

Psychoanalytische versus psychiatrische diagnose

door R. A. Pierloot

Inleiding

Traditioneel zijn psychoanalytici in principe afkerig van de psychiatrische diagnose die erin bestaat een bepaald individu in een nosologische categorie onder te brengen. Dat men, vooraleer een psychoanalytische therapie aan te vatten, zich toch enig oordeel over de patiënt hoeft te vormen kan moeilijk worden betwist. Hierbij rijzen een aantal vragen. Zijn er bepaalde systematisch te omschrijven criteria betreffende het psychisch functioneren van de patiënt, die als aanduiding kunnen gelden om een psychoanalytische therapie als mogelijk of aangevraagd te beschouwen? Zo ja, dan kan men de beoordeling van de patiënt volgens deze criteria als een psychoanalytische diagnose bestempelen. Een psychoanalytische diagnose kan dan worden beschouwd als een beoordeling van de patiënt in functie van een indicatiestelling voor psychoanalytische therapie. In menige opzichten verschilt ze daarbij van een psychiatrische diagnose (zie verder).

Sommige psychoanalytici gaan verder en staan principieel afwijzend tegenover de concepten van diagnose en indicatiestelling. Ze gaan ervan uit dat een psychoanalyse een unieke vorm uitmaakt van interactie tussen een bepaalde analysand en een bepaalde analyticus. In het samenkomen van deze twee tegenspelers groeit van beide zijden de overtuiging en de gemotiveerdheid om het proces van een psychoanalyse aan te gaan (Cremerius, 1984). Hierbij wordt verwezen naar Freud (1913) die een proefanalyse van enkele weken voorstelde alvorens tot een definitieve beslissing te komen. Het verloop van deze proefanalyse moest dan duidelijk maken in hoeverre een psychoanalytisch proces tussen analysand en analyticus kon op gang komen. Ook wanneer men niet zo ver gaat van een 'proef analyse' te spreken, kunnende contacten

Schrijver is gewoon hoogleraar aan de Universiteit te Leuven en medisch directeur van het Universitair Psychiatrisch Centrum te Kortenberg. Hij is opleidingsanalyticus bij de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse.

tussen analyticus en analysand toch van bij de aanvang volgens zekere psychoanalytische principes gericht worden (Shapiro, 1984). Mogelijkheden van vrije associatie, effecten van proefduidingen, het aan bod komen van overdracht en tegenoverdracht, wederzijdse gevoelens en motieven vormen hier de gegevens die doorslaggevend zijn om tot een verdere uitbouw van de therapie te besluiten. Er wordt geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen een zogenaamde voorafgaande exploratorische fase en de eigenlijke therapie. Objectivering en categorisering van elementen, waarop diagnose en indicatiestelling gesteund zijn, worden hier van de hand gewezen.

Dergelijke procedure is mogelijk en te rechtvaardigen wanneer het gaat om een contactname tussen een persoon die psychische hulpverlening zoekt bij een privaat gevestigde, ervaren analyticus die over de mogelijkheden beschikt om de betrokkene zelf en binnen afzienbare tijd in behandeling te nemen. De analyticus moet ook in staat zijn om de vorm van psychoanalytische therapie (typische kuur, psychoanalytische psychotherapie, eventueel op specifieke problemen gerichte therapie, etc.) soepel aan te passen aan de persoon en de problematiek waarmee hij wordt geconfronteerd. De psychoanalytische therapie kan dan opgevat worden als een 'colloque singulier' tussen een bepaalde analyticus en een bepaalde patiënt.

De ontwikkeling van de psychoanalytische therapieën, zowel wat toepassingsgebieden als praktische organisatie betreft, brengt mede dat de hierboven beschreven situatie niet kan worden veralgemeend. Psychoanalytische therapieën worden vaak uitgevoerd in het kader van instellingen of instituten waar de beoordeling voor een mogelijke analytische therapie gebeurt door één of meerdere analytici (in stafverband) en waarbij in geval van positieve indicatiestelling de patiënt naar een andere analyticus wordt verwezen. Vaak beschikt deze analyticus nog niet over de ervaring om de therapie op soepele wijze aan te passen zodat het type van therapie (typische kuur, psychoanalytische psychotherapie, etc.) in min of meerdere mate op voorhand wordt vastgelegd. Daarbij zijn er vormen van psychoanalytische therapie ontwikkeld zoals groepsanalytische therapie, partnerrelatie- en familietherapie waarde therapiesituatie uiteraard niet dezelfde is als de oorspronkelijke onderzoekssituatie. Sommige analytici voelen zich beter thuis in bepaalde vormen van psychoanalytische therapie of met bepaalde types van patiënten. Veel patiënten komen ook niet direct met de vraag naar psychoanalytische therapie maar ze worden verwezen met de vraagstelling welke vorm van psychotherapie, eventueel psychoanalytische psychotherapie, hen het best (soms ook het snelst) kan helpen. Dit alles brengt mede dat men zeer dikwijls voor een probleem van 'selectie' wordt geplaagd. Meer en meer wordt ook de vraag gesteld in hoeverre een bepaalde therapie bij bepaalde patiënten tot therapeutische resultaten leidt, een vraag die moeilijk te beantwoorden is als de patiënt niet tevoren op een min of meer gestandaardiseerde wijze werd

beoordeeld. Dit alles brengt mede dat het omschrijven van een psychoanalytische diagnose in functie van indicatiestelling voor een of andere vorm van psychoanalytische therapie zich vaak opdringt.

Dat deze psychoanalytische diagnose duidelijk te onderscheiden valt van een psychiatrische diagnose lijdt geen twijfel. Toch kan moeilijk worden ontkend dat psychoanalytici tegenover de traditionele psychiatrische diagnosestelling, waarmee bedoeld wordt het onderbrengen van een individu in een nosologische categorie, vaak een ambivalente houding aannemen. Traditioneel werd aangenomen dat de psychiatrische nosologische diagnose slechts een beperkte en geringe bijdrage leverde tot de psychoanalytische indicatiestelling. Toch bleef men de psychiatrische categorieën verder gebruiken en werd er gezocht naar specifieke psychodynamische verklaringen voor psychiatrische ziektebeelden. In de laatste decennia is deze ambivalentie nog versterkt omdat van psychiatrische zijde beproefd werd ook psychodynamische gegevens in de psychiatrische diagnose te betrekken, terwijl ook vanuit de psychoanalytische gezichtshoek andere of nieuwe nosologische categorieën werden gedefinieerd.

In de hiemavolgende beschouwingen zullen we enerzijds op de verschillen tussen psychoanalytische en psychiatrische diagnose, anderzijds op de toenadering tussen beide wat verder ingaan.

Verschillen tussen psychiatrische en psychoanalytische diagnose

1. De psychiatrische diagnose bestempelt een persoon tot een *zieke* met alle sociale gevolgen hieraan verbonden: het recht, eventueel de verplichting, zich te laten verzorgen op de meest adequate wijze, het recht op zekere voordelen zoals ziektevergoeding en vrijstelling van verplichtingen zoals werk of andere opgaven. De psychoanalytische diagnose houdt op deze domeinen *geen uitspraak* in. De psychoanalyticus bestempelt iemand niet als ziek of gezond maar zoekt uit te maken in hoeverre en op welke wijze hij door een psychoanalytische therapie kan worden geholpen.

2. De psychiatrische diagnose houdt een aanduiding in van *vastgestelde stoornissen*. Pas naderhand stelt zich het probleem hoe deze stoornissen eventueel kunnen worden verholpen. De psychoanalytische diagnose staat van meet af in het perspectief van het al dan niet aanbieden van een therapie die op *algemene groei, betere integratie, grotere vrijheid van de persoon* is gericht.

3. De psychiatrische diagnose steunt op de vast te stellen *manifeste* ziekteverschijnselen; wat het *ontstaan* hiervan betreft stelt men zich meestal tevreden met grove categorieën zoals 'organisch', 'endogeen', 'exogeen', 'psychogeen', 'reactioneel' enzovoort. De psychoanalytische diagnose richt zich ook naar *niet direct manifeste*, intrapsychische elementen. Om hiertoe te komen steunt men niet alleen op storende gedragingen maar het psychisch functioneren in zijn totali-

teit en vooral ook relationele interacties en strategieën worden onder ogen genomen. Deze worden beoordeeld vanuit de zes metapsychologische gezichtspunten; het topografische (bewust versus onbewust), het dynamische (welke dynamismen komen aan bod?), het economische (investering van dynamismen versus contra-investering), het genetische (ontwikkelingspsychologische momenten), het structurele (Es, Ik en Ueber-ich organisatie) en het adaptieve (aanpassingsbetekenis van gedrags- en relatiepatronen, primaire en secundaire ziekte-winst). Zekere schema's zijn ontworpen met de bedoeling deze evaluatie min of meer te systematiseren. Voorbeelden hiervan zijn het 'Hampstead profiel' (A. Freud e.a., 1965) en de 'Vragenlijst Psychoanalyse Indicatie van het Amsterdams Psychoanalytisch Instituut' (Beenen, F. e.a., 1980). De op deze wijze verkregen gegevens werpen een licht op de *individueel gedifferentieerde psychogenese* van klachten en stoornissen maar dragen ook in belangrijke mate bij tot een uitspraak over mogelijkheden en richting van psychoanalytische therapie. Het gaat hier veeleer om een diagnostische formulering dan om het situeren van iemand binnen een diagnostische classificatie. Zulk een diagnostische formulering vereist volgens Giel (1982) 'een samenvattende typering van het eigene van iemand met zijn persoonlijke omstandigheden en zijn probleem voor de hulpverlening'.

4. De psychiatrische diagnose legt de nadruk op datgene wat het individu *gemeen heeft* met alle andere personen die tot dezelfde diagnosecategorie behoren. De psychoanalytische diagnose houdt in zeer ruime mate rekening met alles wat *specifiek* en *uniek* is voor het betreffende individu. Zodra de mogelijkheid van een psychoanalytische therapie bij een bepaalde analyticus in vraag wordt gesteld moet hierbij ook rekening worden gehouden met de specifieke en unieke interactie tussen deze patiënt en deze therapeut. Men kan dat als een *relatiediagnose* bestempelen. Deze wordt in de regel niet opgevat als een systeemdiagnose die zich richt op karakteristieken van het systeem en niet van de individuen die dit systeem uitmaken. Deze is belangrijk als uitgangspunt van een systeemtherapie. Maar men kan ook van relatiediagnose spreken in zoverre de analyticus de relationele instelling van twee individuen (de patiënt en hij zelf) tegenover elkaar afweegt en in vraag stelt. Dit houdt in dat hij de gevoelsmatige ingesteldheid en de wijze waarop de interactie door de patiënt wordt beleefd in beschouwing neemt maar tegelijkertijd zijn eigen affectieve reacties tegenover deze patiënt analyseert. Het affectief op elkaar afgestemd zijn van patiënt en therapeut is zeker een belangrijke factor die bij de indicatiestelling niet mag worden verwaarloosd.

5. De psychiatrische diagnose beklemtoont de *ziekte*, de elementen in het psychisch functioneren van de persoon die gestoord zijn. Voor de psychoanalytische diagnose zijn de *gezonde mogelijkheden*, de creatieve potenties, gemotiveerdheid, interactiemogelijkheden van de persoon vaak belangrijker dan zijn stoornissen.

6. Voor een psychiatrische diagnose is vooral het *aan- of afwezig* zijn van bepaalde fenomenen, bijvoorbeeld auditieve hallucinaties, wanen, enzovoort belangrijk. Kwantitatieve aspecten hiervan, zoals intensiteit en/of frequentie, kunnen het geval als meer of minder ernstig doen beschouwen maar meestal hebben ze geen essentieel aandeel in de aarde van de diagnose. Daartegenover speelt in de psychoanalytische diagnose de *kwantificering* van elementen van het psychisch functioneren een belangrijke rol. Investerings, contra-investerings, Ik, Ueber-ich enzovoort worden bij een bepaalde patiënt in termen van kwantificering uitgedrukt. Hier ligt overigens één van de moeilijke en vaak problematische opgaven van een psychoanalytische diagnose. Gezien het ontbreken van objectieve meetinstrumenten steunen deze kwantificeringen op subjectieve beoordelingen.

7. De psychiatrische diagnosestelling staat, in principe, *los van de therapie*. Met de groeiende kennis van de werking van psychofarmaca gaat men in sommige gevallen het al dan niet beantwoorden aan een bepaalde therapie wel als een argument voor bevestiging of ontkenning van de diagnose beschouwen bijvoorbeeld het gunstig resultaat van antidepressiva is een argument voor de diagnose 'vitale depressie'. Maar dergelijke benaderingswijzen zijn nog allesbehalve op punt gesteld. Bij de psychoanalytische diagnose gaat men principieel elementen van de *therapie ook in het diagnostisch proces* betrekken. Zo zijn de mogelijkheden tot vrije associatie, reacties op proefduidingen, affectieve interactie belangrijke gegevens bij de diagnosestelling.

Toenadering tussen psychiatrische en psychoanalytische diagnose

1. *Van psychiatrische zijde*. De psychiatrische diagnose bestaat traditioneel in het situeren van een individu in een nosologische categorie. Het individu wordt in een categorie geplaatst die bepaald wordt door de ziekteverschijnselen die hij vertoont. Dit is nuttig in zoverre het toelaat de ervaring, opgedaan met andere patiënten van dezelfde categorie, bij de betreffende persoon toe te passen. Hiervoor moet evenwel de categorische aanduiding voldoende eenduidig en specifiek zijn. Zo biedt een algemene diagnose als 'depressie' slechts een beperkt houvast omdat er zoveel verschillende vormen van depressie bestaan.

De waarde van de psychiatrische nosologische diagnose wordt ook in belangrijke mate beperkt omdat ze in veel gevallen slechts een syndromale aanduiding omvat. Gezien voor vele psychiatrische aandoeningen de oorzaak onbekend is of dat het ontstaan ervan door meerdere factoren wordt bepaald, steunen de meeste psychiatrische nosologische categorieën alleen op de aanwezigheid van specifieke klinische verschijnselen, waarbij in sommige gevallen ook het ontstaansmoment en het verloop in aanmerking worden genomen.

Omwillen van de beperkte bruikbaarheid van een dergelijke diagnose wordt de laatste jaren in de psychiatrie gestreefd naar een multiaxiale

diagnostiek. In de derde editie van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (1980) van de Amerikaanse Psychiatrische Associatie wordt een evaluatie van de patiënt op 5 assen voorgesteld:

As I: klinische syndromen,

As II: persoonlijkheidsstoornissen en specifieke ontwikkelingsstoornissen,

As III: somatische afwijkingen,

As IV: intensiteit van de psychosociale stress die het uitbreken van de stoornis voorafging,

As V: het hoogste niveau van adaptief functioneren in het voorafgaande jaar.

Door deze verruimde benadering komt de psychiatrische diagnosestelling dichter te staan bij de psychoanalytische diagnosestelling omdat ook de persoonlijkheid en de adaptieve interactie met de omgeving in acht worden genomen. Maar een zeer belangrijk verschilpunt blijft bestaan in zoverre de evaluatie op deze assen alleen steunt op de aanwezigheid van manifeste gedragsvormen en geen rekening houdt met de psychodynamische achtergrond hiervan. Vooral bij de evaluatie op As II, de persoonlijkheidsstoornissen, ondervindt men hierbij ernstige moeilijkheden.

Eén van de opstellers van DSM III, Millon (1981), heeft getracht a an deze moeilijkheid tegemoet te komen. Hij beschrijft de verschillende, in DSM III vooropgestelde persoonlijkheidsstoornissen, als de uitdrukking van verschillende interpersoonlijke omgangsstrategieën. Deze strategieën zijn tot stand gekomen uit combinaties van de overheersende polen van verschillende paren van aan elkaar tegengestelde drijfveren. Een eerste paar van tegengestelde drijfveren bestaat in het vermijden tegenover het zoeken van contact met de anderen. Een tweede tegenstelling ligt in het verkrijgen van bevrediging bij zichzelf of door toedoen van de anderen. Een derde tegenstelling vindt men in de actieve tegenover de passieve ingesteldheid. In totaal beschrijft hij acht verschillende interpersoonlijke omgangsstrategieën, die het resultaat zijn van verschillende combinaties van overheersende drijfveren uit de vermelde paren. Het zijn de passief-afhankelijke (afhankelijke persoonlijkheid), de actief-afhankelijke (histrionische persoonlijkheid), de passief-onafhankelijke (narcistische persoonlijkheid), de actief-onafhankelijke (antisociale persoonlijkheid), de passief-ambivalente (compulsieve persoonlijkheid), de actief-ambivalente (passief-agressieve persoonlijkheid), de passief afzijdige (schizoïde persoonlijkheid), de actief-afzijdige (ontwijkende persoonlijkheid) strategieën. Zwaarder persoonlijkheidsstoornissen zoals de schizotypale, de borderline en de paranoïde persoonlijkheid beschouwt hij als het gevolg van een meer uitgesproken overheersen van dezelfde dynamismen, waarbij het realiteitsbesef in min of meerdere mate te kort schiet.

Deze interpersoonlijke omgangsstrategieën van een individu worden gedefinieerd als het resultaat van de affectieve ontwikkelingsge-

schiedenis die het individu, vertrekkend met een bepaalde aanleg, in de interacties met de sleutelfiguren uit zijn omgeving heeft doorgemaakt. Met deze zienswijze benadert hij in zekere mate de psychoanalytische opvattingen. Maar de vooropgestelde ontwikkelingsgeschiedenis wordt voorgesteld in termen van interactionele processen bepaald door globale, weinig gedifferentieerde, drijfveren. Met de specifieke topische, genetische en structurele psychoanalytische gezichtspunten wordt hier geen rekening gehouden. Hetzelfde geldt voor de typologische indeling van Kahler (1979) die in het perspectief van de transactionele analyse is opgesteld en ook uitgaat van combinaties van dominerende dynamismen uit twee paren van drijfveren (actief versus passief; betrokken versus teruggetrokken).

Cleghorn e.a. (1983) stelden een algemeen schema op om in de psychiatrische diagnose ook psychodynamische gegevens te betrekken. Deze behelzen de relaties met sleutelfiguren in het leven, intrapsychische conflicten, zelfgevoel. Maar zij stellen hierbij expliciet voorop dat ze het metapsychologisch kader van kant laten.

Dikwijls gaat men in de psychiatrische diagnosestelling toch verder en tracht men de vastgestelde stoornissen ook te formuleren in termen van psychoanalytische concepten. Men probeert dan de geldende psychoanalytische verklaringen van bepaalde syndromen zoals ze uit de literatuur gekend zijn, bij het betreffende geval terug te vinden. Dit kan nuttig zijn omdat op deze wijze mogelijk aanknopingspunten voor een psychotherapeutische benadering aan het licht komen. Maar zeer dikwijls blijft het een intellectueel gegoochel dat meer tot de narcistische zelfvoldoening van de psychiater dan tot praktische consequenties bijdraagt.

Dit houdt daarenboven ook zekere gevaren in. Vaak ziet men dat op grond van een eerder oppervlakkige psychiatrische exploratie, eventueel aangevuld door psychologische projectietests, uitspraken worden naar voor geschoven die zuiver speculatief zijn. Oedipale of preoedipale conflicten, overheersende vormen van afweer, beoordeling van Ik-functies worden dan geformuleerd steunend op zeer gebrekkige gegevens. Men kan dit best bestempelen als een vorm van wilde psychoanalytische formulering, analoog aan het therapeutisch optreden dat als wilde analyse werd beschreven. Al te gemakkelijk wordt op grond van dergelijke gegevens een doorslaggevend oordeel geveld over mogelijke indicatie of contra-indicatie voor psychoanalytische therapie.

Hoewel het psychodynamisch denken in de psychiatrische diagnosestelling zekere psychoanalytische perspectieven kan inbrengen, mag deze allerminst met een psychoanalytische diagnose worden gelijkgesteld. Ze is vanuit een andere visie tot stand gekomen en mist de basis van specifieke interactie tussen onderzoeker en patiënt die juist voor de psychoanalytische diagnose typerend is. Wanneer aan mogelijke indicatiestelling voor psychoanalytische therapie wordt gedacht moet de psychiatrische diagnose door een psychoanalytische worden aangevuld.

2. *Van psychoanalytische zijde.* Hoewel de psychoanalytische diagnosestelling essentieel niet gericht is op het situeren van een individu in een psychiatrische nosologische categorie heeft ze deze nosologische categorieën toch nooit volledig van kant gelaten. Oorspronkelijk werden de geldende categorieën, berustend op vaststelbare symptomen of gedragspatronen overgenomen. Ze werden als argument voor mogelijke indicatiestelling, maar meer nog voor contra-indicatiestelling aangewend. Zekere psychiatrische afwijkingen werden als contra-indicaties vooropgezet. Zo beschreef Freud (1905) als contra-indicaties: psychosen, verwardheidstoestanden, zwakzinnigheid, acute crisissen of symptomen waarbij een snel herstel wordt verwacht.

Later groepeerde hij onder de benaming 'overdrachtsneurose' de aandoeningen die voor een psychoanalyse in aanmerking kwamen. Hij rekende hiertoe: hysterie en dwangneurose, fobieën en remmingen, karakterstoornissen, seksuele perversies, moeilijkheden van het liefdesleven (Freud, 1916-1917).

Ook bij het zoeken naar psychogenetische verklaringen in termen van psychoanalytische concepten ging men uit van nosologische entiteiten zoals ze in psychiatrische classificaties gedefinieerd waren. Voor alle mogelijke psychiatrische en ook psychosomatische syndromen werd een vertaling in psychoanalytische terminologie gezocht. Een typisch overzicht hiervan vindt men in het werk van Fenichel (1945) waarin, in tegenstelling tot wat de titel laat vermoeden, niet alleen in verband met neurosen maar ook voor schizofrenie, manisch-depressieve stoornissen en de meest diverse somatische syndromen een psychoanalytische verklaring wordt geformuleerd. Naderhand werden tal van overzichtelijke uiteenzettingen van 'psychoanalytische' of 'psychodynamische' psychiatrie gepubliceerd (één van de meest recente is: Wallace, 1983). Hierin wordt voor de diverse psychiatrische syndromen verwezen naar typische intrapsychische conflicten, fixatiepunten, vormen van afweer etcetera.

Waar oorspronkelijk de nosologische entiteiten uit psychiatrische classificaties door de psychoanalytici, zelfs op eerder slordig simplificerende wijze (bijv. depressieve toestand, depressief syndroom, melancholie worden nogal eens verward) werden overgenomen om er een verklaring in psychoanalytische termen voor te vinden, werd naderhand beproefd een specifieke psychoanalytische nosologie op te stellen. Een belangrijk aanknopingspunt hiervoor werd gevonden in de structurele visie. Het onderbrengen van een persoon in een bepaalde nosologische categorie steunt dan niet langer op het aanwezig zijn van bepaalde symptomen of gedragspatronen maar op zijn onderliggende 'structuur'. Hiermede wordt bedoeld de wijze waarop in de intrapsychische organisatie zekere ontwikkelingspsychologisch bepaalde dritelementen uit het Es en normerende elementen uit het Ueber-Ich in min of meerdere mate in de interacties met de omgeving kunnen worden geïntegreerd door het Ik, hierbij gebuik makend van bepaalde vormen van afweer.

Als 'neurotische' structuren werden beschreven de angsthysterische, de conversiehysterische en de obsessionele structuur (o.a. Bergeret, 1974a). Onder de 'psychotische' structuren werden gerangschikt de schizofrene, de paranoïde en de melancholische structuur (o.a. De Waelhens, 1972. Ook de 'perverse' structuur werd als een typische vorm van intrapsychische organisatie vooropgesteld (Aulagnier, Spairani e.a., 1967).

Naast deze structuren, die met klassieke psychiatrische namen werden bedeed (wat nogal eens tot verwarring aanleiding gaf), werden van psychoanalytische zijde andere vormen van intrapsychische organisatie voorgesteld, die niet in de klassieke neurotische of psychotische structuren thuishoren. Als voorbeelden kunnen we vermelden: de 'as-if' persoonlijkheid (Deutsch, 1942), de narcistische persoonlijkheid (Kohut, 1971), de borderline structuur (Kernberg, 1975, Bergeret, 1974b).

Op deze wijze ontstond een psychoanalytische nosologie naast de psychiatrische nosologie, maar uitgaande van een analoog principe namelijk het opstellen van categorieën waarin een patiënt kan worden ondergebracht. Van psychiatrisch standpunt grijpt dit plaats op basis van manifeste symptomen en/of gedragingen; van psychoanalytisch standpunt steunt men op de aanwezigheid van een veronderstelde intrapsychische organisatie. Dit brengt toch wel zekere problemen mede.

Vooreerst bestaat er verre van eensgezindheid over de inhoud van deze diagnostische categorieën. Vooral over categorieën als 'borderline' en 'narcistische' persoonlijkheid heersen nogal uiteenlopende opvattingen. Een ander probleem ontstaat door het gebruik van namen die een verschillende inhoud hebben in de psychoanalytische en de traditioneel-psychiatrische betekenis. Zo kan iemand een perverse structuur hebben zonder perversies te vertonen maar omgekeerd kunnen bij iemand met een neurotische structuur wel perverse gedragingen voorkomen. Een schizofrene structuur kan aanwezig zijn zonder dat specifieke schizofrene symptomen vast te stellen zijn. Dit leidt wel tot verwarring.

Voor het specifieke doel van de psychoanalytische diagnose, de indicatiestelling, kan de structurele nosologische categorisering een positieve bijdrage leveren omdat ze aanduidingen inhoudt over de wijze waarop de patiënt eventueel therapeutisch moet benaderd worden. Het is toch ondenkbaar dat de analyticus op geen enkele wijze rekening zou houden met het type van pathologie, door de patiënt vertoond, bij een indicatiestelling. De structurele nosologische categorisering biedt dan ook zekere voordelen tegenover de klassiek-psychiatrische categorieën omdat ze steunt op elementen waarmee de analyticus bij het stellen van een indicatie en het maken van een keuze voor een bepaalde vorm van psychoanalytische therapie toch rekening moet houden. Anderzijds bestaat er wel een gevaar dat aan dergelijke

nosologische categorieën een doorslaggevende waarde in verband met therapeutische gevolgtrekkingen wordt toegekend. Illustratief in dat opzicht is de gekende controverse tussen Kohut en Kernberg over mogelijkheden en inhoud van de analyse bij narcistische en borderline persoonlijkheden.

Er bestaat ook het gevaar dat men door zich te sterk toe te spitsen op deze nosologische psychoanalytische diagnostiek de individualiteit van de psychische organisatie van de patiënt gaat verwaarlozen en hem gaat reduceren tot een 'geval van...'.

Het lijkt wenselijk dat in de actuele stand van zaken het aanwenden van deze psychoanalytische diagnostische categorieën bij de psychoanalytische diagnosestelling kritisch wordt bekeken.

Besluit

Samenvattend zouden we willen besluiten dat door de inbreng van psychodynamische elementen in de psychiatrische diagnose enerzijds, door het ontwikkelen van een psychoanalytische structurele nosologie het onderscheid tussen de psychiatrische categoriale diagnose en de psychoanalytische diagnostische formulering soms schijnt te vervagen.

Het is de opgave van de psychoanalyticus uit deze toenadering tussen psychiatrische en psychoanalytische diagnose de nuttige en bruikbare elementen te halen. Deze kunnen nochtans nooit de specifieke psychoanalytische diagnosestelling vervangen.

Literatuur

- Aulagnier-Spairani, P., Clavreul, J., Perrier, F., Rosolato, G. et Valabrega, J. P. (1967): *Le désir et la perversion*. Paris: Editons du Seuil.
- Beenen, F., de Blécourt, B., Hommes-Ferwerda, J., Hommes, H. en Verhage, F. (1980): Over psychoanalyse-indicatie: empirische herwaardering van klinische overwegingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 6, 123-139.
- Bergeret, J. (1974e): *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (1974⁶): *La dépression et les états limités*. Paris: Payot.
- Cleghom, J. M., Bellissimo, A. and Will, D. (1983): Teaching some principles of individual psychodynamics through an introductory guide to formulations. *Canadian Journal of Psychiatry* 28, 162-172.
- Cremerius, J. (1984): Gibt es eine eigenständige psychoanalytische Diagnostik, die für den analytischen Prozess nützlich ist? *Lezing Arbeitstagung der Mitteleuropäischen Psychoanalytischen Vereinigungen* (Maastricht, april 1984).
- Deutsch, H. (1942): Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 11, 301-321.
- De Waelhens, A. (1972): *La psychose*. Louvain: Nauwelaerts, Paris: Béatrice.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders III* (1980). Washington: American Psychiatric Association.
- Fenichel, O. (1945): *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.

- Freud, A., Nagera, H. and Freud, E. (1965): Metapsychological assessment of the adult personality. The adult profile. *Psychoanalytic Study of the Child* XX, 9-41.
- Freud, S. (1905): Ober Psychotherapie. *Gesammelte Werke* V, 11-26. London: Imago.
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. *Gesammelte Werke* VIII, 453-478. London: Imago.
- Freud, S. (1916-1917): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke* XI. London: Imago.
- Giel, R. (1982): *Waarom een psychiatrische diagnose?* Alphen aan den Rijn: Stafleu.
- Kahler, T. (1979): *Process therapy in brief*. Little Rock, Ark.: Human Development Publications.
- Kernberg, O. (1975): *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kohut, H. (1971): *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Millon, Th. (1981): *Disorders of personality. DSM III: Axis II*. New York: Wiley.
- Shapiro, S. H. (1984): The initial assessment of the patient: A psychoanalytical approach. *International Review of Psychoanalysis* 11, 11-25.
- Wallace, E. R. (1983): *Dynamic psychiatry in theory and practice*. Philadelphia: Lea en Febiger.