

Psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek

door J.M.J. Smorenburg, R.C. van der Mast en F. de Jonghe

Gepubliceerd in 1994, no. 3

Samenvatting

In dit artikel worden verschillende psychodynamische benaderingswijzen besproken die van dienst kunnen zijn om tot zorgvuldige persoonlijkheidsdiagnostiek te komen alvorens tot indicatiestelling over te gaan en een behandeling te starten. Achtereenvolgens worden de structurele diagnostiek volgens Kernberg, het spectrum van persoonlijkheidsstoornissen zoals beschreven door De Jonghe, het ontwikkelingsprofiel volgens Abraham en de psychodynamische diagnostiek volgens Gabbard, besproken. De verschillende benaderingswijzen worden onderling vergeleken, waarbij voor- en nadelen worden uiteengezet. Daar waar mogelijk wordt een poging gedaan de benaderingswijzen met elkaar te integreren.

Inleiding

De belangstelling voor persoonlijkheidsdiagnostiek en voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen is de laatste jaren toegenomen. In de literatuur komt steeds meer naar voren dat psychoanalytische psychotherapie geïndiceerd kan zijn bij persoonlijkheidsstoornissen, zij het met de nodige aanpassing van de techniek (Derksen en Van der Mast 1993). Waarschijnlijk spelen deze toegenomen therapeutische mogelijkheden een rol in de grotere aandacht die persoonlijkheidsdiagnostiek thans krijgt.

Gedegen persoonlijkheidsdiagnostiek is onontbeerlijk voor een zorgvuldige indicatiestelling. Dat geldt zowel voor de behandeling door middel van inzichtgevende psychotherapie (IP), als door middel van psychoanalytisch steunende psychotherapie (PSP). Bovendien is kennis van en inzicht in de persoonlijkheid belangrijk om het therapieproces te kunnen voorspellen en volgen en om eventueel de techniek aan te kunnen passen.

De psychoanalytische theorie kent twee benaderingen van persoonlijkheidsdiagnostiek, een descriptieve en een structurele. De eerste wordt descriptief genoemd omdat zij zich beperkt tot het beschrijven van karakter- en persoonlijkheidstrekken, zoals deze naar voren komen in klinisch waarneembare fenomenen. De structurele benadering is gebaseerd op het door Freud geformuleerde structurele model van de persoonlijkheid (De Jonghe 1993). Freud veronderstelde dat deze is samengesteld uit de drie door hem beschreven instanties: Ich, ber-ich en Es. Het structurele gezichtspunt richt zich vooral op de vraag hoe het gestructureerde deel van de persoonlijkheid (gevormd door het Ich en ber-ich) zich verhoudt tot het ongestructureerde deel (gevormd door het Es).

Persoonlijkheidsdiagnostiek inventariseert over het algemeen de adequaatheid van het functioneren van de patiënt in zijn omgeving. Het bepalen van de geschiktheid voor een welomschreven behandelingsmethode komt neer op het bepalen van diens gezondheid, op een andere wijze dan door vast te stellen dat klachten en/of symptomen ontbreken (descriptieve benadering). De hiervoor meest gebruikelijke psychoanalytische benadering is de structurele persoonlijkheidsdiagnostiek, d.i. het vaststellen van de structuur van de persoonlijkheid (De Jonghe e.a. 1988). Bij deze vorm van psychodynamische diagnostiek kunnen verschillende benaderingswijzen vanuit het psychoanalytisch

referentiekader van dienst zijn. Hierna worden deze in willekeurige volgorde beschreven.

Structurele diagnostiek (Kernberg 1984; Derksen 1986)

Kernbergs structurele diagnostiek richt zich op de aan het manifeste gedrag ten grondslag liggende persoonlijkheidsorganisatie. Kernberg onderscheidt drie typen: de neurotische, de borderline- en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Deze termen hebben geen betrekking op psychopathologie in descriptieve, maar in structurele zin. Zo verwijst de term 'psychose' niet naar een psychotisch ziektebeeld zoals dat van de schizofrenie, maar naar een psychotische, dat wil zeggen uiterst gebrekkige, Ik-organisatie.

Kernberg stelt binnen de structurele diagnostiek de volgende (groepen) Ik-functies centraal: identiteitsintegratie, afweermechanismen en realiteitstoetsing. Te zamen maken zij het mogelijk om de drie persoonlijkheidsorganisaties te onderscheiden (zie figuur 1).

Figuur 1: De structurele organisatie volgens Kernberg (1984)

	Identiteitsdiffusie	Primitieve afweer	Realiteitstoetsing gestoord
Neurotische organisatie	--	--	--
Borderline organisatie	++	++	--
Psychotische organisatie	++	++	++

Identiteitsintegratie is het vermogen om tegenstrijdige aspecten, met name 'goede' en 'slechte' eigenschappen, in relatie tot één persoon te ervaren. Het kan om de eigen persoon gaan maar ook om de ander (Abraham 1990a). Een patiënt met een identiteitsdiffusie heeft een niet of slecht geïntegreerd en wisselend concept van zichzelf en van anderen. Men kan zichzelf of een ander alleen als 'goed' of als 'slecht' ervaren. Patiënten met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie laten, in tegenstelling tot patiënten met een borderline- of psychotische persoonlijkheidsorganisatie, een geïntegreerde identiteit zien.

Afweermechanismen houden onder andere de integratie van de persoon in stand. Zij beschermen het Ik tegen de angst die impulsen, wensen, verboden en eisen voortkomend uit het Es, het ber-ich en de realiteit, oproepen. Kernberg rekent splitting, projectie, projectieve identificatie en loochening tot de primitieve afweermechanismen omdat de realiteitstoetsing bij deze afweermechanismen gevaar loopt. Rijpere afweermechanismen zijn: verdringing, rationalisatie, reactievorming, isolatie, ongedaan maken en ontkenning.

Patiënten met een borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisatie maken vooral gebruik van primitieve afweermechanismen en onderscheiden zich hierdoor van patiënten met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie. Realiteitstoetsing betreft het onderscheid kunnen maken tussen binnen- en buitenwereld, het kunnen afgrenzen en differentiëren van zichzelf en de ander. Ook het vermogen van de patiënt zich te verplaatsen in andermans positie wordt als realiteitstoetsing beschouwd. Iedereen vertoont soms, min of meer vergaande, tijdelijke stoornissen in de relatie tot de realiteit (Derksen e.a. 1988). Een voorbeeld is projectie, waarbij aan een ander voor zichzelf onverdraaglijke gevoelens worden toegeschreven in plaats van deze zelf te beleven. Echter, patiënten met een neurotische of met een borderline-persoonlijkheidsorganisatie zijn in staat deze dwalingen te corrigeren. Zij doen dit door afstand te nemen van zichzelf door middel van het zogenaamde 'observing-ego'. Op deze wijze

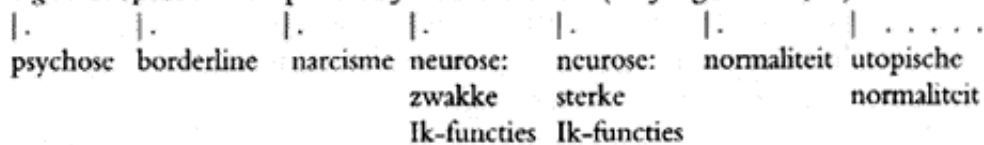
kunnen ze hun gevoelens en belevingen toetsen aan de realiteit, zoals bij voorbeeld geboden door de therapeut wanneer deze tegenstrijdigheden aan de orde stelt. De patiënt met een psychotische persoonlijkheidsorganisatie vertoont, in tegenstelling tot de patiënt met een borderline- of neurotische persoonlijkheidsorganisatie, een ernstige en langdurende gestoorde realiteitstoetsing.

Kernberg ziet als het belangrijkste doel van het door hem beschreven structurele interview het evalueren van de persoonlijkheidsorganisatie. Hij doet dat door de aandacht te richten op de genoemde Ik-functies (identiteitsintegratie, afweermechanismen en realiteitstoetsing) zoals ze naar voren treden in gedragingen en uitingen van de patiënt in het 'hier en nu' tussen de patiënt en de onderzoeker (Derksen e.a. 1988). Verheldering, confrontatie en interpretatie zijn de gesprekstechnische interventies die worden gebruikt om de identiteitsconflicten, de afweermechanismen en de realiteitsvervorming die in de interactie tussen de patiënt en de therapeut naar voren komen, te onderzoeken. De in dit gesprek verkregen gegevens leiden uiteindelijk tot uitspraken hierover en daarmee over de persoonlijkheidsorganisatie van de patiënt.

Psychoanalytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren (De Jonghe e.a. 1988)

De Jonghe e.a. beschrijven hoe een patiënt aan de hand van een structurele diagnose door de beoordelaar geplaatst kan worden op een bepaald punt van een patiënt-continuüm. Dat continuüm strekt zich uit van de utopische normaliteit tot de psychose (zie figuur 2).

Figuur 2: Spectrum van persoonlijkheidsstructuren (De Jonghe e.a. 1988)



Op dit continuüm vindt men twee soorten structurele pathologie. Een deel van het continuüm wordt bestreken door de neurotische persoonlijkheid volgens het klassieke psychoanalytische model (conflict-afweer-regressiemodel). Een ander deel van het continuüm wordt bepaald door de archaïsche persoonlijkheid, dat behalve door conflicten vooral gekenmerkt wordt door defecten in het gestructureerde deel van de persoonlijkheid (deficit-model). In figuur 3 wordt getoond hoe de visie van De Jonghe e.a. met die van Kernberg in verband kan worden gebracht (De Jonghe 1993).

Het ontwikkelingsprofiel (Abraham 1990a, 1990b)

Het ontwikkelingsprofiel van Abraham is gebaseerd op de psychoanalytische ontwikkelingspsychologie. Het ontwikkelingsprofiel geeft een overzicht van gedragspatronen die kenmerkend zijn voor de verschillende fasen van de psychologische ontwikkeling. Een patiënt wordt getypeerd door aan te geven in welke mate hij volgens deze patronen functioneert. Het op een dergelijke wijze beschrijven van habitueel gedrag werd in 1963 door Anna Freud en medewerkers van de Hampstead Clinic ontwikkeld. Het ontwikkelingsprofiel gaat uit van de veronderstelling dat de meeste habituele gedragingen ontstaan door ervaringen in het verleden. Storend gedrag kan op die manier vaak worden begrepen als het persisteren van gedragspatronen die ooit passend of functioneel waren, maar dat nu niet meer zijn.

Enige jaren geleden werden de verschillende onderdelen van het ontwikkelingsprofiel geoperationaliseerd. Tevens werd een semi-gestructureerd interview ontwikkeld dat gericht is op het exploreren van situaties waarin de beschreven gedragspatronen zich voordoen. De vragen beogen het verkrijgen van een gedetailleerde beschrijving van het gedrag van de patiënt met betrekking tot de

klachten, de leefsituatie, de opleiding of het werk, de verschillende relaties, de religieuze en politieke activiteiten, hobby's en reacties op stressvolle gebeurtenissen.

Verticaal staan in het ontwikkelingsprofiel de verschillende fasen van de ontwikkeling, de zogenaamde ontwikkelingsniveaus, ieder gekenmerkt door een centraal thema. Deze niveaus hebben betrekking op verschillende psychoanalytische referentiekaders (zoals de ego-psychologie, de object-relatietheorie en de zelfpsychologie). Zij worden getypeerd door het beschrijven van bepaalde aspecten of functies van het gedrag, de zogenaamde ontwikkelingslijnen. Bij ieder onderdeel hoort een aantal vaststaande vragen, aan de hand waarvan het ontwikkelingsprofiel wordt vastgesteld.

Het maken van een ontwikkelingsprofiel is arbeidsintensief. Het vergt twee, soms drie gesprekken van 1 à 1 uur en ongeveer een zelfde uitwerktijd. Het voeren van het interview vereist een grondige training. De beschrijving van de patiënt moet voldoende concreet en gedetailleerd zijn om gefundeerde conclusies te kunnen trekken over de wijze waarop deze op de verschillende niveaus functioneert.

Naar de betrouwbaarheid en validiteit van het ontwikkelingsprofiel wordt momenteel onderzoek verricht.

De psychodynamische diagnose volgens Gabbard (1989)

Gabbard benadrukt bij persoonlijkheidsdiagnostiek het belang van zowel een psychodynamische diagnose als een descriptieve DSM-III-R- diagnose. Hij stelt dat zorgvuldige psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek de patiënt belicht vanuit de drie belangrijke psychoanalytische referentiekaders, te weten de ego-psychologie, de object-relatietheorie en de zelfpsychologie. Dit betekent dat de persoonlijkheid van de patiënt beschreven wordt aan de hand van (1) de kenmerken van het ego, (2) de kwaliteit van de objectrelaties en (3) de kenmerken van het Zelf.

Ad 1. De kenmerken van het ego worden beschreven aan de hand van de ego-psychologie, die afgeleid is van de klassieke driftheorie van Freud. Freud introduceerde na zijn topografische model (bewust versus onbewust) het structurele model. Daarbij ging hij uit van een onderscheid tussen Ich, ber-ich en Es. Het Ich en ber-ich worden opgevat als deels bewust en deels onbewust en vormen het gestructureerde deel van de persoonlijkheid. Het Es wordt gezien als geheel onbewust en wordt beschouwd als het ongestructureerde deel.

De ego-psychologie gaat ervan uit dat de verschillende intrapsychische structuren vaak met elkaar en met de buitenwereld in conflict zijn. Het Es bestaat kort gezegd uit driften die naar ontlading en bevrediging streven. Het ber-ich vertegenwoordigt enerzijds het geweten met de geboden en verboden en anderzijds het ideaal-Ik dat de waarden omvat. Het ego vormt de regulerende instantie tussen deze intrapsychische structuren en de eisen gesteld door de buitenwereld. De wens, impuls of behoefte tot driftbevrediging kan leiden tot een conflict met het geweten, ideaal-Ik of de buitenwereld, hetgeen angst oproept. Om deze angst niet te hoeven beleven, worden door het ego afweermechanismen in werking gesteld, hetgeen leidt tot een compromis tussen het Es, het ber-ich en de buitenwereld. Zo kunnen symptomen en karaktertrekken worden verklaard.

Ego-functies (of Ik-functies) dienen om te kunnen gaan met de Es- impulsen, met de verboden, geboden en idealen van het ber-ich, en met de eisen, mogelijkheden en beperkingen gesteld door de buitenwereld. De sterkte van de ego-functies (ook wel Ik-sterkte genoemd) geeft de mogelijkheden van adaptatie aan (De Jonghe 1988).

Het zou te ver voeren alle ego-functies te beschrijven. Wij noemen hier de belangrijkste: het geheugen, de realiteitstoetsing, de synthetische functie, de beheersing van de motoriek, de spraak, het abstract logisch denken, de impulscontrole, de frustratietolerantie, het vermogen tot reflectie en de

afweermechanismen. Bovendien is het belangrijk de ego- functies ook in relatie tot het ber-ich en Ik-ideaal te beoordelen. Is er sprake van een streng, rigide geweten, of is er een flexibele en harmonieuze relatie tussen het geweten en het ego? Streeft de patiënt een realistisch Ik-ideaal na, of is er sprake van irrealistische of fantastische idealen? Zijn er deficiënties of onderontwikkelde delen aan te wijzen in het superego?

Ad 2. De kenmerken van de objectrelaties worden beschreven aan de hand van de object-relatietheorie. De ego-psychologie stelt het omgaan met de driften centraal, de object-relatietheorie daarentegen beschouwt de driften secundair aan objectrelaties. Relaties en driften kunnen niet gescheiden van elkaar worden gezien. De ego-psychologie gaat uit van een conflictmodel, de object-relatietheorie van een defect model (developmental-arrest). Melanie Klein wordt als de grondlegger van deze theorie beschouwd. Anderen, zoals Kernberg en Mahler, hebben getracht de ego-psychologie en object-relatietheorie met elkaar te integreren. Sommige auteurs (Kortmann 1983) beschouwen de object-relatietheorie niet als een vervanging van eerdere theorieën, maar eerder als een aanvulling die vanuit een andere optiek een nieuw licht op dezelfde zaak werpt.

De object-relatietheorie gaat ervan uit dat tijdens de ontwikkeling niet alleen objecten (d.w.z. personen) worden geïnternaliseerd, maar ook relaties. De object-relatietheorie beschrijft een aantal stadia in de psychische ontwikkeling van het kind aan de hand van veranderingen die optreden in drie basiscomponenten, die samenhangen met het internaliseren van relaties (Kortmann 1983), namelijk:

1. Zelfbeelden (of zelfrepresentaties): de intrapsychische beelden die het kind over zichzelf verwerft.
2. Objectbeelden (of objectrepresentaties): intrapsychische beelden die het kind verwerft over de hem/haar omgevende wereld, met name over de voor hem/haar belangrijke personen.
3. Affecten: gevoelens waarmee deze zelf- en objectbeelden, en de relatie ertussen, beladen zijn.

Een prototype van een positieve ervaring wordt gevormd tijdens de babyperiode wanneer het kind gevoed wordt. De positieve ervaring van het kind dat gevoed wordt leidt tot een positief zelfbeeld. De attente voedende moeder leidt tot het positieve objectbeeld. Beide beelden en hun onderlinge relatie dragen een positief affect. Wanneer honger optreedt en de moeder niet onmiddellijk bereikbaar is om het kind te voeden, treedt een prototype van een negatieve ervaring op. Het kind heeft honger, voelt zich gefrustreerd (negatief zelfbeeld), moeder is er niet (negatief objectbeeld) en het negatieve affect is boosheid of angst (Gabbard 1989). Parallel aan en gestimuleerd door de ontwikkelingen in de relatie tussen zelf en object vindt er bij het jonge kind een rijping plaats van intrapsychische structuren en Ik-functies zoals het driftleven, de gewetensvorming, de afweermechanismen en het vermogen tot realiteitstoetsing (Kortmann 1983). In de object-relatietheorie worden conflicten anders gezien dan in de ego-psychologie. Een onbewust conflict is niet zozeer een strijd tussen een impuls en afweer maar eerder een botsing tussen tegengestelde paren van object-relatie-eenheden. Op ieder moment kunnen aan elkaar tegengestelde zelf- en objectbeelden en affecten zich aan elkaar presenteren en met elkaar strijden (Ogden 1983).

Kortmann (1983) beschreef in 'Inzichtgeven of steunen' een aantal karakteristieken van drie belangrijke stadia in de ontwikkeling van zelf- en objectrelaties. Afgeleiden van deze karakteristieken zijn later terug te vinden in de psychopathologie van patiënten.

In het vroegste stadium van de ontwikkeling kan het kind nog niet een onderscheid maken tussen zichzelf en zijn omgeving. In zijn beleving bestaan er ongedifferentieerde beelden, de zogenaamde 'zelf-objectbeelden'. Geleidelijk aan gaat het kind de plezierige zelf-objectbeelden internaliseren, terwijl de onplezierige zelf-objectbeelden in de buitenwereld geplaatst worden. In deze fase van de ontwikkeling is de realiteitstoetsing door de afwezigheid van de Ik-grenzen en de primitieve scheiding

tussen 'all-good' binnen en 'all-bad' buiten zeer gebrekkig.

In de volgende fase kan het kind op meer reële wijze een scheiding aanbrenge(n) tussen wat zich binnen hem afspeelt en wat bij de buitenwereld hoort. Het gaat een andere scheiding aanbrenge(n) tussen zelf- en objectbeelden en ontdekt hierbij dat beide beelden goed of slecht kunnen zijn. Met nadruk op het woord of, want het kind houdt de 'all-good' en 'all-bad' zelf- en objectbeelden strikt gescheiden van elkaar. Moeder is óf de bovenste beste óf ze deugd nergens voor. Ook voor het beleven van zichzelf geldt dit. Het kind is óf verrukt van zichzelf óf voelt zich waardeloos. De realiteitszin schiet dus nog steeds te kort. Bij deze fase horen de primitieve afweermechanismen splitting, ontkenning en projectie.

In de derde fase leert het kind de steeds wisselende beelden die hij van zichzelf en de omgeving heeft, beter bij elkaar te brengen. Er treedt dus een toenemende stabiliteit van het zelfgevoel en de objectrelaties op. Het kind leert omgaan met ambivalente gevoelens. Parallel aan de rijping van de zelf- en objectrelaties vindt er, zoals eerder gezegd, ook een rijping plaats van de verschillende intrapsychische instanties en Ik-functies. De frustratietolerantie stijgt, de Ik-grenzen worden stabiel(er) en de afweermechanismen verfijnen in die zin dat ze de realiteitstoetsing minder verstoren.

Vanuit bovengenoemd theoretisch kader moet bij de psychodynamische diagnose naar de kwaliteit van de objectrelaties van de patiënt gekeken worden. Daarbij is het van belang de interpersoonlijke relaties vanuit drie perspectieven te bekijken, namelijk: de relaties van de patiënt op kinderleeftijd, de huidige relaties van de patiënt buiten de patiënt-therapeutrelatie en de 'echte' en de overdrachtsrelatie die er tussen patiënt en therapeut bestaat. Tevens dient men zich af te vragen of bepaalde patronen binnen de objectrelaties zich herhalen. Het vaststellen van de mate van rijpheid van de objectrelaties vormt eveneens een belangrijk onderdeel. De drie eerder genoemde stadia in de ontwikkeling van de zelf- en objectbeelden kunnen hierbij als leidraad dienen. Hoe beleeft patiënt de ander? Is de patiënt in staat tot ambivalentie of beleeft hij de ander als all- good of all-bad? Ziet de patiënt anderen enkel als behoeftebevredigende objecten of ziet hij anderen als op zichzelf staande individuen met hun eigen behoeften en wensen? Is er objectconstantheid bereikt? Ook is het van belang te weten hoe de patiënt zichzelf ziet in relatie tot voor hem belangrijke anderen. Is er sprake van een stabiel, geïntegreerd zelfbeeld?

Ad 3. De kenmerken van het Zelf worden beschreven aan de hand van de theorie van de zelfpsychologie, zoals ontwikkeld door Kohut (1971, 1977, 1984). Gabbard vat de kern van deze theorie als volgt samen:

De zelfpsychologie benadrukt hoe een extern object, dat wil zeggen een persoon, ervoor zorg kan dragen dat zelfgevoel en zelfcohesie intact blijven. De object-relatietheorie daarentegen legt de nadruk op de geïnternaliseerde relatie tussen de zelf- en objectbeelden. Kohut stelde aan de hand van zijn klinisch werk vast dat zijn patiënten twee soorten van overdracht aangingen: 'the mirror transference' en 'the idealizing transference'. Bij 'the mirror transference' zoekt de patiënt bij de therapeut een bevestigende reactie, zoals het jonge kind zich tijdens normale ontwikkeling 'exhibitionistisch' spiegelt in de ogen van moeder. Wanneer moeder niet in staat is hierop positief te reageren, kan het jonge kind later grote problemen hebben om zijn gevoel van Zelf als geheel en zijn gevoel van eigenwaarde te onderhouden. 'The idealized transference' refereert aan de situatie waarin de patiënt zijn therapeut ziet als een almachtige ouderfiguur, in wiens grootheid hij deelt en wiens aanwezigheid verzacht en heelt. Dit kan optreden bij patiënten die op jonge leeftijd gefrustreerd zijn in hun behoefte de ouderfiguur te idealiseren. In beide gevallen is er sprake van een onvolledig of afwezig Zelf, in ieder geval een Zelf dat in zijn ontwikkeling gestagneerd is op een niveau waarop het zeer kwetsbaar is voor 'fragmentatie'. Dit noemt men dan wel een 'pathologisch Zelf' in tegenstelling tot een 'cohesief Zelf'.

Wanneer kinderen opgroeien, aldus Kohut, proberen zij, gedurende een bepaald ontwikkelingsstadium, het verlies van de perfecte, almachtige, vroege moeder-kindrelatie te herstellen door zich van een van beide strategieën te bedienen. Ofwel tot een grandioos zelf(gevoel), waarbij de perfectie binnen zichzelf wordt gevangen, ofwel tot een geïdealiseerd ouder-imago, waar de perfectie aan het ouder-imago wordt toebedacht. Door adequaat ouderschap kan het eerste worden omgezet in gezonde ambities en het tweede in normen en idealen.

Volgens de zelf-psychologie is de voornaamste angst desintegratie- angst. Symptoomgedrag komt niet voort uit een neurotisch conflict, maar is een noodoplossing om de interne cohesie en harmonie van een kwetsbaar, gefragmenteerd Zelf, te behouden of te herstellen.

Men kan aan de hand van het werk van Kohut vanuit een breed perspectief naar het Zelf kijken. Het is van belang om de duurzaamheid en cohesie van het Zelf (zelfgevoel, gevoel van eigenwaarde) te beoordelen. Is het Zelf bij voorbeeld kwetsbaar voor fragmentatie bij een licht kwetsende opmerking van vriend of collega. Moet de patiënt continu voor het voetlicht treden om zodoende voortdurend bevestiging te krijgen van zelfobjecten?

De objectrelaties moeten beoordeeld worden; dienen anderen bij voorbeeld alleen maar om het zelfgevoel in stand te houden? Tevens is de continuïteit van het Zelf van belang. Beleeft de patiënt zichzelf steeds als dezelfde, ongeacht de situatie waarin hij zich bevindt, of beleeft de patiënt zichzelf dan weer als goed, dan weer als slecht?

Integratie continuümgedachte (De Jonghe e.a. 1988) en de psychodynamische diagnostiek volgens Gabbard (1989)

Het is interessant om de continuümgedachte zoals beschreven door De Jonghe e.a. te integreren met de psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek zoals voorgestaan door Gabbard, aangezien er (nog) geen overkoepelende benaderingswijze bestaat die alle psychoanalytische referentiekaders in zich verenigt. Op die manier kunnen de kenmerken van het ego, de objectrelaties en het Zelf, ieder op zich, geplaatst worden binnen een continuüm, zich uitstrekkend van de utopische normaliteit tot 'de psychose'. Het is belangrijk zich te realiseren dat de plaats van de verschillende kenmerken op zo'n continuüm geen statisch gegeven is, doch kan wisselen afhankelijk van de omstandigheden. Zo kan een patiënt die in het algemeen beschikt over meer rijpe afweermechanismen, onder druk van stressvolle leefomstandigheden vervallen tot meer primitieve afweer.

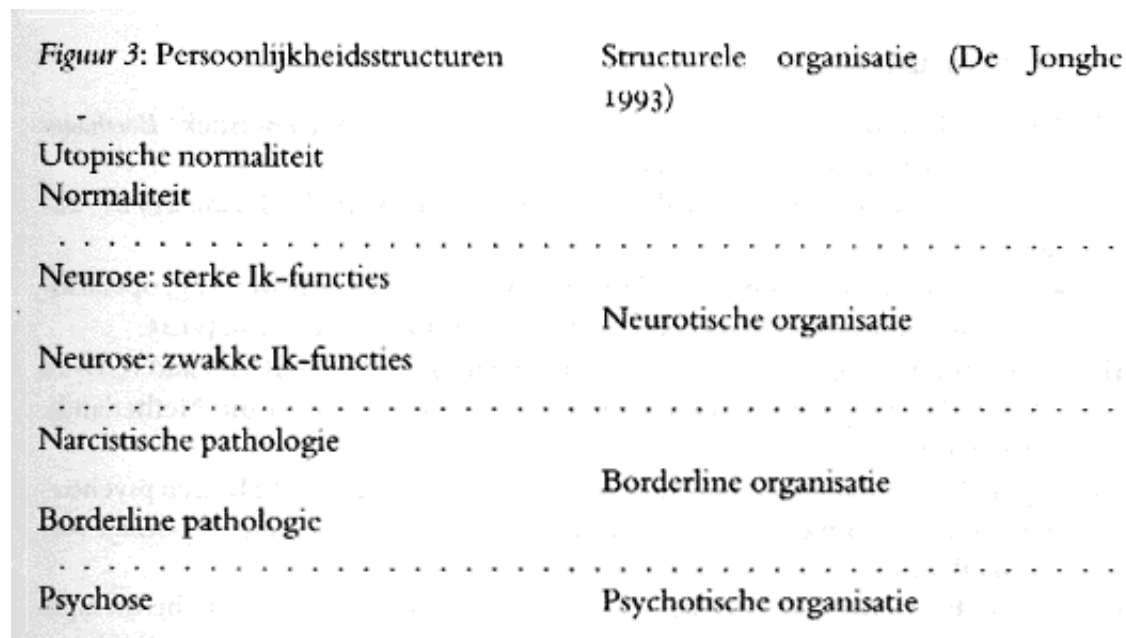
De drie continua die op deze wijze ontstaan vormen te zamen nagenoeg de gehele persoonlijkheid en zullen een samenhang vertonen. Dit zal echter geen eenduidig verband zijn; ook tussen de drie continua onderling kunnen zich verschillen voordoen.

Ten slotte doet de vraag zich voor wat het uitzetten van de kenmerken van het ego, de objectrelaties en het Zelf binnen aparte continua betekent voor de indicatiestelling. De therapeut zal bij het bepalen van de geschiktheid van een patiënt voor een behandeling goed de 'lagere scores', dat wil zeggen die kenmerken die dichtbij de pool van 'de psychose' liggen, in ogenschouw moeten nemen. De therapeut zal tevens moeten nagaan of, en zo ja, welke omstandigheden de plaats van de kenmerken zal beïnvloeden. Ook de 'hogere scores', de kenmerken liggend dichtbij de pool van de utopische normaliteit, hebben een invloed op de therapiekeuze. Deze bepalen immers in hoeverre de therapeut tijdens een behandeling de rijpere, sterkere kanten van de persoonlijkheid van de patiënt kan aanspreken.

Discussie

Men is thans algemeen overtuigd van het feit dat gedegen persoonlijkheidsdiagnostiek onontbeerlijk is bij de indicatiestelling, voor het kunnen voorspellen en volgen van het therapieproces en voor het aanpassen van de therapeutische techniek aan de wisselende omstandigheden. In dit artikel worden verschillende vormen van psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek beschreven. De verschillende vormen sluiten elkaar niet uit, doch vullen eerder aan. Elk van de boven beschreven diagnostische benaderingswijzen heeft voor- en nadelen. Het valt buiten het bestek van dit artikel om nader in te gaan op de verschillende methoden en technieken om persoonlijkheidsstoornissen of persoonlijkheidstrekken vast te leggen. Hiervoor verwijzen wij naar eerdere artikelen van Van den Brink (1990 en 1993).

Van de hier beschreven diagnostische benaderingswijzen geeft het structurele interview volgens Kernberg vrij snel, na ongeveer anderhalf uur, inzicht in de persoonlijkheidsorganisatie van de patiënt. Een nadeel is echter dat het geen informatie biedt over de mate waarin de kenmerken van een psychotische, borderline-, of neurotische persoonlijkheidsorganisatie aanwezig zijn. Ook andere belangrijke gegevens zoals de aard van normen en idealen en de kwaliteit van de objectrelaties blijven buiten beschouwing (Abraham 1990a). Volgens de structurele diagnostiek zijn er verbanden tussen de structurele criteria realiteitstoetsing, afweermechanismen en identiteitsintegratie. Een afwezige realiteitstoetsing correleert met de aanwezigheid van primitieve afweermechanismen en met het beeld van een identiteitsdiffusie. In de praktijk komt men echter patiënten tegen bij wie deze samenhang tussen de structurele criteria ontbreekt. Bovendien beschouwt Kernberg de drie persoonlijkheidsorganisaties als stabiele configuraties die kwalitatief van elkaar verschillen en elkaar wederzijds uitsluiten. Een eenmaal gevormde structuur kan niet spontaan overgaan in een andere (Derksen e.a. 1988).



De Jonghe e.a. beschrijven, eveneens aan de hand van de structurele diagnostiek, een spectrum van persoonlijkheidsstructuren, zich uitstrekkend van de utopische normaliteit tot de psychose. Hij benadrukt de vloeiende overgangen tussen de segmenten en de kwantitatieve verschillen, zonder aan de kwalitatieve voorbij te gaan.

Het ontwikkelingsprofiel levert meer belangrijke gegevens op in vergelijking met de structurele diagnostiek. Het maken van een ontwikkelingsprofiel is daarentegen arbeidsintensiever en vergt een grondige training van de interviewer (Abraham 1990a). Daarnaast wordt de betrouwbaarheid en validiteit momenteel nog onderzocht.

De psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek zoals beschreven door Gabbard belicht de patiënt vanuit de drie belangrijke psychoanalytische referentiekaders, te weten de ego-psychologie, de object-relatietheorie en de zelf-psychologie. In de praktijk zal het ene referentiekader soms meer diagnostische en therapeutische waarde blijken te hebben dan de andere twee. Gabbard benadrukt het belang van een integrale persoonlijkheidsdiagnostiek, vanuit een 'en/en'-visie in plaats van een 'of/of'-visie. Het is interessant de continuümgedachte van De Jonghe e.a. te koppelen aan de psychodynamische persoonlijkheidsdiagnostiek zoals Gabbard deze beschrijft. Dit houdt in dat de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, gezien vanuit de drie belangrijke psychoanalytische referentiekaders, uitgezet wordt op een continuüm, zich uitstrekkend van de utopische normaliteit tot de psychose. Het past echter niet binnen het bestek van dit artikel deze laatste visie verder uit te werken.

Noot

1. Zelfobjecten zijn objecten (personen) die dienen ter instandhouding en regulatie van het zelfgevoel.

Literatuur

Abraham, R.E. (1990a), Psychoanalytische persoonlijkheidsdiagnostiek. *Boerhaave Cursus: Diagnostiek in de psychiatrie*

Abraham, R.E. (1990b), Het ontwikkelingsprofiel - een vervolg. *Inzicht* 26/27, 22- 43.

Brink, W. van den (1990), Persoonlijkheidsstoornissen; conceptualisering, operationalisering en onderzoekthema's. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 105-125.

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*, vol 1, no. 8, 4-14.

De Jonghe, F., P. Rijniere en R. Janssen (1988), Uitzicht op inzicht II. Een psychoanalytisch beschreven spectrum van persoonlijkheidsstructuren. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 14, 2-15.

De Jonghe, F. (1993), Over het stellen van de indicatie: psychoanalytische therapie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In: J.L.L. Derksen en R.C. van der Mast (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en persoonlijkheidsstoornissen*. Academische Uitgeverij, Amersfoort, 24-39.

Derksen, J.L.L. (1986), *Structurele diagnostiek van psychische stoornissen; neurose, borderline, psychose*. Nelissen, Baarn.

Derksen, J.L.L., J.W. Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988), Structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 445-459.

Derksen, J.L.L., en R.C. van der Mast (red.) (1993), *Psychoanalytische psychotherapie en persoonlijkheidsstoornissen*. Academische Uitgeverij, Amersfoort.

Gabbard, G.O. (1989), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. American Psychiatric Press, Inc. Washington DC/Londen.

Kernberg, O. (1984), *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven.

Kohut, H. (1971), *The analysis of the Self*. International Universities Press, New York.

Kohut, H. (1977), *The restoration of the Self*. International Universities Press, New York.

Kohut, H. (1984), *How does analysis cure?* University of Chicago Press, Chicago.

Kortmann, F.A.M. (1983), 'Inzichtgeven of steunen'. Poliklinische diagnostiek en behandeling vanuit de object-relatietheorie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 25, 114- 126.

Ogden, T.H. (1983), The concept of internal object relations. *Internal Journal Psychoanalysis* 64, 227-241.

Summary

In this article different psychodynamic approaches are discussed which are useful for a careful personality assessment before indicating and beginning the therapy. Successively, the structural diagnosis according to Kernberg, the spectrum of personality disorders as described by De Jonghe, the developmental profile according to Abraham and the psychodynamic assessment according to Gabbard are discussed. The different ways of assessment are compared with each other; advantages and disadvantages are discussed. If possible, an attempt has been made to integrate the different approaches with each other.

De auteurs zijn respectievelijk psychiater (afd. Kinderpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis Rotterdam), psychiater/psychoanalytisch psychotherapeut (Ac. Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt) en hoogleraar psychiatrie (Universiteit van Amsterdam). Correspondentieadres: mevr. J.M.J. Smorenburg, 's-Gravenweg 1, 3062 ZA Rotterdam.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-11-1993.