrage bespreken we de belangrijkste veranderingen in de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen ten opzichte van DSM-IV-TR (APA, 2000). Ook blikken we kort vooruit op toekomstige ontwikkelingen binnen het internationale en Nederlandse taalgebied.

Inleiding

De DSM-5 bevat drie algemene wijzigingen ten opzichte van zijn voorganger, de DSM-IV-TR, die belangrijk zijn op het gebied van de persoonlijkheidsstoornissen. De eerste wijziging betreft het wegvallen van het onderscheid tussen kinder- en jeugdstoornissen en stoornissen bij volwassenen. De tweede wijziging houdt in dat er geen aparte as II meer bestaat en de persoonlijkheidsstoornissen dus gewoon een hoofdstuk vormen naast de andere klinische syndromen. De derde wijziging zorgt ervoor dat de DSM-5, naast de onderdelen 'Uitgangspunten' (Sectie I) en 'Classificatiecriteria en codes' (Sectie II), voor het eerst ook het onderdeel 'Meetinstrumenten en modellen in ontwikkeling' (Sectie III) bevat.

De eerste wijziging is doorgevoerd om meer erkenning te geven aan de rol van de ontwikkeling en de levensloop. De tekst is ingedeeld in doorlopende hoofdstukken en start met classificaties die worden gezien als uitingen van ontwikkelingsprocessen die zich vroeg in het leven manifesteren. Daarna volgen classificaties die zich vaker manifesteren in de adolescentiefase en bij jongvolwassenen en ten slotte komen de classificaties die volgens de redacteurs meer voorkomen tijdens de volwassenheid en op latere leeftijd (APA/NVvP, 2014, p. 65). De wijziging sluit ook aan bij belangrijke bevindingen uit ontwikkelingspsychologische hoek over het bestaan van al in de kinderleeftijd waarneembare temperamentfactoren die, bijvoorbeeld, persoonlijkheidspathologie voorspellen (zie bijvoorbeeld: De Clercq, De Fruyt, & Widiger, 2009; Tackett, 2006).

De tweede wijziging komt tegemoet aan het veeleer graduele onderscheid tussen psychische stoornissen op symptoomniveau enerzijds, die we traditioneel egodystoon noemen, en

psychische stoornissen op persoonlijkheidsniveau anderzijds, die we gebruikelijk egosyn-
toon noemen (zie ook Van Amelsvoort, Van Den Eede, Goethals, Van Marle, & Beekman,
2014). Het kunstmatige van dat onderscheid tussen klinische syndromen enerzijds en per-
soonlijkheidsstoornissen anderzijds wordt ook beschreven in de internationale literatuur
(zie bijvoorbeeld Wright et al., 2012).

De derde wijziging houdt in dat de DSM-5 specifiek voor persoonlijkheidsstoornissen niet
één, maar twee modellen bevat. Het eerste betreft het ongewijzigde DSM-IV-TR-model, op-
genomen in de sectie voor klinisch gebruik (het Sectie II-model). Het tweede betreft een
alternatief model ontwikkeld door de DSM-5 Personality and Personality Disorder Work
Group (het Sectie III-model). Omdat dat laatste nieuw is, zullen we daar uitgebreider bij
stilstaan.

Belangrijkste veranderingen

Sectie II

In Sectie II van de DSM-5 werden de algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis
overgenomen uit de DSM-IV-TR. Het gaat om een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen
en gedragingen dat:

- duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene wordt verwacht en aanwe-
zig is op twee of meer van de terreinen Cognities, Affectiviteit, Interpersoonlijk Functione-
ren en/of Zelfbeheersing (criterium A);
- inflexibel is en tot uiting komt in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties
(criterium B);
- klinisch significante lijdensdruk veroorzaakt of beperkingen op sociaal, beroepsmatig of
een belangrijk ander vlak (criterium C);
- stabiel is en van lange duur, met een begin op zijn laatst in de adolescentie of de jongvol-
wassen leeftijd (criterium D);
- niet beter kan worden verklaard als een uiting of gevolg van een andere psychische stoor-
nis (criterium E);
- niet kan worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een
somatische aandoening (criterium F).

Ook identiek aan de DSM-IV-TR is de verdere indeling in tien persoonlijkheidsstoornissen,
die kunnen worden onderverdeeld in drie clusters: A (vreemd, excentriek), B (instabiel, im-
pulsief) of C (vreesachtig).

Op het gebied van de terminologie zijn er drie minimale aanpassingen te vermelden. Het
gaat hier niet om wijzigingen in de nomenclatuur door de APA, maar om keuzes van de verta-
lers. De term ‘Theatrale Persoonlijkheidsstoornis’ uit de Nederlandstalige DSM-IV-TR werd
door de redactie, in overleg met het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, te pejo-
ratief en ouderwets bevonden en heet nu ‘Histrionische Persoonlijkheidsstoornis’. De term
‘Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis’ werd beoordeeld als een onjuiste en ongebruikelijke
vertaling en werd gewijzigd in ‘Vermijdende Persoonlijkheidsstoornis’. De term ‘Obsessie-

ve-Compulsieve Persoonlijkheidsstoornis' werd ervaren als te ingewikkeld en werd ten onrechte geassocieerd met de Obsessieve-Compulsieve Stoornis, daarom werd die veranderd in 'Dwangmatige Persoonlijkheidsstoornis' (APA/NVvP, 2014, p. 45).

De Persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven uit de DSM-IV-TR is in de DSM-5 vervangen door het onderdeel 'Andere Persoonlijkheidsstoornissen' en bestaat nu uit drie delen: 1) Persoonlijkheidsverandering door een Somatische Aandoening, 2) Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis en 3) Ongespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis. De eerste categorie (Persoonlijkheidsverandering door een Somatische Aandoening) is een nieuwe categorie, met niet minder dan acht subtypes (labiel, ontremd, agressief, apathisch, paranoïde, ander, gecombineerd of ongespecificeerd type). Bijvoorbeeld: een persoonlijkheidsverandering door epilepsie van de temporaalkwab kan hierin worden ondergebracht. De tweede categorie (Andere Gespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis) wordt gebruikt in situaties waarin de clinicus wenst te beschrijven waarom het klinisch beeld niet voldoet aan de criteria van een van de tien beschikbare persoonlijkheidsstoornissen. De derde categorie (Ongespecificeerde Persoonlijkheidsstoornis) dient gebruikt te worden wanneer de clinicus nog geen specifieke persoonlijkheidsstoornis wenst te diagnosticeren, omdat er bijvoorbeeld onvoldoende informatie beschikbaar is. Dat maakt dat naast de tien bekende stoornissen nu ook de categorie 'Niet Anders Omschreven' duidelijker opgedeeld wordt in verschillende types.

Sectie III

De algemene criteria voor een persoonlijkheidsstoornis volgens het DSM-5 Sectie III-model bevatten een belangrijke vernieuwing ten opzichte van de DSM-IV-TR. Zo wordt criterium A uit het oude model nu opgesplitst in twee criteria (A en B), waarvan het eerste (criterium A) persoonlijkheidspathologie omschrijft in termen van generieke disfuncties in 'Zelf' en 'Interpersoonlijk functioneren', en het tweede (criterium B) hieraan een stilistische expressie geeft via de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken. Zowel criterium A als criterium B wordt daarbij dimensioneel opgevat, een belangrijke wijziging ten opzichte van het vroegere louter categoriale perspectief op persoonlijkheidsstoornissen. De positionering van de patiënt op die twee dimensionele criteria kan daarbij nog steeds aanleiding geven tot het stellen van een categoriale diagnose van een persoonlijkheidsstoornis. Zo behoudt Sectie III zes van de oorspronkelijke tien constructen, met name de Antisociale, de Vermijdende, de Borderline, de Narcistische, de Dwangmatige en de Schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Het gaat hier dus om een hybride model: wanneer geen van die zes categorieën van toepassing is, wordt de persoonlijkheidspathologie als een 'Trait Specified Personality Disorder' geclassificeerd, en die wordt met behulp van de criterium A- en B-dimensies verder gepreciseerd. Zo zou een prototypische Histrionische Persoonlijkheidsstoornis uit Sectie II (de Theatrale Persoonlijkheidsstoornis in de DSM-IV-TR) zich bijvoorbeeld laten typeren via matige beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren, met verhoogde scores op de dimensies Aandacht Zoeken, Manipulatief Gedrag en Emotionele Labiliteit (Anderson, Snider, Sellbom, Krueger, & Hopwood, 2014; Skodol et al., 2011).

De overige algemene criteria (C tot F) van het Sectie III-model komen grotendeels overeen met die van het Sectie II-model, met als belangrijk verschil dat de vereiste situationele en

temporele stabiliteit nu als ‘relatief’ wordt benoemd en de ‘last’-inhoud van het oude criterium C nu opgenomen is in criterium A. Een extra toevoeging ten opzichte van het Sectie II-model is de aandacht voor de ontwikkelingsfase in het algemeen criterium G: “De beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en de uitingen van de persoonlijkheidstrekken van de betrokkene kunnen niet beter worden begrepen als normaal voor de ontwikkelingsfase of de sociaal-culturele achtergrond van de betrokkene”. In wat volgt, focussen we op criteria A en B, de werkelijk nieuwe elementen van het Sectie III-model.

Criterium A: ernsttaxatie

Een ernsttaxatie brengt in kaart in welke mate een bepaalde persoonlijkheidsconstellatie disfunctioneel is. Waar criterium B zich uitspreekt over de manier waarop iemands persoonlijkheid kan worden gekenmerkt, spreekt criterium A zich uit over hoeveel beperkingen hiermee samengaan. Of, om met de humoristisch bedoelde woorden van McWilliams (2011) te spreken, gaat het in criterium A over ‘how nuts?’ en in criterium B over ‘nuts in what particular way?’ (p. 44). De indrukvaliditeit van zo’n onderscheid wordt mooi geïllustreerd in het voorbeeld dat Millon (2011) presenteert van een ‘normale antisociale persoonlijkheid’. Millon schetst daarbij het beeld van een non-conformistische avonturier die grenzen uitdaagt, risico’s neemt, geen angst kent en ontdekkingen als de grootste beloning ervaart, maar die deze eigenschappen als talenten op een sociaal geaccepteerde manier kan inzetten en, waar nodig in samenwerking met anderen, uitzonderlijke langetermijndoelen kan bereiken – Millon noemt daarbij astronaut John Glenn en andere testpiloten als mogelijke voorbeelden. Een ander illustratief voorbeeld is de ‘normale paranoïde persoonlijkheid’, door McWilliams (2011) exemplarisch geïllustreerd als een qua persoonlijkheidsstructuur intacte, alerte en doelbewuste politicus die een neus heeft voor verdoken complotten (p. 215).

De DSM-5-ernsttaxatie (criterium A) beoordeelt de patiënt in termen van Zelf en Interpersoonlijk Functioneren.

Het begrip ‘Zelf’ staat voor *Identiteit* en voor *Zelfsturing*. *Identiteit* wordt gedefinieerd als de mate waarin men zichzelf ervaart als uniek, duidelijk begrensd tegenover anderen, met een stabiel gevoel van eigenwaarde, een gepast zelfbeeld en een vermogen om een palet aan emoties te ervaren en te reguleren. *Zelfsturing* staat hierbij voor de mate waarin samenhangende en betekenisvolle doelen op korte en langere termijn kunnen worden nagestreefd via constructieve en prosociale persoonlijke maatstaven.

Het begrip ‘Interpersoonlijk’ staat voor *Empathie* en voor *Intimiteit*. *Empathie* wordt omschreven als de mate waarin begrip en waardering voor andermans ervaringen en drijfveren kunnen worden opgebracht, verschillende gezichtspunten kunnen worden getolereerd en inzicht mogelijk is in het effect van het eigen gedrag op anderen. *Intimiteit* staat hierbij voor de mate waarin diepe en duurzame positieve verbondenheid met anderen mogelijk is, de wens en het vermogen tot intimiteit, en wederkerig en respectvol interpersoonlijk gedrag.

Om de patiënt te kunnen inschatten op criterium A wordt gebruik gemaakt van een beoordelingscontinuüm: de ‘Niveaus van Persoonlijkheidsfunctioneren Schaal’ (NPFS). Niveau 0, aan het gezonde uiteinde van het spectrum, staat voor geen of minimale beperkingen; Niveau 4, aan het meest pathologische uiteinde van het spectrum, staat voor extreme beper-

kingen. Om een persoonlijkheidsstoornis in het DSM-5 Sectie III-model te diagnosticeren, moet er minstens sprake zijn van matige beperkingen (Niveau 2).

Criterion B: een dimensioneel in plaats van louter categoriaal perspectief op persoonlijkheidsstoornissen

Uit heel wat onderzoek is gebleken dat een categoriale manier van kijken naar persoonlijkheidsstoornissen heel wat tekortkomingen heeft. Onder andere vertoont de DSM-IV-TR-indeling te veel variantie binnen de categoriale stoornissen en is er te veel overlap tussen de gehanteerde categorieën (Ryder, Costa, & Bagby, 2007). In empirisch onderzoek blijkt een dimensioneel model ook stelselmatig superieur te zijn aan een categoriaal model: persoonlijkheidstrekken die enkel bij één categoriale persoonlijkheidsstoornis voorkomen, worden in onderzoek niet teruggevonden; er kan geen evidentie worden aangedragen voor het bestaan van discontinuïteiten in de distributie van persoonlijkheidstrekken; de factorstructuur van persoonlijkheidstrekken in klinische groepen is in hoge mate gelijkaardig aan die in niet-klinische groepen; de latente structuur van dimensionele modellen doet de werkelijkheid meer recht dan die van categoriale modellen; de test-hertestbetrouwbaarheid van dimensionele modellen is beter dan die van categoriale (zie bijvoorbeeld Livesley, 2003; Livesley, Schroeder, Jackson, & Jang, 1994; Trull & Durrett, 2005; Widiger & Mullins-Sweatt, 2005). Onder andere omdat de bestaande dimensionele modellen en instrumenten al auteursrechtelijk beschermd waren, en om een overkoepelend systeem te kunnen construeren, nam de DSM-5-werkgroep zich voor een geheel nieuw model uit te bouwen.

Dat nieuwe dimensionele model (criterium B) taxeert de patiënt met behulp van 25 facetten of trekken, die clusteren in vijf brede domeinen. Die domeinen vormen de pathologische varianten van het bekende vijffactorenmodel (Costa & McCrae, 1992) (zie tabel 1).

[T a b e l 1] Hogere-ordedomeneinen van de PID-5 als pathologische varianten van het Vijf Factoren Model.

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
NEO-PI	Neuroticisme	Extraversie	Altruïsme	Consciëntieusheid	Openheid
PID-5	Negatieve Affectiviteit	Afstandelijkheid	Antagonisme	Ongeremdheid	Psychoticisme

NEO-PI = NEO Personality Inventory; PID-5 = Personality Inventory for DSM-5.

De ‘Personality Inventory for DSM-5’ (PID-5; Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012), een zelfrapportagevragenlijst ontwikkeld in de schoot van de DSM-5-werkgroep, is ontworpen voor de operationalisatie van criterium B. Internationaal onderzoek laat positieve resultaten zien voor de factorstructuur, betrouwbaarheid en convergente validiteit van de PID-5 (zie bijvoorbeeld Fossati, Krueger, Markon, Borroni, & Maffei, 2013). Bijzonder interessant is de publicatie van Wright et al. (2012), die in een steekproef van Amerikaanse studenten niet alleen de originele factorstructuur van de PID-5 kon bevestigen, maar die ook kon positioneren binnen de bekende een-, twee-, drie-, vier- dan wel vijffactorenmodellen – respectievelijk: een model bestaande uit één algemene dimensie persoonlijkheidspatholo-

gie; een model opgebouwd uit een Internalisatie- en een Externalisatie-dimensie; een driefactorenmodel waarbij de Internalisatie-dimensie opgesplitst wordt in een dimensie Afstandelijkheid en een dimensie Negatief Affect; een vierfactorenmodel waarbij, voortbouwend op het voorgaande, de Externalisatie-dimensie op haar beurt opgesplitst wordt in een dimensie Antagonisme en een dimensie Ongeremdheid; en een model met naast de vier genoemde dimensies een vijfde dimensie: Psychoticisme (Krueger & Markon, 2014; voor een overzicht zie Eurelings-Bontekoe, Verheul, & Snellen, 2009; Widiger & Simonsen, 2005). Eveneens bijzonder interessant zijn de studies van Anderson et al. (2013), Hopwood, Thomas, Markon, Wright en Krueger (2012), en Samuel, Hopwood, Krueger, Thomas en Ruggero (2013), die de relatie onderzochten tussen het categoriale DSM-IV-persoonlijkheidsmodel en het DSM-5 Sectie III-persoonlijkheidsmodel.

De PID-5 werd oorspronkelijk in het Nederlands vertaald door De Clercq en collega's. De factorstructuur, betrouwbaarheid en convergente validiteit van deze Nederlandstalige versie werden onderzocht en bevestigd in een steekproef van universiteitsstudenten (De Fruyt et al., 2013) en in een steekproef van volwassen psychiatrische patiënten (Bastiaens et al., 2015). Onderzoek in een steekproef representatief voor de algemene Vlaamse bevolking loopt nog. Ook binnen de Vlaamse ouderen- en de jongerenpopulatie is valideringsonderzoek volop bezig (De Clercq et al., 2014; Van den Broeck, Bastiaansen, Rossi, Dierckx, & De Clercq, 2013a; Van den Broeck et al., 2013b). De PID-5 positioneert de patiënt op elk van de vijf domeinen en elk van de 25 facetschalen.

Bedenkingen en toekomstige ontwikkelingen

Het basisidee van een DSM-5 Sectie III *dimensioneel* persoonlijkheidsmodel is lovenswaardig, maar uiteraard niet nieuw voor psychologen. Zij hebben altijd al met dimensionele persoonlijkheidsparadigma's gewerkt (Ruissen, 2014).

In verband met de inherente beperkingen van persoonlijkheidsonderzoek via zelfrapportage is, ter nadere operationalisatie van criterium B, de komst van een 'Informantenversie' van de PID-5 toe te juichen. De psychometrische eigenschappen van die PID-5-*Informantenversie* werden al onderzocht in twee Amerikaanse bevolkingssteekproeven en één Canadese poliklinische groep (Markon, Quilty, Bagby, & Krueger, 2013). Testuitgeverij Boom maakte recent een voor Nederland geschikte versie van zowel de PID-5-zelfrapportagevragenlijst als de PID-5-informantenvragenlijst online toegankelijk (<http://www.dsm-5-nl.org/documenten/artikel/29/DSM-5-Persoonlijkheidsvragenlijst-PID-5>). Publicaties over de validering van de Nederlandse Informantenversie zijn echter momenteel nog niet beschikbaar, wat de klinische toepassing ervan onzes inziens nog voorbarig maakt. Overigens dient de PID-5 te worden beschouwd als één, maar zeker niet de enig mogelijke operationalisatie van criterium B. Zo verscheen recent nog een addendum bij de handleiding van de 'Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire' (DAPP-BQ; Livesley & Jackson, 2009; Nederlandse vertaling: Van Kampen & De Beurs, 2009), dat de clinicus in staat moet stellen een brug te slaan tussen DAPP-BQ-schaalscores en respectievelijk 1) de in DSM-5 Sectie II opgenomen categoriale persoonlijkheidsstoornissen, 2) de in DSM-5 Sectie III opgenomen persoonlijkheidstrekken en 3) de in DSM-5 Sectie III opgenomen zes

categoriale persoonlijkheidsstoornissen (Van Kampen & De Beurs, 2015). Het is te betreuren dat het addendum geen referenties bevat aan de onderzoeken waarop men zich heeft gebaseerd.

Ook de verdere operationalisatie van criterium A lijkt ons van belang. De NPFS is in de DSM-5 een schaal die enkel een aantal niveaus van persoonlijkheidsfunctioneren beschrijft waaruit de hulpverlener op basis van zijn klinische inschatting een keuze moet maken. De begrippen die deze niveaus bepalen, zijn abstracte concepten en zijn als dusdanig niet eenvoudig te beoordelen. Bemoedigend in dat verband zijn de bevindingen van Zimmerman et al. (2014), die aantoonde dat de ‘Level of Personality Functioning Scale’ (waarvan de NPFS de Nederlandse vertaling is) relatief betrouwbaar kon worden gehanteerd, zelfs door hierin ongetrainde studenten die bovendien geen enkele klinische ervaring hadden. Morey et al. (2011) en, in het Nederlandse taalgebied, Verheul et al. (2008) en Berghuis, Kamphuis en Verheul (2012) verrichtten al interessant werk ten behoeve van de constructie van beter onderbouwde meetinstrumenten om de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren in te schatten. Een voorbeeld van een meting via zelfrapportage is de ‘Severity Indices of Personality Problems’ (SIPP-118; Berghuis et al., 2012), vrij verkrijgbaar via de website http://www.deviersprong.nl/files/Paginas/SIPP-118_DEF_19-11-04_.pdf. Een voorbeeld van een meting via een gestructureerd interview is het ‘Semi-Structured Interview for Personality Functioning’ (STiP-5; Hutsebaut, 2014), waarvan de nieuwe versie (STiP-5.1) eveneens gratis beschikbaar is via de website <http://www.kenniscentrump.nl/stip-5>. Inhoudelijk lijkt het DSM-5 Sectie III criterium A schatplichtig aan Kernbergs structuurdiagnoses (Kernberg, 1970; 1984): kort door de bocht geformuleerd, vertoont Niveau 1 parallellen met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie, Niveau 2 en Niveau 3 met een (respectievelijk high en low level) borderline persoonlijkheidsorganisatie, en Niveau 4 met een psychotische persoonlijkheidsorganisatie.

Er zijn heel wat bedenkingen gemaakt bij de beslissing om in sectie III, naast het dimensionele model, (uiteindelijk) zes van de tien categoriale persoonlijkheidsstoornissen op te nemen. Zo wordt bijvoorbeeld de epidemiologische evidentie die de DSM-5-werkgroep hiervoor heeft aangedragen, door Blashfield en Reynolds (2012) in vraag gesteld. Het gebrek aan empirisch bewijs voor de onderbouwing van standpunten en de wijze waarop beslissingen werden genomen, hebben er ook toe geleid dat twee leden (Livesley en Verheul) zich uit de DSM-5-werkgroep hebben teruggetrokken (Frances, 2012). Lenzenweger (2012) stelt dan weer dat de argumenten die Blashfield en Reynolds (2012) gebruiken om hun stelling te onderbouwen, ontoereikend zijn. Andere standpunten en bedenkingen zijn terug te vinden in een themanummer van het *Journal of Personality Disorders* (zie bijvoorbeeld Lilienfeld, Watts, & Smith, 2012; Millon, 2012; Tyrer, 2012).

Niettegenstaande dit alles lijkt het dimensionele Sectie III-model ons een stap in de goede richting. Een combinatie van dimensionele persoonlijkheidstrekken laat de clinicus toe de $n = 1$ -werkelijkheid, die steeds complexer is dan het gehanteerde model, nauwkeuriger te benaderen dan een categoriale DSM-IV-persoonlijkheidsdiagnose toelaat. Onderzoeksmatig komt een dimensionele benadering ook op groepsniveau tegemoet aan het probleem van de grote heterogeniteit binnen categoriale persoonlijkheidsdiagnoses, waardoor het mogelijk

wordt de samenstelling van proefgroepen te verfijnen en specifieke verbanden nauwkeuriger in kaart te brengen. Een interessante en conceptueel belangrijke toekomstige onderzoekslijn gesuggereerd door zowel Krueger en Markon (2014) als Zimmerman et al. (2014), betreft de wijze waarop criterium A en criterium B met elkaar zijn verweven. Hierover bestaan verschillende ideeën (zie bijvoorbeeld McWilliams, 1994; 2011; Millon, 2011; Tyrer, 2005). Bijzonder interessant in dit verband is het onderzoek van Bastiaansen, De Fruyt, Rossi, Schotte en Hofmans (2013), die op operationeel niveau een sterke relatie vinden tussen Criterium A gemeten met de SIPP-118 en Criterium B gemeten met de DAPP-BQ. Tevens dragen die auteurs belangwekkende argumenten aan om het 'Zelf'-gedeelte en het 'Interpersoonlijk Functioneren'-gedeelte van Criterium A apart te beoordelen, als alternatief voor het huidige enkelvoudige continuüm.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Auteur.
- American Psychiatric Association /Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*. Amsterdam: Boom.
- Anderson, J.L., Sellbom, M., Bagby, R.M., Quilty, L.C., Veltri, C.O.C., Markon, K.E., & Krueger, R.F. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for Assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment*, 20, 286-294. doi:10.1177/107319112471141
- Anderson, J., Snider, S., Sellbom, M., Krueger, R., & Hopwood, C. (2014). A comparison of the DSM-5 section II and section III personality disorder structures. *Psychiatry Research*, 216, 363-372.
- Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: Structural and conceptual issues. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4, 293-303.
- Bastiaens, T., Claes, L., Smits, D., De Clercq, B., De Fruyt, F., Rossi, G., ... De Hert, M. (2015). The construct validity of the Dutch Personality Inventory for DSM-5 Personality Disorders (PID-5) in a clinical sample. *Assessment*. Advance online publication. doi: 10.1177/1073191115575069
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: Differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal of Personality Disorders*, 26, 704-716. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.704
- Blashfield, R.K., & Reynolds, S.M. (2012). An invisible college view of the DSM-5 personality disorder classification. *Journal of Personality Disorders*, 26, 821-829.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., De Bolle, M., Van Hiel, A., Markon, K.E., & Krueger, R.F. (2014). The hierarchical structure and construct validity of the PID-5 trait measure in adolescence. *Journal of Personality*, 82, 158-169.
- De Clercq, B., De Fruyt, F., & Widiger, T.A. (2009). Integrating a developmental perspective in dimensional models of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 29, 154-162.

- De Fruyt, F., De Clercq, B., De Bolle, M., Wille, B., Markon, K., & Krueger, R.F. (2013). General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. *Assessment*, 20, 295-307. doi:10.1177/1073191113475808
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., & Snellen, W. (Red.). (2009). *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fossati, A., Krueger, R.F., Markon, K.E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults. *Assessment*, 20, 689-708. doi:10.1177/1073191113504984
- Frances, A.J. (2012). Two who resigned from DSM-5 explain why: They spell out the defects in the personality section. In *DSM-5 in distress*. Geraadpleegd op 29 september 2015 via <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201207/two-who-resigned-dsm-5-explain-why>
- Hopwood, C.J., Thomas, K.M., Markon, K.E., Wright, A.G.C., & Krueger, R.F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 424-432. doi:10.1037/a0026656
- Hutsebaut, J. (2014). Nieuw diagnostisch instrument: STiP-5. Semi-Structured Interview for Personality Functioning. Geraadpleegd op 30 september 2015 via http://www.kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/nieuw_diagnostisch_instrument_stip.pdf
- Kernberg, O. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 16, 800-822.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- 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. doi:10.1017/S0033291711002674
- Krueger, R.F., & Markon, K.E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 477-501.
- Lenzenweger, M.F. (2012). Facts, artifacts, mythofacts, invisible colleges, illusory colleges: The perils of publication segmentation, citation preference, and megamultiple authorship: A commentary on Blashfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorders*, 26, 841-847.
- Lilienfeld, S.O., Watts, A.L., & Smith, S.F. (2012). The DSM revision as a social psychological process: A commentary on Blashfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorders*, 26, 830-834.
- Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in the classification of personality disorder. In K. Phillips, M. First, & H.Z. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-189). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Livesley, W.J., & Jackson, D.N. (2009). *Manual for the Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*. Port Huron, MI: Sigma Press.
- Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N., & Jang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17.
- Markon, K.E., Quilty, L., Bagby, R.M., & Krueger, R.F. (2013). Development and psychometric properties of an Informant-Report Form of the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5). *Assessment*, 20, 370-383.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis*. New York, NY: The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Millon, T. (2011). *Disorders of Personality* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

- Millon, T. (2012). How did we get into this incoherent DSM PD mess and where do we go from here? A commentary on Blashfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorders*, 26, 838-840.
- Morey, L.C., Berghuis, H., Bender, D.S., Verheul, R., Krueger, R.F., & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93, 347-353.
- Ruissen, A.M. (2014). Diagnostiek en classificatie scheiden in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 523-530.
- Ryder, A.G., Costa, P.T., & Bagby, M. (2007). Evaluation of the SCID II personality disorder traits for DSM-IV: Coherence, discrimination, relations with general personality traits, and functional impairment. *Journal of Personality Disorders*, 21, 626-637.
- Samuel, D.B., Hopwood, C.J., Krueger, R.F., Thomas, K.M., & Ruggero, C.J. (2013). Comparing methods for scoring personality disorder types using maladaptive traits in DSM-5. *Assessment*, 20, 353-361. doi:10.1177/1073191113486182.
- Skodol, A.E., Bender, D.S., Morey, L.C., Clark, L., Oldham, J.M., Alarcon, R.D., & Siever, L.J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25, 136-169.
- Tackett, J.L. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26, 584-599.
- Trull, T., & Durrett, C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Tyrer, P. (2005). The problem of severity in the classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19, 309-3014.
- Tyrer, P. (2012). The behavior of academics under stress: A commentary on Blashfield and Reynolds. *Journal of Personality Disorders*, 26, 835-837.
- Van Amelsvoort, T.A.M.J., Van Den Eede, F., Goethals, K., Van Marle, H.J.C., & Beekman, A.-J. (2014). Structurele wijzigingen in de DSM-5: begin van een hervorming? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 152-156.
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., & De Clercq, B. (2013a). Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS analysis of the PID-5. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35, 487-494. doi: 10.1007/s10862-013-9364-3
- Van den Broeck, J., Bastiaansen, L., Rossi, G., Dierckx, E., De Clercq, B., & Hofmans, J. (2013b). Hierarchical structure of maladaptive personality traits in older adults: Joint factor analysis of the PID-5 and the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders*, 28, 198-211. doi:10.1521/pedi_2013_27_114
- Van Kampen, D., & De Beurs, E. (2009). *DAPP-BQ Handleiding*. Amsterdam: Hogrefe.
- Van Kampen, D., & De Beurs, E. (2015). *DAPP-BQ inclusief DAPP Screening: DSM-5 update*. Amsterdam: Hogrefe.
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Van Busschbach, J.J., Van der Kroft, P.J. A., ... Fonnagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, factor structure, reliability, and validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.
- Widiger, T.A., & Mullins-Sweatt, S.N. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorders. In J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 35-53). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Widiger, T.A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19, 110-130.
- Wright, A.G.C., Thomas, K.M., Hopwood, C.J., Markon, K.E., Pincus, A.L., & Krueger, R.F. (2012). The hierarchical structure of DSM-5 pathological personality traits. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 951-957. doi:10.1037/a0027669

Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D.S., Skodol, A., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: A pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment*, 96, 397-409.

Summary

The Dutch version of the fifth edition of the ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’ (DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) was published in April 2014 by Boom Test Publishers (APA /Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVvP], 2014) and consists of two chapters on personality disorders (Section II/Section III). The current contribution discusses the most salient changes in the classification of personality disorders in comparison to the DSM-IV-TR conceptualization (APA, 2000). Future developments in the (inter)national literature are also briefly discussed.

Personalia

Tim Bastiaens is klinisch psycholoog, gedragstherapeut en hoofd van het Expertisecentrum Klinische Psychodiagnostiek van het UPC Z.ORG KU Leuven, Campus Kortenberg.

E-mail: tim.bastiaens@upckuleuven.be

Prof. dr. Laurence Claes is klinisch psycholoog, gedragstherapeut en hoogleraar aan de KU Leuven, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en aan de Universiteit Antwerpen, faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen.

Dr. Dirk Smits is klinisch psycholoog en directeur onderzoek en projectbeheer aan de hogeschool Odisee, Associatie KU Leuven, en is als praktijkonderzoeker verbonden aan de onderzoekseenheid Klinische Psychologie van de KU Leuven.

Prof. dr. Marc De Hert is psychiater, hoofdgeneesheer van het UPC KU Leuven, Campus Kortenberg en is verbonden aan het departement Neurowetenschappen van de KU Leuven.