

# Classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen

W. VAN DEN BRINK

## INLEIDING

Alle artsen hebben ondertussen wel kennis gemaakt met de nieuwe psychiatrische classificatiesystemen. Ontslagbrieven van psychiaters eindigen namelijk steeds vaker met een 'DSM-III(R)-diagnose' en in de algemeen medische tijdschriften duiken deze classificatiesystemen steeds vaker op, en zelfs in kranten en in tv-programma's. Relatief nieuw is daarbij de aandacht voor de classificatie en de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Zo besprak Derksen de diagnostiek en de behandeling van de 'borderline'-persoonlijkheidsstoornis in NRC-Handelsblad,<sup>1</sup> en wie 's nachts wel eens heeft gekeken naar de Oprah Winfrey Show moet wel denken dat deze stoornis zeer frequent voorkomt, een direct gevolg is van vroegkinderlijke verwaarlozing en (seksueel) geweld, dat men zich voor een dergelijke aandoening niet (meer) hoeft te schamen en dat psychotherapie de aangewezen oplossing is.

Zes jaar geleden beschreef Rooijmans de ontwikkelingen in de psychiatrische diagnostiek in dit tijdschrift.<sup>2</sup> Hij besteedde daarbij terecht veel aandacht aan de 'Diagnostic and statistical manual of mental disorders' (DSM-III).<sup>3</sup> Sindsdien heeft er een revisie plaatsgevonden (DSM-III-R),<sup>4</sup> is de 10e editie van de 'International classification of diseases' (ICD-10) van de Wereldgezondheidsorganisatie gepubliceerd,<sup>5</sup> en staat de 4e editie van DSM (DSM-IV) op het punt te verschijnen.<sup>6</sup> DSM-IV zal inhoudelijk duidelijk verschillen van zijn voorgangers, maar de structuur zal vrijwel identiek zijn aan die van DSM-III, namelijk:

- een beschrijvend, met betrekking tot oorzaken atheoretisch, classificatiesysteem,
- een classificatiesysteem met expliciete in- en uitsluitingscriteria voor de verschillende diagnoses, en
- een multidimensioneel classificatiesysteem met 5 zogenaamde assen (as I: psychiatrische symptoomstoornissen; as II: persoonlijkheidsstoornissen; as III: somatische aandoeningen; as IV: psychosociale stressoren; as V: sociaal disfunctioneren).

Dit artikel gaat over de classificatie en de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen volgens as II van DSM-III-R.

## PERSONLIJKHEIDSTOORNISSEN IN DSM-III-R, DSM-IV EN ICD-10

In de literatuur worden begrippen zoals 'persoonlijkheid', 'karakter' en 'temperament' vaak door elkaar gebruikt. Hetzelfde gebeurt met de pathologische varian-

ten: persoonlijkheidsstoornis, karakterneurose en psychopathie.

De term 'persoonlijkheid' kan het beste gereserveerd worden voor 'iemand's karakteristieke patronen van denken, voelen en handelen'.<sup>7</sup> Deze gedrags- en beleevingspatronen zijn (relatief) stabiel in de tijd en consistent in verschillende situaties. In tegenstelling tot het begrip 'persoonlijkheid' betreffen de begrippen 'temperament' en 'karakter' meestal niet meer de gedragingen en de belevingen zelf, maar de daaraan ten grondslag liggende disposities, die - afhankelijk van het theoretisch model - geacht worden het resultaat te zijn van genetisch-constitutionele (temperament) of vroegkinderlijke ontwikkelingsfactoren (karakter).

De definities van het begrip 'persoonlijkheidsstoornis' in ICD-10, DSM-III-R en DSM-IV lijken sterk op elkaar en sluiten goed aan bij de zojuist gegeven definitie van 'persoonlijkheid'.<sup>3-6</sup> In beide definities gaat het om een combinatie van

- pathologische persoonlijkheidstrekken, leidend tot
- een langdurige verstoring of onvoldoende tot stand komen van interpersoonlijke relaties, tot uitdrukking komend in langdurig sociaal en (of) beroepsmatig disfunctioneren en (of)
- een langdurig subjectief lijden van de betrokkene of de omgeving.<sup>8</sup>

Anders dan bij de psychiatrische symptoomstoornissen op as I van DSM gaat het bij persoonlijkheidsstoornissen op as II niet primair om symptomen maar om pathologische persoonlijkheidstrekken, dat wil zeggen om relatief stabiele en consistente gedragingen en belevingen die wel een afwijking van de populatienorm, maar geen afwijking van de individuele norm inhouden.<sup>9</sup> De continuïteit van het (pathologisch) gedrag en beleven staat voorop en deze (pathologische) trekken worden door de betrokkene dan ook meestal beleefd als egosyntoon, dat wil zeggen als 'bij zijn persoon passend'. Het zal duidelijk zijn dat wanneer symptomen een chronisch karakter krijgen, de grens tussen symptomen en pathologische trekken en daarmee het onderscheid tussen psychiatrische symptoomstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen moeilijker wordt. Een chronische sociale fobie kan daardoor niet altijd gemakkelijk onderscheiden worden van een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

In de verschillende edities van DSM en ICD wordt een aantal specifieke persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden. Elke persoonlijkheidsstoornis wordt daarbij gekenmerkt door een welomschreven combinatie van pathologische persoonlijkheidstrekken, resulterend in langdurig sociaal en (of) beroepsmatig disfunctioneren en (of) subjectief verminderd welbevinden. In tabel 1 wordt een voorbeeld gegeven van de definitie van de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (ook

Universiteit van Amsterdam, vakgroep Psychiatrie en vakgroep Klinische Epidemiologie en Biostatistiek, Amsterdam Institute for Addiction Research, Jacob Obrechtstraat 92, 1071 KR Amsterdam.  
Prof.dr. W. van den Brink, arts-psychiatrisch epidemioloog.

TABEL 1. DSM-III-R-criteria (licht bekort) voor de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis<sup>11</sup>

Een voortdurend aanwezig patroon van perfectionisme en starheid, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit ten minste vijf van de volgende:

1. perfectionisme dat het afmaken van een taak verstoort
2. geheel in beslag genomen door details, regels, lijsten, volgorde, organisatie of schema's waardoor het eigenlijke doel uit het oog verloren wordt
3. er op een onredelijke manier op staan dat anderen zich helemaal aan zijn of haar manier onderwerpen of een onredelijke afkeer anderen iets te laten doen
4. overmatige toewijding aan het werk en produktiviteit ten koste van ontspannende bezigheden en vriendschappen
5. besluiteloosheid
6. overdreven gewetensvol, nauwgezet en star betreffende zaken van moraliteit, ethiek en normen
7. beperkt uiten van affectie
8. gebrek aan vrijgevigheid (tijd, geld of giften) als er geen persoonlijk gewin te behalen valt
9. niet in staat versleten of waardeloze voorwerpen weg te gooien

wel obsessieve-compulsieve persoonlijkheid) volgens DSM-III-R.

Alvorens de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis te beschrijven, is het zinvol kort aandacht te besteden aan dwangmatige trekken bij iemand zonder een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.<sup>10</sup> Zo iemand is doorgaans betrouwbaar, vastberaden, precies en punctueel. Hij of zij stelt hoge eisen aan zichzelf en anderen en houdt zich nauwgezet aan de sociale regels. Vastberadenheid kan echter omslaan in koppigheid en precisie in perfectionisme met een overdreven aandacht voor onbelangrijke details. De kwaliteiten die de normale persoon zo betrouwbaar maken, hebben bij iemand met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis de vorm aangenomen van een belemmerend perfectionisme dat niet zelden gepaard gaat met besluiteloosheid, twijfelzucht en een hinderlijke belangstelling voor regels en procedures (zie tabel 1). In DSM-III-R en DSM-IV worden de persoonlijkheidsstoornissen ondergebracht in drie zogenaamde 'clusters' (tabel 2).

De eerste cluster omvat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een stoornis uit deze cluster worden vooral gekenmerkt door achterdochtig, teruggetrokken en soms ook vreemd en excentriek gedrag. De tweede cluster omvat de borderline-persoonlijkheidsstoornis en de antisociale, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een stoornis uit deze cluster worden vooral gekenmerkt door impulsief, onvoorspelbaar, overdreven en vaak ook manipulatief en egocentrisch gedrag. De derde cluster omvat de afhankelijke, ontwijkende, dwangmatige en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een stoornis uit deze cluster worden vooral gekenmerkt door onzekerheid, angstigheid, twijfelzucht en ontwijkend gedrag. Ten slotte zijn er in DSM-III-R nog twee persoonlijkheidsstoornissen opgenomen met een voorlopige status: de zelfkwellende (masochistische) en de sadistische persoonlijkheidsstoornis. Voor een beschrijving van de individuele stoornissen wordt verwezen naar de literatuur.<sup>10 11</sup>

Tabel 2 toont ook de overlap tussen DSM-III-R en ICD-10. Ondanks de verschillen in naamgeving vertonen beide classificatiesystemen duidelijke inhoudelijke overeenkomsten. Toch zijn er ook verschillen. In ICD-10 zijn de persoonlijkheidsstoornissen niet ondergebracht op een aparte as en zijn de stoornissen niet onderverdeeld in drie clusters. Bovendien is de schizotypische persoonlijkheidsstoornis in ICD-10 ondergebracht in de hoofdcategorie 'schizofrene stoornissen'. Ten slotte komen de narcistische, passief-agressieve, zelfkwellende en sadistische persoonlijkheidsstoornissen in ICD-10 in het geheel niet voor.

DIAGNOSTIEK VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN  
Voor het vaststellen van de aanwezigheid van een (specifieke) persoonlijkheidsstoornis moet de clinicus het vooral hebben van het klinische interview met de betrokkene of met een sleutelfiguur. Het gaat daarbij om het zo systematisch mogelijk verzamelen van informatie over de aanwezigheid van pathologische persoonlijkheidstrekken. Voor het systematisch uitvragen, beoordelen en scoren van pathologische trekken zijn recentelijk enkele gestructureerde interviews beschikbaar gekomen en voor het Nederlandse taalgebied bewerkt. Daarnaast wordt er steeds meer gebruik gemaakt van zelfbeoordelvragenlijsten. De uitkomsten van deze vragenlijsten moeten echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden. Zelfbeoordelvragenlijsten leveren namelijk nogal eens fout-positieve uitslagen op. Bovendien zijn de scores op deze lijsten nogal gevoelig voor invloeden van het psychiatrisch toestandsbeeld: een depressieve patiënt lijkt als snel te voldoen aan de criteria van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en een manische patiënt aan die van een narcistische en (of) theatrale persoonlijkheidsstoornis. Een overzicht van het in Nederland beschikbare instrumentarium is in de literatuur te vinden.<sup>10 12</sup>

TABEL 2. Groepering van persoonlijkheidsstoornissen in DSM-III-R en ICD-10<sup>4 5</sup>

DSM-III-R		ICD-10
cluster 1	paranoïd schizoïd schizotypisch	paranoïd schizoïd (schizotypisch)*
cluster 2	theatraal antisociaal narcistisch borderline	theatraal dissociaal - emotioneel-labiel borderline impulsief
cluster 3	afhankelijk ontwijkend dwangmatig passief-agressief	afhankelijk angstig (ontwijkend) anankastisch -
optioneel	zelfkwellend sadistisch	- -
diversen	gemengd ander	gemengd ander

DSM-III-R = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICD-10 = International Classification of Diseases.

\*Opgenomen onder de hoofdcategorie 'schizofrene stoornissen'.

## BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Met de introductie van de nieuwe classificatiesystemen en de daarop aansluitende gestructureerde interviews en zelfbeoordelingsvragenlijsten is de betrouwbaarheid waarmee persoonlijkheidsstoornissen kunnen worden gediagnostiseerd aanzienlijk toegenomen.<sup>8</sup> Ten aanzien van de validiteit zijn er echter nog wel de nodige vraagtekens. Zo blijkt er een duidelijk overlap te bestaan tussen het normale en het pathologische en tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderling. Patiënten die aan de criteria van één persoonlijkheidsstoornis voldoen, vertonen vaak voldoende pathologisch trekken om tevens in aanmerking te komen voor één of meer andere persoonlijkheidsstoornissen.<sup>8</sup> Wel blijkt de clustering van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM bij herhaling empirisch bevestigd te worden. Bovendien blijken er duidelijke relaties te bestaan tussen deze clusters en belangrijke etiologische factoren behorend tot het domein van de biologie (genetica, biochemie, psychofysiologie), de ontwikkelingspsychologie (afweermechanismen, opvoedingsherinneringen, traumata) en de interpersoonlijke psychologie.<sup>13</sup> Op basis van deze bevindingen wordt steeds vaker gepleit voor een aanvulling van het huidige, categoriale classificatiesysteem met een multidimensionele classificatie van theoretisch en klinisch relevante persoonlijkheidsdimensionen.<sup>13-15</sup>

## EPIDEMIOLOGIE VAN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN

Er is nog betrekkelijk weinig met zekerheid bekend over het vóórkomen van persoonlijkheidsstoornissen in verschillende populaties en behandelsettings.<sup>16-17</sup> In enkele recente onderzoeken waarin gebruik werd gemaakt van gestructureerde onderzoeksmethoden bleek ongeveer 10% van de algemene bevolking te voldoen aan de criteria van ten minste één persoonlijkheidsstoornis. Het ging daarbij vooral om dwangmatige, afhankelijke en passief-agressieve stoornissen. Bij de groep ambulante psychiatrische patiënten zou in 20-40% van de gevallen sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis, terwijl dit percentage bij opgenomen psychiatrische patiënten lijkt op te lopen tot 50 of meer. Bij deze psychiatrische populaties zou het voornamelijk gaan om afhankelijke, passief-agressieve en theatrale stoornissen en borderline-stoornissen. Naar het vóórkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij patiënten in de huisartspraktijk en patiënten in het algemene ziekenhuis is helaas nog maar weinig onderzoek gedaan. Het beschikbare onderzoek levert schattingen op die variëren van 10-25%.<sup>17</sup> Daarbij lijken patiënten met een somatisatiestoornis of met chronische en multipale pijnklachten zeer frequent (40-60%) te voldoen aan de criteria van een theatrale, antisociale, afhankelijke en (of) dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.<sup>18-20</sup> Bij patiënten die op een afdeling Eerste Hulp komen wegens een suïcidepoging blijkt meer dan de helft een persoonlijkheidsstoornis te hebben. Van deze patiënten blijkt weer ruim de helft te voldoen aan de criteria van de borderline-persoonlijkheidsstoornis.<sup>21-22</sup>

## RELATIE TUSSEN STOORNISSEN OP AS II EN STOORNISSEN OP AS I EN III

Persoonlijkheidsstoornissen en chronisch verlopende as I-stoornissen zijn lang niet altijd goed van elkaar te onderscheiden (er is conceptuele overlap). Bovendien komen as II-stoornissen vaak gelijktijdig voor met psychiatrische symptoomstoornissen en somatische aandoeningen (comorbiditeit). In de literatuur wordt deze conceptuele en empirische overlap op verschillende manieren geïnterpreteerd.<sup>13</sup>

*Kwetsbaarheidshypothese.* Volgens de kwetsbaarheidshypothese vormen bepaalde persoonlijkheidstrekken en persoonlijkheidsstoornissen de bodem waarop zich onder invloed van bepaalde levensgebeurtenissen bepaalde klinische psychiatrische syndromen of somatische aandoeningen ontwikkelen. Extreme passiviteit en afhankelijkheid zijn in het verleden bijvoorbeeld wel gezien als een specifieke risicofactor voor het ontstaan van depressies en bepaalde (psycho)somatische aandoeningen zoals ulcus pepticum.<sup>23-24</sup> Recentelijk wordt echter steeds duidelijker dat er van een specifieke causale relatie tussen bepaalde persoonlijkheidstypen/-stoornissen en bepaalde psychiatrische of somatische aandoeningen geen sprake is. Persoonlijkheidsfactoren zijn ongetwijfeld van etiologisch belang, maar de rol die ze spelen is bescheidener en aspecifieker dan aanvankelijk werd gedacht.<sup>25</sup> Een uitzondering moet hierbij wellicht gemaakt worden voor bepaalde dermatologische afwijkingen. Bij dermatitis artefacta blijkt er meestal tevens sprake van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, terwijl neurotische excoriaties vooral worden gezien bij patiënten met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.<sup>26</sup>

*Continuïteitshypothese.* Volgens de continuïteitshypothese zijn persoonlijkheidsstoornissen de pre- of subklinische uitdrukking van psychiatrische symptoomstoornissen die het klinische niveau (nog) niet bereikt hebben. Zo zou de borderline-persoonlijkheidsstoornis niets anders zijn dan een chronisch intermitterende subklinische depressie, terwijl de schizotypische persoonlijkheidsstoornis een prodromaal stadium of een subklinische variant van schizofrenie zou zijn. Alleen voor de relatie tussen de schizotypische persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie zijn er op dit moment voldoende aanwijzingen om verder onderzoek in deze richting te rechtvaardigen.

*Complicatiehypothese.* Volgens de complicatiehypothese zijn persoonlijkheidsstoornissen niet de oorzaak of de pathogenetische voorloper van een psychiatrische symptoomstoornis of een somatische aandoening, maar juist het gevolg ervan. Schizofrene en affectieve defectoestanden vertonen qua psychopathologie en beloop bijvoorbeeld een grote overeenkomst met schizotypische, schizoïde of afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen. Ook somatische aandoeningen (dementie, hersentumor, trauma capitis) kunnen blijvende persoonlijkheidsveranderingen en persoonlijkheidsstoornissen veroorzaken: de organische persoonlijkheidsverandering. Het zou daarbij vooral gaan om affectlabiliteit, woedeuitbarstingen, achterdocht, apathie en onverschilligheid.<sup>27</sup>

Over het pathologische effect van epilepsie en multipele sclerose op de persoonlijkheid wordt thans genuanceerd gedacht. De vaak genoemde kleverigheid en schijnheiligheid van de epilepticus worden nu vooral gezien als een produkt van hospitalisatie en overmedicatie, terwijl het optimisme en de (relatieve) euforie van de patiënt met beginnende multipele sclerose steeds meer worden beschouwd als een adaptieve vorm van ontkenning (die bijna altijd verdwijnt met het voortschrijden van de somatische aandoening).

*Psychoplastiehypothese.* Volgens de psychoplastiehypothese geeft de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis een specifieke kleur aan een gelijktijdig aanwezige psychiatrische symptoomstoornis of somatische aandoening. Dit kan zich uiten in specifieke fenomenologische en beloopkenmerken, specifieke vormen van hulpzoekgedrag of specifieke problemen bij de behandeling. Zo wordt de ernst van een depressie bij patiënten met een theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis door de wijze van presentatie vaak onderschat, met als risico een onverwachte suïcide.<sup>28</sup> Ook staat nu wel vast dat het beloop van depressies, angststoornissen, functionele buikklasten, heupfracturen en mogelijk vele andere stoornissen negatief beïnvloed wordt door de aanwezigheid van ernstige persoonlijkheidsafwijkingen. De oorzaken zijn complex en hebben te maken met een minder adequaat (medicamenteus) beleid bij deze patiënten, een geringere therapietrouw en een geringer effect van de adequaat ingestelde en trouw uitgevoerde interventie. Zo lijken borderline-patiënten met een depressie of een angststoornis vaak beter te reageren op een neurolepticum in een lage dosering dan op antidepressiva en (of) anxiolytica. Bovendien kunnen anxiolytica bij deze patiënten leiden tot gevaarlijk impulsief-suïcidaal en automutilatief gedrag.<sup>29</sup>

Overigens blijken de hier beschreven relaties in werkelijkheid vaak aanzienlijk complexer dan de gepresenteerde modellen.

#### BETEKENIS VOOR DE ALGEMENE GENEESKUNDE

In dit artikel is in vogelvlucht een overzicht gegeven van de ontwikkelingen in de psychiatrische classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en van de relatie tussen deze stoornissen en psychiatrische symptoomstoornissen en somatische aandoeningen.

De belangrijkste boodschap voor de niet-psychiatrische practicus is dat persoonlijkheidsstoornissen ook in zijn praktijk frequent voorkomen, dat deze stoornissen een rol lijken te spelen bij het ontstaan en het beloop van andere psychiatrische en somatische aandoeningen en dat ze kunnen leiden tot problemen in de relatie tussen arts en patiënt. Zo is de borderline-patiënt vaak onvoorspelbaar, veeleisend en niet gemakkelijk tevreden te stellen. Bovendien kan elke vorm van intimiteit (bijvoorbeeld tijdens een lege artis uitgevoerd lichamelijk onderzoek) tot onverwacht heftige reacties leiden. Dergelijke problemen kunnen gemakkelijk leiden tot het verbreken van de relatie en betekenen de voortzetting en de bevestiging van een reeds lang bestaand patroon, waarin de patiënt zich keer op keer verlaten weet. Bovendien

kunnen anxiolytica bij deze, frequent angstige, patiënten leiden tot impulsief-autodestructief gedrag. Het stellen van de diagnose 'borderline-persoonlijkheidsstoornis' kan voorkómen dat arts en patiënt in een uitzichtloze spiraal van wederzijdse frustraties terechtkomen. Vanuit een empathisch begrip kan een zorgzame, maar niet te intieme relatie worden opgebouwd waarin vanaf het begin (en niet alleen tijdens een crisis) duidelijke grenzen worden gesteld.

Een vergelijkbare situatie doet zich voor bij de andere persoonlijkheidsstoornissen. Zo is het bij patiënten met een paranoïde of narcistische persoonlijkheidsstoornis aan te bevelen dat de arts zijn overwegingen voorlegt aan de patiënt, behandelvoorstellen formuleert als alternatieven en de uiteindelijke keuze overlaat aan de patiënt. Een dergelijke strategie houdt op een empathische manier rekening met de specifieke gevoeligheden van de patiënt, voorkomt onnodige autoriteitsconflicten en vergroot de therapietrouw. Daarentegen is het bij patiënten met een ontwijkende of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis in het begin vaak nodig een deel van de verantwoordelijkheid over te nemen. In een geleidelijk proces kan via duidelijke afspraken de consultfrequentie geleidelijk worden teruggebracht tot een voor beide partijen acceptabel niveau. Overleg over het volgen van de meest aangewezen strategie met een psychiater of psycholoog kan hierbij aangewezen zijn.

De diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' kan de arts ook gevoelig maken voor achterliggende en bijkomende problemen. Zo blijkt er bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis niet zelden sprake te zijn geweest van lichamelijk en seksueel misbruik (incest) in de vroege jeugd, terwijl er bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis rekening moet worden gehouden met bijkomend verslavingsgedrag en de daarmee gepaard gaande somatische aandoeningen.

*Veroudering en (pathologische) persoonlijkheid.* In een recent overzicht komt Kroessler tot de conclusie dat normale en pathologische persoonlijkheidstrekken ook in de ouderdom relatief stabiel zijn in de tijd en dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij ouderen voorkomen.<sup>30</sup> Gurland voegt daar aan toe dat ouderdom reeds bestaande paranoïde trekken kan versterken, het zelfbeeld van de narcistische persoonlijkheid kan bedreigen, het ondersteuningsnetwerk aan de patiënt met de afhankelijke persoonlijkheid kan ontnemen, de kracht van de perfectionist kan ondermijnen en de controle van passief-agressieve patiënten over anderen kan verzwakken met als gevolg een verstoring van een toch al kwetsbaar evenwicht en een vergrote kans op het ontstaan van klachten en problemen.<sup>31</sup> Bijzondere aandacht voor deze aspecten van het ouder worden zijn van groot belang voor een goede gezondheidszorg.

#### LITERATUUR

- 1 Derksen JLL. Het borderline syndroom. NRC-Handelsblad 1989 31 oktober.
- 2 Rooijmans HGM. Psychiatrische diagnostiek anno 1986; over DSM-III en andere ontwikkelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1301-6.

- 3 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington DC: APA, 1980.
- 4 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed revised. Washington DC: APA, 1987.
- 5 World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO, 1992.
- 6 American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed draft. Washington DC: APA, 1992.
- 7 Costa Jr PT, McCrae RR. Personality stability and its implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 1986; 6: 407-23.
- 8 Brink W van den. Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie. Betrouwbaarheid en validiteit van de SIDP-R en as II van de DSM-III. Groningen: Universiteit van Groningen, 1989: 376. Proefschrift.
- 9 Giel R. Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding in het medisch model en in andere modellen. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1982.
- 10 Diekstra RFW. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Vandereyken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, eds. *Handboek psychopathologie. Deel 1*. Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum, 1990.
- 11 Koster van Groos GAS. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1988.
- 12 Brink W van den. Persoonlijkheidsstoornissen; conceptualisering, operationalisering en onderzoeksthema's. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1990; 32: 105-25.
- 13 Brink W van den. DSM-III en DSM-III-R persoonlijkheidsstoornissen. Leugens, misvattingen en potenties. In: Schwarz RV, Linszen DH, eds. *Persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, behandeling, beleid*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1991.
- 14 Frances A. Categorical and dimensional systems of personality diagnosis: a comparison. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 516-27.
- 15 Cloninger CR. A systematic method of clinical description and classification of personality variants: a proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 573-88.
- 16 Ingenhoven T, Brink W van den. Diagnostiek en voorkomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis. In: Derksen J, Groen H, eds. *Diagnostiek en behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen (ter perse)*.
- 17 Casey P. The epidemiology of personality disorder. In: Tyrer P, ed. *Personality disorders*. London: Wright, 1988.
- 18 Rost KM, Akins RN, Brown FW, Smith GR. The comorbidity of DSM-III-R personality disorders in somatization disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 322-6.
- 19 Large RG. DSM-III diagnoses in chronic pain. *Confusion or clarity?* *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 295-303.
- 20 Tyrer S. Psychiatric assessment of chronic pain. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 733-41.
- 21 Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T. Suicide attempts in patients with borderline personality. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 737-9.
- 22 Hale M, Jacobson J, Carson R. Diagnostic characteristics and dispositions in suicidal hospitalized medical and surgical patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11: 381-7.
- 23 Greenberg RP, Bornstein RF. The dependent personality. I. Risk for physical disorders. *J Pers Disord* 1988; 2: 126-35.
- 24 Greenberg RP, Bornstein RF. The dependent personality. II. Risk for psychological disorders. *J Pers Disord* 1988; 2: 136-43.
- 25 Rooijmans HGM. Stoornissen met bijzondere somatische klachten en verschijnselen. In: Vandereyken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, eds. *Handboek psychopathologie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 26 Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. The self-inflicted dermatoses: a critical review. *Gen Hosp Psychiatry* 1987; 9: 45-52.
- 27 Tilburg W van. Dementie, delier en andere stoornissen op grond van hersendysfuncties. In: Vandereyken W, Hoogduin CAL, Emmelkamp PMG, eds. *Handboek psychopathologie. Deel 1*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1990.
- 28 Lazare A, Klerman G. Hysteria and depression: the frequency and significance of hysterical personality features in hospitalized depressed women. *Am J Psychiatry* 1968; 124: 48-56.
- 29 Gardner DL, Cowdry RW. Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 98-100.
- 30 Kroessler D. Personality disorders in the elderly. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 1325-9.
- 31 Gurland BJ. Personality disorders of old age. In: Kay DWK, Burrows GD, eds. *Handbook of studies on psychiatry and old age*. New York: Elsevier, 1984.

Aanvaard op 11 maart 1993

## *Cel en ziekte. VI. Pathologie van het celskelet*

F.C.S. RAMAEKERS

### VI.1. INLEIDING

In nagenoeg iedere kernhoudende cel worden elektronmicroscopisch cytoplasmatische vezels aangetroffen. Bij nader onderzoek kan op grond van de vezeldikte een aantal groepen van deze filamenten onderscheiden worden. Een uitgebreide beschrijving van deze celskeletcomponenten en hun mogelijke functie is gegeven in hoofdstuk VIII van de reeks 'Celbiologie in medisch perspectief' door Everts en Schellens (1991; 135: 2365-9). Hier zal slechts beknopt op hun belangrijkste eigenschappen ingegaan worden.

De filamentstructuren van het celskelet worden verdeeld in microtubuli, microfilamenten en intermediaire

De reeds verschenen artikelen uit deze serie zijn gepubliceerd op bl. 1806, 1808, 1868, 1914, 1961 en 2028.

filamenten; de dikte van deze laatste ligt tussen die van de twee andere typen. Behalve elektronmicroscopisch kunnen deze structuren in de cel ook zichtbaar gemaakt worden met behulp van immunohistochemische technieken (figuur VI.1), waarbij gebruik gemaakt wordt van specifieke antistoffen, gericht tegen de eiwitten waaruit de verschillende vezeltypen zijn opgebouwd. Met behulp van de elektronenmicroscopie en met immunohistochemische en biochemische technieken is men de afgelopen jaren erin geslaagd de grote wirwar van vezelstructuren te ontknopen en ze beter te karakteriseren. De eigenschappen van de drie verschillende filament-subgroepen kunnen als volgt worden samengevat:

– Microfilamenten hebben een diameter van 5-7 nm en

Rijksuniversiteit Limburg, vakgroep Moleculaire Celbiologie en Genetica, Maastricht.  
Prof.dr.F.C.S.Ramaekers.  
Correspondentie-adres: prof.dr.F.T.Bosman, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.