

# Psychodynamisch klinisch onderzoek naar psychotische symptomen: zinvol of obsoleet?

J. W. HUMMELEN

**ACHTERGROND** Het is de vraag of het niet systematisch betrekken van de subjectieve belevingen van de patiënt bij het psychiatrisch onderzoek kan leiden tot onderdiagnostiek van psychotische symptomen. Een psychodynamisch onderzoek geeft expliciet aandacht aan de subjectieve belevingswereld.

**DOEL** Onderzoeken of psychodynamisch onderzoek naar psychotische symptomen aan de hand van het structurele interview van Kernberg in de klinische praktijk zinvol kan zijn.

**METHODE** Na een beschrijving van het psychodynamisch onderzoek van de realiteitstoetsing werd onderzocht in hoeverre deze methode verenigbaar is met de bevindingen van het moderne cognitieve model aangaande psychose. Ook worden enkele studies naar de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid besproken.

**RESULTATEN** Het bij het psychodynamisch onderzoek centraal stellen van het induceren van spanning en het onthouden aan de patiënt van contextuele informatie, sluiten aan bij het cognitieve model voor psychose. Betrouwbaarheidsstudies dienen zich te beperken tot wanen en hallucinaties.

**CONCLUSIE** Psychodynamisch onderzoek kan een zinvolle aanvulling zijn op het standaard psychiatrisch onderzoek naar psychotische symptomen, maar verder onderzoek naar de betrouwbaarheid en de predictieve validiteit is aangewezen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 379-386]

**TREFWOORDEN** descriptieve diagnose, psychose, realiteitstoetsing, structureel interview

Recent is het beperken van een psychiatrische diagnose tot descriptieve symptomen, zoals gebeurt binnen de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000), sterk bekritiseerd (Andreasen 2007). Bij psychotische symptomen is het de vraag of het niet systematisch betrekken van de subjectieve belevingen van de patiënt bij het psychiatrisch onderzoek kan leiden tot onderdiagnostiek. Een psychodynamisch onderzoek betreft de subjectieve belevingswereld van de patiënt expliciet wel bij het interview.

Op grond van effectstudies (Gunderson

e.a.1984; Malmberg & Fenton 2007) kan men concluderen dat de psychodynamische behandeling van psychosen schadelijk kan zijn en obsoleet is. Deze conclusie betekent echter nog niet dat ook psychodynamisch onderzoek naar psychose obsoleet is. Immers, diagnostiek en behandeling dienen onderscheiden te worden. Wanneer men aan de hand van een psychodynamische onderzoeksmethode psychotische symptomen heeft vastgesteld, kan men deze uiteraard bijvoorbeeld medicamenteus en cognitief-gedragstherapeutisch behandelen.

In deze bijdrage ga ik in op de vraag of psychodynamisch onderzoek naar psychotische symptomen in de klinische praktijk zinvol kan zijn. Als voorbeeld dient het symptoom van akoestische hallucinaties. Het psychodynamisch onderzoek verloopt volgens het structurele interview van Kernberg (1984).

#### ONDERZOEK VAN AKOESTISCHE HALLUCINATIES

De huidige psychiatrische diagnostiek gaat uit van het descriptieve niveau. In de ideale situatie worden met een semigestructureerd interview, zoals het *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I; First e.a. 1996), de diverse symptomen van de DSM-IV-TR-classificatie (American Psychiatric Association 2000) uitgevraagd. Men vraagt eenvoudig aan de patiënt of deze een bepaald symptoom heeft. Wanneer het bijvoorbeeld om akoestische hallucinaties gaat, vraagt men: 'Heeft u ooit dingen gehoord die andere mensen niet konden horen, zoals geluiden of stemmen van mensen, fluisterend of pratend?' Ontkent de patiënt en zijn er geen aanwijzingen voor akoestisch hallucinatoir gedrag, dan gaat men ervan uit dat de patiënt geen akoestische hallucinaties heeft. Dit lijkt een heldere aanpak, maar in de klinische praktijk blijkt de werkelijkheid complexer te zijn. Als voorbeeld nemen we het volgende vignet.

#### CASUS

Patiënte A, een 26-jarige vrouw, is bekend wegens diverse pogingen tot zelfdoding, automutilatie (snijden), woedeaanvallen, zich niet houden aan behandelafspraken en langdurig depressieve symptomen van wisselende intensiteit. Als diagnose is gesteld: borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Patiënte wordt in het algemeen ziekenhuis opgenomen nadat zij zich met een giftige stof in de buik heeft gespoten. Zij wordt daar psychiatrisch onderzocht. De psychiater vraagt of zij stemmen hoort of ooit heeft gehoord. Dit ontkent

patiënte. Binnen de DSM-IV-classificatie is nu het symptoom akoestische hallucinatie uitgesloten.

Op grond van de ernstige en moeilijk invoelbare automutilatie wordt overwogen dat er wellicht toch sprake zou kunnen zijn van (imperatieve) akoestische hallucinaties. Bij het psychiatrisch onderzoek focust men vervolgens vanuit psychodynamisch referentiekader eerst op het affect in de periode voor het zichzelf injecteren. Door dit focussen op het affect neemt het spanningsniveau bij patiënte enigszins toe. Hierna vraagt men de patiënte 'Verbieden de stemmen u over hen te praten?' Er is hierop een duidelijke verdere toename van de spanning zichtbaar en de patiënte bevestigt dat ze van de stemmen hierover niet mag spreken. Nu is vastgesteld dat patiënte akoestische hallucinaties heeft, wordt verder uitgevraagd hoelang dit al het geval is en of de stemmen ook opdrachten geven zoals het zichzelf injecteren. De patiënte geeft aan al maanden tot jaren (de precieze duur blijft onduidelijk) stemmen te horen die opdrachten geven en dat dit ook het geval is geweest toen zij zichzelf injecteerde. De diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt verworpen en men vervangt deze door chronische psychose. Patiënte wordt vervolgens behandeld met antipsychotica.

Dit vignet laat zien dat men door te focussen op het affect psychotische symptomen manifest kan maken die daarvoor op basis van angst uit het contact worden weggehouden. Daarnaast blijkt het zinvol het onderzoek naar akoestische hallucinaties uit te breiden met de vraag: 'Zijn er stemmen die u verbieden hierover te spreken?' Het is te verwachten dat er patiënten zijn die aan de hand van deze vraag zullen vertellen dat dit het geval is en zo kan men alsnog deze psychotische symptomen vaststellen. Er zullen echter ook patiënten zijn die ook op deze vraag ontkennend zullen antwoorden. De vraag is dan of er werkelijk geen imperatieve akoestische hallucinaties zijn of dat deze er wel zijn, maar dat angst erover te spreken de patiënt ervan weerhoudt de vraag naar waarheid te beantwoorden.

Overigens kan zowel bij de descriptieve als psychodynamische benadering nooit uitgesloten worden dat de patiënt, bijvoorbeeld op grond van suggestie of vanuit de gedachte dat de interviewer dit wil horen, antwoordt dat er akoestische hallucinaties zijn, terwijl deze er in werkelijkheid niet zijn.

Het verschil tussen de descriptieve en psychodynamische benadering is dat men bij de laatste ervan uitgaat dat psychotische symptomen manifest worden wanneer de afweer van angst tekortschiet. Psychodynamische diagnostiek geeft een referentiekader waarmee men kan beschrijven hoe een patiënt kan omgaan met angst en hoe dit van invloed is op het manifest worden van psychotische symptomen. Het principe van het psychodynamische onderzoek bestaat eruit dat men tracht het spanningsniveau bij de patiënt te doen toenemen, waardoor de gebruikelijke afweer tekortschiet en deze de mogelijk aanwezige psychotische symptomen niet meer uit het contact kan weghouden.

#### PSYCHODYNAMISCH ONDERZOEK VAN REALITEITSTOETSING

Bij het beoordelen van de realiteitstoetsing kan men een onderscheid maken tussen twee aspecten (Derksen 1986; Frosch 1983). Het eerste aspect is de relatie tot de realiteit. Dit betreft de mate waarin binnen de persoonlijkheid een differentiatie bestaat tussen zelf en niet-zelf. Een stoornis in deze relatie betreft vooral de affectieve perceptie van de realiteit.

Het tweede aspect is het vermogen om de realiteit te toetsen. Dit betreft de capaciteit om realistisch de eigen affecten, gedragingen en gedachten, mede in termen van de vigerende sociale normen, te evalueren en eventueel te corrigeren. Hierbij staat de mogelijkheid centraal om onjuiste percepties omtrent de in- en externe realiteit te corrigeren op grond van observaties en cognitieve processen.

Iedereen heeft soms min of meer ernstige stoornissen aangaande de relatie tot de realiteit; bij projectie schrijft men bijvoorbeeld (aanvanke-

lijk) gevoelens toe aan een ander in plaats van deze binnen zichzelf te plaatsen. Bij het terugnemen van de projectie corrigeert men op grond van cognitieve processen de aanvankelijk primair affectief gepercipieerde realiteit. Het onderscheid tussen de relatie tot de realiteit en het vermogen om de realiteit te toetsen, is bepalend om te beoordelen of er sprake is van manifeste psychotische symptomen.

Als bijvoorbeeld een patiënt zegt een stem te horen die hem vertelt dat hij Jezus is, mag men niet zonder meer concluderen dat er sprake is van een hallucinatie. Men dient eerst de vraag te beantwoorden of de patiënt bezorgd is over dit fenomeen, met andere woorden of het egodystoon is. Met 'bezorgd' bedoel ik dat de patiënt zijn beleving kan ervaren als niet overeenkomstig de realiteit en er zich daarom zorgen over blijft maken. Hiermee verdwijnt niet de vooral affectief gekleurde perceptie; de patiënt hoort immers nog steeds de stem, maar blijft op basis van de cognitieve functies twijfelen aan het realiteitskarakter.

Een psychotische desintegratie begint vrijwel altijd met een toename van de stoornis in de relatie tot de realiteit. Pas wanneer het vermogen tot realiteitstoetsing verloren is gegaan, is er sprake van een manifeste psychose.

#### REALITEITSTOETSING; METHODEN VAN ONDERZOEK

Er is een aantal methoden beschikbaar om de realiteitstoetsing nader te onderzoeken. Deze zijn ontleend aan het structurele interview van Kernberg (1984).

Een eerste manier bestaat uit het nalaten van het structureren van het gesprek. Dit doet men door geen informatieve (anamnestische) vragen te stellen en door op informatie van de patiënt steeds te reageren met een verzoek om verder te vertellen over de problematiek. Aanvullend stelt men dan alleen vragen die gericht zijn op verheldering van de problemen. Het is hierbij zaak dat de onderzoeker niet te snel op stiltes reageert met een volgende interventie. Door deze afwachtende opstelling van

de onderzoeker doorbreekt deze de verwachting van de patiënt van een klassiek patroon van vraag en antwoord.

Op die manier laat men het initiatief in hoge mate over aan de patiënt. Voor de patiënt blijft het zo onduidelijk hoe de onderzoeker op zijn materiaal zal reageren. Hierdoor wordt het spanningsniveau verhoogd, waardoor angstbeladen gevoelens en gedachten bij de patiënt worden geactualiseerd. Realiteitsverstoringen die deze voorheen uit de interactie kon houden, worden hierdoor vaak zichtbaar.

Een tweede manier om het spanningsniveau te verhogen en zo realiteitsverstoringen in beeld te krijgen, bestaat uit het focussen op affectief en mogelijk conflictueus materiaal. Het gaat er zeker niet om bij de patiënt op een ongerichte wijze angst te induceren. Indien men dit zou doen, zal de patiënt in de regel reageren met het afbreken van het gesprek. Het gaat erom dat men met de patiënt een werkrelatie probeert te vormen, gericht op het zo goed mogelijk samen onderzoeken waar de problematiek uit bestaat.

Indien men realiteitsverstoringen waarneemt, dient de onderzoeker met vragen om verheldering te trachten deze verstoringen zo goed mogelijk in beeld te krijgen. Als bijvoorbeeld een patiënt zegt wel eens een stem te horen die hem vertelt dat hij Jezus is, kan men vragen stellen zoals: 'Wie geeft die boodschappen?', 'Hoe worden deze verstuurd?', 'Kan andere mensen hetzelfde overkomen?' Op deze wijze voegt de onderzoeker zich geheel in de 'psychotische realiteit'. De onderzoeker stelt zijn of haar vragen vanuit het (tijdelijke) uitgangspunt dat de door de patiënt gerapporteerde belevingen reëel kunnen zijn. De ervaring leert dat patiënten hierdoor uitgebreider hun 'psychotische' realiteit naar voren gaan brengen.

Dit valt te begrijpen doordat men met deze benadering de patiënt voor een deel de mogelijkheid ontnemt zijn belevingen te toetsen aan de realiteitsperceptie van de onderzoeker. Dit is ook de reden waarom men eerst de omvang van de verstoring in de relatie met de realiteit in beeld dient

te brengen alvorens de realiteitstoetsing te onderzoeken. Anders helpt men namelijk de patiënt zijn belevingen, aan de hand van de vragen van de onderzoeker, cognitief te evalueren. De patiënt kan dan uit de vragen van de onderzoeker opmaken dat deze zijn belevingen 'vreemd' vindt en in twijfel trekt. Hierdoor neemt tevens de kans toe dat de patiënt zijn psychotische belevingen gaat dissimuleren teneinde niet voor 'gek' te worden verklaard.

Om deze redenen verdient het de voorkeur de realiteitstoetsing pas te evalueren nadat de psychotische belevingen zo duidelijk mogelijk zijn vastgesteld. Bijvoorbeeld: 'U vertelt dat de stem die zegt dat u Jezus bent niet iets te maken heeft met uw verbeelding, maar dat deze door een 'macht' van buiten aan u wordt doorgegeven.' Daarna volgt de vraag: 'Hoe weet u zo zeker dat deze stem niet voortkomt uit uw verbeelding?' Met deze laatste vraag onderzoekt men of de patiënt uiteindelijk toch nog in staat is de belevingen te herleiden tot de eigen binnenwereld.

Samengevat: de onderzoeker tracht eerst de stoornis in de relatie tot de realiteit zo zichtbaar mogelijk te maken en onderzoekt daarna pas de realiteitstoetsing.

#### COGNITIEF MODEL VAN PSYCHOSE

De principes van het psychodynamisch onderzoek van de realiteitstoetsing sluiten goed aan bij de moderne cognitieve modellen aangaande psychose. Binnen het cognitieve model gaat men uit van een continuüm van psychotische belevingen met aan de ene kant subklinische symptomen en aan de andere kant klinisch relevante psychotische symptomen (Garety e.a. 2007; Van Os e.a. 2001). Ook de realiteitsverstoringen binnen het psychodynamische onderzoek worden als een continuüm opgevat. Aan de ene kant van dit continuüm zijn er stoornissen in de relatie tot de realiteit die zich kunnen uitbreiden van discrete realiteitsverstoringen door het domineren van afweermechanismen zoals projectie, naar pseudo-hallucinaties en waanachtige belevingen.

Aan de andere kant van het continuüm is er de gestoorde realiteitstoetsing. Een individu kan zich over dit continuüm heen bewegen. Een psychotische decompensatie begint met een steeds in ernst toenemende verstoring van de relatie tot de realiteit en men spreekt van een manifeste psychose wanneer ook de realiteitstoetsing gestoord raakt.

Binnen het cognitieve model is het uitgangspunt dat het voortdurend (inadequaat) beoordelen van belevingen essentieel is in de ontwikkeling van positieve psychotische symptomen. Bij het voor psychose kwetsbare individu worden door stress cognitieve processen geactiveerd die leiden tot een beoordelingsbias (Garety e.a. 2007). Een beoordelingsbias, bijvoorbeeld *jump to conclusions*, kan leiden tot een psychotische interpretatie van belevingen (Garety & Freeman 1999). Bij voor psychose kwetsbare individuen, zowel patiënten in remissie als familieleden, staan psychotische belevingen in relatie tot de ervaren stress (Myin-Germeys e.a. 2005). Ervaren spanning is een belangrijke vorm van stress die bij voor psychose kwetsbare individuen kan leiden tot een toename van symptomen. Bij het onderzoek naar *expressed emotion* bij individuen met psychose is gebleken dat het mechanisme van een toename van psychotische symptomen bij intrusieve relaties verloopt via het induceren van spanning (Garety e.a. 2001; Kuipers e.a. 2006).

**Mechanismen** De rol die spanningen spelen bij een toename van psychotische symptomen sluit aan bij het psychodynamische onderzoek naar de realiteitstoetsing waarbij het actief opwekken van spanning centraal staat. Deze spanning wordt geïnduceerd door te focussen op affectief en mogelijk conflictueus materiaal. Dit actualiseren van het affect probeert men te bereiken door te focussen op gevoelens, fantasieën en angsten rondom geproduceerd materiaal. Door het zo opvoeren van de spanning nemen subklinische psychotische belevingen in intensiteit toe of, anders geformuleerd, wordt een stoornis in de relatie tot de realiteit vergroot. Latente psychotische belevingen bij voor psychose kwetsbare in-

dividuen worden zo manifest gemaakt.

Andere mechanismen waarmee men bij het psychodynamische onderzoek latente realiteitsstoornissen kan vergroten, zijn het nalaten van het structureren van het gesprek en het zich als interviewer invoegen in de 'psychotische realiteit' van de patiënt. Door het lang achterwege laten van vragen waaruit een realiteitsconfrontatie spreekt, krijgt de patiënt niet de mogelijkheid om zijn of haar eigen belevingen te toetsen aan de externe realiteit van de interviewer. Anders geformuleerd: men onthoudt de patiënt hierdoor contextuele informatie waarmee deze mogelijke idiosyncratische belevingen zou kunnen corrigeren.

Dit sluit aan bij een afgenomen vermogen om contextuele aanwijzingen te gebruiken bij het onderdrukken van context-inadequate betekenissen (Hemsley 2005). Een dergelijke afname is vooral bij schizofrenie beschreven. Het verwerken van contextuele informatie is belangrijk om te bepalen welke responsen adequaat zijn en welke geremd dienen te worden. Verwacht kan worden dat deze inhibitiezwakke bij psychotisch kwetsbare individuen zal toenemen indien de context weinig duidelijke aanwijzingen bevat, zoals het geval is wanneer een interviewer het gesprek weinig structureert en realiteitsgerichte vragen achterwege blijven. Door dit tekort aan remming komen context-inadequate responsen sneller als realiteitsverstoringen naar voren.

#### TUSSENBEORDELAARSBETROUWBAARHEID

Psychodynamisch onderzoek naar psychotische symptomen kan alleen bruikbaar zijn voor de klinische praktijk indien er een voldoende tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid bestaat. Onderzoek naar de betrouwbaarheid van psychodynamisch klinisch onderzoek naar psychotische symptomen bestaat, naar mijn weten, nauwelijks en beperkt zich tot de bevindingen bij het structurele interview van Kernberg (Derksen e.a. 1994). Dit interview actualiseert de afweerformatie en onderzoekt de realiteitstoetsing door het zich steeds richten

op symptomen, conflicten of moeilijkheden, zoals de patiënt die presenteert en in het bijzonder hoe deze zich voordoen in de hier-en-nu-interactie met de interviewer.

De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor het criterium realiteitstoetsing is onderzocht met vier beoordelaars die een structureel interview afnamen. Daarbij lag de kappacoëfficiënt tussen 0,61 en 0,80 (Hummelen 1997). Bij een test-her-testbetrouwbaarheid van de realiteitstoetsing bedraagt de kappacoëfficiënt 0,41 (Hummelen 1997). Bij deze studies ging het om patiënten van een opnameafdeling en een kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen.

Een belangrijke bron van onbetrouwbaarheid bij deze studies is dat Kernberg (1984) twee typen symptomen beschouwt als uiting van een gestoorde realiteitstoetsing. Het eerste betreft het actueel aanwezig zijn van wanen of hallucinaties. Daarnaast beschouwt Kernberg het echter ook als uiting van een gestoorde realiteitstoetsing wanneer de patiënt geen empathie kan opbrengen voor de perceptie van de diagnosticus indien deze inadequate of bizarre affecten, gedachten of gedragingen vaststelt. Een voorbeeld: een patiënt verschijnt met twee rijzwepen in zijn laars en de onderzoeker confronteert hem met het opvallende hiervan. Als de patiënt aangeeft niet te kunnen begrijpen waarom de interviewer het dragen van rijzwepen vreemd vindt, is er volgens Kernberg sprake van een gestoorde realiteitstoetsing. Het criterium van het al dan niet door de patiënt op kunnen brengen van empathie voor hoe de diagnosticus de werkelijkheid waarneemt, is echter moeilijk operationaliseerbaar en levert hierdoor een bron van onbetrouwbaarheid. Daarbij sluit dit criterium ook niet aan bij wat men binnen de klinische psychiatrie onder psychotische symptomen verstaat.

Verder onderzoek naar de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van psychodynamisch onderzoek naar psychotische symptomen zou dan ook dit laatste criterium, empathie kunnen opbrengen voor de perceptie door de diagnosticus, buiten beschouwing dienen te laten. Hiermee is te

verwachten dat de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid zal toenemen ten opzichte van de tot nu toe verrichte studie.

#### PSYCHODYNAMISCH ONDERZOEK: WAARDEVOL OF OBSOLEET?

De waarde van het psychodynamisch onderzoek naar psychotische symptomen bestaat eruit dat men hiermee (ernstige) realiteitsverstoringen kan vaststellen die men bij het standaard psychiatrisch, descriptief gericht, onderzoek niet opmerkt. De klinische relevantie hiervan is groot aangezien het niet-herkennen van psychotische symptomen leidt tot het achterwege laten van een adequate (farmacotherapeutische) behandeling. Daarbij kan men bij het missen van psychotische symptomen ook behandelingen instellen met een hoog prikkelniveau, zoals groepspsychotherapie of ontdekkende psychotherapie, die leiden tot een achteruitgang in functioneren.

Men zou kunnen tegenwerpen dat het psychodynamische onderzoek door het opvoeren van de spanning en het weghouden van structuur, psychotische symptomen oproept. In zekere zin is dit juist. Het psychodynamische onderzoek sluit aan bij de moderne cognitieve opvattingen over psychose dat het hierbij gaat om een continuüm. Het psychodynamische onderzoek provoceert in enige mate het eventuele opschuiven op dit continuüm in de richting van het meer manifest worden van psychotische symptomen; in wezen onderzoekt men de mate van psychotische kwetsbaarheid. In die zin is de ecologische validiteit van psychodynamisch onderzoek groter dan die van het standaard psychiatrisch onderzoek. Een psychiatrische aandoening is niet statisch, maar wordt medebepaald door de context waarin een individu functioneert.

Een standaard psychiatrisch onderzoek wordt verricht in een context met relatief veel structuur; het gesprek heeft de vorm van een klassiek medisch interview waarbij de patiënt zijn rol direct zal herkennen. Deze sterk gestructureerde context staat ver af van de normale, doorgaans

weinig gestructureerde, leefsituatie. Het psychodynamische onderzoek betreft de wijze waarop de patiënt interacteert bij het onderzoek. Dit betrekken van hoe de patiënt onder spanning interacteert, is een vorm van assessment hoe de patiënt in een behandelsetting of in emotioneel belangrijke relaties kan gaan functioneren.

## BESLUIT

Psychodynamisch klinisch onderzoek naar psychotische symptomen lijkt een anachronisme te zijn geworden in de huidige psychiatrie. Klinische ervaring laat echter zien dat deze onderzoeksmethode een aanvulling kan zijn op het standaard psychiatrisch onderzoek. Om psychodynamisch onderzoek de kwalificatie zinvol te kunnen geven, is echter meer nodig dan een beroep op klinische ervaring. Naast het al beschreven gewenste betrouwbaarheidsonderzoek is er ook onderzoek nodig naar de (predictieve) validiteit. Een dergelijk onderzoek is in elk geval zinvol.

## LITERATUUR

- Andreasen, N.C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 108-112.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herz. druk). Washington: American Psychiatric Association.
- Derksen, J.J.L. (1986). *Structurele diagnostiek van psychische stoornissen*. Baarn: Nelissen.
- Derksen, J.J.L., Hummelen, J.W., & Bouwens, J.M.P. (1994). Interrater reliability of the structural interview. *Journal of Personality Disorders*, 8, 131-139.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., e.a. (1996). *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. New York: Biometrics Research Department.
- Frosch, J. (1983). *The psychotic process*. New York: International Universities Press.
- Garety, P.A., & Freeman, D. (1999). Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 113-154.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., e.a. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Garety, P.A., Bebbington, P., Fowler, D., e.a. (2007). Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper. *Psychological Medicine*, 37, 1377-1392.
- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Katz, H.M., e.a. (1984). Effects of psychotherapy in schizofrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 564-598.
- Hemsley, D.R. (2005). The schizophrenic experience: Taken out of context? *Schizophrenia Bulletin*, 31, 43-53.
- Hummelen, J.W. (1997). *Splitsing. Het psychoanalytische concept en de mogelijkheid het afweermecanisme splitsing betrouwbaar vast te stellen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., e.a. (2006). Influence of carer expressed emotion and affect on relaps in non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 173-179.
- Malmberg, L., & Fenton, M. (2007). Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness. Cochrane Schizophrenia Group. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2, CD006365.
- Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & van Os, J. (2005). Behavioural sensitization to daily life stress in psychosis. *Psychological Medicine*, 35, 733-741.
- Os, J. van, Hanssen, M., Bijl, R.V., e.a. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 57, 663-668.

## AUTEUR

J.W. HUMMELEN is als psychiater werkzaam bij de forensisch psychiatrische afdeling de Boog van GGNet.  
Correspondentieadres: J.W. Hummelen, Postbus 2003, 7230 GC Warnsveld.  
E-mail: j.hummelen@ggnet.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-9-2008.

## SUMMARY

Psychodynamic clinical assessment of psychotic symptomatology: valid or obsolete? – J.W. Hummelen –

**BACKGROUND** This article considers whether failure to include a patient's subjective experiences in a psychiatric assessment can result in an inadequate diagnosis of psychotic symptoms. A psychodynamic approach gives specific attention to a patient's subjective experiences.

**AIM** To investigate whether a psychodynamic assessment of psychotic symptoms based on the structural interview devised by Kernberg can be useful in clinical practice.

**METHOD** First of all, the psychodynamic assessment of reality testing is described. This is followed by an investigation of the extent to which this method is compatible with the findings of the cognitive model for psychoses. Then some interrater-reliability studies are discussed.

**RESULTS** Within the psychodynamic interview the focus on inducing anxiety and on withholding contextual information from the patient is compatible with the cognitive model for psychoses. Reliability studies should be confined to delusions and hallucinations.

**CONCLUSION** Psychodynamic assessment can be a useful addition to the standard psychiatric assessment of psychotic symptoms. However, further studies of the reliability of the psychodynamic assessment are required.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)6, 379-386]

**KEY WORDS** descriptive diagnosis, psychosis, reality testing, structural interview