



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

De toepassing van testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek in behandelingen; een illustratie aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen

Bas van Heycop ten Ham *

Samenvatting

Geprotocolleerde, klachtgerichte behandelingen geven niet altijd een goed resultaat. Persoonlijkheidsvariabelen kunnen zo'n behandeling belemmeren. In de klinische beleidsvorming kan persoonlijkheidsdiagnostiek overwogen worden als een geprotocolleerde behandeling van de klachten ontoereikend is gebleken. DSM-classificatie van persoonlijkheidspathologie geeft onvoldoende handvatten voor deze diagnostiek. Testpsychologisch onderzoek naar basale persoonskenmerken, de mate van angst- en frustratietolerantie en copingstrategieën kan hierin beter inzicht geven. Vanuit onderzoek worden hypothesen gevormd die vervolgens getoetst en bijgesteld worden in de behandeling. De toepassing van testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek wordt geïllustreerd aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen.

Inleiding

Ondanks verbeterde geprotocolleerde behandelingen reageert een aanzienlijk percentage patiënten maar gedeeltelijk of niet op de aangeboden behandeling. Ook is er vaak terugval na een aanvankelijk succesvolle behandeling, waardoor de uitkomst van gecontroleerde studies op de lange termijn aanzienlijk lager uitvalt dan op de korte termijn. Veel van dit soort onderzoek betreft depressieve en angststoornissen. Piccinelli en Wilkinson (1994) vonden in hun literatuuroverzicht van follow-up studies van patiënten met een unipolaire depressie, dat een kwart van de patiënten een recidiverende depressie had binnen een jaar na de index-episode. Slechts een kwart van de patiënten herstelde van de episode bij baseline en bleven goed over een periode van tien jaar. Zo ook bij paniekstoornis met of zonder agorafobie: op de korte termijn (acht tot twaalf weken actieve behandeling) zijn veel patiënten paniek-vrij, maar naarmate de follow-up tijd langer wordt en er meer uitkomstmaten in de studie betrokken worden, is er meer terugval (Roy-Byrne & Cowley, 1995). De Beurs, Lange, Van Balkom en Van Dijck (1999) vonden dat na een kortdurende, geprotocolleerde behandeling voor paniekstoornis met agorafobie lange tijd wordt doorbehandeld, om het effect te verbeteren of om terugval te voorkomen. Kortom, geprotocolleerde klachtgerichte behandelingen zijn wel effectief, maar niet altijd effectief genoeg. Veelal is een 'onderhoudsbehandeling' nodig om terugval te voorkomen, of zijn andere interventies nodig om het resultaat te verbeteren.

Het is vaak onderzocht of persoonlijkheidsstoornissen of bepaalde persoonlijkheidsvariabelen samenhangen met het resultaat van behandelingen. Van

* Drs. B.F. van Heycop ten Ham is klinisch psycholoog/psychotherapeut en VGT-lid. Hij werkt bij de RIAGG Haagrand te Zoetermeer en Voorburg. Correspondentieadres: Nederlandlaan 8, 2711 HT Zoetermeer.

den Brink (1993) definieert persoonlijkheid als iemands karakteristieke patronen van denken, voelen en handelen. Deze gedrags- en belevingspatronen zijn (relatief) stabiel in de tijd en consistent in verschillende situaties. Helaas geven studies naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de behandeling inconsistente uitkomsten te zien, afhankelijk van het onderzoeksdesign, onderzochte populatie, behandelmethode, en selectie van predictie- en uitkomstmaten (zie ook Steketee en Chambless (1992) voor methodologische kwesties in predictieonderzoek). Uit onderzoek naar de behandelresultaten bij depressie en angststoornissen kan de tendens worden opgemaakt dat bepaalde persoonlijkheidsstoornissen of -trekken volgens DSM-criteria geen belemmering hoeven te zijn voor een geprotocolleerde behandeling van de as-I-aandoening (Downs, Swerdlow, & Zisook, 1992; Dreessen & Arntz, 1998; Joyce, Mulder, & Cloninger, 1994). Genuanceerder wordt het beeld als andere, niet op de DSM gebaseerde karaktertrekken of persoonlijke disfuncties worden gebruikt als voorspeller voor therapierespons en langetermijnbeloop in bovengenoemde stoornissen.

Joyce et al. (1994) vonden dat bepaalde combinaties van temperamentsfactoren 35 tot 50% van de variantie verklaarden in therapierespons op antidepressiva. Ook beperkingen in sociaal functioneren (Paykel & Weissman, 1973) en disfunctionele denkstijlen en attitudes (Brown, Bifulco, & Andrews, 1990) waren positief gecorreleerd met kwetsbaarheid voor voortdurende depressie of terugval (Goering, Lancee, & Freeman, 1992; Power, Duggan, Lee, & Murray, 1995; Scott, Eccleston, & Boys, 1992). Sociale beperkingen en disfunctionele attitudes overlappen met persoonlijkheidskenmerken, zoals snelle geirriteerdheid, negatieve denkstijlen en neuroticisme (Fava, et al., 1994; Peselow, Sanfilipo, Fieve, & Gubelkian, 1994). Bij angststoornissen leidt de combinatie van de karaktertrekken *harm avoidance* en *anxiety sensitivity* tot een gevoeligheid voor het ontwikkelen van angstklachten (Saviotti et al., 1991). Cloninger (1986) definieert *harm avoidance* als een erfelijk bepaalde neiging om intens te reageren op aversieve stimuli en om te leren deze stimuli te vermijden. *Anxiety sensitivity* is een cognitieve kwetsbaarheid om angstsymptomen catastrofaal te interpreteren. Deze karaktertrekken voorspellen een chronisch of recidiverend beloop van de stoornis in de volwassenheid (Pollack & Otto, 1997).

Het betrekken van persoonlijkheidskenmerken in de diagnostiek en behandeling kan dus zinvol zijn als een geprotocolleerde, klachtgerichte behandeling ontoereikend is gebleken. Testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek kan hierbij behulpzaam zijn als nadere anamnestiche, interview- en observatiegegevens onvoldoende duidelijkheid geven over bepaalde klachten of het sociaal disfunctioneren, en er onduidelijkheid is over verder behandelbeleid.

Testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek: ontrafeling van de persoonlijkheid

De DSM-classificatie van as- II-stoornissen geeft onvoldoende inzicht in persoonlijkheidsstoornissen. Zo is er qua fenomenologie grote variëteit binnen een stoornis, is de etiologie en pathogenese niet eenduidig en is er vaak meer dan één stoornis bij dezelfde patiënt. Van Praag (1999) betoogt dat ook de as- I-stoornissen volgens het DSM-classificatiesysteem geen diagnostische entiteiten zijn. Onderzoek naar stoornissen die volgens de DSM zijn geclassificeerd, geven dan ook geen eenduidige resultaten. Van Praag pleit voor een ontleding van symptomen en syndromen in basale

psychische disfuncties met een biologisch substraat, de invloed van psychogene factoren door leerervaringen, en de secundaire gevolgen van deze interactie. DSM-classificering kan dan dienen als raamwerk, waarbinnen zonodig aanvullende diagnostiek plaatsvindt. Een dergelijke ontleding is ook toepasbaar in persoonlijkheidsonderzoek.

Testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek probeert een antwoord te vinden op de vraag hoe iemand met spanningen, frustraties, (angst)gevoelens en impulsen omgaat (zie ook Snellen, 1996). Deze 'emotionele huishouding' hangt van twee factoren af: de mate van stressgevoeligheid (kwetsbaarheid) en de copingvaardigheden die iemand heeft. De mate van stressgevoeligheid zou voor een groot deel een biologische basis hebben en wordt geacht ten grondslag te liggen aan persoonlijkheidsstoornissen. Siever en Davis (1991) hebben hierin vier dimensies onderscheiden, te weten:

- 1 cognitieve vervormingen c.q. disfuncties (zoals aandachts- en geheugenproblemen, waarnemingsstoornissen, waanachtige interpretaties, betrekkingsideeën; cluster A-pathologie);
- 2 impulsiviteit/agressiviteit (cluster B-pathologie);
- 3 affectabiliteit (cluster B-pathologie);
- 4 angstige kwetsbaarheid (cluster C-pathologie).

Voorbeelden van adequate copingvaardigheden voor het reguleren van de invloed van stress, angstgevoelens en impulsen zijn: zich gedoseerd blootstellen of onttrekken aan (sociale) stimuli, verdragen van spanning in plaats van ageren, ordenen van handelwijze en werkzaamheden, doorzetten en (sociale) problemen oplossen in plaats van afhaken en vermijden, sociale steun zoeken, en afleiding zoeken op gepaste wijze (bijvoorbeeld fantaseren en creativiteit in plaats van alcohol en drugs gebruiken). Volgens Matthys (1999) wordt de ontwikkeling van copingvaardigheden beïnvloed door intelligentie, cognitieve functies, karaktertrekken en omgevingsfactoren, zoals leerervaringen, opvoeding, stimulans of deprivatie in de jeugd. Een lage intelligentie en cognitieve functiestoornissen (onder meer bij dyslexie, ADHD en alcohol- of drugsmisbruik) hinderen de ontwikkeling of toepassing van adequate coping. Bepaalde karaktertrekken, zoals een hoge mate van extraversie, een grote behoefte aan stimulans en een laag doorzettingsvermogen bemoeilijken eveneens adequaat copinggedrag.

Karaktertyperingen zijn door Costa en McCrae (1990) in een vijf-factorenmodel gecomprimeerd tot 'neuroticisme', 'extraversie', 'openheid voor ervaringen' (intellect, cultuur), 'altruïsme' (vriendelijkheid, sociabiliteit, hartelijkheid) en 'conscientieusheid' (doorzetten, planmatig kunnen werken).

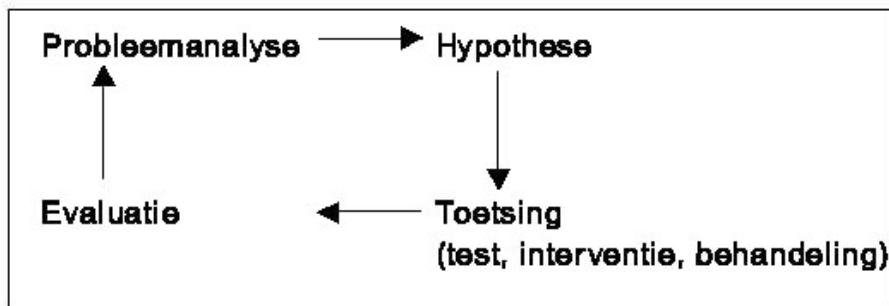
Door middel van testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek kan een inschatting gemaakt worden van:

- de mate van emotionele kwetsbaarheid of stressgevoeligheid;
- intelligentieniveau en cognitieve stoornissen (als dyslexie of ADHD);
- karaktertrekken (met name introversie en conscientieusheid of doorzettingsvermogen);
- copingvaardigheden om stress het hoofd te bieden en angst, agressie en frustratie te beheersen;
- de invloed van leerervaringen en opvoeding op de emotionele beleving van actuele situaties, zoals sociale interacties, interpersoonlijke en intrapsychische conflicten, omgaan met gevoelens en verlangens, kritiek krijgen, en autonomiestrevingen.

Vanuit deze weging van factoren kunnen interventies ontwikkeld worden. De behandeling richt zich doorgaans op verminderen van psychische kwetsbaarheid, het verminderen van stresserende stimuli en het vergroten van effectieve copingstrategieën. Medicamenteuze behandeling kan de invloed van bepaalde temperamentsfactoren of kwetsbaarheden verminderen en is een veelbelovende optie. In de praktijk worden tot nog toe enige, maar nog niet consistente, resultaten gevonden van medicamenteuze interventies om bijvoorbeeld impulsiviteit en affectabiliteit te beïnvloeden (Markowitz, 1995; Soloff, 1993). Stress vanuit de omgeving (heden of verleden) kan beïnvloed worden door bijvoorbeeld verandering van omgeving, effectief leren vermijden, verandering in betekenisgeving van spanning oproepende stimuli, en verwerking van traumata. De coping kan vergroot worden door het vergroten van probleemoplossende en sociale vaardigheden, het leren benoemen en verdragen van gevoelens, het leren beheersen van impulsen en het vergroten van de frustratietolerantie in bijvoorbeeld een zelfcontroleprocedure. Behandeling van emotioneel beladen thema's kan bijdragen aan het verminderen van negatieve emotionele reacties en het vergroten van effectieve coping (Korrelboom & Kernkamp, 1993; Young, 1990). Bij tekortschietende intellectuele of cognitieve vaardigheden kunnen hierop interventies plaatsvinden. Zo nodig dient ADHD-problematiek behandeld te worden en moet de omgeving aangepast worden aan de mogelijkheden van de cliënt (bijvoorbeeld sociale werkplaats, inschakelen van een sociaal netwerk, aanpassingen in werkzaamheden, of overname van financiën).

Toepassing van testdiagnostiek, gericht op persoonlijkheidsonderzoek

Aan de hand van voorgegevens wordt een onderzoekshypothese opgesteld, die getoetst wordt aan nadere testgegevens. Men kan spreken van een hypothesegenererend en -toetsend proces (Hofstee, 1990), niet alleen in de diagnostiekfase in engere zin, maar idealiter gedurende de gehele behandeling. In vereenvoudigd schema:



Figuur 1 Onderzoekshypothese.

Testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek omvat doorgaans de volgende elementen:

- Ontwikkelingsanamnese. Voor zover mogelijk en relevant voor de vraagstelling wordt gevraagd naar bijzonderheden rondom zwangerschap en geboorte, de motorische en taalontwikkeling in de peuter- en kleutertijd, leerprestaties en sociaal gedrag op de lagere en middelbare school, de gezinssfeer en opvoedingsstijl van de

ouders, specifieke traumata (pesterijen, misbruik of mishandeling, emotionele deprivatie) en de invloed daarvan op de cliënt, carrière, en sociaal functioneren op werk en in vrije tijd. Het is belangrijk om na te vragen waarom en hoe bepaalde veranderingen in school of opleiding en werk hebben plaatsgevonden om meer zicht te krijgen op de cognitieve, persoonlijke en sociale ontwikkeling.

- Anamnese op lichamelijk letsel (met name hoofd- en hersenletsel) en alcohol- en drugsgebruik (nu en in het verleden) en de eventuele veranderingen daarna in cognitief en emotioneel functioneren.
- Persoonlijheidsomschrijving. Vaak levert de vraag: 'Als u iets aan uw karakter zou willen veranderen, wat zou dat dan zijn?' zinvolle informatie op.

Bovenstaande lijkt veel, maar in de praktijk kost dit ongeveer een uur tijd. Als belangrijke informatie niet door de cliënt gegeven kan worden, is een hetero-anamnese beslist zinvol:

- Het samenstellen van de testbatterij, mede op grond van de gegevens uit de anamnese en de observatie. Iedere onderzoeker heeft zijn of haar eigen voorkeur voor tests, maar doorgaans omvat een testbatterij een intelligentietest, één of twee neuropsychologische tests (aandachts- en concentratietaak en visueel-ruimtelijke taak), een klachtenlijst, één of twee vragenlijsten naar interpersoonlijk functioneren en waarden, twee of drie persoonlijkheidsvragenlijsten en een projectieve test. Het gebruik van meerdere vragenlijsten per domein heeft als voordeel dat verschillende en aanvullende aspecten van het domein in kaart worden gebracht, hetgeen de betrouwbaarheid en validiteit van de interpretaties vergroot.
- Afname van de tests (duur circa 6 uur) en observatie. Zonodig wordt de testafname verdeeld over twee dagen.
- Interpretatie, verslaglegging en nabespreking met behandelaar en cliënt.

De hierna gepresenteerde casuïstiek illustreert het gebruik van persoonlijkheidsonderzoek met behulp van tests en vragenlijsten in een ambulante setting.

Eerste casus: de voedingsassistente

Aanmeldingsklachten

Petra is een jonge vrouw van 26 jaar, die zich aanmeldt bij een RIAGG op aandringen van haar direct leidinggevende en collega's. Petra werkt als voedingsassistente op een verpleegafdeling. Zolang ze zelfstandig kan werken functioneert ze goed, maar zodra ze onder druk wordt gezet komt ze al snel vijandig uit de hoek. Volgens haar collega's kan ze zich niet goed inleven in anderen. Haar leidinggevende heeft getracht haar gedrag bij te sturen en heeft veelvuldig gesprekken met haar gehad. Ze werd naar een ademhalingstherapeute gestuurd, die suggereerde dat ze onverwerkte psychische problemen zou hebben. Zo zou ze de scheiding van haar ouders op haar veertiende jaar niet hebben verwerkt. Ook was het niet goed dat ze nog bij haar moeder woonde. Petra is het hier niet mee eens. Deze bemoeienissen hebben haar wel onzeker gemaakt. Petra zegt van zichzelf dat ze stug kan zijn en dat ze het liefst met rust wordt gelaten. Ook heeft ze een grote behoefte aan zekerheid en kan ze moeilijk dingen op hun beloop laten en afwachten.

Petra kwam toenemend onder druk te staan op de afdeling en zij kreeg last van depressieve klachten, prikkelbaarheid en gespannenheid. Petra vindt dat zijzelf geen echte problemen

heeft: het werk veroorzaakt de problemen. Petra gebruikt sinds enkele maanden Tryptizol. Volgens Petra heeft het middel weinig effect.

Voorlopige hypothese en onderzoeksvraag

Als voorlopige DSM-IV-diagnose (APA, 1994) op as- I stelt de therapeut een 'depressieve stoornis NAO' en 'relatieprobleem met anderen'. Op as- II stelt hij een persoonlijkheid met obsessieve-compulsieve, paranoïde en schizoïde trekken (uitgestelde diagnose).

Het is onduidelijk in hoeverre Petra in haar huidige werksituatie in staat zal zijn om haar gedrag te veranderen en de problemen op te lossen. Psychologisch onderzoek moet duidelijkheid geven over haar stressgevoeligheid, de gehanteerde copingstrategieën en aangrijppingspunten voor behandeling. Als onderzoekshypothese stelt de therapeut dat Petra in aanleg snel angstig en prikkelbaar of agressief is, en mogelijk op grond van negatieve leerervaringen mensen snel als intrusief en kwaadwillend beleeft. De therapeut is in dit geval ook de testdiagnosticus.

Ontwikkelingsanamnese

Uit de ontwikkelingsanamnese komt naar voren dat Petra altijd op zichzelf is geweest en zich snel aangevallen voelde. Haar vader kleineerde Petra en had weinig aandacht voor haar.

Voorzover viel na te gaan waren er geen bijzonderheden rondom zwangerschap en geboorte en had Petra een normale motorische en taalontwikkeling in de peuter- en kleutertijd. Als kind had ze een hekel aan school. Het leren werd bemoeilijkt door dyslexie en ze voelde zich niet zo thuis op school. De invloed van de dyslexie werd langzamerhand minder door gerichte begeleiding. Petra had geen concentratieproblemen. Zowel op de lagere als de middelbare school was Petra een eenling en ze had weinig vriendinnen. Ze is niet gepest. Van haar twaalfde tot haar zestiende jaar heeft Petra gestotterd, mede door de denigrerende in-vloed van vader. Petra doorliep het lager beroepsonderwijs en is gaan werken als voedingsassistente, inmiddels zeven jaar. Het werk vindt ze inhoudelijk leuk, maar haar nieuwe leidinggevende bemoeit zich te veel met haar. Ze vindt het jammer dat ze geen vriendinnen heeft.

Observatie

Petra is een normaal verzorgde, jonge vrouw. Haar uiterlijk komt overeen met haar kalenderleeftijd. Ze is enigzins dysfoor in het contact, hetgeen niet verandert tijdens het gesprek. Ze blijft op haar hoede. Ze roept sympathie op bij de therapeut en ze maakt een recht-door-zee, maar ook kwetsbare indruk. Ze is open en coöperatief. Haar bewustzijn is helder, het denken is licht achterdochtig gekleurd. Er zijn geen bijzondere aandachts- en concentratieproblemen en geen waarnemingsstoornissen. Haar stemming is gespannen, het affect moduleert licht.

Samenstellen van de testbatterij

De eerder gestelde onderzoekshypothese werd ondersteund door de ontwikkelingsanamnese en de observatiegegevens. Omdat de therapeut geen bijzonderheden verwacht in intelligentie en cognitief functioneren, wil hij in het onderzoek de nadruk leggen op kwetsbaarheidsfactoren en sociale coping. Hij kiest voor afname van de volgende tests:

- intelligentieniveau: verkorte GIT (Groninger Intelligentie Test; Luteijn & Van der Ploeg, 1983), subtest 2, 6 en 8;
- klachtenniveau: SCL-90 (Symptom Checklist 90; Arrindell & Ettema, 1986);
- sociaal functioneren: ICL-R, (Interpersoonsvragenlijst; De Jong, Van den Brink, & Jansen, 1991) en de SIW (Schaal voor Interpersoonlijke Waarden; Drenth & Kranendonk, 1984);
- kwetsbaarheid en coping: NVP (Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst; Luteijn, Starren, & Van Dijk, 1985), NVM (Luteijn & Kok, 1985) en MMPI-2 (Derksen, De Mey, Sloore, & Hellenbosch, 1993).

Resultaten psychologisch onderzoek

Met de verkorte GIT wordt een gemiddeld IQ gemeten. Petra heeft momenteel veel psychische klachten, zoals depressieve gevoelens, lichamelijke spanningsklachten, piekeren,

interpersoonlijke sensitiviteit en wantrouwen, prikkelbaarheid en hostiliteit, en slaapproblemen. De totaalscore op de SCL-90 is in vergelijking met de normgroep 'poli psychiatrie' hoog. In het contact met anderen (ICL-R) heeft ze een voorkeur voor een onafhankelijke positie, waarbij ze de tegenpositie inneemt als de druk te veel toeneemt (verhoogde scores op 'aanvallend/agressief' en 'kritisch/wantrouwend'). Maar ze heeft ook behoefte aan sociale steun en erkenning (SIW). Uit de persoonlijkheidsvragenlijsten NVP, NVM en MMPI-2 blijkt dat ze een hoge lijdensdruk ervaart, waarbij ze maar net controle over haar gevoelens en gedachten heeft. Petra heeft een kwetsbare persoonlijkheid, waarbij ze onder stress al snel angstig, prikkelbaar en cognitief verward raakt. Door rigide te zijn, zaken op een stereotiepe manier te ordenen (hoge score op de 'psychasthenie'-schaal) en zich terug te trekken van anderen, probeert ze zich nog enigzins te beschermen tegen achterdochtige ideeën, emotionele vervreemding en cognitieve verwarring. De hoge score op de 'depressie'-schaal van de MMPI wijst op het internaliseren van spanning. Van nature is ze introvert, wat opgevat kan worden als een gunstige karaktertrek ten opzichte van de overige kwetsbaarheid: hierdoor zal ze van nature gesteld zijn op een rustig leven, zonder al te veel chaos en prikkels.

Behandeladvies

Op grond van het psychologisch onderzoek is het in de behandeling in elk geval van belang om negatieve, stresserende omgevingsinvloeden te verminderen. Haar geringe angsttolerantie vraagt om een leef- en werkomgeving, waarin Petra zelfstandig haar taken kan doen en waarin anderen haar duidelijke, concrete feedback geven en steunen. Haar sterke kanten – nauwkeurig en hard werken en een groot verantwoordelijkheidsgevoel – komen dan goed tot hun recht. In feite beschikt Petra al over effectieve copingstrategieën. Door middel van sociale vaardigheidstraining en cognitieve training kan haar weerbaarheid worden vergroot, waardoor zij mensen als minder kwaadwillend en intrusief beleeft. De invloed van de kleinering door vader in haar jeugd kan hiermee verkleind worden.

Beloop van de behandeling

Met Petra zijn de uitslag van het psychologisch onderzoek en de implicaties voor een behandeling besproken. In eerste instantie kozen we voor vergroting van haar weerbaarheid met behulp van cognitieve en gedragsinterventies en arbeidsconflictbemiddeling. Maar cognitieve en vaardigheidstraining zijn nauwelijks aan bod gekomen in de behandeling, omdat de aandacht uitging naar het acute werkprobleem. Petra's leidinggevende was niet bereid om mee te helpen aan het oplossen van de problemen. Er was inmiddels te veel wrijving ontstaan en haar leidinggevende vond dat Petra niet meer goed functioneerde. Enkele zittingen later meldde Petra dat een ontslagprocedure was gestart, op beider verzoek. Petra ervaarde dit als een opluchting. Zij is tijdelijk gaan werken in het magazijn van een kledingzaak, waar ze zelfstandig haar werk kon indelen. Ze functioneerde hier naar tevredenheid en ook in haar latere vaste baan (zelfstandig koffieautomaten in bedrijven legen en bijvullen) functioneerde ze goed. De psychische klachten van Petra namen af en zij had geen behoefte meer aan verdere behandeling. Ze wilde liever zelf aan haar problemen met anderen werken. De behandeling werd na zeven zittingen afgesloten.

Follow-up en nameting

Een jaar na afsluiting bleek Petra nog steeds naar tevredenheid te functioneren in haar nieuwe baan. Ze werd nog wel onzeker als feedback over haar functioneren te lang op zich liet wachten, maar ze kon dit ook weer van zich afzetten. De totaalscore op de SCL-90 was nu in vergelijking met de normgroep 'poli psychiatrie' beneden gemiddeld. Verhoogde scores waren te zien op 'piekeren', 'sensitiviteit' en 'hostiliteit'. In het algemeen was de lijdensdruk afgenomen, evenals de behoefte aan sociale steun. In het contact stelde ze zich milder en coöperatiever op. Haar sociale vaardigheden waren verbeterd. Opvallend waren de scores op de kwetsbaarheidsschalen van de MMPI-2: deze waren bij de tweede meting genormaliseerd. Ook andere scores, met

name op de 'depressie'-schaal en 'psychasthenie'-schaal waren verminderd. Beide keren was de MMPI volgens de validiteitsschalen betrouwbaar en valide ingevuld. De scores op de MMPI-2 zijn state-gevoelig, waardoor eventuele kwetsbaarheden in rusttoestand zich veel minder laten zien (Eurelings-Bontekoe, mondelinge mededeling). Overigens was de score op de 'psychoticisme'-schaal op de NVM in de nameting nog steeds verhoogd, wijzend op een kwetsbare persoonlijkheid.

Tweede casus: jonge vrouw met geheugenproblemen

Aanmeldingsklachten

Maria is 25 jaar bij aanmelding. Zij heeft last van concentratieproblemen en minderwaardigheidsgevoelens. Ook heeft ze geheugenproblemen; ze kan zich soms gesprekken of een film niet meer herinneren. Daar heeft ze al sinds de puberteit last van. Haar vriend ergert zich eraan dat hij dingen moet herhalen. Daarnaast is Maria onzeker over haar uiterlijk, haar prestaties en voelt ze zich onzeker bij andere mensen. Ze voelt zich al snel te veel in gezelschap. Als mogelijke oorzaken noemt ze haar introverte karakter, een aanranding op haar vijftiende jaar, de fysieke agressie van vader (hij sloeg haar) en het feit dat thuis nauwelijks over emoties of gevoelens werd gepraat. Overigens omschrijft ze de sfeer in het gezin op zich als goed en zorgzaam. Maria wil graag van de geheugenproblemen af en ze wil zich zekerder gaan voelen door de behandeling.

Voorlopige hypothese en onderzoeksvraag

Het is onduidelijk wat de aard en ernst van de geheugenproblemen zijn. Cognitieve functiestoornissen zijn niet uit te sluiten. Er is onduidelijkheid over de mate van stressgevoeligheid en over haar intelligentieniveau. De therapeut schat deze hoger in dan haar opleidings- en werkniveau. Voorlopige diagnose op as- I: sociale fobie en uitgestelde diagnose met betrekking tot ADHD. Op as- II wordt een uitgestelde diagnose gesteld: ontwijkende en afhankelijke trekken in haar persoonlijkheid. Het psychodiagnostisch onderzoek moet antwoord geven op de volgende vragen:

- 1 intelligentieniveau;*
- 2 oorzaak, aard en ernst van cognitieve functiestoornissen (aandacht, concentratie, geheugen);*
- 3 mate van stressgevoeligheid;*
- 4 niveau en aard van ontwikkelde copingvaardigheden.*

Ontwikkelingsanamnese

Voorzover met Maria viel na te gaan waren er geen bijzonderheden rondom zwangerschap en geboorte en was de motorische en spraakontwikkeling in de peuter- en kleutertijd normaal. Maria doorliep de lagere school zonder problemen en had voldoende contacten met leeftijdgenootjes. Ze kon goed leren en had geen concentratieproblemen. In de klas was ze oplettend en niet snel afgeleid. Als kind was ze verlegen en tamelijk introvert. Ze ging naar de mavo omdat haar ouders dachten dat Maria geen hogere opleiding aankon en dit als meisje ook niet nodig zou hebben. Het is niet duidelijk wat het advies van de lagere school hierover was. Ze volgde de mavo met een doublure in de derde klas, door emotionele problematiek na de aanranding. De aanranding heeft twee keer plaatsgevonden met een iets oudere jongen. Hij nam haar mee naar een afgelegen plek, alwaar hij tegen haar zin in seksuele handelingen bij haar verrichtte. Maria verzette zich niet en ging ook een tweede keer met deze jongen mee. Het was alsof ze geen eigen wil had: ze kon niet anders dan meegaan. Er ging geen fysieke bedreiging van de jongen uit. Maria heeft er, uit schaamte, thuis niet over gesproken. Wel

heeft ze er indertijd vaak met de ouders van haar toenmalige vriend en met een hulpverlener over gesproken, maar dit bezorgde haar gevoelens van onveiligheid. Zelf wilde ze er niet zoveel over praten. Bovendien werd het incident zwaar opgenomen door anderen, waardoor Maria het idee kreeg dat haar iets zeer ernstigs was overkomen. De bemoeienis heeft ze als intrusief beleefd. Het leren ging daarna moeilijker door aandachtsproblemen en Maria ervaart sinds die tijd meer onzekerheid en concentratieproblemen. Maria ging na de MAVO naar de HMBO en de MEAO. Ze is gaan werken op een administratiekantoor. In haar werk ervaart Maria geen concentratieproblemen en geheugenproblemen. Maria heeft nooit goed geweten wat ze zelf wil en ging, mede op advies van anderen, een bepaalde richting op. Het werk vindt ze wel leuk. Een gerichte anamnese van ADHD-symptomen volgens DSM-IV-criteria geeft geen aanwijzingen voor ADHD.

Observatie

Maria verzorgt zichzelf goed. In het contact is ze schuchter en onzeker. Tijdens het testen is ze coöperatief en werkt ze in een normaal tempo door. De therapeut ziet geen aanwijzingen voor primaire concentratieproblemen of geheugenproblemen.

Samenstellen van de testbatterij

Op grond van de ontwikkelingsanamnese en de observatie wordt de volgende hypothese aannemelijk: Maria heeft, op grond van negatieve leerervaringen, onvoldoende stimulans in de opvoeding en een introvert karakter, onvoldoende coping ontwikkeld om met spanning om te gaan. Ze sluit zich van haar omgeving af bij toenemende spanning, waardoor haar veel ontgaat. Cognitieve functiestoornissen vloeien hieruit voort. Er is een ontwikkelingsachterstand in haar autonomie, hetgeen blijkt uit een laag opleidings- en werkniveau, subassertiviteit en niet weten wat ze wil (onderdrukking van eigen gevoelens en wensen). Om deze hypothese verder te onderzoeken besluit de therapeut de volgende tests af te nemen:

- WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale). Deze test geeft inzicht in de relatieve ontwikkeling van verbale en performale cognitieve functies en vaardigheden;
- neuropsychologische screening met de Stroop-kleur-woordtest, de 15-woordentest en de Complex Figure Test (respectievelijk een aandachtstaak, een verbale inprentings- en geheugentaak en een visueel-ruimtelijke taak);
- klachtenniveau (SCL-90);
- sociale angst en mate van assertief gedrag: IOA (Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987);
- faalangst en prestatiemotivatie (PMT, Prestatie Motivatie Test; Hermans, 1968);
- kwetsbaarheid, copingstrategieën en onderdrukking van affect: MMPI-2.

Resultaten psychologisch onderzoek

Maria behaalt op de WAIS een totaal IQ van 129 (begaafd niveau). Verbaal IQ = 117, performaal IQ = 138. De discrepantie tussen verbaal en performaal IQ is te verklaren uit haar lagere onderwijsniveau. Tevens wijst dit op een emotionele ontwikkelingsachterstand, waardoor verbale vaardigheden minder ontwikkeld zijn. Opvallend is de discrepantie tussen haar opleidings- en werkniveau en het totale IQ. Concentratietaken uit de WAIS en de Stroop-kleur-woordtest worden goed gedaan; zij wijzen niet op aandachts- of concentratieproblemen. Een verbale inprentings- en geheugentaak (15- WT) en een visueel-ruimtelijke taak geven geen aanwijzingen voor geheugenproblemen.

Maria ervaart milde psychische klachten van depressieve en achterdochtige aard (SCL-90). Ze is snel angstig in sociale contacten (IOA) en ervaart in hoge mate faalangst (PMT). Uit de MMPI-2 blijkt dat Maria van nature spanningsgevoelig en introvert is; dit wordt zichtbaar in depressieve klachten en emotionele vervreemding van zichzelf. Maria is emotioneel geremd (hoge scores op de schalen 'depressie', 'psychasthenie' en 'sociale introversie' en een sterke

verlaging op de 'hypomanie'-schaal). Er is dissociatie van het affect: in bepaalde situaties laat ze haar gevoel niet toe, terwijl het er wel is. Therapie kan daar verandering in brengen. Het 'inzetten' van zoveel emotionele remming of controle is niet nodig, gezien de lage uitslag op kwetsbaarheidsschalen; waarschijnlijk is dit het gevolg van negatieve leerervaringen. De gestelde hypothese wordt hiermee bevestigd.

Behandeladvies

De behandeling kan zich richten op het vergroten van copingvaardigheden om adequaat met stress om te gaan. Het aangrijpingspunt hiervoor ligt in het leren onderkennen, benoemen en uiten van gevoelens, wensen en grenzen. De invloed van negatieve leerervaringen in het verleden kan verminderd worden door het bijstellen van verwachtingsangsten via cognitieve interventies en gedragsexperimenten en door verwerking van negatieve gebeurtenissen. Steun en aanmoediging van de therapeut kan Maria helpen om meer zelfvertrouwen te krijgen en zich autonoom te ontwikkelen.

Beloop van de behandeling

In de nabespreking van het psychologisch onderzoek is Maria aangenaam verrast door haar hoge IQ. Het doet haar goed om te horen dat ze slimmer is dan dat anderen dachten. Ze voelt zich bevestigd in haar eigen idee over haar capaciteiten. Maria begrijpt dat de concentratieproblemen te maken hebben met het zich emotioneel afsluiten voor anderen. De behandeling richt zich op het toelaten van emoties over gebeurtenissen in het verleden en heden.

Als eerste wordt de aanranding besproken. De jongen heeft Maria tweemaal stevig vastgepakt, zonder betasting boven of onder de kleren. Maria kon gemakkelijk loskomen uit zijn greep en de jongen heeft haar niet bedreigd. De gebeurtenis wordt door het bespreken ervan minder schaamtevol en beangstigend. Maria ziet in dat zij voldoende controle over de situatie had. De irritaties die Maria ten opzichte van haar ouders heeft, worden ook besproken. Haar broer wordt regelmatig voorgetrokken en Maria moe(s)t zich regelmatig aanpassen aan de wensen van haar ouders. Het uiten van irritaties hierover in de zitting gaat gepaard met opluchting. Maria beëindigt de relatie met haar vriend, hetgeen voor haar bevrijdend werkt. Zij vond hem te dominant en bepalend. Zij wordt sociaal beduidend actiever, maakt op haar werk promotie en voelt zich steeds zekerder van zichzelf. De geheugenproblemen zijn niet meer aanwezig: ze is er weer 'bij'.

In de evaluatie na tien zittingen zegt Maria dat het haar geholpen heeft om te weten dat ze intelligent is, en dat het toelaten van gevoelens en het anders gaan zien van de aanranding haar zekerder hebben gemaakt. Ze begrijpt dat de gang van zaken thuis (vroeger en nu) haar onzeker hebben gemaakt. Er volgen enkele follow-up zittingen, verspreid over een halfjaar. Maria heeft een nieuwe relatie, waar ze tevreden over is. Ze is voornemens om een hbo-opleiding te volgen. De relatie met haar ouders verbetert niet; bij tijd en wijle voelt Maria zich weer onzeker worden als ze contact met haar ouders heeft gehad. Ze heeft haar ouders gezegd wat haar dwars zit, maar haar ouders begrijpen haar kritiek niet. Ze besluit om wat minder frequent contact met haar ouders te hebben en om minder van hen te verwachten.

Follow-up en nameting

Direct na het laatste follow-up gesprek is een nameting gedaan. Maria ervaart weinig klachten: de totaalscore op de SCL-90 is 'laag' in vergelijking met de normgroep 'poli psychiatrie'. De faalangst is afgenomen, evenals de sociale angst. Op de MMPI is zichtbaar dat Maria minder geremd is en meer gevoelens kan toelaten. Er is nog wel een lichte spanningsgevoeligheid, zoals blijkt uit een licht verhoogde score op de 'schizofrenie'-schaal. Maria is tevreden over de behandeling en wil zelf verder werken aan haar autonomieontwikkeling.

Beschouwing

In deze bijdrage over persoonlijkheidsstoornissen ben ik ingegaan op de toepassing van testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek. Diagnostiek en behandeling kunnen opgevat worden als een hypothesevormend en -toetsend proces.

Persoonlijkheidsonderzoek met behulp van testdiagnostiek kan behulpzaam zijn bij het vormen van nieuwe hypothesen, die vervolgens verder gevormd en getoetst worden in de behandeling. Op drie punten wil ik nader ingaan:

Werden de hypothesen uit het persoonlijkheidsonderzoek bevestigd door de behandeling die erop volgde?

Bij de eerste casus was de hypothese dat cliënte een kwetsbare persoonlijkheid had, zoals bleek uit angst en prikkelbaarheid. Haar coping zou kunnen worden vergroot door het aanleren van sociale en cognitieve vaardigheden (herinterpretatie van de kwaadwillendheid van anderen). De kwetsbaarheidshypothese zou getoetst kunnen worden door reductie van omgevingsgebonden stress. Al vrij snel kon deze hypothese in de behandeling getoetst worden, doordat cliënte mede op haar wens een andere werkomgeving opzocht, die voldeed aan de voorwaarde van zelfstandigheid en weinig bemoeienis. De klachten namen af en de eerste hypothese vond hiermee steun. Tot een toetsing van de tweede hypothese, namelijk dat vergroting van copingvaardigheden zou leiden tot een afname van klachten, is het niet gekomen. Op zich zou deze hypothese bij gelijkblijvende omgevingsvariabelen mooi getoetst kunnen worden. Cliënte wilde echter op dit moment geen verdere therapie. Zij meldde in de follow-up dat ze mogelijk in de toekomst wel iets aan dit punt wilde doen, wat haar weerbaarder zou kunnen maken in toekomstige stress-situaties.

In de tweede casus luidde de hypothese dat cliënte op grond van negatieve leerervaringen en gebrek aan stimulans in haar jeugd haar gevoelens en wensen onvoldoende toelaat en uit. Deze hypothese werd in de behandeling getoetst door exploratie en erkenning van gevoelens en wensen, steun van de therapeut in autonomiebestrevingen en het herinterpreteren van een aantal negatieve gebeurtenissen uit het verleden. Eén en ander leidde tot een reductie van klachten, waarbij aangetekend moet worden, dat in het begin van de behandeling een belangrijke omgevingsvariabele veranderde: haar relatie, een bron van stress, werd beëindigd. De hypothese vindt gedeeltelijk steun, doordat de klachten verder afnamen naarmate cliënte opener en assertiever werd. De klachten namen weer toe toen ze van haar ouders onvoldoende erkenning kreeg voor haar gevoelens.

Was psychodiagnostisch onderzoek in dit vroege stadium van de behandeling zinvol? Had een geprotocolleerde, klachtgerichte behandeling kunnen volstaan?

In de inleiding heb ik gepleit voor het overwegen van psychodiagnostisch onderzoek, nadat een geprotocolleerde behandeling onvoldoende resultaat heeft gegeven. In de casuïstiek die ik heb gepresenteerd werd direct na het intakegesprek besloten om psychodiagnostisch onderzoek te doen. Presentatie van deze casuïstiek had een praktische reden, namelijk gebrek aan casuïstiek waarin, na een geprotocolleerde behandeling, psychologisch onderzoek werd gedaan. De casuïstiek illustreert met name het gebruik van testdiagnostiek. Het onderzoek is in beide gevallen zinvol geweest, omdat het werkbare hypothesen gaf. Het is niet duidelijk of het ook nodig was.

In de eerste casus was zonder testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek mogelijk over het hoofd gezien dat de cliënte kwetsbaar is voor stress. Maar het is de vraag of deze informatie per se nodig was. De belangrijkste interventie vanuit het psychologisch onderzoek, verandering van werkomgeving, had waarschijnlijk toch wel plaatsgevonden. Afgaande op haar aanmeldingsklachten zou de cliënte in aanmerking komen voor een geprotocolleerde cognitieve therapie, interpersoonlijke therapie (IPT), of een sociale vaardigheidstraining. Deze behandelingen hadden evengoed effect kunnen hebben op de aanmeldingsklachten en hadden bovendien direct aangegrepen op aspecten van haar persoonlijkheid. Een geprotocolleerde behandeling van tien zittingen zou waarschijnlijk even arbeidsintensief zijn geweest als de huidige behandelroute, en had naast behandeling ook preventief voor toekomstige stress-situaties kunnen werken.

Hetzelfde geldt voor de tweede casus. Wat te denken van een geprotocolleerde assertiviteitstraining of een geprotocolleerde behandeling voor sociale fobie? In beide gevallen was psychodiagnostisch onderzoek in dit stadium niet strikt noodzakelijk, hoewel het onderzoek wel snel tot zinvolle interventies leidde. De redenen om na intake direct tot psychologisch onderzoek te besluiten waren de snelle beschikbaarheid van zo'n onderzoek, mijn eigen voorkeur en de wens van beide cliënten. Beide cliënten wilden niet direct aan een klachtgerichte behandeling beginnen en wilden weten waar de klachten vandaan kwamen. Mijn eigen voorkeur voor het gebruik van testdiagnostiek is gebaseerd op een aantal overwegingen:

- bij onduidelijkheid in de intakefase kan ik sneller tot hypothese-vorming komen;
- de kans op over- of onderschatting van kwetsbaarheden en mogelijkheden voor verandering wordt verminderd;
- voorspellingen over complicaties in de behandeling kunnen gemakkelijker worden gedaan.

Zijn er richtlijnen voor de plaats en het tijdstip in de behandeling van psychodiagnostisch onderzoek?

In een ambulante setting verdient wat mij betreft geprotocolleerde, klachtgerichte behandeling de voorkeur. De behandelingen zijn welomschreven en goed evalueerbaar. Vaak kan een snelle toewijzing aan zo'n behandeling plaatsvinden. Testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek kan overwogen worden als een geprotocolleerde of andere behandeling onvoldoende resultaat heeft gegeven *en* als er onduidelijkheid is over vervolgsbeleid. Eventueel kan testpsychologisch persoonlijkheidsonderzoek in een intakefase al overwogen worden, als er vragen zijn over haalbaarheid van verandering of risico op decompensatie tijdens een behandeling. In een dagklinische en klinische setting, zeker als de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen op de voorgrond staat, is een standaard psychologisch onderzoek bij intake een investering die zich mijns inziens snel laat terugverdienen. In de praktijk zal dit door gebrek aan middelen en tijd niet snel gebeuren. Maar ook dan kan een pragmatisch criterium gelden, namelijk het uitblijven van resultaat of onduidelijkheid over vervolgsbeleid.

De meerwaarde van persoonlijkheidsonderzoek met tests zou in een grootschalige, vergelijkende studie onderzocht kunnen worden, bijvoorbeeld door geprotocolleerde behandeling te vergelijken met een behandeling op maat, of een studie waarin het effect van het al dan niet geven van feed-back over testresultaten aan de behandelaar wordt vergeleken.

abstract

The outcome of standardised treatment for depressive and anxiety disorders can be negatively affected by personality features of patients. Individual psychological examination of basic personality features, otherwise specified than in DSM, can be fruitful if standard treatment was inadequate. With the use of personality tests, hypotheses can be formed, which can be tested and adjusted in the following treatment. The current use of personality tests is illustrated with two case histories.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition)*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Beurs, E. de, Lange, A., Balkom, A. van., & Dijck, R. van (1999). Hoe effectief zijn 'evidenced based' behandelingen voor paniekstoornis met agorafobie? *Directieve Therapie*, 19, 40-57.
- Brink, W. van den (1993). Classificatie en diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 137, 2073-2077.
- Brown, G.W., Bifulco, A., & Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 244-249.
- Cloninger, C.R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Development*, 3, 167-226.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaamaat, F.W. (1987). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Derksen, J.J.L., Mey, H.R.A. de, Sloore, H., & Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: Pen Tests Publisher.
- Downs, N.S., Swerdlow, N.R., & Zisook, S. (1992). The relationship of affective illness and personality disorders in psychiatric outpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 4, 87-94.
- Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behavioural Research and Therapy*, 36, 483-504.
- Drenth, P.J.D., & Kranendonk, L.J. (1984). *Schaal voor Interpersoonlijke Waarden. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Fava, M., Bouffides, E., Pava, J.A., McCarthy, M.K., Steingard, R.J., & Rosenbaum, J.F. (1994). Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62, 160-167.
- Goering, P.N., Lancee, W.J., & Freeman (1992). Marital support and recovery from depression. *British Journal of Psychiatry*, 148, 76-82.
- Hermans, H.J.M. (1968). *Prestatie Motivatie Test*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Hofstee, W.K.B. (1990). Het psychodiagnostisch proces. In F. Luteijn, B.G. Deelman & P.M.G. Emmelkamp (red.), *Diagnostiek in de klinische psychologie* (pp. 43-59). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jong, C.A.J. de, Brink, W. van den, & Jansen, J.A.M. (1991). Interpersoonlijk gedrag en opgenomen alcoholverslaafden. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 17, 101-111.
- Joyce, P.R., Mulder, R.T., & Cloninger C.R. (1994). Temperament predicts clomipramine and desipramine response in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 30, 35-46.
- Korrelboom, C.W., & Kernkamp, J.H.B. (1993). *Gedragstherapie*. Muiderberg: Coutinho.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *NVM. Nederlandse Verkorte MMPI. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Luteijn, F., & Ploeg, F.A.E. van der (1983). *GIT. Groninger Intelligentie Test. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, H. van (1985). *Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst. Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

- Markowitz, P.J. (1995). Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders. In E. Hollander & D.J. Stein, *Impulsivity and Aggression* (pp. 263-286). New York: Wiley.
- Matthys, W. (1999). Oppositioneel-opstandige en antisociale gedragsstoornissen in de kinderleeftijd: pathogenese, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 529-538.
- Paykel, E.S., & Weissman, M.M. (1973). Social adjustment and depression. *Archives of General Psychiatry*, 28, 659-664.
- Peselow, E.D., Sanfilippo, M.P., Fieve, R.R., & Gubelkian, G. (1994). Personality traits during depression and after clinical recovery. *British Journal of Psychiatry*, 164, 349-354.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (1994). Outcome of Depression in Psychiatric Settings. *British Journal of Psychiatry*, 164, 297-304.
- Pollack, M.H., & Otto, M.W. (1997). Long-term course and outcome of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (suppl. 2), 57-60.
- Power, M.J., Duggan, C.F., Lee, A.S., & Murray, R.M. (1995). Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first degree-relatives. *Psychological Medicine*, 25, 87-93.
- Praag, H.M. van (1999). Nosologomanie, een aandoening van de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 12, 703-712.
- Roy-Byrne, P.P., & Cowley, D.S. (1995). Course and outcome in panic disorder: a review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1, 151-160.
- Saviotti, F.M., Grandi, S., Savron, G., Ermentini, R., Bartolucci, G., Conti, S., & Fava, G.A. (1991). Characterological traits of recovered patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*, 23, 113-117.
- Scott, J., Eccleston, D., & Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161, 633-637.
- Siever, L.J., & Davis, K.L. (1991). Psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Snellen, W. (1996). Twee casus uit een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. In L. van Naerssen & E. Meijer, *Klinische psychodiagnostiek. Casuïstiek* (pp. 69-96). Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Soloff, P.H. (1993). Psychopharmacological intervention in borderline personality disorder. In J. Paris, *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment* (pp. 319-348). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Steketee, G., & Chambless, D.L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota FL, USA: Professional Resource Press.