



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Persoonlijkheidsstoornissen en verslaving

Roel Verheul, Wim van den Brink en Kees van der Velden*

Samenvatting

Dit artikel geeft een overzicht van alle relevante literatuur over de samenhang van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(R) en verslaving. De paragraaf 'Korte historische schets' beschrijft de ontwikkeling van het denken over de rol van persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie bij verslaving. In de paragraaf 'Prevalentie van comorbiditeit' worden die steekproefkenmerken, diagnostische criteria en meetprocedure-factoren behandeld, die een belangrijke invloed op de geobserveerde prevalentie van As-II-stoornissen hebben. In 'Causale relaties' worden mogelijke oorzakelijke verklaringen voor het verband tussen As-II en verslaving en de beschikbare empirische steun voor deze verklaringen aan de orde gesteld. Vervolgens worden de beschikbare studies over het natuurlijk beloop en de behandelresultaten besproken. Ten slotte worden in de paragrafen 'Diagnostiek' en 'Behandelimplicaties' richtlijnen voor de meting van As-II-stoornissen en voor de indicatiestelling en de behandeling van verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen gegeven.

Introductie

In navolging van de ontwikkelingen in de psychiatrische hulpverlening wordt sinds enkele jaren ook in de verslavingszorg in toenemende mate onderschreven dat de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen van belang kan zijn voor de behandeling. De vragen naar het waarom van dit belang en naar de mogelijke implicaties ervan zijn nog lang niet beantwoord. Wie van plan is om zich grondig in persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden te verdiepen, dient zich te realiseren dat we aan het begin van een vrijwel zeker lange ontwikkeling staan en dat we vooralsnog te maken hebben met een grotendeels braakliggend terrein. Persoonlijkheidsdiagnostiek en de meting van persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de meer complexe onderdelen van de psychodiagnostiek. Voorts bestaan er talrijke relaties tussen persoonlijkheid en verslaving, die niet tot uitdrukking komen in een descriptief-diagnostische benadering, maar die wel degelijk van belang kunnen zijn voor de behandeling. Ten slotte staan we nog aan het begin van de ontwikkeling van praktische richtlijnen voor behandelinterventies en zijn we nog lang niet toe aan goed gefundeerde richtlijnen voor indicatiestelling.

Wanneer we het bovenstaande goed tot ons hebben laten doordringen, zullen we in staat zijn de nieuwsgierigheid en openheid ten opzichte van ons onderwerp te ontwikkelen, die nodig zijn om te begrijpen wat we op dit moment wel en wat we nog

* DRS. ROEL VERHEUL is klinisch-forensisch psycholoog, als promovendus aangesteld bij de Universiteit van Amsterdam, en als onderzoeker werkzaam bij het Amsterdam Institute for Addiction Research;
DR. WIM VAN DEN BRINK is psychiatrisch epidemioloog, als bijzonder hoogleraar Klinische Epidemiologie en Verslaving verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, en programmaleider van het Amsterdam Institute for Addiction Research;
KEES VAN DER VELDEN is psychotherapeut en verbonden aan het Centrum Geestelijke Gezondheidszorg RNO, Rotterdam.

niet weten. Alleen dan zullen we in staat zijn de vragen te stellen die nog niet beantwoord zijn, en het onderzoek uit te voeren dat nodig is om verder te komen. Alleen dan zullen we mogelijk in staat zijn om de schade te minimaliseren, die wij soms onvermoed – puur en alleen uit onwetendheid – berokkenen aan de cliënten die naast hun verslavingsproblemen in ernstige mate lijden aan persoonlijkheidsgerelateerde problemen.

Dit artikel heeft tot doel een overzicht te geven van alle relevante literatuur over de samenhang van persoonlijkheidspathologie en verslaving. We gaan uit van de persoonlijkheidsstoornissen zoals beschreven in de DSM-III(R), eenvoudig omdat in de meeste studies naar de comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen en middelenverslaving gebruik werd gemaakt van het DSM-systeem. De brede acceptatie van het systeem (Livesley, 1995), alsook de theoretische relevantie respectievelijk klinische relevantie (Van den Brink, 1989; Beck & Freeman, 1990) geven deze keuze bestaansrecht. Wij zullen ons in dit artikel overigens niet uitsluitend beperken tot de relatief scherpe grenzen van de As-II-stoornissen. In de eerste plaats zouden daardoor vele interessante studies, waarin alternatieve conceptualisaties van het begrip persoonlijkheid worden gebruikt, worden uitgesloten. In de tweede plaats kunnen toekomstige revisies van As-II wel eens fundamentele veranderingen met zich mee brengen, waardoor de strekking van dit artikel bij een strikte beperking tot DSM-III(R) snel achterhaald zou zijn.

Korte historische schets

Het denken over de rol van de persoonlijkheid en de stoornissen die deze kan vertonen, speciaal in verband met verslavingen, is de laatste eeuwen sterk veranderd. Deze ontwikkeling wordt niet alleen bepaald door wetenschappelijke theorieën en empirische inzichten of door de klinische praktijk, maar ook door een veelheid aan in de maatschappij levende opvattingen (Sutker & Allain, 1988). Bij het denken over de etiologie van verslavingsproblemen is afwisselend de nadruk gelegd op het verslavende middel (farmacologische factoren), de gebruiker (biologische factoren; de persoonlijkheid en andere psychologische factoren) en de omgeving (sociale en culturele factoren).

Volgens het *morele model* is verslaving een vorm van zondig en/of crimineel gedrag, en verslaafden worden binnen dit model opgevat als immorele individuen met een zwak zo niet slecht karakter (Lindström, 1992). Dit model heeft het denken over verslaving gedurende eeuwen gedomineerd en is eigenlijk nog steeds actueel, vooral als het gaat om het gebruik van niet-toegestane drugs. Hoewel het karakter binnen dit model wordt beschouwd als de enige of voornaamste etiologische factor, moet men zich realiseren dat het begrip 'karakter' binnen het morele model niet overeenkomt met hedendaagse wetenschappelijke opvattingen van het concept, maar dat het wordt teruggebracht tot een dichotoom begrip met overwegend morele connotaties (bijv. een sterk tegenover een zwak karakter). Met de introductie van het *farmacologische model* werd de centrale rol van de persoonlijkheid in de etiologie vervangen door de verslavende eigenschappen van het middel zélf (Van den Brink, 1995). Hoewel dit model, zeker bij alcoholisme, verouderd is, wordt ons denken over de oorzaken van drugsverslaving nog steeds gedomineerd door de farmacologische factoren. In het klassieke *ziektemodel* wordt verslaving beschouwd als een permanente en onomkeerbare lichamelijke conditie die buiten de bewuste controle van het individu staat. Binnen dit

model wordt de persoonlijkheid niet als een belangrijke oorzakelijke factor aangemerkt. In het *symptomatische model*, dat de psychiatrische literatuur gedurende de eerste helft van deze eeuw domineerde, werd verslaving gezien als een symptoom van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis (Knight, 1937). Aanhangers van dit model meenden bij iedere verslaafde tekenen te zien van vergaand disfunctioneren, neurotische karaktertrekken, emotionele onrijpheid en/of infantilisme, en veronderstelden dat het bestaan van pre-morbide persoonlijkheidspathologie hieraan debet was. Dit invloedrijke perspectief, dat voornamelijk afgeleid was van het psychoanalytische gedachtegoed, gold als uitgangspunt bij de ontwikkeling van de DSM-I (APA, 1952). Hierin werd verslaving ondergebracht bij de 'sociopathic personality disturbance'. Bij de behandeling van verslavingsproblemen werd in die tijd dan ook het accent gelegd op de veronderstelde onderliggende conflicten, terwijl de verslaving zelf goeddeels werd genegeerd, kennelijk in de veronderstelling dat van het staken van het gebruik van verslavende middelen weinig resultaat te verwachten zou zijn. In de DSM-II (APA, 1968) werd verslaving nog steeds geassocieerd onder de 'personality disorders and certain other nonpsychotic mental disorders'.

In meer recente benaderingen worden meerdere factoren geacht (tegelijktijd) verantwoordelijk te zijn voor de verslaving. Bovendien wordt bij de ontwikkeling van de nieuwe modellen in toenemende mate gebruik gemaakt van onderzoeksresultaten. Het zijn deze modellen die de theoretische basis vormen voor de zogenaamde 'hybride' behandelingen, die speciaal bedoeld zijn voor de groep verslaafden met additionele psychopathologie en/of persoonlijkheidspathologie (NIAAA, 1993). Volgens het *leermodel*, zoals ontworpen door de klassieke behavioristen, wordt verslaving veroorzaakt door leerprocessen waarbij hoofdzakelijk omgevingsfactoren en de conditionerende werking van de middelen zelf een rol spelen. In latere, meer genuanceerde formuleringen van het leermodel, zoals Bandura's *sociaal-leren-model* (Bandura, 1977), wordt de eenzijdige nadruk op de omgeving als belangrijkste etiologische factor aangevuld met de erkenning dat directe omgevingsinvloeden worden gemodificeerd door psychologische factoren zoals cognitieve schema's en aanpassingsstrategieën. Deze laatste factoren vormen het uitgangspunt voor het *cognitieve model* (Beck et al., 1993). Volgens dit model wordt de ontwikkeling van incidenteel of gecontroleerd gebruik naar verslavingsgedrag door zowel psychische als sociale factoren bepaald. Hoewel de farmacologische werking van verslavende middelen op zichzelf niet relevant wordt geacht, gelden de verwachtingen en ideeën over de werking van de middelen als cruciaal bij het verklaren van verslavingsproblemen. Persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie worden verondersteld ten grondslag te liggen aan de pathologische verwachtingen of irrationele cognities, die de initiatie of het voortbestaan van het middelenmisbruik moeten verklaren. Het *cognitieve-gedragsmodel* kan worden beschouwd als een samensmelting van het sociaal-leren-model en het cognitieve model. Terwijl de traditionele modellen verklaringen voor verslaving zochten in de gebruiker of het middel, wordt in het *socioculturele model* de nadruk gelegd op de etiologische betekenis van sociale factoren, zoals bepaalde gezinsstructuren en groepsnormen, en socioculturele factoren, zoals de beschikbaarheid van middelen en de geaccepteerdheid van middelengebruik in een samenleving. De meest recente, meer wetenschappelijke benadering van verslaving kan het beste als een *biopsychosociaal model* worden beschreven (Lindström, 1992; Zucker & Gomberg, 1986; Sher, 1991). In dit model wordt de aanvang en het beloop van verslaving verklaard uit de continue, wederkerige interactie van al dan niet aangeboren biologische en psychologische kwetsbaarheden enerzijds en de psychosociale

omstandigheden anderzijds. Ter illustratie van het biopsychosociale model kunnen dienen Cloningers neurobiologische leermodel (Cloninger, 1987a) en Tarters gedragsgenetische ontwikkelingsmodel (Tarter et al., 1985; Tarter & Vanyukov, 1994).

Uit het bovenstaande moet duidelijk zijn geworden dat in het hedendaagse denken over verslaving een belangrijke rol wordt toegedicht aan de factoren persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie. Hierbij geldt dat de persoonlijkheid vanzelfsprekend niet als de enige of belangrijkste factor wordt gezien, en ook niet wordt aangemerkt als een noodzakelijke factor bij alle verslaafden. De aandacht voor persoonlijkheidspathologie moet worden begrepen tegen de achtergrond van de moderne opvatting van verslavingsstoornissen als etiologisch en klinisch heterogene categorieën. Verschillende studies rechtvaardigen de idee dat deze heterogeniteit niet willekeurig is, maar betekenisvolle subtypen van verslaving weerspiegelt (Cloninger, 1987a; Babor et al., 1992). Voorts lijkt het aannemelijk dat persoonlijkheidsfactoren bij bepaalde subtypen een belangrijke etiologische rol spelen en/of belangrijke klinische kenmerken zijn, terwijl bij andere subtypen de factor persoonlijkheid geen rol van betekenis speelt. De studie van persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden kan dus bijdragen aan de kennis over de etiologie van zowel verslavingsstoornissen als de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen. Een beter begrip van deze comorbiditeit heeft mogelijk ook belangrijke implicaties voor de indicatiestelling en behandeling, en het kan de ontwikkeling bevorderen van nieuwe, meer effectieve behandelstrategieën voor beide typen stoornissen. Voorts zou persoonlijkheidspathologie bij verslaafden een belangrijke variabele kunnen zijn bij het koppelen van patiënten aan een bepaald type behandeling. Ten slotte kan, door in het behandelcontact rekening te houden met het type persoonlijkheidspathologie, de therapeutische relatie worden verbeterd en voortijdige beëindiging van de behandeling worden voorkomen (Beck et al., 1993; De Jong, 1993).

Prevalentie van comorbiditeit

Er is sinds de introductie van de DSM-III (APA, 1980) een groot aantal empirische studies verschenen over de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden. De meeste auteurs die deze studies van commentaar hebben voorzien wijzen op een sterke relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsstoornissen (Nace, 1989, 1990; Morey & Hill, 1991; Bohn & Meyer, 1994; Verheul et al., 1995a). In hun overzichtsstudie maken Verheul et al. (1995a) melding van 52 studies, die tussen 1982 en 1994 werden uitgevoerd. Naast studies die het hele spectrum van DSM-III(R) persoonlijkheidsstoornissen betreffen, zijn er relatief veel studies waarin alleen prevalentieschattingen gegeven worden van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis (ASPS) en de borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) bij verslaafden. Op basis van mediaanwaarden geldt dat de beste schatting van de totale prevalentie varieert van 44 tot 79%, afhankelijk van het verslavende middel. Deze individuen hebben de kenmerken van ten minste één persoonlijkheidsstoornis, maar velen onder hen voldoen aan de criteria voor meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Zo vonden De Jong et al. (1993) bij alcoholverslaafden en drugsverslaafden die aan de criteria voor minimaal één diagnose voldeden, gemiddeld 2,3 respectievelijk 4,4 persoonlijkheidsstoornissen. Voor de prevalentie van ASPS is de beste schatting 18 tot 30%; de prevalentie van BPS lijkt tussen 7 en 22% te liggen.

Van alle persoonlijkheidsstoornissen lijken de stoornissen uit cluster B het meest voor te komen (met name ASPS, BPS en theatrale-persoonlijkheidsstoornis). Maar ook cluster-C-stoornissen (vermijdende-persoonlijkheidsstoornis, afhankelijk-persoonlijkheidsstoornis, dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis) en cluster-A-stoornissen (met name paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, schizotypische-persoonlijkheidsstoornis) worden vaak gediagnosticeerd (De Jong et al., 1993; Thevos et al., 1993; Weiss et al., 1993; Zimmerman & Coryell, 1990; Nace et al., 1991).

Deze prevalenties zijn gebaseerd op schattingen. Uit de eerder genoemde overzichtsstudie blijkt dat de geobserveerde prevalenties in de verschillende studies nogal uiteenlopen. Zo variëren de gerapporteerde prevalentieschattingen voor ASPS van 1 tot 62% en voor BPS van 2 tot 66% (!) Behalve steekproefkenmerken spelen ook de keuze van diagnostische criteria en verder de gehanteerde meetprocedures een belangrijke rol bij de hoogte van de geobserveerde prevalentie. Bij de beoordeling van prevalentiecijfers of bij het zelfstandig toepassen van As-II-diagnostiek moet men zich altijd goed bewust zijn van de volgende vragen: 1 'Bij wie wordt gemeten?', 2 'Wat wordt gemeten?' en 3 'Hoe wordt gemeten?'

Een van de steekproefkenmerken die de hoogte van de geobserveerde prevalentie beïnvloedt is het verslavende middel: bij alcoholverslaafden zien we gemiddeld minder persoonlijkheidsstoornissen dan bij verslaafden aan cocaïne of opiaten. De factor geslacht speelt ook een rol: mannelijke verslaafden voldoen ongeveer twee tot drie keer zo vaak aan de criteria voor ASPS dan vrouwelijke verslaafden. Voorts worden bij opgenomen patiënten meer persoonlijkheidsstoornissen aangetroffen dan bij patiënten die ambulante behandeld worden. Ten slotte heeft de factor leeftijd een effect op de geschatte prevalentie. Door cohorteffecten (bijv. generatieverschillen), natuurlijk herstel of rijping van de persoonlijkheid, selectie-effecten (bijv. selectieve sterfte bij cliënten met ASPS en BPS) en mogelijk ook door 'recall bias' bij de onderzochte (bijv. geheugenverlies; de neiging sociaal-wenselijke antwoorden te geven), zien we bij ouderen minder persoonlijkheidsstoornissen dan bij jongeren.

De geobserveerde prevalentie hangt ook sterk af van de precieze diagnostische criteria die worden gehanteerd. Zo resulteert het uitsluiten van middelengerelateerde pathologie (d.w.z. trekken/gedragingen die het gevolg zijn van het gebruik van deze middelen) voor diagnose in aanzienlijk lagere prevalentiecijfers. De grootte van dat effect wordt bepaald door de criteria die voor uitsluiting worden gebruikt: als men alle pathologie uitsluit die ooit het gevolg is geweest van de verslaving, vindt men een veel grotere afname van de prevalentie dan wanneer men alleen de pathologie uitsluit die *altijd* het gevolg is geweest van het middelengebruik. Ook het gebruik van de DSM-III, DSM-III-R of de DSM-IV als classificatiesysteem lijkt belangrijke verschillen op te leveren. Voorts wordt in studies naar de prevalentie van ASPS onderscheid gemaakt tussen zogenaamde 'lifetime' diagnoses (d.w.z. het optreden van een aandoening ooit in het leven) en recente diagnoses (d.w.z. diagnoses die over het laatste jaar gesteld kunnen worden). Het zal niemand verbazen dat schattingen op 'lifetime'-basis veel hoger zijn dan schattingen op basis van sinds kort aanwezige ASPS. De stabiliteit van As-II-diagnoses, zoals gesteld met zelfbeoordelvingsvragenlijsten, volledig gestructureerde en mogelijk ook semi-gestructureerde interviews, lijkt ernstig achter te blijven bij de stabiliteit zoals door de DSM-IV als voorwaarde wordt gesteld (o.a. Verheul, aangeboden-b).

Daaruit volgt ofwel dat deze instrumenten niet of weinig valide diagnoses opleveren, ofwel dat de stabiliteit van As- II-stoornissen een onjuiste premisse is.

Ten slotte wordt de geobserveerde prevalentie bepaald door de toegepaste meetprocedures. Over het algemeen leveren zelfbeoordelvragenlijsten (bijv. PDQR) en volledig gestructureerde interviews (bijv. DIS) de hoogste prevalentieschattingen op, gevolgd door semi-gestructureerde interviews (bijv. SIDP-R, IPDE, SCID-II). Het klinisch oordeel van de psychiater lijkt de laagste schattingen op te leveren. Ook het moment waarop een verslaafde wordt beoordeeld kan de prevalentieschatting beïnvloeden. Wanneer men bijvoorbeeld tijdens het begin van een detoxificatie-behandeling persoonlijkheidsstoornissen meet, loopt men het risico dat de patiënten onder invloed van onthoudingsverschijnselen hun 'werkelijke persoonlijkheid' door een sterk gekleurde bril zien en daardoor meer pathologische trekken en/of gedragingen rapporteren dan zij een aantal weken later, wanneer de onthoudingsverschijnselen verdwenen zijn, zouden doen. Ook kan de ervaring van de onderzoeker of interviewer een rol spelen. Onervaren interviewers hanteren doorgaans lagere drempelwaarden voor persoonlijkheidspathologie, met als gevolg dat zij eerder dan ervaren interviewers een bepaalde trek of gedragspatroon als pathologisch scoren.

Samenvattend: aangezien steekproefkenmerken slechts gedeeltelijk verantwoordelijk zijn voor de aanzienlijke verschillen tussen prevalentieschattingen van persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden, weten epidemiologen zich geconfronteerd met een breed scala van problemen betreffende diagnostische criteria en meetprocedures. Voordat consensus bestaat over hoe deze problemen dienen te worden benaderd, verdient het aanbeveling om heel precies te specificeren wat en hoe wordt gemeten. Bovendien doet men er bij epidemiologisch onderzoek goed aan om verschillende en 'flexibele' sets van diagnostische criteria te hanteren (bijv. met en zonder exclusiecriteria voor middelengerelateerde pathologie; zowel 'lifetime' als recente diagnoses) en een meervoudig instrumentarium te gebruiken (bijv. zowel een zelfbeoordelvragenlijst als een semi-gestructureerd interview; zowel een interview met de patiënt als een interview met een 'informant'; verschillende meetmomenten) (Groen & Van den Brink, 1992; Verheul et al., aangeboden-a). De clinicus, ten slotte, past terughoudendheid en bescheidenheid bij het stellen en interpreteren van As-II-diagnosen.

Causale relaties

Uit epidemiologische studies blijkt dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden in de normale populatie (mediaan: 48%) ten minste driemaal hoger ligt dan bij niet-verslaafden (mediaan: 10-15%) (Maier et al., 1992; Verheul et al., 1995a; Zimmerman & Coryell, 1990). Op grond hiervan kan worden aangenomen dat verslavingsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen vaker samen voorkomen dan door het toeval kan worden verklaard. Deze samenhang kan deels worden toegeschreven aan de overlappende diagnostische criteria van persoonlijkheidsstoornissen en verslavingsstoornissen. Deze overlappende criteria vinden we evenwel alleen bij ASPS en BPS. Daarom is de veronderstelling gerechtvaardigd dat aan de comorbiditeit causale relaties ten grondslag liggen.

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van de studies waarin die causale verklaringen voor de comorbiditeit aannemelijk worden gemaakt. In de literatuur wordt globaal gerefereerd aan drie verschillende causale metamodellen. In de eerste plaats kunnen (pathologische) persoonlijkheidstrekken bijdragen aan de ontwikkeling van de verslaving (primaire persoonlijkheidsstoornis-model). In de tweede plaats kan de verslaving bijdragen aan de ontwikkeling van persoonlijkheidspathologie (secundaire persoonlijkheidsstoornis-model). Ten slotte zou het zo kunnen zijn dat zowel de verslaving als de persoonlijkheidspathologie gerelateerd zijn aan een gemeenschappelijke, onafhankelijke etiologische factor (gemeenschappelijke factor-model). Onderscheid tussen deze drie modellen is van belang, aangezien er mogelijk belangrijke behandelimplicaties aan kunnen worden verbonden (zie verderop).

Bij ieder metamodel kunnen verschillende, meer complexe varianten worden onderscheiden. Het is van belang dat we ons realiseren dat verschillende (varianten van de) metamodellen elkaar niet noodzakelijkerwijs wederzijds uitsluiten. In ieder individueel geval kunnen meerdere modellen een verklaring bieden voor de aanwezige comorbiditeit (Zucker & Noll, 1987). Ook is het mogelijk dat het ene model een verklaring biedt voor het ontstaan van comorbiditeit, terwijl een ander model het voortbestaan daarvan aannemelijk maakt.

Het primaire persoonlijkheidsstoornis-model

In het primaire persoonlijkheidsstoornis-model worden die gevallen beschreven waarbij (pathologische) persoonlijkheidstrekken hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de verslaving. Vanaf de jaren vijftig tot aan het nabije verleden heeft veel onderzoek plaatsgevonden naar het bestaan van een unieke pre-morbide persoonlijkheid bij verslaafden. Deze benadering, die past binnen het kader van het symptomatische model, is sinds de jaren zeventig langzamerhand door de meerderheid van onderzoekers en klinici verworpen, aangezien een groeiend aantal prospectieve en retrospectieve studies liet zien dat het bestaan van een unieke pre-morbide persoonlijkheid voor alle verslaafden zeer onwaarschijnlijk is (Barnes, 1979; Gaines & Connors, 1982; Cox, 1987; Pols, 1984). In dit verband heeft Kellers wet (1972) veel bekendheid verworven: 'Onderzoek naar iedere persoonlijkheidstrek of eigenschap bij alcoholisten zal leren dat zij in meer of mindere mate door deze trekken of eigenschappen gekenmerkt worden'.

Tegen het einde van de jaren tachtig rees aanzienlijke kritiek op het eerdere empirische onderzoek. Deze kritiek betrof onder andere de heterogeniteit binnen de brede categorie verslaafden, waarmee men in de vroege studies geen rekening had gehouden. Voorts werd de generaliseerbaarheid van de studies in twijfel getrokken, alsmede kritiek geleverd op het gebruik van instrumenten (zoals de Minnesota Multiphasic Personality Inventory, de MMPI) waarbij de nadruk ligt op algemene klinische dimensies in plaats van specifiek op de persoonlijkheid of persoonlijkheidspathologie (Sutker & Allain, 1988; Platt, 1986; Cloninger et al., 1988). Twee ontwikkelingen waren het gevolg van deze kritiek. In de eerste plaats richtten sommige onderzoekers zich uitsluitend op antisociale persoonlijkheidstrekken. Verschillende onderzoeken lieten eenduidig zien dat binnen een subgroep van mannen, en mogelijk ook vrouwen, antisociale kenmerken zoals agressiviteit, gedragsproblemen, hyperactiviteit, impulsiviteit en onconventionaliteit, voorafgaan aan de ontwikkeling van alcoholisme en andere

verslavingen (Sher & Trull, 1994; Tarter, 1988; Schuckit et al., 1994). Hoewel deze bevindingen in brede kring worden geaccepteerd, wordt door sommigen gesteld dat de antisociale persoonlijkheidstrekken vaker gevolg dan oorzaak zijn van verslavingsproblemen (o.a. Vaillant, 1983a, 1983b) of dat de beschikbare studies niet zozeer de persoonlijkheid meten maar het gedrag (Nathan, 1988).

In de tweede plaats werd een 'non-lineaire' benadering gekozen. Zo vonden Cloninger et al. (1988) bijvoorbeeld dat de absolute afwijkingen van de gemiddelde score op elk van drie temperamentsdimensies (novelty seeking; harm avoidance; reward dependence) op elfjarige leeftijd samenhangen met een exponentiële toename van het risico op de ontwikkeling van verslaving aan alcohol. Voorts vonden Shedler en Block (1990) curvilineaire (U-vorm) relaties tussen maladaptieve persoonlijkheidstrekken en de mate van drugsgebruik; anders gezegd, matige gebruikers bleken psychologisch gezien 'gezonder' dan zowel geheelonthouders als probleemgebruikers. Persoonlijkheidsverschillen tussen deze drie groepen konden worden aangetoond tot in de vroegste kinderjaren. In deze twee studies, namelijk Cloninger et al. (1988) en Shedler en Block (1990), worden twee belangrijke tekortkomingen van de eerdere studies gecompenseerd. Ten eerste worden absolute afwijkingen van het gemiddelde (d.w.z. zowel positieve als negatieve afwijkingen) in ogenschouw genomen en gerelateerd aan de uitkomstvariabele, terwijl in de vroege studies simpelweg de rekenkundige gemiddelden op verschillende persoonlijkheidsdimensies werden vergeleken tussen hoge- en lage-risicogroepen. Ten tweede worden non-lineaire relaties (o.a. curvilineaire en exponentiële) opgespoord, waar bij vroegere pogingen lineariteit verondersteld maar niet getoetst werd.

Zowel het onderzoek naar de predictieve waarde van antisociale persoonlijkheidstrekken als het meer verfijnde non-lineaire onderzoek, heeft het primaire persoonlijkheidsstoornis-model nieuw leven ingeblazen. Binnen dit metamodel kunnen twee fundamenteel verschillende (maar niet noodzakelijkerwijs wederzijds uitsluitende) theoretische varianten worden onderscheiden. De eerste variant, het *gedragsgenetische ontwikkelingsmodel*, is afkomstig van Tarter (1994). Volgens dit model wordt de kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van verslavingsproblemen bepaald door aangeboren variaties in temperament (bijv. gedragsdininhibitie; angst en een neiging tot vermijden) die, in voortdurende interactie met de sociale omgeving, de ontwikkeling van het gedrag vormgeven. Als gevolg van dergelijke interacties kan het socialisatieproces ontsporen en kan een kind contact zoeken met kinderen met criminele en/of verslavingsproblemen. In die context, onder invloed van identificatie met de groepsgenoten en bekrachtiging door de groepsnormen, kan zich gemakkelijk een verslavingsprobleem ontwikkelen. In Cloningers (1987a) typologie van alcoholisten, die aansluit bij het gedragsgenetische ontwikkelingsmodel, worden twee subtypen gedefinieerd die onder andere wat betreft etiologie verschillen. Type-II-alcoholisten worden gekenmerkt door hoge scores op 'novelty seeking', en lage scores op 'harm avoidance' en 'reward dependence', een combinatie die onder andere predisponeert tot antisociale persoonlijkheidstrekken en een vroege aanvang van alcoholproblemen. Type-I-alcoholisten daarentegen worden gekenmerkt door lage scores op 'novelty seeking' en hoge scores op 'harm avoidance' en 'reward dependence', een combinatie die onder andere predisponeert tot de afhankelijke- en vermijdende-persoonlijkheidsstoornis en een latere aanvang van alcoholproblemen. Hoewel deze typologie is gebaseerd op hypothesen die nog onvoldoende door empirisch onderzoek zijn getoetst (Bernstein & Handelsman, 1995), voorziet zij in een bruikbaar

heuristisch model waarin bevindingen uit verschillende wetenschappelijke disciplines worden geïntegreerd. Op grond van verschillende andere onderzoeken is het echter zeer onwaarschijnlijk dat deze twee typen een uitputtende beschrijving geven van de totale populatie individuen met alcoholproblemen (Koeter et al., 1995).

Volgens het *affectregulatie-model* zijn individuen met persoonlijkheidspathologie meer dan 'normalen' gemotiveerd om middelen te gebruiken om de stemming of affectieve toestand te veranderen. Twee basisvormen van affectregulatie kunnen worden onderscheiden. Enerzijds kunnen middelen worden gebruikt om positieve gevoelens op te wekken of te versterken; anderzijds kunnen middelen worden gebruikt als zelfmedicatie tegen negatieve gevoelens (Sher & Trull, 1994). Aan de tweede optie, de *zelfmedicatie-hypothese*, wordt door psychoanalytici gerefereerd als zouden sommige patiënten middelen gebruiken om hun egofuncties te versterken (Nace, 1990; Khantzian, 1985). Door sommige auteurs wordt aangenomen dat de verschillende redenen om psychoactieve middelen te gebruiken samenhangen met de verschillende persoonlijkheidstypen. Individuen die hoog scoren op neuroticisme en emotionaliteit (bijv. borderline-, afhankelijke- en vermijdende-persoonlijkheidsstoornis) zouden meer gemotiveerd zijn om middelen te gebruiken ter verlichting van de symptomen (bijv. alcohol, opiaten, benzodiazepinen), terwijl individuen die hoog scoren op impulsiviteit en disinhibitie (bijv. de patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen) vaker verbetering van de stemming, een toename van energie of het vergroten van seksueel plezier nastreven (bijv. met cocaïne, amfetaminen, XTC) (Sher & Trull, 1994; Cox, 1987; Cloninger, 1987a). Voorts zouden specifieke middelen worden gekozen vanwege de specifieke psychologische en farmacologische effecten die tegemoetkomen aan de specifieke behoeften van de gebruiker; de kans op verlichting van de meest pijnlijke affectieve toestand zou de keuze van een middel bepalen (Beck et al., 1993; Khantzian, 1985; Gabbard, 1990). Alcohol wordt bijvoorbeeld gebruikt om angst te neutraliseren of ter ontspanning; hallucinogenen kunnen verveling en gevoelens van leegte verdrijven; stimulantia kunnen plezier bevorderen. Voorts blijkt de 'genezende' of verlichtende werking van alcohol verband te houden met de individuele gevoeligheid voor alcohol (Sher, 1987), die op haar beurt weer gerelateerd kan zijn aan persoonlijkheidsfactoren. Deze hypothese wordt gesteund door de bevinding dat individuen die hoog scoren op impulsiviteit en disinhibitie zich gevoeliger tonen voor de werking van alcohol (Levenson et al., 1987).

De etiologische relevantie van de varianten van het primaire persoonlijkheidsstoornis-model hangt vermoedelijk samen met het ontwikkelingsstadium van het individu, alsmede met het type persoonlijkheidspathologie. Vatbaarheid voor verslavingsproblemen als gevolg van temperamentsfactoren speelt vooral een rol bij verslavingsproblemen die op jonge leeftijd beginnen, terwijl zelfmedicatie vaker zal voorkomen bij verslavingsproblemen die pas later beginnen (Cloninger, 1987a). Voorts biedt het gedragsgenetische ontwikkelingsmodel in het bijzonder een verklaring voor de combinatie ASPS en verslaving, waar het affectregulatie-model van toepassing lijkt op uiteenlopende As-II-stoornissen.

Het secundaire persoonlijkheidsstoornis-model

In het secundaire persoonlijkheidsstoornis-model wordt verondersteld dat de verslaving bijdraagt aan de ontwikkeling van persoonlijkheidspathologie. Er is weinig onderzoek gedaan naar de geldigheid van dit metamodel (Bernstein & Handelsman, 1995). Desalniettemin wordt in brede kring aangenomen dat een deel van de geobserveerde persoonlijkheidspathologie bij verslaafden secundair is aan de verslavingsproblematiek (zie bijv. Nace, 1990).

Bernstein en Handelsman (1995) onderscheiden drie verschillende mechanismen die een verklaringsgrond bieden voor een breed scala van middelengerelateerde problemen die zich manifesteren als persoonlijkheidspathologie. Het blijft echter vooralsnog onduidelijk of deze problemen de pre-morbide persoonlijkheid kunnen vervangen, en ook of deze problemen, in interactie met de pre-morbide persoonlijkheid, kunnen leiden tot 'nieuwe' persoonlijkheidsconfiguraties. Bij de bespreking van dit model is het van belang om nieuwe, duurzame persoonlijkheidspatronen te onderscheiden van tijdelijke gedragspatronen die verdwijnen zodra het middelengebruik wordt beëindigd of verminderd. Immers, pas wanneer maladaptieve persoonlijkheidstrekken duurzaam en onafhankelijk van As-I-stoornissen bestaan, komen deze in aanmerking voor een As-II-diagnose (APA, 1987, 1994).

Het eerste mechanisme is de vorming en bekrachtiging van antisociaal gedrag door antisociale groepsnormen. Bij dit mechanisme, dat past binnen het sociaal-leren-model van Bandura (Bandura, 1977), wordt dus verondersteld dat gebruik van verslavende middelen vaak plaatsvindt binnen de context van een deviante referentiegroep. Dit model zou een verklaring kunnen bieden voor middelengerelateerde antisociale persoonlijkheidstrekken. Door anderen wordt hieraan wel gerefereerd als 'secundaire' ASPS of 'symptomatische' psychopathie die zich sterk zou onderscheiden van 'pure' psychopathie (Gerstley et al., 1990).

Het tweede mechanisme verwijst naar gedragsverandering als gevolg van de bekrachtigende en conditionerende werking van middelen, waarbij sterke associaties kunnen ontstaan tussen kenmerken van de omgeving en gedragingen van het individu enerzijds en middelengebruik anderzijds. Dit mechanisme is afgeleid van het klassiek-behavioristische leermodel. Bepaalde cluster-A-trekken (bijv. paranoïde ideatie; achterdocht; excentrieke gedragingen; betrekkingsideën; magisch denken), cluster-B-trekken (bijv. uitbuiting; manipulativiteit; egocentrisme) en cluster-C-trekken (bijv. passiviteit; sociale vermijding) kunnen zich ontwikkelen en blijven voortbestaan onder invloed van verslavende middelen. Zo zouden verslaafden, om uitbuiting te voorkomen, achterdochtig kunnen worden ten opzichte van andere verslaafden. Voorts kan het manipuleren van vrienden en familie worden bekrachtigd doordat met hun geld verslavende middelen kunnen worden gekocht. Ten slotte zou de gestoorde waarneming van de sociale omgeving, die veelvuldig voorkomt onder invloed van verslavende middelen, aanleiding kunnen vormen voor het ontwikkelen van betrekkingsideën, excentrieke gedragingen en sociale vermijding.

Het derde mechanisme veronderstelt dat chronische intoxicatie en onthoudingsverschijnselen de persoonlijkheid duurzaam kunnen veranderen door de directe farmacologische effecten op het zenuwstelsel. Zogenaamde 'neuroadaptieve' veranderingen als gevolg van chronisch overmatig middelengebruik zouden ten

grondslag kunnen liggen aan langdurige verstoringen van het affectieve, cognitieve en sociale functioneren. In dierexperimenteel onderzoek lieten ratten een verminderd motivatie- en activiteitsniveau zien als gevolg van zowel opiaat- als cocaïnegebruik (Bernstein & Handelsman, 1995). Voorts bestaan er indicaties dat alcohol werkt als een anxiolyticum en stimulant van de psychomotoriek, de gevoeligheid voor pijn verlaagt en het systeem voor gedragsinhibitie ontregelt (Pihl et al., 1993). Deze eigenschappen kunnen agressie bevorderen, maar het is onbekend in hoeverre deze neurofarmacologische werkingen kunnen aanhouden wanneer het gebruik gestaakt is. Voorts zouden onthoudingsverschijnselen die voortduren na de acute onthoudingsfase, de vorm van pathologische persoonlijkheidstrekken kunnen aannemen.

Het gemeenschappelijke factor-model

Het gemeenschappelijke factor-model veronderstelt dat zowel de verslaving als de persoonlijkheidspathologie gerelateerd zijn aan een gemeenschappelijke, onafhankelijke (etiologische) factor. Aan een causale relatie volgens het gemeenschappelijke factor-model kan worden gedacht bij persoonlijkheidsstoornissen die frequent worden aangetroffen bij verslaafden, en wanneer in een willekeurige groep individuen met deze persoonlijkheidsstoornissen veel verslavingsproblemen voorkomen. Aan deze voorwaarde wordt eigenlijk alleen voldaan door ASPS en BPS. Dit is consistent met het psychobiologische model van persoonlijkheidsstoornissen en psychopathologie volgens Siever en Davis (1991), waarin wordt verondersteld dat ASPS en BPS fenomenologisch, genetisch en biologisch samenhangen met stoornissen in de impulsregulatie zoals verslavingsstoornissen. Anderen hebben voorgesteld om zowel verslavingsstoornissen, BPS als ASPS te rekenen tot de 'impuls-spectrum'-stoornissen (Zanarini, 1993; Lacey & Evans, 1986).

Een gemeenschappelijke, onafhankelijke factor zou idealiter reeds moeten bestaan voorafgaande aan de ontwikkeling van beide stoornissen, en deze factor zou ook vastgesteld moeten kunnen worden in 'asymptomatische' perioden (bijv. tijdens onthouding van het verslavende middel). Bij het onderzoek naar dit model worden daarom vaak genetische factoren en vroege jeugdtrauma's in aanmerking genomen. Genetische factoren spelen een belangrijke rol zowel bij de afhankelijkheid van alcohol als bij die van drugs (Goodwin, 1992; Schuckit, 1992). Wat betreft persoonlijkheidsstoornissen lijken genetische factoren met name in de etiologie van ASPS, en in mindere mate van BPS, een rol te spelen (Dahl, 1993). Verder zijn er aanwijzingen dat vroege jeugdtrauma's (nl. ernstig fysiek geweld en seksueel misbruik) verband houden met verslavingsproblemen (Langeland & Hartgers, aangeboden). Ten slotte geldt dat er een betrekkelijk specifieke relatie lijkt te bestaan tussen BPS enerzijds en affectieve verwaarlozing, seksueel misbruik en/of fysiek geweld tijdens de vroege jeugd anderzijds (Paris, 1994), terwijl ASPS gerelateerd lijkt aan diverse factoren in de gezinsachtergrond (Dowson & Grounds, 1995).

Familie-, tweeling- en adoptiestudies worden algemeen beschouwd als de aangewezen methoden om te evalueren of gemeenschappelijke factoren genetisch of anderszins worden overgedragen. De resultaten van een aantal adoptiestudies wekken sterk de suggestie dat alcoholisme en ASPS genetisch onafhankelijke stoornissen zijn (Hesselbrock, 1986; Cadoret et al., 1985). Voorts laten Loranger en Tulis (1985) zien

dat familieleden van patiënten met BPS een grotere kans op alcoholproblemen hebben dan patiënten met een schizofrene of met een bipolaire stoornis, maar dat deze risicoverschillen nagenoeg verdwijnen indien wordt gecontroleerd voor het consumptieniveau van alcohol bij de patiënten. Deze studies leveren geen bewijs voor het bestaan van een gemeenschappelijke factor, maar sluiten de mogelijkheid van gemeenschappelijke factoren – die bijvoorbeeld minder specifiek voor ASPS zijn en/of een belangrijke rol spelen in specifieke, homogene steekproeven – niet uit. Een voorbeeld van zo'n steekproef zou de populatie kunnen zijn die Cloninger et al. (1982) en Bohman et al. (1982) hebben bestudeerd. Zij vonden dat zogenoemde kleine criminaliteit bij biologische vaders samenhangt met een verhoogd risico op alcoholisme bij hun zonen.

Een andere manier om gemeenschappelijke factoren te zoeken is gebaseerd op de zogenoemde hoge-risico-strategie. In populaties waarin een hoog risico bestaat voor het ontwikkelen van verslavingsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen, wordt gezocht naar 'markers' van biologische kwetsbaarheid voor beide condities. Een marker is een functionele, structurele of gedragsmatige factor die is gerelateerd aan de biologische kwetsbaarheid voor een stoornis. Zo kan bijvoorbeeld worden gedacht aan een gemeenschappelijke genetische factor ter verklaring van reducties in de P3-component van de 'evoked response' of 'event-related potential' (ERP) die wordt vastgesteld bij individuen met alcoholproblemen, jonge zonen van aan alcohol verslaafde vaders, en bij individuen met ASPS die geen alcoholverslaving hebben (Hesselbrock et al., 1992). Voorts is een aantal onderzoekers (Bernstein & Handelsman, 1995; Siever & Davis, 1991) tot de conclusie gekomen dat afwijkingen in het serotonerge systeem een belangrijke rol spelen bij zowel verslavingen als impulsief en agressief gedrag. Bernstein en Handelsman (1995) vonden intrigerende relaties tussen biologische en gedragsmatige factoren bij verslaafden, hoewel de onderlinge verbanden erg complex zijn en belangrijke verschillen vertonen tussen verschillende typen psychoactieve middelen. Zo is bij alcoholische individuen *hyposerotonerge* activiteit gerelateerd aan impulsiviteit en agressiviteit, terwijl bij cocaïneverslaafden *hyperserotonerge* activiteit gerelateerd is aan impulsiviteit en agressiviteit.

Beschouwing van de causale modellen

Samenvattend: de meest overtuigende bevindingen in het kader van de causaliteitsvraag hebben betrekking op een subgroep van mannen, wier antisociale persoonlijkheidstrekken predisponeren tot verslavingsproblemen. Het debat over de relevantie van andere pre-morbide persoonlijkheidstrekken wordt nog steeds gehinderd door methodologische problemen en de complexiteit van de relaties tussen persoonlijkheid en verslaving. De recente non-lineaire benadering lijkt echter het primaire persoonlijkheidsstoornis-model nieuw leven te hebben ingeblazen. Voorts geldt dat het affectregulatie-model, en meer in het bijzonder de zelfmedicatie-hypothese weliswaar intuïtief zeer tot de verbeelding spreken maar voorlopig weinig empirische steun hebben verkregen. Hetzelfde geldt ten aanzien van het secundaire persoonlijkheidsstoornis-model. Ten slotte: hoewel er momenteel bij onderzoekers veel belangstelling bestaat voor het gemeenschappelijke factor-model, is intussen wel duidelijk dat de meeste etiologische factoren weinig specifieke relaties vertonen met het type psychopathologie dat zich ontwikkelt. Met andere woorden, dezelfde etiologische factoren worden aangetroffen bij heel verschillende psychiatrische

stoornissen, en ook bij individuen zonder psychopathologie. Waarschijnlijk zijn het complexe interacties tussen genetische factoren, ontwikkelingsfactoren, en omgevingsfactoren die bepalen welk type stoornis ontstaat.

Hoewel de causaliteitsvraag bij verslaafden met persoonlijkheidspathologie belangrijk is en mogelijk vergaande behandelimplicaties heeft, moet worden bedacht dat de retrospectieve differentiatie tussen causale mechanismen een complexe aangelegenheid is. Tot nog toe zijn er twee retrospectieve strategieën voorgesteld om onderscheid te maken tussen primaire en secundaire persoonlijkheidspathologie. In de eerste plaats heeft men geprobeerd exclusiecriteria voor middelengerelateerde pathologie toe te passen. Het is evenwel extreem moeilijk om achteraf onderscheid te maken tussen enerzijds gedrag dat veroorzaakt wordt door verslaving en anderzijds persistente, bij de persoonlijkheid 'behorende' gedragspatronen, in het bijzonder bij individuen met een verleden van chronische verslavingsproblemen. Voorts geldt dat sommige exclusiestrategieën niet per se secundaire persoonlijkheidspathologie uitsluiten, maar in plaats daarvan alleen tijdelijke gedragingen, die tijdens actief gebruik weliswaar lijken op maladaptatieve persoonlijkheidstrekken maar verdwijnen zodra het gebruik wordt gestaakt.

In de tweede plaats wordt gesteld dat de beschrijving achteraf van de volgorde van aanvang van de betrokken stoornissen kan helpen differentiëren tussen verschillende modellen (NIAAA, 1993). Zo wordt geargumenteed dat in het primaire en secundaire persoonlijkheidsstoornis-model wordt uitgegaan van de premisse dat de persoonlijkheidsstoornis respectievelijk de verslaving eerder ontstond. Deze reconstructie van het begin van de comorbide stoornissen toont echter noch de werking van een specifiek causaal model aan, noch wordt zodoende rekening gehouden met interacties tijdens de ontwikkeling van beide stoornissen. De temporele orde van categoriale diagnoses met arbitraire drempelwaarden, en in het bijzonder van chronische syndromen zoals persoonlijkheidsstoornissen of verslavingsstoornissen, moet derhalve van beperkte waarde worden geacht bij causale interpretaties. Een mooi voorbeeld van deze vaststelling wordt gevormd door verschillende studies waarin als bevinding werd gerapporteerd dat comorbide ASPS in de meeste gevallen voorafgaat aan de verslaving (Ross et al., 1988; Hesselbrock et al., 1992). Deze bevinding sluit echter geenszins de mogelijkheid uit dat een deel van de pathologie kan worden verklaard volgens het secundaire persoonlijkheidsstoornis-model. Een verslavingsstoornis met een vroeg begin, die naast een gedragsstoornis bestaat, kan bijvoorbeeld hebben bijgedragen aan het voortbestaan of verergeren van een antisociaal gedragspatroon, waardoor uiteindelijk secundaire ASPS ontstaat.

Verskillende mechanismen, zoals in de verschillende (varianten van de) metamodellen beschreven, kunnen achtereenvolgens of tegelijkertijd werkzaam zijn bij hetzelfde individu. Een patiënt met BPS kan bijvoorbeeld stimulantia gebruiken om gevoelens van leegte en verveling te reduceren en alcohol vanwege de affectstabiliserende werking (primaire persoonlijkheidsstoornis-model: affectregulatie-variant). Na enige tijd raakt de patiënt verslaafd aan beide middelen, waardoor de impulsregulatie wordt verstoord en de stap naar een agressieve suïcidepoging dichterbij komt (secundaire persoonlijkheidsstoornis-model: neurofarmacologische variant). Tegelijkertijd komt dezelfde patiënt in aanraking met drugsgebruikende criminelen. Mede onder invloed hiervan ontwikkelt zich een patroon van antisociaal gedrag (secundaire persoonlijkheidsstoornis-model: so-ciaal-leren-variant) en additionele

verslavingsproblematiek (primaire persoonlijkheidsstoornis-model: gedragsgenetische ontwikkelingsvariant). Aan deze samensmelting van verschillende modellen wordt in de literatuur gerefereerd als het *bidirectionele model* (NIAAA, 1993). Een ander voorbeeld van dit model wordt gegeven door Nace (1990). In dit model wordt de nadruk gelegd op een door verslavende middelen geïnduceerde regressietoestand, gekenmerkt door verzwakte egofuncties en versterkte immature trekken, zoals impulsiviteit en het onvermogen frustratie te verdragen, die op hun beurt weer predisponeren tot een verergering van de verslaving.

Persoonlijkheidspathologie kan ook de symptomatologie, reactie op de behandeling, behandelresultaat en het beloop van verslavingsstoornissen beïnvloeden en daardoor het verband tussen beide stoornissen versterken. Dit inzicht zou ook belangrijke implicaties voor de behandeling kunnen hebben. In de volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven van het empirisch onderzoek naar het beloop en het behandelresultaat bij deze groep comorbide patiënten.

Behandelrespons en behandelresultaten

De empirische benadering van het natuurlijk beloop van verslavingsstoornissen bij individuen met persoonlijkheidsstoornissen is vooralsnog alleen toegepast bij ASPS en alcoholproblemen. Hesselbrock et al. (1992) laten zien dat individuen met ASPS eerder beginnen met drinken en vervolgens sneller afhankelijk worden van alcohol dan individuen zonder ASPS. Deze bevinding is consistent met studies die laten zien dat alcoholisten met ASPS significant jonger zijn (Liskow et al., 1990) en ernstiger problemen vertonen dan alcoholisten zonder ASPS (Cadoret et al., 1984; Poldrugo & Forti, 1988; Vaillant, 1983), alsmede met Cloningers (1987a) type-II-alcoholisme, dat niet alleen gekenmerkt wordt door ASPS maar ook door een vroeg begin van de alcoholproblemen en een onvermogen tot volledige onthouding.

In verschillende studies bleek persoonlijkheidspathologie verband te houden met een ongunstige reactie op de behandeling en het behandelresultaat bij patiënten met affectieve stoornissen en angststoornissen (Reich & Green, 1991; Reich & Vasile, 1993). Vrij algemeen wordt aangenomen dat dezelfde relatie ook van toepassing is bij patiënten met verslavingsstoornissen (Van den Brink, 1995; NIAAA, 1993; Blume, 1989). De beschikbare studies waar dit idee op wordt gebaseerd worden echter gehandicapt door talrijke methodologische problemen, waardoor het moeilijk is om de bevindingen te interpreteren. Zo maken veel studies (Poldrugo & Forti, 1988; Griggs & Tyrer, 1981; Kofoed et al., 1986; Kosten et al., 1989) gebruik van kleine steekproeven en wordt het effect van de aanwezigheid van persoonlijkheidspathologie op het behandelresultaat niet gecontroleerd voor de toestand voorafgaande aan de behandeling. Hierdoor blijft het vaak onduidelijk in hoeverre de gerapporteerde effecten op de uitkomst toe te schrijven zijn aan een ongunstige behandelrespons van comorbide patiënten of aan verschillen in kenmerken van het functioneren van deze patiënten voorafgaande aan de behandeling. Ten slotte wordt de vergelijkbaarheid tussen studies beperkt door het gebruik van verschillende diagnostische criteria en meetprocedures.

Een grondige beschouwing van de beschikbare (naturalistische) effectstudies leert dat er vooralsnog geen harde conclusies kunnen worden getrokken. Volgens de bevindingen van De Jong (1993) in een intensieve residentiële behandelsetting lijken alcoholcliënten

met cluster-B-stoornissen zich vaker vroegtijdig aan de behandeling te onttrekken en daardoor een minder gunstig behandelresultaat te behalen dan alcoholisten zonder cluster-B-stoornissen. Verder lijken comorbide cluster-C-stoornissen samen te hangen met een ongunstig behandelresultaat bij mannen en met een gunstig behandelresultaat bij vrouwen. Voorts wordt in twee studies aangetoond dat verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen weliswaar minder tevreden zijn met hun leven (zowel voorafgaande aan als volgend op de behandeling), maar toch ongeveer evenveel vooruitgang boeken tijdens de residentiële behandeling voor de verslavingsproblemen vergeleken met verslaafden zonder As-II-comorbiditeit (Nace & Davis, 1993; Nace et al., 1991). Voorts bleek de groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen het gebruik van cannabis, amfetaminen en LSD meer te hebben verminderd dan de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen, waar de groep zonder persoonlijkheidsstoornissen het gebruik van alcohol meer had verminderd.

Een aantal effectstudies betreft in het bijzonder BPS en ASPS. Het onderzoek van Nace et al. (1983; 1986) laat zien dat alcoholisten met BPS zowel voor als na een kortdurende, psychiatrisch-georiënteerde behandeling meer drugsproblemen en verstoorde relaties met hun ouders hebben dan alcoholisten zonder BPS. Aan de andere kant bleken de patiënten met BPS ongeveer evenveel profijt te hebben van de behandeling, en na de behandeling zelfs minder vaak te zijn opgenomen en vaker een baan te hebben gekregen dan patiënten zonder BPS.

ASPS wordt in brede kring beschouwd als een robuuste predictor van negatieve behandelrespons en behandelresultaat (NIAAA, 1993; Hesselbrock et al., 1992). Deze zo voor de hand liggende verwachting wordt echter niet bevestigd door het beschikbare onderzoek (Gerstley et al., 1990; Alterman & Cacciola, 1991; Cacciola et al., 1995; Powell et al., 1992). Zo laten sommige studies zien dat de relatie tussen ASPS en ongunstige behandelresultaten een artefact is van de ernst van het gebruik in de periode voorafgaande aan de behandeling (Carroll et al., 1993; Booth et al., 1991). Cacciola et al. (1995) constateerden dat verslaafden met en zonder ASPS evenveel profijt hadden van hun behandeling. Voorts vonden zij geen duidelijke verschillen tussen verslaafden met en zonder ASPS wat betreft het functioneren voor en na de behandeling, zij het dat patiënten met ASPS meer criminele en andere onwettige gedragingen vertoonden. Ten slotte laat een tweetal studies zien dat, hoewel ASPS op sommige gebieden van het leven een slechter resultaat voorspelt, dit resultaat niet ongunstiger is dan bij verslaafden met andere comorbide psychiatrische symptomatologie (Rounsaville et al., 1986; Rounsaville et al., 1987). Een alternatieve verklaring voor de bovenstaande bevindingen, die de klinische intuïtie lijken te weerspreken, is dat de diagnostische criteria voor ASPS een heterogene groep insluiten, die zowel patiënten met alleen antisociaal gedrag omvat als patiënten met antisociale en/of psychopatische persoonlijkheidstrekken zoals onverschilligheid, gevoelsarmoede, onvermogen tot empathie en afwezigheid van schuldgevoelens (Cacciola et al., 1995). Vooral de laatste groep zou een verhoogd risico op een negatief behandelresultaat hebben. Deze visie wordt ondersteund door de bevindingen van Woody et al. (1985), die laten zien dat opiaatverslaafden met ASPS en een lifetime diagnose van depressie ongeveer evenveel profijt hadden van individuele psychotherapie als opiaatverslaafden zonder ASPS, terwijl 'pure' ASPS-patiënten een aanmerkelijk slechter behandelresultaat hadden. Een ander interessant onderzoek toont dat antisociale patiënten die in staat zijn om een positieve werkalliantie met hun therapeuten op te bouwen, een betere

behandelrespons en behandelresultaat laten zien dan antisociale patiënten die dit vermogen missen (Gerstley et al., 1989).

Samenvattend: er is op dit moment weinig empirische ondersteuning voor de hypothese dat persoonlijkheidsstoornissen robuuste voorspellers zijn van behandelrespons en behandelresultaat bij verslaafden. Verschillende studies laten zien dat verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen wel degelijk profijt kunnen hebben van behandeling. Daarbij moet wel worden aangetekend dat een deel van de beschreven resultaten afkomstig is uit onderzoek verricht in gespecialiseerde, psychiatrisch georiënteerde behandelprogramma's. In 'standaard'-behandelprogramma's zouden de resultaten wel eens minder gunstig kunnen zijn. Bovendien is de steekproefgrootte van veel studies inadequaar, of zij ontberen anderszins voldoende methodologische verfijning. In de eerste plaats zou de werking van persoonlijkheidsstoornissen verschillend kunnen zijn per specifieke stoornis (of per cluster), of beïnvloed kunnen worden door variabelen als geslacht en behandelduur, zoals De Jong (1993) heeft laten zien. In de tweede plaats kunnen de verschillende stoornissen samenhangen met een negatieve behandelrespons of behandelresultaat op verschillende gebieden van het leven. Daarom is het raadzaam in toekomstig onderzoek een meervoudig instrumentarium en multidimensionale uitkomstmaten te gebruiken. Ten slotte is gebleken dat heterogeniteit binnen de persoonlijkheidsstoornissen de predictieve waarde kan beïnvloeden (bijv. ASPS met/ zonder depressie).

Diagnostiek

Voor een effectieve behandeling is in de eerste plaats een zinvolle en zorgvuldige diagnostiek van de problemen nodig. Eerder hebben we gesteld dat voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen op een aantal punten consensus nodig is, namelijk:

- Moet middelengerelateerde pathologie wel of niet worden uitgesloten bij het stellen van een diagnose?
- Welke tijdsframe-criteria moeten worden gehanteerd?
- Wat is het meest geschikte meetmoment?
- Wat is de meest geschikte meetmethode? Deze vragen zullen hieronder besproken worden. Bovendien zullen we een aantal richtlijnen formuleren die in het bijzonder van toepassing zijn op As- II-diagnostiek bij verslaafden. Voor een bespreking van meer algemene problemen ten aanzien van de betrouwbaarheid en validiteit van As- II-diagnostiek verwijzen wij naar de uitstekende overzichten van Zimmerman (1994) en Perry (1992) .

Uitsluiting van middelengerelateerde pathologie

Een deel van het betrouwbaarheids- en validiteitsvraagstuk in de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden concentreert zich rond de vraag of het nodig is om middelengerelateerde As- II-pathologie uit te sluiten bij het stellen van een diagnose. Onder middelengerelateerde pathologie verstaan we die gedragingen of gedragspatronen die direct verband houden met de intoxicatie of onthouding van middelen, alsook het gedrag dat nodig is om een verslaving te onderhouden. Zoals Verheul et al. (1995) suggereren, kan de grootte van het effect van de uitsluiting (gedeeltelijk) worden toegeschreven aan de strategie die bij het uitsluiten wordt

gehanteerd. Zo lijken methoden met stringente exclusiecriteria, waarbij ieder symptoom dat *ooit* aan de verslaving gerelateerd is geweest uitgesloten wordt, een aanzienlijke vermindering van de geobserveerde prevalentie op te leveren. Daarentegen lijken strategieën die alleen voorzien in de uitsluiting van symptomen die *altijd* gerelateerd zijn geweest aan een verslaving, en dus niet bestonden in de periode voorafgaande aan de verslaving en evenmin tijdens perioden waarin de verslaving onderbroken werd, tot een minimale vermindering van de geobserveerde prevalentie te leiden. Het is belangrijk zich te realiseren dat bij de meer stringente strategie waarschijnlijk niet alleen alle secundaire persoonlijkheidspathologie, maar ook een deel van de primaire persoonlijkheidspathologie over het hoofd zal worden gezien. Daarentegen zal de minder stringente strategie vermoedelijk geen primaire persoonlijkheidspathologie uitsluiten en slechts een beperkt effect hebben op de secundaire persoonlijkheidspathologie.

Op het eerste gezicht zou men vermoeden dat de uitsluiting van middelengerelateerde pathologie, althans wanneer de minder stringente strategie wordt gevolgd, een gunstig effect heeft op de validiteit van As- II-diagnostiek. Immers, het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen onafhankelijk van As- I-pathologie (waaronder verslavingsstoornissen), is consistent met de richtlijnen van DSM-IV (APA, 1994). Het maken van onderscheid tussen middelengerelateerde symptomen en persoonlijkheidstrekken is echter een bijzonder moeilijke opgave voor patiënten en interviewers, en kan daardoor tot onvoldoende betrouwbaarheid leiden. Deze opgave wordt nagenoeg onmogelijk wanneer het grootste deel van het leven van de patiënt wordt getekend door verslavingsproblemen. In dat geval kan mogelijk niemand, zelfs niet de patiënt zelf, zich een adequaat beeld vormen van het functioneren van de patiënt wanneer hij geen verslavende middelen zou gebruiken. Voorts is het vermoedelijk gemakkelijker voor gebruikers om te bepalen of gedragingen gerelateerd zijn aan intoxicatie of onthouding, dan om hetzelfde te doen voor gedragingen die gerelateerd zijn aan het onderhouden van de verslaving, zoals liegen of criminele activiteiten. Het maken van onderscheid tussen situationeel bepaalde gedragspatronen en gedragingen die inherent zijn aan de persoonlijkheid, vereist een hoog niveau van introspectie en cognitieve competentie. Het vereist tevens dat de patiënt een empathisch bewustzijn heeft van de invloed van zijn gedrag op zichzelf en anderen, en bereid is om de verantwoordelijkheid voor zijn eigen daden te accepteren. Juist aan deze vaardigheden lijkt het bij veel verslaafden te ontbreken. Veel verslaafden zijn geneigd de verantwoordelijkheid voor hun gedrag buiten zichzelf te leggen, bijvoorbeeld bij mensen in hun omgeving, bij hun omstandigheden of bij de werking van het verslavende middel.

Wanneer ervoor gekozen wordt om middelengerelateerde pathologie uit te sluiten bij het stellen van een diagnose, is het raadzaam rekening te houden met de volgende punten. In de eerste plaats is het vanuit het oogpunt van betrouwbaarheid beter om de mate waarin de pathologie met middelen samenhangt item voor item te bepalen dan dit punt aan de orde te stellen aan het einde van het interview of wanneer alle criteria van een specifieke stoornis zijn doorgenomen. In de tweede plaats is het verstandig om alle items waarin middelengebruik als voorbeeld of gedragsindicator dient, te scoren als middelengerelateerde, tenzij er tevens voldoende andere, niet-middelengerelateerde gedragsindicatoren van de persoonlijkheidstrek aanwezig zijn. Ten slotte verdient het aanbeveling om tijdens het interview periodiek in herinnering te roepen dat de vragen verwijzen naar hetgeen de patiënt *doorgaans*

kenmerkt, dat wil zeggen ook gedurende perioden waarin geen sprake is van verslavingsproblemen of andere As- I-stoornissen.

Het tijdsframe

Het tijdsframe voor As- II-diagnostiek verwijst naar de periode in iemands leven waarin pathologische persoonlijkheidstrekken aanwezig moeten zijn om voor een As- II-diagnose in aanmerking te komen. In de DSM-IV worden drie tijdsframe-criteria geformuleerd. Persoonlijkheidstreken of gedragspatronen moeten zich vroeg manifesteren (aanvangscriterium), kenmerkend zijn voor het lange-termijn-functioneren (duur-criterium), en voortduren tot kort voor het stellen van de diagnose (continueringcriterium). Verschillen tussen diverse meetinstrumenten wat betreft de toepassing en de operationalisering van deze richtlijnen kunnen het gevolg zijn van arbitraire of pragmatische beslissingen, maar zijn evengoed verantwoordelijk voor aanzienlijke en verwarrende diagnostische verschillen. Het aanvangscriterium wordt bijvoorbeeld in veel instrumenten weggelaten. Verder is in ieder semi-gestructureerd interview of zelfbeoordelvragenlijst een andere benadering gekozen om het duur-criterium van een persoonlijkheidstrekk of gedragspatroon te meten (Zimmerman, 1994; Widiger et al., 1995; Verheul et al., aangeboden-b). De SCID- II (Spitzer et al., 1990) hanteert bijvoorbeeld de laatste vijf jaar als referentiekader, waar het tijdsframe van de DIDP (Zanarini et al., 1989) zich beperkt tot de laatste twee jaar. De PDI-IV (Widiger et al., 1995) en de IPDE (Loranger et al., 1994) vertonen de meeste overeenkomst met de DSM-formuleringen, gevolgd door andere semi-gestructureerde interviewschema's, terwijl de zelfbeoordelvragenlijsten en volledig gestructureerde interviewschema's aanzienlijk afwijken van de DSM-tijdsframe-richtlijnen. Daarom is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van diagnoses die gesteld worden op grond van zelfbeoordelvragenlijsten en volledig gestructureerde interviewschema's. Naar onze mening is tevens voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van zogenaamde recente en 'lifetime' ASPS-diagnosen, waarnaar in verschillende epidemiologische studies wordt verwezen (Robins et al., 1991; Ross et al., 1988; Limbeek et al., 1992; Rounsaville et al., 1991). Vaak blijft in deze studies onduidelijk welke tijdsframe-criteria zijn gehanteerd om recente diagnoses te stellen. Ten slotte zijn lifetime diagnoses van onbekende validiteit, aangezien daarbij zowel het duur-criterium als het continueringcriterium wordt genegeerd.

Het meetmoment

Bij verslaafden wordt de test-hertestbetrouwbaarheid van As- II-diagnostiek negatief beïnvloed als gevolg van intoxicatieverschijnselen, acute en langer durende onthoudingsverschijnselen, en andere psychische klachten. De contaminatie van de meting van persoonlijkheidskenmerken door aanwezige symptomatologie is waarschijnlijk sterker naarmate er vroeger in de behandeling wordt gemeten. De intoxicatie- en onthoudingsverschijnselen in de eerste fase van de behandeling worden gekenmerkt door opvallende veranderingen in het cognitieve, emotionele en sociale functioneren, die weliswaar de gedaante van As- II-symptomen kunnen aannemen maar geenszins een adequate weerspiegeling vormen van de pre-morbide persoonlijkheid. Als gevolg van een vermindering van de onthoudingsverschijnselen

met de tijd zou een aanzienlijk deel van de patiënten een eerder gestelde As- II-diagnose kunnen verliezen. Deze hypothese lijkt met name gerechtvaardigd ten aanzien van die As- II-diagnosen die belangrijke overeenkomsten vertonen met As- I-diagnosen zoals BPS (met name depressie) en vermijdende persoonlijkheidsstoornis (met name sociale fobie) (Verheul et al., aangeboden-a). Er bestaan aanwijzingen dat zelfbeoordelingsvragenlijsten gevoeliger zijn voor contaminatie door het toestandsbeeld dan semi-gestructureerde interviewschema's (Loranger et al., 1991).

Onthoudingsverschijnselen zijn het sterkst in de eerste week van de detoxificatie en zouden nadien, in minder ernstige vorm, verscheidene weken kunnen voortduren (Satel et al., 1994). De eerste weken van de behandeling vormen echter tevens, vanuit het oogpunt van indicatiestelling en behandelplanning, het meest geschikte tijdstip voor As- II-diagnostiek. Hoewel dit probleem in een residentiële setting gedeeltelijk kan worden opgelost door te wachten tot de onthoudingsverschijnselen zijn verdwenen, wordt de bruikbaarheid van deze benadering ernstig beperkt door de huidige tendens om de duur van behandelprogramma's te bekorten. Bij ambulante patiënten is het überhaupt moeilijker om er zeker van te zijn dat zij geen middelen gebruiken tijdens de diagnostische fase.

Andere factoren dan contaminatie door het toestandsbeeld kunnen de neiging bij patiënten verklaren om in eerste instantie meer pathologie te rapporteren dan later in de behandeling. In onze ervaring kunnen de door patiënten gerapporteerde of bevestigde pathologische persoonlijkheidstrekken ook een (manipulatieve) poging tot het verkrijgen van hulp weerspiegelen. Voorts kan de vermindering van symptomatologie worden toegeschreven aan een cognitieve verschuiving bij patiënten: waar zij zichzelf aanvankelijk vaak als zeer gestoord of 'problematisch' beschouwen, lijkt na verloop van tijd bij een groot aantal onder hen de overtuiging post te vatten dat zij volledig hersteld en probleemvrij zijn. Met deze alles-of-niets-houding worden de persistentie en de ernst van de problemen genegeerd. Op deze manier kan een patiënt dus zijn As- II-diagnose verliezen, waarbij geldt dat deze verandering op zichzelf geen substantiële veranderingen in de persoonlijkheid noch onvoldoende test-hertestbetrouwbaarheid weerspiegelt.

Meetmethode

Met de introductie van de DSM-III (APA, 1980) heeft de wetenschappelijke en klinische belangstelling voor de classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen een hoge vlucht genomen. Deze toegenomen belangstelling is onder andere tot uiting gekomen in de ontwikkeling van een groot aantal zelfbeoordelingsvragenlijsten en semi-gestructureerde interviews voor de meting van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(R) (APA, 1987) en DSM-IV (APA, 1994). Deze instrumenten leveren diagnoses met een betrouwbaarheid die vergelijkbaar is met die van gestandaardiseerde As- I-diagnosen (Van den Brink, 1993). De diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen wordt echter wel gecompliceerd door de matige overeenstemming tussen verschillende bronnen (bijv. patiënt versus informant) en de matige overeenstemming tussen verschillende instrumenten (bijv. vragenlijst versus interview) (Perry, 1992; Zimmerman, 1994). Een deel van het gebrek aan overeenstemming tussen vragenlijsten en interviews is waarschijnlijk het gevolg van de hoge sensitiviteit en lage specificiteit van de vragenlijstbenadering in vergelijking met de interview-benadering. Hoewel nog

niet met zekerheid is vastgesteld welke benadering het meest valide is, bestaat er ruime consensus over de tendens tot overdiagnosticering bij zelfbeoordeling van persoonlijkheidsstoornissen. Zelfbeoordeling door verslaafden zou wel eens tot een extra overschatting kunnen leiden, aangezien vragenlijsten niet differentiëren tussen persoonlijkheidstreken en de gevolgen van het gebruik van verslavende middelen. Semi-gestructureerde interviews hebben een grotere specificiteit omdat vragen en antwoorden zorgvuldig worden geëxpliciteerd teneinde vast te stellen of een bepaald gedragspatroon werkelijk chronisch en duurzaam of meer situatie-gebonden of middelengerelateerd is. Met behulp van uitgebreide doorvraagschema's kan worden nagegaan of er gedragsindicatoren van een bepaalde maladaptieve persoonlijkheidstrek bestaan, anders dan uitsluitend gedragsindicatoren die meer of minder met de verslaving samenhangen. Het interview voorziet ook in de mogelijkheid om de interpersoonlijke stijl van de patiënt te observeren. Dit is een belangrijke (alternatieve) bron van klinische informatie die gedragspatronen zichtbaar kan maken die bij zelfbeoordeling aan het oog onttrokken zouden blijven (Zimmerman, 1994).

Sommigen vertalen de tendens tot overdiagnosticering bij zelfbeoordeling in het advies om vragenlijstgegevens uitsluitend als een screeningsmaat te gebruiken. Een positieve score op de screener zou dan kunnen worden gevolgd door een meer gedetailleerde meting door middel van een semi-gestructureerd interview. Deze strategie wordt steeds vaker aanbevolen door de ontwikkelaars van semi-gestructureerde interviews, zoals het Structured Interview for DSM-III-R persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II) (Spitzer & Williams, 1990). Het is hierbij van belang te onderkennen dat, hoewel zelfbeoordelingsvragenlijsten vermoedelijk van enig nut kunnen zijn voor de screening van persoonlijkheidsstoornissen in populaties waar As- II-stoornissen frequent voorkomen, de bruikbaarheid van deze strategie in epidemiologisch onderzoek of in populaties met een geringe As- II-prevalentie nog niet is vastgesteld (Van den Brink, 1993; Duysens, 1996; Loranger, 1992).

Aanbevelingen

Concluderend kan worden gesteld dat een zorgvuldige diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen het gebruik van gestandaardiseerde meetmethoden vereist, inclusief een semi-gestructureerd interview. Omdat de patiënt niet altijd in staat zal blijken tot een adequate beantwoording van de interviewvragen (bijv. als gevolg van een te lage intelligentie; of de neiging sociaal-wenselijke antwoorden te geven; de invloed van onthouding of intoxicatie), worden bij voorkeur verschillende bronnen van informatie gebruikt (bijv. zowel patiënt als informant). Het beste meetmoment in een residentiële setting is ten minste twee weken na volledige detoxificatie. In een ambulante setting moet As- II-diagnostiek bij duidelijk geïntoxiceerde patiënten worden vermeden. Bij patiënten die zich nog in een actieve gebruiksfase bevinden moet de nodige voorzichtigheid worden betracht bij de interpretatie van zelfbeoordelingsgegevens. Voorts wordt de interviewer aangeraden om, bij gebrek aan een duidelijke consensus over de meest geschikte tijdsframe-criteria en regels voor exclusie van middelengerelateerde pathologie, altijd de precieze DSM-formuleringen in het achterhoofd te houden en zich bewust te blijven van alle mogelijke interpretatiemoeilijkheden. In het ideale geval worden de resultaten van een onderzoek zorgvuldig gedocumenteerd en, indien mogelijk, aangevuld met informatie over de

gehanteerde diagnostische criteria en de theoretische oriëntatie ten opzichte van de causaliteitsvraag.

Behandelimplicaties

Zoals we hebben gezien zijn er aanwijzingen dat comorbide persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de cluster-B-stoornissen, een ongunstige behandelrespons en behandelresultaat voorspellen bij verslavingsstoornissen. De precieze mechanismen die dit effect verklaren zijn echter voor het grootste deel onbekend (Reich & Vasile, 1993). Verslaafden met een persoonlijkheidsstoornis geven mogelijk, door hun maladaptieve interpersoonlijke stijl, aanleiding tot het ontstaan van moeilijke situaties en conflicten in relaties en daarmee tot het verbreken van relaties. Het dientengevolge ontbreken van een adequaat sociaal netwerk maakt de stap tot verslavingsgedrag kleiner; hetzelfde geldt voor de kans op herstel. Voorts zijn individuen met persoonlijkheidsstoornissen bijzonder vatbaar voor negatieve emoties en stemmingen, waardoor eveneens de kans op recidief groter wordt. Ten slotte kunnen maladaptieve copingstrategieën tot meer stressvolle situaties leiden en als gevolg daarvan het verslavingsgedrag in stand houden.

Fasen in de behandeling en behandelopties

De behandeling van verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen vereist een bijzonder professionele aandacht vanaf het begin van de behandeling. Tijdens de aanmeldingsfase en het behandelproces is voortdurend aandacht nodig voor de behandelmotivatie van de patiënt. Voor behandelaars is het van belang de kunst van het 'motivationale interviewen' (Miller & Rollnick, 1991) grondig onder de knie te hebben. Naast de reguliere programmaonderdelen is het raadzaam om met individuele counselingssessies de werkalliantie tussen patiënt en therapeut te verstevigen en voortijdige beëindiging van de behandeling te voorkomen. Interventies die direct gericht zijn op de maladaptieve persoonlijkheidstreken kunnen cognitieve vaardigheden en copingvaardigheden doen toenemen en een gunstige uitwerking hebben op As-I-pathologie (o.a. psychosen, affectieve stoornissen en angststoornissen), waardoor de kans op terugval wordt gereduceerd. Tevens kunnen deze interventies ertoe bijdragen dat patiënten gemotiveerd raken voor nazorgprogramma's.

In tegenstelling tot de comorbide As-I-stoornissen bij verslaafden, waaraan in toenemende mate specialistische aandacht wordt besteed, bestaan er nauwelijks speciale opties voor de behandeling van comorbide As-II-stoornissen. Het aantal goed gedefinieerde behandelbenaderingen voor deze groep is zeer beperkt, ondanks de rijkdom aan klinische kennis en ervaring zoals blijkt uit talloze gevalbeschrijvingen. Voorts geldt dat er slechts weinig empirische steun is gevonden voor de effectiviteit van vaak toegepaste behandelmethoden in de psychiatrie (bijv. psychoanalytische therapie) voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Met name de BPS en de narcistische-persoonlijkheidsstoornis hebben veel aandacht gekregen in de literatuur over psychoanalytische en psychodynamische benaderingen.

Psychodynamisch-georiënteerde psychotherapie wordt echter in brede kring beschouwd als gecontraïndiceerd voor de eerste fasen van de verslavingsbehandeling, tenzij de behandeling wordt aangepast aan de specifieke behoeften van de patiënt. Tot de

veelbelovende behandelbenaderingen kunnen cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie worden gerekend. Deze twee opties komen nu aan de orde.

Cognitieve gedragstherapie

De toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT), in de vorm van terugvalpreventie (Marlatt & Gordon, 1985) en de training van copingvaardigheden (Monti et al., 1989), is geëvalueerd in verschillende gecontroleerde effectstudies en wordt op dit moment als een van de meest veelbelovende behandelbenaderingen voor verslavingsproblemen beschouwd (Carroll, in druk). Aangezien het aantal gecontroleerde effectstudies voor CGT bij persoonlijkheidsstoornissen zeer beperkt is, geven Beck et al. (1990) vooral een overzicht van verschillende gevalsstudies en klinische beschouwingen. Hierin komt sterk de suggestie naar voren dat CGT ook effectief is bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Twee matching-studies laten zien dat alcoholisten met sociopathie of ASPS meer profijt hebben van een cognitief-gedragsmatig georiënteerde behandeling met een nadruk op de training van copingvaardigheden dan van een interactionele groepstherapie (Kadden et al., 1989; Longabaugh et al., 1994).

Specifieke behandelingen voor verslaafden met ASPS (Brooner) en BPS (Linehan, 1993) worden momenteel getest, maar er zijn nog geen systematische evaluaties van geïntegreerde behandelprogramma's die geschikt zijn voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Een veelbelovende benadering in dit opzicht is de zogeheten 'cognitieve-schemata-therapie' voor persoonlijkheidsstoornissen, waarin de nadruk ligt op een klein aantal inadequate kernschema's (d.w.z. duurzame negatieve gedachten over zichzelf, anderen of situaties) die voorkomen bij alle patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Beck et al., 1990; Freeman & Leaf, 1989; Pretzer & Fleming, 1989; Young, 1990). Young heeft een groot aantal kernschema's geïdentificeerd, waarvan er een of meer dominant aanwezig zijn bij iedere persoonlijkheidsstoornis (bijv. emotionele deprivatie; verlatingsangst; wantrouwen; onvolmaaktheid; het gevoel bijzondere rechten te hebben). Deze schema's worden geleerd in de vroege kindertijd en adolescentie, en worden geoefend, bekrachtigd en bestendigd in de vroege volwassenheid, waardoor ze zeer moeilijk te veranderen zijn. Deze cognitieve benadering veronderstelt dat aan een breed scala van problemen (bijv. verslaving, interpersoonlijk disfunctioneren; depressie; impulsiviteit) enkele inadequate schema's ten grondslag liggen, en dat een verandering in een kernschema een aanzienlijke uitwerking kan hebben op een groot aantal gedragingen.

De cognitieve-schemata-benadering voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan goed worden gecombineerd met cognitief-gedragstherapeutische technieken die specifiek zijn voor de behandeling van verslaving (o.a. terugvalpreventie) om de symptomen te behandelen die zowel samenhangen met de verslaving als met de persoonlijkheidspathologie. CGT voor verslavingsstoornissen en CGT voor persoonlijkheidsstoornissen hebben diverse interventietechnieken gemeen, zoals zelf-monitoring, probleemoplossen, assertiviteitstraining, hanteren van gedachten en gevoelens en huiswerk. Tot de cognitieve-schemata-technieken behoren:

- identificeren, registreren, aan de realiteit toetsen, omgaan met, en 'uitdagen' van inadequate of disfunctionele gedachten;
- imaginatie;

- rollenspel;
- onder de loep nemen van de therapeutische relatie;
- doorwerken en herattribueren van de verantwoordelijkheid voor gebeurtenissen in het verleden. Tijdens de eerste fase van behandeling wordt een grotere nadruk gelegd op het bereiken en volhouden van abstinentie en met een secundaire focus op het identificeren van en psycho-educatie overëmaladaptieve schema's. In een later stadium kan een grotere nadruk worden gelegd op het confronteren en veranderen van maladaptieve schema's en creëren van alternatieve schema's.

Farmacotherapie

Overzichten van de klinisch-psychofarmacologische literatuur laten zien dat er op dit moment geen enkelvoudige medicatie bestaat die effectief is voor de behandeling van specifieke persoonlijkheidsstoornissen (Coccaro, 1993; Soloff, 1993; Stein, 1993); evenmin bestaat een dergelijk medicament voor de behandeling van specifieke verslavingsstoornissen (APA, 1995). Bepaalde farmacologische interventies lijken echter wel effectief voor de behandeling van specifieke kenmerken van beide typen stoornissen (Dowson & Grounds, 1995; APA, 1995; Kosten & McCance-Katz, 1995). Zo worden neuroleptica bijvoorbeeld in verband gebracht met een reeks gunstige effecten bij patiënten met BPS, schizotypische- en paranoïde-persoonlijkheidsstoornis, alsmede met een afname van craving bij van cocaïne afhankelijke patiënten. Voorts is gebleken dat selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's) agressiviteit en impulsiviteit bij BPS en ASPS kunnen reduceren; zij lijken tevens een positieve invloed te hebben op het middelengebruik bij patiënten die van alcohol en cocaïne afhankelijk zijn. Lithium zou een vermindering teweegbrengen van agressie en geweld bij gedetineerden met ASPS, en van sterke stemmingswisselingen bij BPS-patiënten. Enkele gevalsbeschrijvingen en een klein, dubbelblind, placebo-gecontroleerd onderzoek lijken bovendien te wijzen op de effectiviteit van lithium bij de behandeling van afhankelijkheid van alcohol. Een groot onderzoek onder een zogenaamde 'Veteran Administration' populatie toonde daarentegen geen voordelen van lithium in vergelijking tot een placebo bij de behandeling van alcoholafhankelijke patiënten met of zonder depressieve symptomen. Een vergelijkbare situatie bestaat voor de bruikbaarheid van carbamazepine in de behandeling van verslaafden met persoonlijkheidspathologie. Vroege studies suggereerden een positief effect van carbamazepine op impulsiviteit, agressie en zelfbeschadigend gedrag bij patiënten met BPS en een afname van middelengebruik bij patiënten die van cocaïne afhankelijk waren. Recentere studies lijken echter uit te wijzen dat deze gunstige effecten alleen gelden voor borderline patiënten met EEG-afwijkingen. Benzodiazepinen zijn over het algemeen gecontraïndiceerd als anxiolyticum voor alcohol- en drugsafhankelijke patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, zowel vanwege het risico op verslaving als dat op paradoxale reacties in de vorm van gedragsdisinhibitie. Daarentegen lijkt de serotonine-agonist buspiron geen verslavingsrisico te hebben, en een positief effect op sociale fobie en vermijdende persoonlijkheidsstoornis te combineren met een kleinere kans op terugval of vertraging bij de terugkeer naar ernstig alcoholgebruik bij angstige alcoholafhankelijke patiënten. Verschillende stimulanten, inclusief methylfenidaat, dexamfetamine en levodopa lijkt impulsiviteit te verminderen bij patiënten met BPS en ASPS en/of een achtergrond van ADHD. Ook wordt beweerd dat hyperactiviteit in de kindertijd en een achtergrond van drugsverslaving predictoren zijn van een gunstige respons op psychostimulantia en MAO-remmers bij patiënten

met persoonlijkheidsstoornissen (Stein, 1993). Aangezien stimulantia echter bekend zijn om hun verslavende werking, is terughoudendheid geboden bij het voorschrijven van deze middelen. Ten slotte is de opiaat-antagonist naltrexon effectief gebleken in de behandeling van afhankelijkheid van alcohol en opiaten alsmede bij de preventie van automutilatie bij borderline patiënten.

Samenvattend lijkt gesteld te kunnen worden dat farmacotherapie een belangrijke rol kan spelen bij de behandeling van verslaafden met As-II-comorbiditeit. Medicatie kan bepaalde maladaptieve persoonlijkheidstrekken of gedragspatronen helpen verbeteren en tegelijkertijd het resultaat van de verslavingsbehandeling gunstig beïnvloeden. Daartegenover moet wel worden aangetekend dat het samen voorkomen van persoonlijkheidspathologie en verslavingsproblemen niet indicatief is voor therapietrouw, en een verhoogd risico op dodelijke overdoses of additionele afhankelijkheidsproblemen met zich meebrengt.

Indicatiestelling en matching

Het is zeer onwaarschijnlijk dat één behandelbenadering geschikt is voor alle patiënten met verslavingsproblemen en persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn aanwijzingen dat matching, dat wil zeggen het toewijzen van verschillende typen patiënten aan verschillende typen interventies, een gunstig effect heeft op de behandel-effectiviteit (Lindström, 1992). Twee studies laten zien dat verslaafden met ASPS meer baat hebben bij gestructureerde training van de copingvaardigheden dan bij interactionele therapie (Kadden et al., 1989; Longabaugh et al., 1994). Verder hebben Woody et al. (1985) laten zien dat opiaatverslaafden met zowel ASPS als depressie in een ambulante methadonprogramma beter reageren op CGT of ondersteunend-expressieve therapie dan opiaatverslaafden met alleen ASPS. Voorts heeft Linehans (1993) dialectische gedragstherapie goede resultaten opgeleverd met parasuïcidale en borderline patiënten en wordt van deze benadering tevens een gunstig resultaat voor verslaafden met BPS verwacht.

Voorts kan worden verondersteld dat bij een van alcohol afhankelijke patiënt met cluster-C-pathologie een andere interpersoonlijke benadering (bijv. directief, ondersteunend) en een ander medicament (bijv. buspiron) geïndiceerd is dan bij een van cocaïne afhankelijke patiënt met cluster-B-pathologie (bijv. SSRI in combinatie met individuele of cognitief-gedragsmatige groepstherapie). Uiteindelijk wordt het geschiktste en effectiefste behandelpakket voor een patiënt met een dubbele diagnose zowel bepaald door de resultaten van effectstudies als door kennis over de specifieke en unieke etiologie van de psychopathologie en andere kenmerken van de patiënt.

Op de vraag of de veronderstelde causale richting tussen persoonlijkheidsstoornis en verslavingsstoornis implicaties heeft voor de keuze van een bepaalde interventie, bestaat geen eenduidig en simpel antwoord. Een en ander hangt af van de individuele patiëntkenmerken en van de specifieke kenmerken van een behandelsetting. Voorts geldt dat zelfs wanneer de verslaving primair is, van een eenzijdige nadruk op het bereiken en volhouden van abstinentie geen optimaal succes kan worden verwacht. De secundaire persoonlijkheidspathologie blijft dan vaak als belangrijke risicofactor voor terugval bestaan, en het verdient aanbeveling om in de therapie het belang hiervan voor interpersoonlijke relaties en het voortduren van de 'verslavingsleefstijl' te

benadrukken. Andersom geldt dat bij primaire persoonlijkheidspathologie eenzijdige aandacht voor de persoonlijkheidspathologie, althans voordat duurzame abstinentie is bereikt, weinig succesvol zal zijn. Voortdurende verslavingsproblemen zullen dan interfereren met therapietrouw, behandelmotivatie en de cognitief-emotionele stabiliteit die nodig is om iets aan de persoonlijkheidsproblemen te doen. In het algemeen pleiten wij voor gelijktijdige aandacht voor zowel de verslaving als de persoonlijkheidspathologie, én voor de relatie tussen beide condities. Deze benadering vereist niet dat duurzame disfunctionele persoonlijkheidstrekken worden veranderd. In de meeste gevallen is het raadzaam om de therapie te beginnen met het ontwikkelen van een empathisch begrip van de normale en maladaptieve persoonlijkheidstrekken bij de patiënt, en met het gebruiken van ondersteunende en grenzenstellende technieken om acting-out gedrag en de terugvalrisico's onder controle te krijgen. Zoals Beck et al. (1993) stellen, wordt het vertrouwen bij de patiënt en de therapeutische werkalliantie versterkt door aandacht te besteden aan de persoonlijkheidskenmerken, hetgeen tevens de behandeling van de verslavingsproblemen bevordert. Zodra zij langer dan een maand voortduurt, zijn de meeste patiënten klaar voor directere therapeutische aandacht voor persistente persoonlijkheidsproblemen, waarbij een groter beroep kan worden gedaan op het vermogen om ingrijpende veranderingen te bewerkstelligen.

Problemen in de therapeut-patiënt relatie

Veel persoonlijkheidsproblemen liggen in de interpersoonlijke sfeer en kunnen dus de relaties met anderen compliceren, inclusief de relatie met de therapeut. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder patiënten met cluster-B-stoornissen, roepen vaak negatieve gevoelens en reacties bij hun behandelaar op. In de eerste plaats hebben deze patiënten vaak de neiging om een extreme positie in te nemen op de dimensie afhankelijkheid-vermijding of beurtelings een van beide extreme posities te kiezen. Veel gedragingen binnen de therapie kunnen worden opgevat als pogingen om afstand te bewaren dan wel om de intimiteit in de therapeutische relatie te reguleren.

In de tweede plaats vertonen veel patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen vaak impulsieve, zelfbeschadigende, aandachtzoekende en manipulatieve acting-out gedragingen. Intense kwaadheid, angst en somberheid wisselen elkaar snel af en worden even snel vervangen door perioden van zelfingenomenheid, onbezonnenheid of een overdreven besef van eigen belangrijkheid. Zo kan de therapeut op het ene moment worden geïdealiseerd en op het volgende moment worden gedevalueerd (splitting). Ook zien we bij deze patiënten de neiging om beurtelings de positie van hoopvolle abstinentie en hopeloze terugval te kiezen.

In de derde plaats kunnen antisociale of narcistische trekken de ontwikkeling van een positieve werkalliantie in de weg staan. De behoefte van met name antisociale patiënten om een ander te zien als iemand die overwonnen zo niet vernietigd dient te worden, kan zich ook in de spreekkamer manifesteren. Antisociale patiënten presenteren zich vaak als ongevoelig en onverschillig ten opzichte van de rechten en behoeften van anderen en zij missen schaamte en wroeging over wat zij anderen hebben aangedaan. Zij zien de behandelaar vaak als een verlengstuk van het justitiële apparaat dat hen zou willen onderdrukken, of als een beschermer van de maatschappelijke waarden en normen die zij niet weten te respecteren (Beck et al., 1990).

Voorwaarde voor een effectieve behandeling is dat de interpersoonlijke stijl van de patiënt voortdurend geregistreerd, aan de realiteit getoetst en geïnterpreteerd wordt, en dat de patiënt hiermee op een zinvolle manier geconfronteerd wordt. De behandeling dient te worden afgestemd op de specifieke interpersoonlijke stijl van de patiënt, en de behandelaar dient zich voortdurend bewust te zijn van mogelijke vormen van overdracht en tegenoverdracht. Het aanpassen van de therapie aan de specifieke behoeften van individuele patiënten vormt ook één van de uitgangspunten van directieve therapie (Van der Velden, 1992). Met behulp van een veelheid aan technieken, trucs en vondsten kunnen verschillende therapievormen worden toegepast bij patiënten die men voorheen dikwijls placht terug te sturen naar de verwijzer onder het motto van 'ongeschiktheid' of zelfs 'onbehandelbaarheid'. Hieronder zullen wij aannemelijk proberen te maken dat het interpersoonlijke model van persoonlijkheidspathologie (Kiesler, 1986) zinvolle aanknopingspunten biedt om in te spelen op verschillende persoonlijkheidstypen die door therapeuten vaak als 'moeilijk' worden aangemerkt.

Volgens dit model roepen paranoïde, narcistische en antisociale patiënten vijandig-dominante reacties bij de therapeut op, die op hun beurt leiden tot voortdurende conflicten en een hoog risico op vroegtijdige drop-out en terugval (Kiesler, 1986). Daarom dienen de overdreven gevoelens van eigen belangrijkheid van de narcistische of antisociale patiënt niet direct geconfronteerd te worden; de therapeut zou er beter aan doen om mee te gaan in of ten minste enige tolerantie op te brengen voor de behoefte van de patiënt om bewonderd te worden of als een bijzonder geval te worden gezien (Tyrer, 1988). Voorts lijkt het effectiever om niet een specifieke behandeling voor te schrijven, maar aan deze patiënten de keuze te laten uit een aantal behandelmogelijkheden (Millon, 1969). Volgens dezelfde interpersoonlijke theorie hebben theatrale en borderline patiënten een grote behoefte aan geruststelling en validering van het door hen ervaren lijden. Deze verlangens kunnen bij de therapeut echter leiden tot een overmatige betrokkenheid en een benauwend verantwoordelijkheidsgevoel voor het welzijn van de patiënt. Met het oog op een positieve werkrelatie en het voorkomen van drop-out is het nodig om een subtiel evenwicht te bewaren tussen emotionele bevestiging en de noodzaak van gedragsverandering, en tussen persoonlijke betrokkenheid en professionele distantie (Linehan, 1993). Ten aanzien van de vermijdende en afhankelijke patiënten geldt dat de interpersoonlijke theorie voorspelt dat deze individuen dominante, bezorgde en zorgzame reacties bij therapeuten oproepen. Om de behandeling op gang te brengen zal de therapeut deze impliciete uitnodiging tot actie moeten beantwoorden met duidelijke voorstellen voor beperkte gedragsveranderingen en individuele assertiviteitsoefeningen in het kader van een veilige en steunende therapiesituatie; een strategie die aansluit bij de therapeutische uitgangspunten voor 'motivationale interviews' (Miller & Rollnick, 1991). Bij vermijdende en afhankelijke patiënten wordt de therapeut echter aangeraden om een confronterende aanpak zoveel mogelijk uit de weg te gaan en het behandelproces niet op te jagen. Bovendien dient groepstherapie in de eerste fase van de behandeling vermeden te worden, aangezien groepsessies onnodig angst en schaamte kunnen oproepen en ten slotte aversie en vroegtijdige drop-out tot gevolg kunnen hebben (Millon, 1969). Omgekeerd geldt dat een actieve houding over het algemeen een averechts effect zal sorteren bij narcistische, paranoïde en passief-agressieve patiënten (Millon, 1969).

Voorwaarden voor de behandeling

In het algemeen zal het bereiken van duurzame abstinentie een te hoog gegrepen doel blijken te zijn voor de eerste behandelingsperiode bij deze groep patiënten. Met enige overtuigingskracht zullen veel van deze patiënten zich bereid verklaren om mee te werken aan het oplossen van hun verslavingsproblemen. Het opwekken en verkrijgen van hun medewerking bij de behandeling van de persoonlijkheidsproblemen is echter in de meeste gevallen veel moeilijker. Als therapeuten vragen we hun om de manier waarop zij, zo lang als zij zich kunnen herinneren, hebben geleefd te onderzoeken en te veranderen. Deze bezigheid brengt bijna zonder uitzondering aanzienlijke gevoelens van angst teweeg en kan verschillende defensieve manoeuvres opwekken (Beck & Freeman, 1990).

Psychoanalytisch en cognitief-leertheoretisch georiënteerde therapeuten lijken het erover eens dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen een langdurig proces is. Problemen zoals beperkte therapietrouw en het terugvalrisico, die nu eenmaal samengaan met verslavingsproblemen, doen in de eerste plaats de vraag rijzen wat de meest realistische doelstelling is voor de behandeling. In de meeste gevallen geldt dat het bewerkstelligen van diepgaande en permanente veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur een té ambitieuze doelstelling is in het kader van de vaak kortdurende psychotherapeutische behandelingsvormen die in de verslavingszorg gangbaar zijn. Het verdient aanbeveling om bij deze groep patiënten, vanuit een realistischer en pragmatischer uitgangspunt, primair een vermindering van de verslavingsproblemen na te streven door expliciet rekening te houden met de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek en, waar mogelijk, therapeutische energie te besteden aan de 'scherpste kantjes' van de persoonlijkheid die therapietrouw en een positief behandelresultaat in de weg staan. Verder is het verstandig om psychotherapie niet als een op zichzelf staande behandeling aan te bieden. Psychotherapie bij deze patiënten heeft meer kans van slagen wanneer die wordt aangeboden in de context van een relatief langdurend behandelprogramma dat garant staat voor voldoende structuur en veiligheid (bijv. residentiële behandeling).

Zoals we eerder hebben gezien vormen verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen een aanzienlijk deel van de totale populatie van behandelde verslaafden. Bovendien consumeren zij vermoedelijk een disproportioneel groot deel van de tijd en energie van behandelaars. Zij melden zich vermoedelijk vaker dan gemiddeld aan bij de poort van de verslavingszorg en 'verslijten' op die manier de ene behandelaar na de andere. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan naar de optimale behandeling van deze groep patiënten, lijkt groepsconsulting of psycho-educatie door behandelaars met beperkte specialistische training en supervisie niet aangewezen. Het ideale profiel van therapeuten die dit type cliënten onder hun hoede krijgen wordt gekenmerkt door subtiliteit gecombineerd met een hoge mate van professionaliteit, inzicht en ervaring. Uitgebreide scholing en training in psychotherapie, persoonlijkheidstheorie, psychopathologie, en in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen, is echt onontbeerlijk. Gegeven de interpersoonlijke problemen van deze patiënten, die zich kunnen voordoen in het contact tussen therapeut en patiënt, zouden alle therapeuten moeten kunnen beschikken over mogelijkheden tot supervisie.

Tot besluit

In dit artikel ligt de nadruk op de relatie tussen verslaving en DSM-III-R- (APA, 1987) en DSM-IV- (APA, 1994) persoonlijkheidsstoornissen. Onlangs heeft de Wereld Gezondheidsorganisatie de tiende editie van de Internationale Classificatie van Ziekten (ICD-10) (WHO, 1990) gepubliceerd. Een vergelijking tussen de beide classificatiesystemen leert dat er ten aanzien van een aantal persoonlijkheidsstoornissen grote overeenkomsten in diagnostische criteria bestaan, hetgeen resulteert in aanzienlijke empirische overlap (Loranger et al., 1994). Dit is bijvoorbeeld van toepassing op de borderline-, vermijdende-/angstige-, en obsessief-compulsieve-/anankastische persoonlijkheidsstoornissen. Daarentegen vertonen de diagnostische criteria van enerzijds ASPS in de DSM-IV en anderzijds dissociale-persoonlijkheidsstoornis in de ICD-10 aanzienlijke verschillen (Loranger et al., 1994; Verheul et al., 1995b). ASPS en dissociale persoonlijkheidsstoornis lijken te zijn gerelateerd aan verschillende aspecten van het traditionele, tweedimensionale concept psychopathie (Hare, 1980): de dissociale persoonlijkheidsstoornis volgens de ICD-10 is meer gerelateerd aan de interpersoonlijke en affectieve dimensie (bijv. gevoelsarmoede; onverschilligheid; gebrek aan wroeging of schuldgevoelens; manipulativiteit), terwijl bij ASPS in de DSM-IV de nadruk meer ligt op de impulsieve en sociaal-deviante dimensie (bijv. gedragsdininhibitie; criminaliteit; onverantwoordelijkheid; roekeloosheid).

Zoals eerder werd gesteld worden bij een en dezelfde patiënt vaak meerdere As-II-diagnosen gesteld. Dit geldt zowel voor verslavingspopulaties (De Jong et al., 1993) als voor psychiatrische populaties (Pfohl et al., 1986; Alnaes & Torgerson, 1988; Loranger et al., 1987), en kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd. In de eerste plaats kunnen specifieke combinaties van persoonlijkheidsstoornissen differentiële behandelimplicaties hebben. Een verslaafde met zowel BPS als afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis en/of vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (d.w.z. sterke affectieve instabiliteit, wantrouwen in relaties en verlatingsangst, matige impulsiviteit) heeft waarschijnlijk meer baat bij cognitieve therapie of CGT, terwijl een verslaafde met zowel BPS als ASPS en/of narcistische-persoonlijkheidsstoornis (d.w.z. sterke impulsiviteit en agressiviteit, matige affectieve instabiliteit) waarschijnlijk meer baat heeft bij gestructureerde training van copingvaardigheden. In de tweede plaats kan het fenomeen van elkaar overlappende stoornissen ofwel het ontbreken van een duidelijk onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen worden opgevat als argument voor een dimensionale of hiërarchische benadering ter vervanging van of als aanvulling op de categoriale benadering. Een belangrijk voordeel van dimensionale classificatie is dat zij meer flexibele, specifieke en uitgebreide informatie verschaft, terwijl categoriale classificatie, zeker wanneer patiënten voldoen aan verschillende diagnostische criteria maar niet van een bepaalde stoornis of juist van twee of meer verschillende stoornissen, wordt gekenmerkt door informatieverlies en classificatiedilemma's (Widiger & Kelso, 1983; Widiger & Sanderson, 1995).

Zelfs binnen een dimensionale benadering is het zinvol om persoonlijkheidsdiagnostiek niet te beperken tot het meten van de dimensies van persoonlijkheidspathologie, maar uit te breiden met maten voor 'normale' persoonlijkheidsdimensies, zoals die van het vijf-factorenmodel (Wiggins, 1996; Digman, 1990; Costa & McCrae, 1990) of interpersoonlijke modellen (Benjamin, 1993). Het meten van onderliggende normale persoonlijkheidsdimensies kan een waardevolle, additionele bijdrage leveren aan

matching en behandelplanning. Ter illustratie: een diagnose van ASPS met daarnaast een hogere score op neuroticisme is waarschijnlijk een minder stabiele diagnose en daarom meer vatbaar voor verandering met behulp van therapie, dan een diagnose van ASPS met daarnaast hogere scores op impulsiviteit en agressie. Verder hebben Annis en Chan (1983) laten zien dat intensieve groepstherapie met een confronterende aanpak een gunstig effect sorteerte bij verslaafde gedetineerden met een positief zelfbeeld, terwijl dezelfde behandeling bij verslaafde gedetineerden met een negatief zelfbeeld een ongunstig effect sorteerte.

Ten slotte moet men zich realiseren dat de DSM-IV (APA, 1994) een descriptief classificatiesysteem is zonder expliciete relaties met de onderliggende persoonlijkheidsstructuur. Wel bestaan er veel ideeën en suggesties over hoe de descriptieve DSM-diagnosen gerelateerd zijn aan biologische factoren (temperament), psychodynamische aspecten (ontwikkelingsniveau; persoonlijkheidsstructuur; dominante afweermechanismen), en cognitieve en interpersoonlijke stijlen (Vaillant, 1987; Kernberg, 1984; Van den Brink, 1989; Cloninger, 1987b). Kennis over en inzicht in al deze aspecten van de persoonlijkheid zijn van het grootste belang voor alle onderdelen van de behandeling van verslaafden met persoonlijkheidsstoornissen (Van den Brink, 1995).

Abstract

This article provides an overview of the relevant literature about the DSM-III(R) personality disorders among alcoholics and drug addicts. The paper opens with addressing the evolution of the thinking about the role of personality and personality pathology within addiction. Secondly, the effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedure factors on the observed prevalence of personality disorders is evaluated. The third issue is a thorough discussion on the potential causal explanations (or models) for the strong association between addiction and personality disorders and the empirical validation of these models. This is followed by a critical evaluation of the available natural course and treatment outcome studies. Finally, some tentative guidelines regarding the assessment of Axis II disorders among alcoholics and drug addicts and regarding the treatment of these comorbid individuals are formulated.

Referenties

- Alnaes, R., & Torgerson, S. (1988). DSM-III symptom disorder (Axis I) and personality disorders (Axis II) in an outpatient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 348-355.
- Alterman, A.I., & Cacciola, J.S. (1991). The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 401-409.
- Annis, H.M., & Chan, D. (1983). The differential treatment model: empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice Behavior*, 10, 159-173.
- APA, American Psychiatric Association (1952, 1968, 1980, 1987, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (first edition, second edition, third edition, third revised edition, fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- APA, American Psychiatric Association (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152(suppl), 5-59.

- Babor, T.F., Dolinsky, Z.S., Meyer, R.E., Hesselbrock, M., Hofmann, M., & Tennen, H. (1992). Types of alcoholics: concurrent and predictive validity of some common classification schemes. *British Journal of Addiction*, 87, 1415–1431.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall.
- Barnes, G.E. (1979). The alcoholic personality: a reanalysis of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 571–634.
- Beck, A.T., & Freeman, A. (red.) (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Bernstein, D.P., & Handelsman, L. (1995). The neurobiology of substance abuse and personality disorders. In J. Ratey (red.), *Neuropsychiatry of personality disorders*. Cambridge: Blackwell Science.
- Blackburn, R. (1988). On moral judgements and personality disorders: the myth of psychopathic personality revisited. *British Journal of Psychiatry*, 153, 505–512.
- Blume, S.B. (1989). Dual diagnosis: psychoactive substance dependence and the personality disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 139–144.
- Bohman, M., Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Knorrning, A. von (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees, I: genetic and environmental heterogeneity. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1233–1241.
- Bohn, M.J., & Meyer, R.E. (1994). Typologies of addiction. In M. Galanter & H.D. Kleber (red.), *The American Psychiatric Press textbook of substance abuse treatment* (pp. 11–24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Booth, B.M., Yates, W.R., Petty, F., & Brown, K. (1991). Patient factors predicting early alcohol–related readmissions for alcoholics: role of alcoholism severity and psychiatric comorbidity. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 37–43.
- Brink, W. van den (1989). *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie: betrouwbaarheid en validiteit van SIDP-R en as II van de DSM- III*. Academisch proefschrift. Groningen: Van Denderen.
- Brink, W. van den (1993). Measurement and diagnosis of DSM-III(R) and ICD-10 personality disorders: a review of available instruments in the Netherlands. *State of the Art in Clinical Psychiatry*, 1, 4–11.
- Brink, W. van den (1995). Personality and addiction. *European Addiction Research*, 1, 172–176.
- Brink, W. van den, & Velden, K. van der (1994). Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie: deel 1* (pp. 351–384). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cacciola, J.S., Alterman, A.I., Rutherford, M.J., & Snider, E.C. (1995). Treatment response of antisocial substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 166–171.
- Cadoret, R.J., O’Gorman, T.W., Throughton, E., & Heywood, E. (1985). Alcoholism and antisocial personality: interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry*, 42, 161–167.
- Cadoret, R.J., Throughton, E., & Widmer, R. (1984). Clinical differences between antisocial and primary alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 1–8.
- Carroll, K.M. (in druk). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., & Rounsaville, B.J. (1993). A comparison of alternate systems for diagnosing antisocial personality disorder in cocaine abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 436–443.
- Cloninger, C.R. (1987a). Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410–416.
- Cloninger, C.R. (1987b). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., Bohman, M., & Knorrning, A. von (1982). Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1242–1247.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 12, 494–505.
- Coccaro, E.F. (1993). Psychopharmacologic studies in patients with personality disorders: review and perspective. *Journal of Personality Disorders*, 7(suppl), 181–192.

- Cox, W.M. (1987). Personality theory and research. In H.T. Blane & K.E. Leonard (red.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 55–89). New York: The Guilford Press.
- Dahl, A.A. (1993). The personality disorder: a critical review of family, twin and adoption studies. *Journal of Personality Disorders*, 7(suppl), 86–99.
- Digman, J.M. (1990). Personality structure: the emergence of the Five-Factor Model. In M.R. Rosenzweig & L.W. Porter (red.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Dowson, J.H., & Grounds, A.T. (1995). *Personality disorders: recognition and clinical management*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dulit, R.A., Fyer, M.R., Haas, G.L., Sullivan, T., & Frances, A.J. (1990). Substance use in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1002–1007.
- Duysens, I. (1996). *Assessment of personality disorders: construction, reliability and validity of the VKP self-report*. Academisch proefschrift. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Freeman, A., & Leaf, R. (1989). Cognitive therapy of personality disorders. In A. Freeman et al. (red.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gaines, L.S., & Connors, G.J. (1982). Drinking and personality: present knowledge and future trends. In *Alcohol consumption and related problems* (pp. 331–346). Washington, DC: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).
- Gerstley, L., McLellan, A.T., Alterman, A.I., Woody, G.E., Luborsky, L., & Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 508–512.
- Gerstley, L.J., Alterman, A.I., McLellan, A.T., & Woody, G.E. (1990). Anti-social personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 147, 173–178.
- Goodwin, D.W. (1992). Genetics of alcoholism. In L.K.G. Hsu & M. Hersen (red.), *Research in psychiatry: issues, strategies and methods* (pp. 359–372). New York: Plenum Press.
- Griggs, S.M., & Tyrer, P.J. (1981). Personality disorder, social adjustment and treatment outcome in alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 802–805.
- Groen, H., & Brink, W. van den (1992). De klinische diagnostiek van persoonlijkheidspathologie: een multiconceptuele, multi-instrumentele benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 170–184.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 117–119.
- Hesselbrock, V.M. (1986). Family history of psychopathology in alcoholics: a review and issues. In R.E. Meyer (red.), *Psychopathology and addictive disorders* (pp. 41–56). New York: The Guilford Press.
- Hesselbrock, V.M., Meyer, R., & Hesselbrock, M.N. (1992). Psychopathology and addictive disorders: the specific case of antisocial personality disorder. In C.P. O'Brien & J.H. Jaffe (red.), *Addictive states* (pp. 179–191). New York: Raven Press.
- Jong, C.A.J. de (1993). *Wie wordt er beter van? Een onderzoek naar de prog-nostische waarde van een multidimensionaal klinisch-diagnostisch instrumentarium bij opgenomen alcoholverslaafden*. Academisch proefschrift. Veldhoven: Verhagen.
- Jong, C.A.J. de, Brink, W. van den, Harteveld, F.M., & Wielen, G.M. van der (1993). Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87–94.
- Kadden, R.M., Cooney, N.L., Getter, H., & Litt, M.D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 698–704.
- Keller, M. (1972). The oddities of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 1147–1148.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.
- Kiesler, D.J. (1986). The 1982 interpersonal circle: an analysis of DSM-III personality disorders. In T. Millon & G.L. Klerman (red.), *Contemporary directions in psychopathology*. New York: The Guilford Press.
- Knight, R.P. (1937). The dynamics and treatment of chronic alcohol addiction. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 233–250.

- Koeter, M.W.J., Brink, W. van den, & Hartgers, C. (1995). Cloninger's type I en II alcoholics amongst treated alcoholics: prevalence and validity of the construct. *European Addiction Research*, 1, 187-193.
- Kofoed, L., Kania, J., Walsh, T., & Atkinson, R. (1986). Outpatient treatment of patients with substance abuse and co-existing psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143, 867-872.
- Kosten, T.A., Kosten, T.R., & Rounsaville, B.J. (1989). Personality disorders in opiate addicts show prognostic specificity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6, 163-168.
- Kosten, T.R., & McCance-Katz, E. (1995). Substance abuse: new pharmacotherapies. In J.M. Oldham & M.B. Riba (red.), *Review of psychiatry: vol-ume 14*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lacey, J.H., & Evans, C.D.H (1986). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Langeland, W., & Hartgers, C. (aangeboden). Child abuse and sexual abuse and alcoholism: a review. *Journal of Studies on Alcohol*.
- Loevenson, R.W., Oyama, O.N., & Meek, P.S. (1987). Greater reinforcement from alcohol for those at risk: parental risk, personality risk and sex. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 242-253.
- Limbeek, J. van, Wouters, L., Kaplan, C.D., Geerlings, P.J., & Alem, V. van (1992). Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 43-52.
- Lindström, L. (1992). *Managing alcoholism: matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Liskow, B., Powell, B.J., Nickel, E.J., & Penick, E. (1990). Diagnostic sub-groups of antisocial alcoholics: outcome at 1 year. *Comprehensive Psychia-try*, 31, 549-556.
- Livesley, W.J. (1995). Past achievements and future directions. In W.J. Livesley (red.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 497-505). New York: The Guilford Press.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Malloy, P., Beattie, M., Clifford, P.R., & Noel, N. (1994). Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18, 778-785.
- Loranger, A.W. (1992). Are current self-report and interview measures adequate for epidemiological studies of personality disorders? *Journal of Personality Disorders*, 6, 313-325.
- Loranger, A.W., & Tulis, E.H. (1985). Family history of alcoholism in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 153-157.
- Loranger, A.W., Lehmann-Susman, V., Oldham, J.M., et al. (1987). The Personality Disorder Examination: a preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 1, 1-13.
- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner, A.F., Lehmann-Susman, V., Herzig, J., Zammit, G.K., Gartner, J.D., Abrams, R.C., & Young, R.C. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720-728.
- Loranger, A.W., Sartorius, N., et al. (1994). The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R., & Hallmayer, J. (1992). Prevalences of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorders*, 6, 187-196.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing*. New York: The Guilford Press.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: a biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Monti, P.M., Abram, D.B., Kadden, R., & Cooney, N. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. New York: The Guilford Press.
- Morey, L.C., & Hill, T. (1991). Behavioral pathology. In P.E. Nathan, J.W. Langenbucher, B.S. McCrady & W. Frankenstein (red.), *Annual review of addiction research and treatment - volume 1* (pp. 101-113). New York: Pergamon Press.
- Nace, E.P. (1989). Substance use disorders and personality disorders: comorbidity. *The Psychiatric Hospital*, 20, 65-69.
- Nace, E.P. (1990). Substance abuse and personality disorder. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 183-197.
- Nace, E.P., Saxon, J.J., & Shore, N. (1983). A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. *Archives of General Psychiatry*, 40, 54-56.

- Nace, E.P., Saxon, J.J., & Shore, N. (1986). Borderline personality disorder and alcoholism treatment: a one-year follow-up study. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 196–200.
- Nace, E.P., Davis, C.W., & Gaspari, J.P. (1991). Axis II comorbidity in substance abusers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 118–120.
- Nace, E.P., & Davis, C.W. (1993). Treatment outcome in substance-abusing patients with a personality disorder. *The American Journal on Addictions*, 2, 26–33.
- Nathan, P.E. (1988). The addictive personality is the behavior of the addict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 183–188.
- NIAAA, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (1993). Psychiatric comorbidity with alcohol use disorders. In *Eighth special report to the US congress on alcohol and health* (pp. 37–59). NIAAA.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder: a multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, J.C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1645–1653.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders: diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 21–34.
- Pihl, R.O., Peterson, J.B., & Lau, M.A. (1993). A biosocial model of the alcohol-aggression relationship. *Journal of Studies on Alcohol*, 11(suppl), 128–129.
- Platt, J.J. (1986). *Heroin addiction: theory, research and treatment (2nd ed.)*. Malabar, FL: Robert E. Krieger.
- Poldrugo, F., & Forti, B. (1988). Personality disorders and alcoholism treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*, 21, 171–176.
- Pols, R.G. (1984). The addictive personality: a myth. *Australian Alcohol/Drug Review*, 3, 45–47.
- Powell, B.J., Penick, E.C., Nickel, E.J., Liskow, B.I., Riesenmy, K.D., Campion, S.L., & Brown, E.F. (1992). Outcomes of comorbid alcoholic men: a 1-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 131–138.
- Pretzer, J.L., & Fleming, B. (1989). Cognitive-behavioral treatment of personality disorders. *Behavioral Therapist*, 12, 105–109.
- Reich, J.H., & Green, A.I. (1991). Effect of personality disorders on out-come of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74–82.
- Reich, J.H., & Vasile, R.G. (1993). Effect of personality disorders on the treatment outcome of Axis I conditions: an update. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 475–484.
- Robins, L.N., Tipp, J., & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In L.N. Robins & D.A. Regier (red.), *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: The Free Press.
- Ross, H.E., Glaser, F.B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023–1031.
- Rounsaville, B.J., Kosten, T.R., Weissman, M.M., & Kleber, H.D. (1986). Prognostic significance of psychopathology in treated opiate addicts. *Archives of General Psychiatry*, 43, 739–745.
- Rounsaville, B.J., Dolinsky, Z.S., Babor, T.F., & Meyer, R.E. (1987). Psychopathology as a predictor of treatment outcome in alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 44, 505–513.
- Rounsaville, B.J., Anton, S., Carroll, K.M., Budde, D., Prusoff, B.A., & Gawin, F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, 43–51.
- Satel, S.L., Kosten, T.R., Schuckit, M.A., & Fischman, M.W. (1993). Should protracted withdrawal from drugs be included in DSM-IV? *American Journal of Psychiatry*, 150, 695–704.
- Schuckit, M.A. (1985). The clinical implication of primary diagnostic groups among alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1043–1049.
- Schuckit, M.A. (1992). Advances in understanding the vulnerability to alcoholism. In C.P. O'Brien & J.H. Jaffe (red.), *Addictive states* (pp. 93–108). New York: Raven Press.
- Schuckit, M.A., Klein, J.K., Twitchell, G., & Smith, T. (1994). Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1038–1042.
- Shedler, J., & Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health. *American Psychologist*, 45, 612–630.
- Sher, K.J. (1987). Stress response dampening. In H.T. Blane & K.E. Leonard (red.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 227–271). New York: The Guilford Press.
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics: a critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.

- Sher, K.J., & Trull, T.J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 92–102.
- Siever, L.J., & Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 148*, 1647–1658.
- Soloff, P.H. (1993). Pharmacological therapies in borderline personality disorder. In J. Paris (red.), *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., & Williams, J. (1990). *Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Stein, G. (1993). Drug treatment of the personality disorders. In P. Tyrer & G. Stein (red.), *Personality disorder reviewed*. Londen: Gaskell.
- Sutker, P.B., & Allain, A.N. (1988). Issues in personality conceptualizations of addictive behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 172–182.
- Tarter, R.E. (1988). Are there inherited behavioral traits that predispose to substance abuse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 189–196.
- Tarter, R.E., Alterman, A.I., & Edwards, K.L. (1985). Vulnerability to alcoholism in men: a behavior–genetic perspective. *Journal of Studies on Alcohol, 46*, 329–356.
- Tarter, R.E., & Vanyukov (1994). Alcoholism: a developmental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1096–1107.
- Thevos, A.K., Brady, K.T., Grice, D., Dustan, L., & Malcolm, R. (1993). A comparison of psychopathology in cocaine and alcohol dependence. *The American Journal on Addictions, 2*, 279–286.
- Tyrer, P. (1988). The management of personality disorder. In P. Tyrer (red.), *Personality disorders: diagnosis, management and course* (pp. 112–118). Londen: Wright.
- Vaillant, G.E. (1983a). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G.E. (1983b). Natural history of male alcoholism V: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? *British Journal of Addiction, 78*, 317–326.
- Vaillant, G.E. (1987). A developmental view of old and new perspectives of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 1*, 146–156.
- Velden, K. van der (1992). Persoonlijkheidsstoornissen en directe therapie. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 4* (pp. 253–271). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Verheul, R., Brink, W. van den, & Hartgers, C. (1995a). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. *European Addiction Research, 1*, 166–177.
- Verheul, R., Brink, W. van den, Hartgers, C., & Koeter, M.W.J. (1995b). *Assessing psychopathy: are dissocial and antisocial personality disorder interchangeable?* Paper gepresenteerd op het APA-congres, Miami.
- Verheul, R., Ball, S.A., & Brink, W. van den (in druk). Substance abuse and personality disorders. In H.R. Kranzler & B.J. Rounsaville (red.), *Dual diagnosis and treatment: substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker.
- Verheul, R., Hartgers, C., Brink, W. van den, & Koeter, M.W.J. (aangeboden–a). The effect of sampling, diagnostic criteria and assessment procedure factors on the observed prevalence of personality disorders among alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*.
- Verheul, R., Brink, W. van den, & Koeter, M.W.J. (aangeboden–b). Stability of antisocial personality disorder criteria among alcoholics. *American Journal of Psychiatry*.
- Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G., & Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 145–149.
- Widiger, T.A., & Kelso, K. (1983). Psychodiagnosis of Axis II. *Clinical Psychology Review, 3*, 491–510.
- Widiger, T.A., & Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review, 7*, 49–75.
- Widiger, T.A., & Sanderson, C.J. (1995). Toward a dimensional model of personality disorders. In W.J. Livesley (red.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 497–505). New York: The Guilford Press.
- Wiggins, J.S. (red.) (1996). *The Five-Factor Model of personality*. New York: The Guilford Press.
- WHO, World Health Organization (1990). *ICD-10 chapter: Mental and behavioral disorders (including disorders of psychological development), diagnostic criteria for research, draft for field trials*. Genève: WHO.
- Woody, M.E., McLellan, T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1985). Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of General Psychiatry, 42*, 1081–1086.

- Young, J.E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-focused Approach*. Sarasota, FL : Professional Resource Exchange.
- Zanarini, M.C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. In J. Paris (red.), *Borderline personality disorder: etiology and treatment* (pp. 67-86). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R., et al. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.
- Zimmerman, M., & Coryell, W.H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community: a comparison of self-report and interview measures. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.
- Zucker, R.A., & Gomberg, E.S.L. (1986). Etiology of alcoholism reconsidered: the case of a biopsychosocial process. *American Psychologist*, 41, 783-793.
- Zucker, R.A., & Noll, R.B. (1987). The interaction of child and environment in the early development of drug involvement: a far ranging review and a planned very early intervention. *Drugs and Society*, 2, 57-97.