

# Weg met het concept persoonlijkheidsstoornis

Van symptoom via context naar functiediagnostiek\*

**Persoonlijkheidsstoornissen zijn contextgebonden: er mankeert iets aan de manier waarop iemand zich verhoudt tot zijn omgeving. Daarover moet het gaan in diagnostiek en behandeling.**

Het begrip ‘persoonlijkheid’ suggereert dat het gedrag van een individu consistent is, onafhankelijk van tijd en plaats. In verschillende omstandigheden zal de persoonlijkheid op eenzelfde wijze tot uiting komen. Deze aanname komt tegemoet aan onze psychologische behoefte aan voorspelbaarheid van het gedrag van mensen. Maar klopt het dat een individu onafhankelijk van de context hetzelfde gedrag vertoont?

In de psychologie wordt al decennialang gediscussieerd over de vraag of het gedrag van een individu in verschillende situaties consistent is (Mischel e.a., 2003). Aan de ene kant staan McCrae & Costa, de auteurs van de zeer invloedrijke persoonlijkheidsleer van de *Big Five: extraversion, neuroticism, conscientiousness, agreeableness, openness to experience* (1999). Deze fundamentele persoonlijkheidstrekken (oftewel *traits*) zijn volgens hen onafhankelijk van omgevingsinvloeden. Aan de andere kant staan de ‘contextualisten’. Volgens hen overschatten *trait*-adepten de consistentie van het gedrag van een individu in uiteenlopende situaties, doordat ze kijken naar gemiddelden (Mischel & Shoda, 1999). Als het gedragspatroon ‘het helpen van anderen’, bijvoorbeeld, wordt onderzocht in tien situaties, dan is het heel goed mogelijk dat proefpersoon A gemiddeld hoger scoort dan proefpersoon B, terwijl B in enkele situaties juist meer helpend gedrag vertoont dan A. Volgens Mischel en Shoda wordt het gedrag van een individu juist sterk bepaald door de interactie met een specifieke context.

De consistentie van het gedrag wordt bepaald door ‘als... dan’-patronen. Als iemand op zijn werk is, dan vertoont hij bijvoorbeeld steeds helpend gedrag, maar niet als hij in een informele situatie verkeert. Anders gezegd: gedrag dient steeds beschouwd te worden in de context waarin het plaatsvindt. De wijze waarop een individu reageert op een situatie, wordt bepaald door zijn of haar doelen, en deze worden op hun beurt bepaald door waarden en motieven (Shoda & Smith, 2004). Deze factoren maken inzichtelijk waarom een individu bepaald gedrag vertoont.

### Empirisch onderzoek naar de temporele stabiliteit van gedrag

Wie hebben er nu gelijk: de contextualisten (gedrag wordt vooral bepaald door de context), of de *trait*-adepten (gedrag wordt bepaald door persoonlijkheidstrekken)? In empirisch onderzoek naar de consistentie van gedrag gebruikt men het begrip ‘stabiliteitscoëfficiënten’, een maat voor de test-hertest correlatie. Als iemand twee keer eenzelfde test doet, en de tweede keer precies hetzelfde gedrag vertoont als de eerste keer, bedraagt deze coëfficiënt 1,0; wanneer er geen enkele overeenstemming is, bedraagt ze 0,0. Een coëfficiënt van 0 - 0.25 noemt men ‘klein’, van .26 - .50 ‘laag’, van .51 - .70 ‘matig’, van .71 - .90 ‘hoog’ en van .90 of meer ‘zeer hoog’ (Cohen, 1987).

Roberts en DelVecchio (2000) en Fraley en Roberts (2005) verrichtten twee grote meta-analyses naar de temporele stabiliteit van gedrag. Daarin analyseerden ze 124 studies, met in totaal ruim vijftigduizend proefpersonen. Ze gingen na in welke mate de scores van die proefpersonen bij een eerste meting – op achttienjarige leeftijd – overeenstemden met die op latere leeftijd. Wat de persoonlijkheidstrek ‘neuroticisme’ betreft, stelden ze vast dat die overeenstemming gering was: als de proefpersonen achttien jaar oud waren geweest bij de eerste meting en 23 jaar oud bij de tweede meting (T2), bedroeg de stabiliteitscoëfficiënt gemiddeld 0,74 (en dat is ‘hoog’) maar als die tweede meting had plaatsgevonden op 27-jarige leeftijd bedroeg ze slechts 0,41 (‘laag’) en als ze had plaatsgevonden op dertigjarige leeftijd zelfs maar 0,24 (‘klein’). Opmerkelijk genoeg was de gemiddelde stabiliteitscoëfficiënt ook lager als de tweede meting *korter* na de eerste had plaatsgevonden; de correlatie tussen de neuroticismescores op achttien- en negentienjarige leeftijd, bijvoorbeeld, bedroeg 0,63 (‘matig’) (Roberts & DelVecchio, 2000; Fraley & Roberts, 2005).

De temporele stabiliteit van deze persoonlijkheidstrek is dus geringer dan op grond van de *Big Five*-theorie verwacht mag worden. Fraley & Roberts (2005) concluderen dat neuroticisme redelijk stabiel is over relatief korte intervallen maar dat deze persoonlijkheidstrek in de loop van de tijd steeds

minder stabiel wordt, met een 'plateauwaarde' van 0,20 à 0,30. De resultaten bij de andere persoonlijkheidstrekken van de *Big Five* zijn gelijksoortig (Caspi e.a., 2005).

De stabiliteitscoëfficiënten voor neuroticisme zijn hoger wanneer het tijdsinterval tussen de eerste en de tweede meting korter is. Bij een interval van gemiddeld 6,7 jaar worden per leeftijdsgroep de volgende coëfficiënten gevonden (Roberts & DelVecchio, 2000):

487

Tabel Relatie leeftijd en stabiliteit			
Leeftijd	Coëfficiënt	95% -CI*	Aantal studies
18-21	0,51	0,50-0,52	45
22-29	0,57	0,54-0,60	10
30-39	0,62	0,56-0,68	8
40-49	0,59	0,55-0,63	11
50-59	0,75	0,69-0,81	4
60-73	0,72	0,67-0,77	6

\* =Betrouwbaarheidsinterval

Alleen in de leeftijdsklassen boven de vijftig jaar blijkt er sprake van een hoge temporele correlatie van gedrag. Bovendien moeten we bedenken dat dit 'rangorde-coëfficiënten' zijn: ze geven aan of de mate waarin een individu *in vergelijking met andere leden van zijn of haar groep* bepaalde trekken vertoont, gelijk is gebleven. Dat is iets anders dan de mate waarin hij of zij *in vergelijking met vroeger* bepaalde trekken vertoont. Van belang is ook dat de hier gemeten persoonlijkheidstrekken betrekking hebben op brede gedragsdimensies. 'Neuroticisme', bijvoorbeeld, omvat zowel angstig gedrag als stressgevoeligheid. Zulke samengestelde, globale begrippen zijn waarschijnlijk stabielier dan specifiek gedrag.

De stabiliteit van persoonlijkheidstrekken is dus minder hoog dan *trait*-aanhangers suggereren, en dit geldt waarschijnlijk *a fortiori* voor specifiek gedrag. Als het begrip 'persoonlijkheid' valt, nestelt de notie van constantheid van gedrag zich in ons denken, en dreigen we voorbij te zien aan de invloed van de context.

## Weg met het concept 'persoonlijkheidsstoornissen'

Tot nu toe ging het over de stabiliteit van het begrip persoonlijkheid, maar niet over die van persoonlijkheidsstoornissen (PS). Volgens de ontwerpers van de DSM-III (die deze stoornissen plaatsten op as II) onderscheiden mensen met PS zich door starre gedragspatronen, die ze vertonen op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties: telkens vertonen ze hetzelfde disfunctionele gedrag.

Het heeft even geduurd voor er ook adequaat onderzoek werd gedaan naar die vermeende temporele stabiliteit van PS. Toen zulk onderzoek er eenmaal was, bleek deze stabiliteit niet erg hoog (Tyrer e.a., 2007). Shea e.a. (2002) stelden vast dat na één jaar de meeste patiënten niet meer voldeden aan de criteria van de specifieke PS die aanvankelijk was gediagnosticeerd:

Persoonlijkheidsstoornis	Zelfde diagnose na een jaar
Schizotypische PS (n=82)	34 %
Borderline PS (n=158)	41 %
Vermijdende PS (n=147)	56%
Obsessief-compulsieve PS (n=146)	42%

Dit kan natuurlijk te danken zijn aan een effectieve behandeling, maar Shea e.a. stelden vast dat de patiënten die de meeste therapie kregen, minder veranderd waren dan patiënten die minder behandeling hadden gekregen.

Of patiënten voldoen aan de criteria voor een PS is één ding; een ander is de vraag hoe ze functioneren. Skodol e.a. (2005) onderzochten hoe patiënten zich in dat opzicht – werk, huishoudelijke activiteiten, vrije tijd, interpersoonlijk functioneren (ouders, partner, vrienden, kinderen) en de GAF-score – in de loop van twee jaar hadden ontwikkeld. Ze stelden vast dat patiënten met een PS wat dit sociaal functioneren betreft nauwelijks waren veranderd. Patiënten met een depressieve stoornis zonder PS waren er in dit opzicht wel op vooruitgegaan.

McGlashan e.a. (2005) onderzochten in dezelfde onderzoekspopulatie aan welke criteria van een PS patiënten als eerste niet meer voldeden. Het snelst bleek symptomatisch gedrag, zoals automutilatie en suïcidaal gedrag, te zijn verdwenen; het langst bleven abstractere geformuleerde kenmerken als 'perfectionisme' of 'gevoelens van onzekerheid'. Ook zij stelden dus vast dat de temporele stabiliteit van specifiek gedrag geringer is dan die van globale persoonlijkheidskenmerken. Maar de DSM-criteria voor de diverse persoonlijkheidsstoornissen zijn nu juist combinaties van symptomatisch

gedrag en globale *traits* (Tyrer e.a., 2007). Behandelinterventies zijn niet gericht op globale gedragspatronen, maar juist op specifiek symptomatisch gedrag (Prins, 2007). En dat laatste wordt in hoge mate beïnvloed door de context.

Het begrip ‘persoonlijkheidsstoornis’ zet ons op het verkeerde been. Het suggereert dat er een stabiel gedragspatroon is, dat eigen is aan een persoon en losstaat van de context waarin deze functioneert. Maar het symptomatische gedrag waarop we onze interventies richten, is juist *niet* stabiel. Als we uitgaan van het begrip ‘persoonlijkheidsstoornis’, miskennen we de invloed van de context op problematisch gedrag, en laten we na deze systematisch te beïnvloeden (Hummelen & Rokx, 2007). Het concept persoonlijkheidsstoornis kunnen we daarom beter aan de kant schuiven.

Blijft er dan niets over? Jawel, want ook in structureel disfunctioneel gedrag kunnen we enkele globale dimensies onderscheiden die een zekere mate van temporele stabiliteit lijken te hebben (Widiger e.a., 2006). Zo formuleert Livesley (2001), op basis van uitgebreid factor-analytisch onderzoek, de volgende vier persoonlijkheidsdimensies: *dissocial, emotional dysregulation, inhibition* en *compulsivity*. Elk van deze dimensies omvat weer een aantal persoonlijkheidstrekken. In de klinische praktijk kunnen ze richting geven bij het vaststellen van de meest passende benadering.

Behandelinterventies dienen zoveel mogelijk te worden gebaseerd op een analyse van het disfunctioneel gedrag van de patiënt in de context van diens leefwereld. Hieronder beschrijf ik de mogelijkheden en beperkingen van een dergelijke analyse. Maar eerst ga ik in op de klinische consequenties van een contextuele benadering van persoonlijkheidsproblematiek.

## Implicaties van een contextuele benadering voor de klinische praktijk

### Diagnostiek

Als gedrag niet is los te zien van de context, heeft dit ook implicaties voor de diagnostiek. Deze voeren we vrijwel altijd uit in de vorm van een individueel gesprek met de patiënt. Daarin krijgen we echter maar een bepaald deel van de psychopathologie te zien. Voor de patiënt is een individueel *intake*-gesprek namelijk in zekere zin veilig terrein: de *intaker* stelt de vragen en hij of zij geeft antwoord. Die structuur helpt de patiënt om spanning in bedwang te houden en angstbeladen materiaal te verzwijgen. Daardoor kan de *intaker* soms essentiële psychopathologie missen (Hummelen, 1997).

In een kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen kwam het tot enkele jaren geleden in een aantal gevallen voor dat patiënten na de start van de klinische behandeling psychotisch desintegreerden. Bij de *intake* van deze patiënten was dit risico niet (of niet voldoende) onderkend. Om dat voortaan

te voorkomen, startten de behandelaars een diagnostisch programma van twaalf weken (een dag per week) in een groepssetting. Tijdens dit programma wordt bekeken hoe een patiënt functioneert in verschillende therapeutische contexten: groepstherapie gericht op probleemverheldering, sociotherapeutische training van maatschappelijk vaardigheden, cognitieve therapie en non-verbale therapie. Doordat het programma een groeps karakter draagt (met alle sociale interacties van dien) kunnen patiënten de situatie niet volledig onder controle krijgen. De ervaring met dit groepsdiagnostische programma leert dat tekenen van een eventuele psychotische decompensatie binnen enkele weken reeds zichtbaar worden. Uiteraard gaat men in zo'n geval over op een sterk gestructureerde aanpak en stopt de deelname aan het programma. Niet alleen psychotische kwetsbaarheid, maar ook subtiële autistische stoornissen komen in een groepssetting sneller aan het licht.

### **Generaliseerbaarheid van gedragsverandering**

Doordat ze uitgaan van het begrip 'persoonlijkheid', zijn behandelaars geneigd te denken dat gedragsveranderingen die in een therapie worden bewerkstelligd, gevolgen hebben voor het gedrag van de patiënt buiten of na afloop van de behandeling. Een behandel situatie is echter een andere context dan die waarin de patiënt normaliter leeft. Daardoor leidt gedragsverandering in een behandeling niet altijd tot veranderingen in het alledaagse functioneren van de patiënt. Zelf heb ik dat ervaren in een arbeidsreïntegratieprogramma voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek: de inzichten die patiënten gedurende de behandeling verwierven 'generaliseerden' niet naar veranderingen in de context van werkherhaving (Hummelen & Rokx, 2007). Met de patiënten bespraken we uitvoerig (mogelijke) problemen op hun (toekomstige) werk en we lieten hen oefenen door middel van rollenspel, maar ze bleven werkherhaving afhouden. Dat veranderde toen we voor elk individu *specifieke* rollenspelen gingen doen en instelden dat iedereen vrijwilligerswerk diende te gaan doen. Op die manier actualiseerden we voor iedere individuele patiënt een voor hem of haar specifieke context in de behandeling. Deze ervaring sluit aan bij reïntegratieprogramma's voor psychotische patiënten. *On-the-job* trainingen geven een driemaal zo groot effect (meer succesvolle plaatsingen) als een algemene training gevolgd door werkplaatsing (Twamley e.a., 2003).

Behandelaars moeten zich realiseren dat de behandelcontext een kunstmatige situatie is, die altijd op een zekere afstand staat van de leefwereld van de patiënt. Deze afstand is noodzakelijk om ruimte te geven aan het experimenteren met nieuwe gedragspatronen. Maar als ze te groot is, loop je het risico dat je niet de echte problemen behandelt maar de door de behandelcontext opgeroepen gedragsartefacten.

### Interventies op niveau van persoonlijkheid of context

Doordat ze overmatig gericht zijn op het beïnvloeden van de persoonlijkheid, verliezen behandelaars snel uit het oog dat het soms doeltreffender is om de context te veranderen waarin de patiënt functioneert. In de recente geschiedenis zagen we dit bij het overmatige belang dat gehecht werd aan de autonomie van de patiënt. Op de golven van de theorievorming door Margareth Mahler e.a. (1975) met haar concept van het separatie-individuatieproces, en gevoed door de ideologie van de jaren zeventig, werd autonomie het hoogste doel voor een patiënt. In de praktijk bleek echter dat sommige patiënten hier niet toe in staat waren, en dat het opdringen van autonomie juist meer angst opleverde – en meer psychopathologie. Soms is plaatsing in ‘beschermd wonen’ een betere interventie dan psychotherapie.

491

Andere voorbeelden van het veranderen van de context zijn: het vermijden van teamwerk bij een patiënt die slecht in staat is om zich af te grenzen van anderen, en het inrichten van een tuinhuisje voor een patiënt met schizotypische persoonlijkheidsproblematiek, die het gezinsleven niet verdraagt.

Het veranderen van de context in plaats van het interveniëren op het niveau van de persoonlijkheid, wordt soms aangeduid met de term *nidotherapy* (Tyrer, 2002). Dit komt van het Latijnse woord *nidus*, dat nest betekent; een natuurlijke behuizing, aangepast aan de eisen van het organisme.

### Waardenanalyse

Als we gedrag alleen op het niveau van de persoonlijkheid analyseren, doen we net alsof het een autonoom pathologisch proces is: er mankeert iets aan het vermogen tot mentaliseren of aan de cognitieve schema's, en als dat gefixt is, is het probleem verholpen. Maar gedrag wordt ook bepaald door wat iemand belangrijk vindt in zijn of haar leven en de keuzes die hij of zij daarin maakt. Waar is die existentiële dimensie gebleven in onze behandelingen? Dat ze daar heel praktisch in kan worden opgenomen, blijkt uit de ‘Acceptance and Commitment Therapy’ (ACT; Hayes e.a., 1999). In deze, vrij nieuwe, therapiestroming laten patiënten op een systematische manier weten hoeveel waarde ze hechten aan zaken als werk, relaties en ouderschap; de therapeutische interventies worden daarop gericht. De resultaten van ACT zijn hoopvol te noemen, vooral bij chronische problematiek (Wilson & Murrell, 2006).

## Funciediagnostiek

Problematisch gedrag dient dus geanalyseerd te worden in de context waarin het plaatsvindt. Het gaat steeds om de vraag hoe een individu zich aanpast aan die context. Gedrag dat in de ene situatie functioneel is, hoeft dat niet te zijn in een andere context. Mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben een beperkt adaptatievermogen. Diagnostiek moet zulke stoornissen in het adaptatievermogen in beeld brengen. De vraag is of dit bereikt kan worden door het onderzoeken van functies. Bij het onderzoek naar een functie brengt men een individu in een bepaalde context en meet men de prestaties op een uit te voeren taak. Wat zijn nu de actuele mogelijkheden voor zo'n functiediagnostiek? Hieronder bespreek ik enkele mogelijkheden voor functiediagnostiek, op de terreinen van neuropsychologie en *virtual reality*.

In de neuropsychologie zijn tests ontwikkeld voor het onderzoeken van allerlei functies. Maar wat is de 'ecologische' validiteit van zulke tests? Met andere woorden: wat zeggen de prestaties van een proefpersoon in een testconditie over zijn of haar functioneren in de 'echte' wereld? Dat verband met het dagelijks functioneren blijkt vaak zwak (Goldstein & McCue, 1995; Wilson e.a., 1985). De ecologische validiteit is hoger naarmate de eisen van een test meer lijken op de eisen die in het dagelijks leven worden gesteld (Sponer & Pachana, 2006).

Voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek is vooral behoefte aan tests die betrekking hebben op uitvoerende functies zoals plannen en organiseren. Zulke functies zijn van groot belang voor het zich aanpassen aan werk, sociale omgeving en maatschappij. Een dergelijke test is er al wel voor patiënten met een hersenbeschadiging: de 'Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome' (BADs; Wilson e.a., 1996). Daarin moet de proefpersoon bijvoorbeeld een strategie ontwikkelen voor het zoeken van verloren sleutels. Ook voor het diagnosticeren van mensen zonder neurologische beschadiging zou zo'n test van pas kunnen komen, maar daarvoor is de BADs nog niet sensitief genoeg.

Een van de problemen is dat bij persoonlijkheidsproblematiek de affectieve staat van de onderzochte persoon grote invloed kan hebben op de uitkomsten van de neuropsychologische test. Als patiënten bijvoorbeeld gespannen of gefrustreerd zijn, kunnen ze blijik geven van een hoge mate van impulsiviteit – en dat leidt tot heel andere uitkomsten dan wanneer ze rustig zijn. De 'ecologische validiteit' van een test hangt dus niet alleen af van de mate waarin de testtaken lijken op *real world* taken, maar ook van de affectieve toestand waarin deze taken worden uitgevoerd. Dit maakt de zaak er niet eenvoudiger op. Maar er is een nieuwe ontwikkeling die dit probleem wellicht kan ondervangen: *assessment* met behulp van *virtual reality*.



## Virtual reality

Door proefpersonen een speciale bril op te zetten of hen in een speciale ruimte te plaatsen, kunnen allerlei omstandigheden worden nagebootst. Een voorbeeld van de diagnostische mogelijkheden die dat biedt, is de *virtual classroom* (Rizzo e.a., 2006). Daarin wordt onderzocht in hoeverre proefpersonen bij het uitvoeren van een aandachtstaak (bijvoorbeeld: reageren op bepaalde lettercombinaties die verschijnen op het schoolbord) worden afgeleid door stimuli als een deur die piepend opengaat, een papiertje dat door het lokaal wordt gegooid, of een bus die langsrijdt. Zo blijken kinderen met ADHD vooral letters te missen doordat ze weggijken van het schoolbord.

Het aantrekkelijke van *virtual reality*-tests is hun goede ecologische validiteit. Die is vooral te danken aan *immersion*: de proefpersoon wordt ‘ondergedompeld’ in de situatie, zodat hij of zij ertoe wordt verleid om daar ‘affectief op in te gaan’ – net zoals iemand die volledig in beslag wordt genomen door een computerspelletje.

Virtual reality-technieken worden ook gebruikt voor het onderzoeken van verslavings-*cues* (Bender, 2004). De proefpersoon ‘loopt’ bijvoorbeeld door een *crack house* waarbij hij of zij wordt geconfronteerd met prikkels die verbonden zijn aan het verslavingsmilieu: wit poeder, een man die drinkt, betaalde seks of geld op een tafel. Terwijl de proefpersoon door dit virtuele huis ‘loopt’, registreert men zijn of haar fysiologische reacties, zoals de hartslag.

Voor het diagnosticeren van persoonlijkheidsproblematiek (bijvoorbeeld impulsregulatie) zou men gebruik kunnen maken van VR-scenario’s waarin diverse conflict- en werksituaties worden nagebootst. Op dit moment bestaan dergelijke scenario’s nog niet.



### Noot

- \* Dit artikel is een bewerking van een voordracht op het symposium ter gelegenheid van het vijftienjarig bestaan van de A-opleiding psychiatrie GGNet, *Het symptoom is niet genoeg. Over de betekenis van functiediagnostiek voor de psychiatrie*, Zutphen, 30-11-2007.

### Literatuur

- Bender, E. (2004). Virtual crack house opens doors to addiction researchers. *Psychiatric News*, 39, 45.
- Caspi, A., B.W. Roberts & R.L. Shiner (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484.
- Cohen, J. (1987). *Statistical power analysis for the*

- behavioral sciences* (rev. ed.). Hillsdale NY: Lawrence Erlbaum.
- Fraley, R.C., & B.W. Roberts (2005). Patterns of continuity: a dynamic model for conceptualizing the stability of individual differences in psychological constructs across the life course. *Psychological Review*, 112, 60-74.
- Goldstein, G., & M. McCue (1995). Differences between patient and functional outcome ratings in head-injured individuals. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 1, 25-35.
- Hayes, S.C., K.D. Strosahl & K.G. Wilson (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford Press.
- Hummelen, J.W. (1997). *Splitsing. Het psychoanalytische concept en de mogelijkheid het afweermehanisme splitsing betrouwbaar vast te stellen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hummelen, J.W., & T.A.J.J. Rokx (2007). Individual-context interaction as a guide in the treatment of personality disorders. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71, 42-55.
- Livesley, W.J. (2001). Conceptual and taxonomic issues. In W.J. Livesley, *Handbook of personality disorders. Theory, research and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Mahler, M., F. Pine & A. Bergman (1975). *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- McCrae, R.R., & P.T. Costa (1999). A five-factor theory of personality. In L.A. Pervin & O.P. John, *Handbook of personality. Theory and research*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R.R., P.T. Costa, F. Ostendorf, A. Angleitner, M. Hrebickova, M.D. Avia e.a. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173-186.
- McGlashan, T.H., C.M. Grilo, C.A. Sanislow e.a. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders: towards a hybrid model of Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.
- Mischel, W., & Y. Shoda (1999). Integrating dispositions and processing dynamics within a unified theory of personality: the cognitive-affective personality system. In L.A. Pervin & O.P. John. *Handbook of personality. Theory and research*. New York: The Guilford Press.
- Mischel, W., Y. Shoda & R.E. Smith (2003). *Introducing to personality: Toward an integration* (7th edition). Washington: Wiley & Sons.
- Prins, P. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen: beter voorkomen dan genezen? In R. Verheul & J.H. Kamphuis. *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, behandeling en beleid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Rizzo, A.A., T. Bowerly, G. Buckwalter, D. Klimchuk, R. Mitura & T.D. Parsons (2006). A virtual reality scenario for all seasons: the virtual classroom. *CNS Spectator*, 11, 35-44.
- Roberts, B.W., & DelVecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126, 3-25.
- Shea, M.T., R. Stout, J. Gunderson e.a. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159, 2036-2041.
- Shoda, Y., & R.E. Smith (2004). Conceptualizing personality as a cognitive-affective processing system: a framework for models of maladaptive behaviour patterns and change. *Behavior Therapy*, 35, 147-165.
- Skodol, A.E., M.E. Pagano, D.S. Bender e.a. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35, 443-451.
- Spooner, D.M., & N.A. Pachana (2006). Ecological

validity in neuropsychological assessment: A case for greater consideration in research with neurologically intact populations. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 327-337.

Twamley, E.W., D.V. Jeste & F. Lehman.(2003). Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Nervous Disease*, 191, 515-523.

Tyrer, P. (2002). Nidotherapy: A new approach to the treatment of personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 105, 469-472.

Tyrer, P., N. Coombs, F. Ibrahim e.a. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 51-59.

Widiger, T.A., E. Simonsen, P.J. Sirovatka & D.A. Regier (eds.) (2006). *Dimensional Models of Personality Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-IV*. American Psychiatric Association.

Wilson, B.A., N. Alderman, P.W. Burgess, H. Emslie & J.J. Evans (1996). Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Compagny.

Wilson, B.A., J.M. Cockburn & A.D. Baddeley (1985). *The Rivermead Behavioral Memory Test*. Reading: Thames Valley Test Compagny.

Wilson, K.G., & J. Groom(2002). *The Valued Living Questionnaire*. Available from the first author at department of Psychology, University of Mississippi.

Wilson, K.G., & A.R. Murrell (2006). Act en het werken met persoonlijke waarden. Een koersbepaling voor de gedragstherapeutische benadering. In S.C. Hayes, V.M. Follette & M.M. Linehan (red.), *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie*. Lisse: Harcourt.

### Summary

J. W. Hummelen

'Farewell to the Concept of Personality Disorder. From Symptom via Context to Function Diagnostics'

► Is behaviour determined by the context, as contextualists claim, or is it a matter of personality traits, as traitists say? The author would like to abolish the very concept of personality disorder and confine the focus to global personality dimensions.

The implications of a contextual approach to clinical practice are addressed. In the diagnostics and treatment, the central issue should be how an individual adjusts to his context. The question is whether this can be achieved via the examination of functions. The possibilities and limitations of this kind of function diagnostics are discussed in the fields of neuropsychology and virtual reality.

### Personalia

Dr J.W. Hummelen (1954) is als psychiater en A-opleider werkzaam bij GGNet, en aan de Afdeling Psychiatrie van het UMC St. Radboud Nijmegen. In dit tijdschrift publiceerde hij in 2003 samen met M.H. Roest en A.E.C. Rouw 'Een doelstellingenmatrix voor een gesloten opnameafdeling'. Momenteel houdt hij zich bezig met de ontwikkeling van *serious games* voor de behandeling van impulsregulatiestoornissen in het bijzonder binnen de forensische psychiatrie.

Adres: j.hummelengnet.nl