

Psychoanalytische en psychiatrische diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen

R. VERMOTE

SAMENVATTING Een theoretisch referentiekader wordt gegeven voor gebruik bij psychoanalytische diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Het plaatst het innerlijk functioneren diagnostisch op een spectrum tussen neurose en psychose. Door de correlaties tussen dit innerlijk psychisch functioneren en de beschrijvende diagnostische categorieën van de DSM-IV As II krijgen deze categorieën meer diepteperspectief. In de praktijk is een integratie tussen de twee diagnostische benaderingen mogelijk en kan een gemeenschappelijke diagnostische taal gesproken worden. Het betrekken van de innerlijke dynamiek bij de diagnostiek heeft daarenboven directe implicaties voor de psychotherapeutische indicatiestelling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 667-674]

TREFWOORDEN diagnose, persoonlijkheidsstoornissen, psychoanalyse

Psychiatrie en psychoanalyse hebben elkaar altijd beïnvloed. De persoonlijkheidsstoornissen zijn een veld waar de kruisbestuiving tussen de twee disciplines groot is. Drie punten worden besproken: het verschil tussen psychiatrische en psychoanalytische diagnostiek, een schets van referentiepunten bij de psychoanalytische diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen en een in reliëf brengen van de psychiatrische descriptieve diagnostiek door het inpassen van dit psychoanalytische begrippenkader.

**HET VERSCHIL TUSSEN
PSYCHIATRISCHE EN
PSYCHOANALYTISCHE DIAGNOSTIEK**

De doelen van de psychiatrische en van de psychoanalytische diagnostiek zijn zeer verschillend. De psychiater zoekt naar psychopathologie, een afwijking van een norm (Pierloot 1985). Hij richt zich op symptomen en hun verzameling in klinische syndromen en komt zo tot een behandelingsvoorstel.

De psychoanalyticus gaat bij een kandidaat de mogelijkheid en zinvolheid van een psycho-

analyse of psychoanalytische therapie na, en richt zich op de innerlijke realiteit. Hij luistert naar de inhoud en de overgangen en omissies in het verhaal, de onderliggende stroom van gevoelens en het contact dat de patiënt met zijn innerlijke wereld heeft. Hij observeert tevens de reacties van de kandidaat op hem en op de psychoanalytische setting. Tegelijk luistert de analyticus naar zijn eigen gevoelens, associaties en herinneringen. Deze totale ervaring is richtinggevend bij het beantwoorden van de vraag of deze kandidaat bij deze analyticus een psychoanalytisch proces zal kunnen ontwikkelen.

DE PSYCHOANALYTISCHE DIAGNOSTIEK

Tegenover de panoplie van ervaringen in het intakegesprek staat geen eenduidig psychoanalytisch model, maar een veelheid van theoretische benaderingen. Analytici beroepen zich meestal op een al dan niet geëxpliciteerd referentiekader, samengesteld uit verschillende modellen. Deze tekst is daar een voorbeeld van. Vertrekkende vanuit Freud worden vier theoretische richtingen en hun onderling verband weer-

gegeven, waaruit de referentiepunten voor psychoanalytische diagnostiek afgeleid worden.

Freud gaf drie benaderingen. Zijn topische model uit 1900 beschrijft de wetmatigheden in het functioneren van het onbewuste. Dit benadert de verborgen betekenissen, drijfveren en conflicten in het onbewuste en gunt ook een glimp op de 'vormgevende machinerie' zelf (Vermote 1995a). Ten tweede stelde Freud universele inhoud en constanten vast en zo kwam hij in 1923 tot het formuleren van psychische structuren: het ego, id en superego als neerslag van het Oedipuscomplex. Dit structurele model biedt een eenvoudige benadering van de psychopathologie: bij de neurose blijft het ego trouw aan de realiteit en onderdrukt het een deel van het id, bij de psychose gaat een deel van het contact met de realiteit verloren door een overweldiging van het ego door het id. Ten derde ontwikkelde Freud het concept van de doodsdrijf en gaf hij het belang van de splijting van het Ik aan; hijzelf integreerde deze gedachten echter niet meer in een derde model.

De psychoanalytici werden vlug gewaar dat er zich veel bevindt tussen neurose en psychose. Veel patiënten komen bij de intake vrij neurotisch over, maar in analyse vertonen ze een grote weerstand tegen verandering en ageren ze eerder iets uit dan het te elaboreren. Ze blijven in het 'hier en nu' en beleven de therapeut in de realiteit en niet in de overdracht. Ze willen een concreet bewijs van zijn liefde en een concrete invulling van hun verlangens. Onverdraaglijke gevoelens worden in de therapeut opgewekt en de tijd tussen de zittingen wordt moeilijk verdragen. Deze groep stelde analytici, wier denkmodel en techniek op de neurose gericht was, voor grote moeilijkheden. Aspecten van deze groep werden onder verschillende benamingen beschreven: narcistisch (Winnicott), schizoïde (Fairbairn, Klein), asif (Deutsch), borderline (Stern). Deze groep komt grotendeels overeen met wat nu de persoonlijkheidsstoornissen genoemd worden (DSM-IV, APA 1994) en was een stimulans tot nieuwe inzichten, die hier in vier richtingen samengevat worden.

De eerste richting bouwt de structurele benadering van Freud verder uit. Anna Freud beschrijft de verdedigingsmechanismen van het ego en Hartmann bestudeert de functies van het ego, zoals reality-testing, impulscontrole, primaire en secundaire-procesdenken. Bij de persoonlijkheidsstoornissen zijn problemen op dit vlak aan te geven.

De tweede richting probeert de innerlijke wereld van de eerste levensmaanden te beschrijven. Mahler (1968) benaderde de objectrelaties uit de vroege kindertijd vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief. Ze veronderstelde een symbiose met de moeder, waaruit het Ik zich door separatie-individuatie ontwikkelt. Vanuit het babyonderzoek (Stern 1985) is er veel kritiek op dit standpunt.

Klein (1932) evoceerde de eerste levensmaanden door extrapolatie van wat ze waarnam in kinderanalyses. Ze veronderstelde een ego vanaf de geboorte, dat bedreigd wordt door een constitutionele agressie (doodsdrijf). Het prille ego verdedigt zich met projectie van de agressieve delen naar buiten. Bij honger bijvoorbeeld zou de baby zich bedreigd voelen door een radeloze kwaadheid maar beleeft die alsof ze van buiten komt, vandaar bijvoorbeeld de uitspraak: 'razende honger hebben'. Deze projecties gaan gepaard met introjecties, waardoor een wereld van gespleten innerlijke objecten (deelobjecten) ontstaat. Klein beschrijft aldus geen structuren, maar een innerlijke driftmatige wereld van onbewuste fantasma's, waarin zowel heden als verleden, perceptie en verdedigingsmechanismen vervat zijn. In dit verband beschrijft Klein (1946) bijna terloops de projectieve identificatie. Daarbij worden in fantasie delen van het Ik niet op maar in de ander geprojecteerd en daar onder controle gehouden. Zo kan bijvoorbeeld een contact met de eigen kwaadheid of jaloezies vermeden worden door iemand anders kwaad of jaloezies te maken. Volgens Klein is het in het reine komen met de splijtingsmechanismen een continu en levenslang proces.

Met deze kleiniaanse concepten kunnen heel wat fenomenen bij de persoonlijkheidsstoornissen verklaard worden: de zwart-witbeleving met idealiseren en denigreren, het emotioneel beleven van anderen als delen van zichzelf met afgrenzingsstoornissen als gevolg. Het concept van de projectieve identificatie maakt het mogelijk om niet alleen te werken met de inhoud van wat gezegd wordt, maar ook met wat in de overdracht wordt opgewekt in de therapeut.

In 1975 omvatte Kernberg de ganse groep tussen neurose en psychose in wat hij een borderline-persoonlijkheidsorganisatie noemde, door een integratie van de twee voorgaande richtingen. Hij typeerde de borderline-persoonlijkheidsorganisatie door niet-specifieke manifestaties van egozwakte en neiging tot primaire-procesdenken, verdedigingsmechanismen zoals splijting, projectieve identificatie, almachtsfantasie en devaluatie en de aanwezigheid van pathologisch geïntegreerde objectrelaties. De gespleten zelf- en objectvoorstellingen zouden ontstaan door een verdediging met splijting tegen de aangeboren agressiviteit. Deze deelobjecten zouden dan in de 'rapprochementfase' van de individuatieseparatie geïnternaliseerd worden, maar zonder verdere integratie. Deze deelobjecten kunnen in de overdracht geduid worden. Het duiden van agressieve deelobjecten is echter een intrusieve werkwijze bij persoonlijkheidsstoornissen. Het is mogelijk de theorie van Kernberg aan te vullen vanuit de twee volgende richtingen.

De derde richting legt de nadruk op het ontstaan van een dragende basale ervaring wanneer de omgeving *in tune* is met de emoties van het kind. Dit werd in veel vormen beschreven zoals 'holding environment' (Winnicott), 'primary love' (Balint), 'attachment' (Bowlby), liefde in plaats van driften (Fairbairn), primaire empathie (Kohut) en in zekere zin de 'containment' van Bion. Dit basale gevoel wordt door enkele van deze auteurs een Zelf genoemd. Het is opmerkelijk dat ze daarmee geen zelfbeeld maar een erva-

ring bedoelen, zoals 'een plaats in zichzelf om zich terug te trekken en te ontspannen' (Winnicott 1967) of 'een gevoel van cohesie' (Kohut 1971).

Deze basale ervaring kan tekortschieten door een trauma of gebrek aan 'good enough mothering' (Winnicott), bijvoorbeeld door een depressie van de moeder. Dit gemis is een preverbale ervaring, die aanwezig blijft en onder veelzeggende termen beschreven werd, zoals de 'basic fault' van Balint (1968), 'primitive agony' van Winnicott, fragmentatieangst van Kohut, de 'nameless dread' van Bion en de 'black hole' van Tustin. Als verdediging tegen het tekort van de omgeving kan een kind zich psychisch afkapselen met een 'false self' (Winnicott) of in zijn ontwikkeling blijven steken met voortbestaan van een 'grandiose self' (Kohut).

Tijdens een therapie manifesteren de tekorten in de basale laag zich niet op een inhoudelijk vlak, maar wel in de extreme gevoeligheid voor het analytische kader en betrokkenheid op wat de therapeut voelt en denkt. Deze patiënten proberen voortdurend te ontdekken of de therapeut van hen houdt, eerder dan naar de betekenis van zijn woorden te luisteren.

De vierde richting onderzoekt het psychisch functioneren, het symboliseren, 'denken' van affecten, nu ook 'mentaliseren' genoemd. Bij neurotici is dit symboliseren vanzelfsprekend, maar bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en psychoses loopt het fout. Bion (1962) heeft een psychoanalytisch model ontwikkeld over het symboliseren of 'denken'. Centraal daarbij is de notie dat een gedachte pas kan ontstaan wanneer er iets niet aanwezig is ('a thought for a nothing') en dat de gedachten er reeds zijn vóór het denken. We kunnen dit als volgt begrijpen: bij de ontmoeting met de borst bijvoorbeeld kan het ingeboren preconcept over de borst bij de baby ingevuld worden. Dit is echter nog geen gedachte. De gedachte 'borst' ontstaat pas wanneer de borst er niet is en de frustratie daarover verdragen kan worden. De rol van de moeder is daarbij volgens Bion van cruciaal belang, de baby wekt

zijn angst en agressie in haar op (communicatie door projectieve identificatie). De moeder ontgiftigt met haar mentaliseren (*rêverie*) deze gevoelens voor de baby. De baby krijgt op die manier de gedachte 'borst' voor de ervaring van de afwezige borst en hij kan deze ervaring ook beter verdragen. Met de gegeven gedachten kan de baby denken en ontstaat een bescherming, een psychische huid (Bick, Anzieu) bij het in de wereld staan. In die zin kan een trauma begrepen worden als iets dat gebeurt op een moment dat het niet gedacht kan worden en daardoor een enorme uitwerking heeft (Vermote 1995b).

Deze benadering verklaart veel van de symptomen bij persoonlijkheidsstoornissen: indien de frustratie bij een bepaald affect of impuls niet verdragen kan worden, wordt het mentalisatieproces kortgesloten. De frustratie wordt dan afgereageerd door te ageren of door de spanning op een andere manier weg te werken. Dit kan door middelengebruik zijn of agressieve of seksuele handelingen. Vooral het opwekken van lichamelijke oppervlaktesensaties (zoals automutilatie, extreem vermageren, hard lopen of rijden enz.), door Tustin (1986) beschreven als autistische objecten, zijn zeer efficiënt voor het onmiddellijk afreageren van de spanning.

De integratie van de vier beschreven richtingen maakt een specifieke benadering van de groep tussen neurose en psychose mogelijk. Daar waar Kernbergerin slaagde om deze tussengroep coherent te beschrijven vanuit een in elkaar passen van richting 1 en 2, lijkt de aanvulling vanuit richting 3 en 4 belangrijk. Tussen deze laatste twee richtingen is daarenboven een groot verband. Enerzijds heeft een onvoldoende basale laag, of een breuk in deze laag door een trauma, een vernietigend effect op het mentaliseren. Anderzijds lijken reparaties in de basale laag een sterke invloed te hebben op het herstellen van de mentalisatiemogelijkheden. Bion formuleerde deze samenhang reeds in zijn concept van 'containment', en Fonagy toonde het verband aan tussen hechting en mogelijkheden tot zelfreflec-

tie. Het is mogelijk klinisch psychotherapeutisch te werken op basis van een combinatie van deze verschillende richtingen (Vermote & Vansina 1998b). Het effect van een dergelijke aanpak bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis werd onlangs in een gecontroleerde studie aangetoond (Bateman & Fonagy 1999).

De vier beschreven richtingen geven de mogelijkheid om verschillende ankerpunten (gecursiveerd) van de psychoanalyse te vatten die van belang zijn bij de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen. Wanneer we nu het spectrum tussen neurose en psychose volgens deze ankerpunten benaderen, zien we voor elk van deze ankerpunten een gradiënt gaande van neurose naar psychose. De *Ik*-functies gaan van een goede realiteitstoetsing naar een verlies ervan. Bij de *verdedigingsmechanismen* wordt het aandeel van de splijting steeds groter in verhouding tot het aandeel van de verdringing. De *zelfbeleving* en de *interne objecten* worden steeds meer gespleten met meer projectieve identificatie in de relaties en minder afgrenzing. Er is steeds minder *mentaliseren*, samengaande met minder frustratietolerantie, meer affectdisregulatie en meer uitageren. In de *overdracht* wordt de therapeut meer concreet beleefd dan dat hij als een overdrachtsfiguur gebruikt kan worden, en tegelijk is het beeld van hem steeds meer vervormd door projectieve identificatie.

Om een zicht te hebben op de uiterlijke verschijningsvormen van deze innerlijke dynamiek, is het zinvol om naar de beschrijvende psychiatrische diagnostiek te gaan.

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK

De psychiatrische diagnostiek is radicaal veranderd sinds de DSM-III (APA 1980). Daarin werd de diagnostiek met het oog op empirisch onderzoek zo beschrijvend mogelijk gehouden en ontdaan van theoretische modellen. We kunnen proberen de beschrijvende categorieën van de DSM-IV As II, die de persoonlijkheidsstoornissen omvat, te plaatsen op het psychoanaly-

tisch beschreven spectrum tussen neurose en psychose. Deze transpositie toont de psychoanalyticus de verschillende verschijningsvormen van de onderliggende dynamiek, en psychiatrisch wordt een diepteperspectief toegevoegd aan de beschrijvende categorieën door aan te geven welke dynamiek onder het uiterlijk beschreven gedrag kan schuilgaan.

Dit lijkt een ambitieus project, maar in feite is As II van de DSM voor een groot deel gebaseerd op de ideeën van Millon (1969), die zijn categorieën ook op een dynamische manier beschreef en ze ook op het spectrum tussen neurose en psychose plaatste. Daarenboven deden verschillende psychiaters-psychoanalytici, zoals Green (1997), Kernberg (1984, 1996), Akhtar (1992) en Gabbard (1994), deze oefening. De laatste drie maakten daarenboven deel uit van DSM-IV-commissie. Kernberg biedt het belangrijkste aanknopingspunt. Hij stelt dat, met uitzondering van de obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis, de gehele groep persoonlijkheidsstoornissen van de DSM-IV As II aan zijn borderline-persoonlijkheidsorganisatie beantwoordt. Elders werd deze stelling meer uitgewerkt (Vermote & Auwerkerken 1999). Als alternatief voor een aparte persoonlijkheidsorganisatie of structuur voor de groep tussen neurose en psychose is er de hypothese van Steiner (1993). Hij stelt dat er bij iedereen een neurotische, borderline- en psychotische manier van functioneren (posities) aanwezig is, maar in verschillende verhouding naargelang de aard en de ernst van de persoonlijkheidsstoornis.

Wanneer we nu de DSM-IV-As-II-persoonlijkheidsstoornissen op het spectrum tussen neurose en psychose plaatsen, zien we dat er inderdaad een indeling mogelijk is volgens het intrapsychisch functioneren. We onderscheiden vijf groepen: een neurotische groep, een groep die op het spectrum dicht bij de neurose ligt, een groep in het midden van het spectrum, een groep dicht tegen de psychose aan en een groep die bijna psychotisch functioneert. Daarnaast valt op dat er ook hiaten zijn, bepaalde klinische syndro-

men die op het spectrum aanwezig zijn maar waarvoor geen beschrijvende DSM-IV-As-II-categorie bestaat. Deze kunnen aangevuld worden vanuit de psychoanalytische literatuur. Voor de duidelijkheid zijn de DSM-IV-As-II-categorieën hieronder gecursiveerd en voorafgegaan door een ° en de bijkomende categorieën idem, voorafgegaan door een †.

Bij de neurotische groep is er een overwicht van gehele innerlijke objecten, een goede reality testing en een goed mentaliseren. De symptomen kunnen door verdringing en een intrapsychisch conflict verklaard worden. De °obsessieve compulsieve persoonlijkheidsstoornis beantwoordt aan de beschrijving van deze groep, met dan vooral een superego-problematiek en een intrapsychisch conflict rond agressie. Het is volgens Kernberg (1984), Akhtar (1992), Gabbard (1994) en Green (1997) noodzakelijk om bij de neurotische groep ook de †hysterische persoonlijkheidsstoornis te blijven behouden, die uit de DSM-IV As II verdwenen is. Bij deze persoonlijkheidsstoornis gaat het intrapsychische conflict om verlangen en seksualiteit, wat zich vaak vertaalt in lichamelijke symptomen die een symbolische betekenis hebben. Dit intrapsychische conflict kan in de overdracht herbeleefd worden. Het hysterische palet van zelfdramatisering, labiliteit, afhankelijkheid en seksuele disfunctie, conversieverschijnselen, wordt qua beschrijving gedeeld met de categorie van de theatrale persoonlijkheidsstoornis. Deze vertoont echter een andere onderliggende dynamiek, die hieronder beschreven wordt. Die tweedeling is trouwens sinds lang gekend in de psychiatrie: goede versus maligne hysteric, oedipale versus infantiele hysteric en de hysteric type I en II van Zetzel. Kernberg (1996) beschrijft onder de neurotische groep ook nog een †depressief-masochistische persoonlijkheidsstoornis, die in de DSM-IV behouden is als een onderzoekscategorie onder de naam °depressieve persoonlijkheidsstoornis. Psychodynamisch is deze persoonlijkheidsstoornis getypeerd door een goed geïntegreerd maar zeer straffend superego.

Dan volgt er een groep persoonlijkheidsstoornissen die op het spectrum tussen neurose en psychose dicht tegen de neurose aan liggen. Ze vertonen nog een vrij goede realiteitstoetsing en mentaliseren, er is geen overwicht van splijting. Het tekort in de basale laag is echter manifest. Dit uit zich in het zoeken naar en een afhankelijk zijn van een uniek object, ofwel een zich verdedigen tegen deze afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Deze problematiek kan het best vanuit de derde richting, die onder de psychoanalytische diagnostiek werd beschreven, benaderd worden. Bij de °afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is de behoefte aan de aanwezigheid van het unieke object en de bijhorende separatieangst het meest openlijk. Bij de °ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is deze behoefte even groot maar ambivalenter, zoals beschreven in het 'need-fear dilemma' van Fairbairn. Daarnaast is er een groep die zich tegen deze afhankelijkheid heeft verdedigd met een 'false self', een kwetsbaar narcistisch vlies dat slechts behouden kan worden door de waardering van de anderen. Deze groep werd vooral door Kohut (1971) getypeerd en wordt hier daarom de 'narcistische persoonlijkheidsstoornis volgens Kohut' genoemd. De narcistische stoornis uit de DSM-IV vertegenwoordigt vooral een andere groep, die arrogant, exhibitionistisch, afgunstig en weinig invloed is. Deze groep wordt verderop besproken. De tweedeling van de narcistische pathologie vinden we bij veel auteurs terug: 'thin versus thick skinned narcissism' (Rosenfeld 1987), 'hypervigilant versus oblivious type' (Gabbard 1994), 'covert versus overt type' (Akhtar 1992), 'closed versus exhibitionistic type' (Masterson 1993).

In het midden van het spectrum zijn de persoonlijkheidsstoornissen gegroepeerd met manifeste moeilijkheden in de vier beschreven richtingen. Er is een overwicht aan splijting met gespleten deelobjecten, een geringe mentalisatie en veel ageren, een groot gebrek in de basale laag en gestoorde realiteitstoetsing. Bij de °borderline-persoonlijkheidsstoornis is dit openlijk aanwezig met chaos en instabiliteit. Verschillende auteurs

(Kernberg 1994; Akhtar 1992; Gabbard 1994) zien bij de °schizoïde persoonlijkheidsstoornis een gelijkwaardig innerlijk functioneren aanwezig, maar dat blijft introvert en verschijnt niet uiterlijk. Daardoor is er minder ageren maar ook minder correctie vanuit de omgeving, waardoor de mentalisatiemoeilijkheden gemakkelijker tot micropsychoses aanleiding geven. Het onderscheid met de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is dat deze op het spectrum dicht tegen de neurose aan ligt (minder splijting, meer gehele objecten in de relaties en minder mentalisatiemoeilijkheden). De °theatrale persoonlijkheidsstoornis is qua dynamiek en verschijningsvorm verschillend van de hoger beschreven hysterische persoonlijkheidsstoornis. De oorzaak ervan is meestal een reëel tekort van de vroege omgeving; dit kan een trauma als incest zijn. Het gebrek in de basale laag is groot, met verlatingsangst, en door de splijtingsmechanismen en de projectieve identificatie zijn er afgrenzingsstoornissen en een sterk vervormde overdracht. De lichamelijke klachten hebben hier geen symbolische betekenis, maar dienen om de spanning af te reageren. De 'narcistische persoonlijkheidsstoornis zoals beschreven door Kernberg (1984) vertoont dezelfde dynamiek als de andere persoonlijkheidsstoornissen in deze groep in het midden van het spectrum, maar is volgens Kernberg omhuld met een pathologisch grandioos zelf, waardoor er een valse indruk van sterkte of cohesie ontstaat. Als dat grandioze zelf eenmaal doorbroken is, zien we dezelfde problematiek met splijting en idealiseren en denigreren, geringe mentalisatie en frustratietolerantie en een verkeerd inschatten van de realiteit. Zoals hierboven vermeld, is het vooral deze arrogante, afgunstige groep die in de DSM-IV als °narcistische persoonlijkheidsstoornis beschreven is.

De °paranoïde persoonlijkheidsstoornis ligt qua functioneren in het verlengde van de borderline-persoonlijkheidsstoornis, maar meestal met een ernstiger (vaak agressief) en langdurig omgevingsstekort aan de basis. Daardoor zijn er meer gespleten en agressieve innerlijke objecten en nog meer geprononceerde denkstoornissen dan

bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het onderscheid tussen deze twee persoonlijkheidsstoornissen is klinisch niet altijd gemakkelijk te maken, maar de therapeutische benadering van een patiënt met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis is nog moeilijker door de sterke achterdocht en de grotere neiging tot micropsychoses. De °antisociale persoonlijkheidsstoornis ligt in het verlengde van de ‘narcistische persoonlijkheidsstoornis volgens Kernberg’. Hij beschrijft eerst een tussenvorm, die hij het maligne narcisme noemt en waarbij naast de splijting van de innerlijke objecten ook een idealisatie van en een identificatie met de slechte en agressieve innerlijke deelobjecten optreden. Dit gebeurt als verdediging tegen het gevoel van zwakte. De °antisociale persoonlijkheidsstoornis is dan een ergere vorm van maligne narcisme, waarbij ook een superego-problematiek aanwezig is. Naar onze ervaring neemt het mentaliseren in deze groep vaak de vorm aan van een gesloten denken in slagzinnen waarbij er bijna geen contact is met de emotionele realiteit.

De °schizotypale persoonlijkheidsstoornis is verwant aan de psychose: de splijting is dermate groot dat er eerder van fragmentatie gesproken wordt, en de denkstoornissen zijn manifest.

BESLUIT

De psychoanalytische en de psychiatrische diagnostiek zijn zeer verschillend qua methode en doelstelling. Bij de persoonlijkheidsstoornissen is een transpositie van de twee benaderingen mogelijk, met behoud van hun eigenheid. Voor de psychoanalytische diagnostiek zit de winst daarvan vooral in een duidelijker beeld van de uiterlijke verschijningsvormen van de intrapsychische dynamiek. De psychiatrische diagnostiek wint van haar kant aan diepteperspectief, en een paar diagnostische hiaten worden duidelijk.

LITERATUUR

- Akhtar, S. (1992). *Severe personality disorders and their treatment*. New York: Jason Aronson.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Balint, M. (1968). *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. Londen: Tavistock Publications.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, 1563-1569.
- Bion, W.R. (1962). A theory of thinking. In W.R. Bion, *Second thoughts* (pp. 110-119). New York: Jason Aronson.
- Gabbard, G.O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.
- Green, A. (1997). Le Chiasme. Prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie. Rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites. *Psychanalyse en Europe*, 49, 28-47.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger, *Major theories of personality disorders* (pp. 103-137). New York: Guilford Press.
- Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. Londen: Hogarth Press.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *The Writings of Melanie Klein. Volume 3: Envy and Gratitude* (pp. 1-24). Londen: Hogarth Press.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the Self*. New York: International University Press.
- Mahler, M.S. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation, infantile psychosis*. New York: International University Press.
- Masterson, J.F. (1993). *The emerging self*. New York: Brunner Mazel Inc.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology*. Londen: W.B. Saunders Co.
- Pierloot, R.A. (1985). Psychiatrie et psychanalyse. Différences et points de convergence quant à la notion de diagnostic. *Revue Belge de Psychanalyse*, 7, 91-103.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and Interpretation*. Londen: Tavistock Publications.
- Steiner, J. (1993). *Psychic retreats*. Londen: Routledge.

- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Tustin, F. (1986). *Autistic barriers in neurotic patients*. Londen: Karnac.
- Vermote, R. (1995a). Réalités psychiques et formes. *Revue Belge de Psychanalyse*, 27, 39-55.
- Vermote, R. (1995b). Inleiding. In M. Thys & R. Vermote (red.), *Trauma en taboe* (pp. 7-19). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Vermote, R., & Vansina-Cobbaert, M.J. (1998). A psychoanalytic hospital unit for people with severe personality disorders. In J. Pestalozzi, S. Frisch, R.D. Hinshelwood e.a. (red.), *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings* (pp. 75-93). Londen: Karnac Books.
- Vermote, R., & Auwerkerken, F. (1999). Een structureel diagnostische benadering van de DSM-IV Axis II persoonlijkheidsstoornissen. *Diagnostiek Wijzer*, 4, 171-184.
- Winnicott, D.W. (1967). Mirror-role of mother and family in child development. In D.W. Winnicott, *Playing and Reality* (pp. 130-139). Hammersworth: Penguin Books.

AUTEUR

R. VERMOTE is psychoanalyticus, werkzaam bij Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg en in eigen praktijk te Vilvoorde.

Correspondentieadres: dr. R. Vermote, Stationlei 31, 1800 Vilvoorde. E-mail: rudi.vermote@skynet.be.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2000.

SUMMARY

Psychoanalytical and psychiatric diagnostics for personality disorders – R. Vermote –

A theoretical frame of reference for the psychoanalytical diagnosis for personality disorders is described, making it possible to place personality disorders on a spectrum between neurosis and psychosis. The application of this frame of reference to the descriptive categories of the DSM-IV Axis II achieves a double goal. From a psychoanalytical point of view, the different external appearances of a similar intrapsychic functioning become clear. From a psychiatric point of view, the description of the psychodynamic functioning behind the different DSM-IV Axis II categories adds depth to the descriptive approach.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 667-674]

KEYWORDS diagnosis, personality disorder, psychoanalysis