

# De diagnose ‘psychopathie’; ten onrechte in onbruik?

*door A. Schadé en G.F. Koerselman*

Gepubliceerd in 1994, no. 4

## Samenvatting

**De diagnose psychopathie omvatte vroeger tal van psychiatrische ziektebeelden die tegenwoordig onder de persoonlijkheidsstoornissen zouden worden gekwalificeerd. Sinds de jaren veertig heeft Cleckly door middel van zijn standaardwerk ‘The Mask of Sanity’ baanbrekend werk verricht door de diagnose nauwkeurig te omschrijven. De afgelopen jaren is er veel onderzoek verricht naar biologische en/of psychosociale verklaringen naar het ontstaan van psychopathie. Door de invoering van het DSM-classificatiesysteem verdween de diagnose psychopathie grotendeels uit het vakjargon en werd ze vervangen door de ‘antisociale persoonlijkheidsstoornis’.**

Bij deze diagnose wordt er veel nadruk gelegd op (criminele) gedragsstoornissen en wordt nauwelijks aandacht besteed aan onderliggende persoonlijkheidspathologie. Door te veel de nadruk te leggen op de DSM-classificatie loopt men het risico de diagnose ‘psychopathie’ niet te herkennen of te benoemen.

## Inleiding

De diagnose ‘psychopathie’ is één van de oudste diagnoses uit de psychiatrie. Voornamelijk door de invoering van het Amerikaanse DSM- systeem is de term, samen met onder andere ‘hysterie’ en feitelijk ook ‘neurose’, als diagnose verdwenen.

De term psychopathie is eerst vervangen door ‘antisociale reactie’ en later door ‘antisociale persoonlijkheidsstoornis’. Zoals zal blijken vertoont de ‘oude’ psychopathie meer verschillen dan overeenkomsten met de ‘moderne’ antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Is het nu terecht dat de diagnose psychopathie niet of nauwelijks meer wordt gebruikt? Om die vraag te kunnen beantwoorden beginnen we met een historisch overzicht van de ontwikkeling van de diagnoses psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Vervolgens gaan we in op de kenmerken van de diagnose psychopathie. De verschillende theorieën over het ontstaan van psychopathie komen aan bod met kanttekeningen bij hun klinische relevantie. Ten slotte zal de vraagstelling in de titel in onze conclusie beantwoord worden. Over psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornis is overigens zeer veel geschreven, zodat het noodzakelijk was uit de literatuur een selectie te maken.

## Historisch overzicht van het psychopathiebegrip

Tot ver in de twintigste eeuw werd er in de diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden eigenlijk alleen onderscheid gemaakt tussen psychose en psychopathie; later ontstond de 3-deling in neurose, psychose en psychopathie.

Pinel (1801) is waarschijnlijk de eerste in Europa geweest die een persoonlijkheidsstoornis heeft beschreven. In 1801 beschreef hij het geval van een edelman die zijn vrouw in een put gooide 'waarbij de rede intact bleef, maar de emoties en wil gestoord waren'. Pinel onderscheidde zijn ziektebeeld van dat van andere psychiatrische patiënten en gaf het de diagnose 'manie sans délire' (krankzinnigheid zonder waan).

Kraepelin (1909), Kahn (1931) en Schneider (1934) onderscheidden aan het begin van de twintigste eeuw diverse vormen van psychopathie, die tegenwoordig grotendeels onder de persoonlijkheidsstoornissen zouden vallen.

In de Verenigde Staten verscheen in 1941 'The mask of sanity', het standaardwerk over psychopathie van Cleckly, hoogleraar in de klinische psychiatrie aan de universiteit van Georgia. Hierin wordt psychopathie gezien als een zelfstandige persoonlijkheidsstoornis. Dit boek is vele malen herdrukt en wordt door bijna alle auteurs geciteerd die daarna over psychopathie hebben geschreven. Cleckly geeft in de volgende 16 karakteristieken aan wat zijns inziens een psychopaat is, wat diens intenties en daden zijn en hoe men hem kan herkennen en onderscheiden van anderen:

1. oppervlakkige charme en goede intelligentie,
2. afwezigheid van wanen of andere tekenen van irrationeel denken,
3. afwezigheid van nervositeit of psychomotorische kenmerken,
4. onbetrouwbaarheid,
5. neiging tot liegen en onoprechtheid,
6. het ontbreken van spijt of schaamte,
7. inadequaat gemotiveerd antisociaal gedrag,
8. onvermogen te leren van eerdere ervaringen en oordeelsstoornissen,
9. pathologisch egocentrisme en onvermogen om lief te hebben,
10. onvermogen tot het uiten van belangrijke affectieve reacties,
11. afwezigheid van inzicht,
12. onverantwoordelijkheid in algemene interpersoonlijke relaties,
13. neiging tot opgewonden en onaangenaam gedrag, al dan niet onder invloed van alcohol,
14. suïcidepogingen die zelden slagen,
15. oppervlakkige, onpersoonlijke en slecht geïntegreerde seksualiteit,
16. onvermogen om een doel na te streven.

In 1968 verscheen de vierde druk van het Nederlandse leerboek der Psychiatrie van Kraus. Hierin worden alle persoonlijkheidsstoornissen nog geschaard onder de noemer psychopathie: 'Onder een psychopaat moet worden verstaan iemand met een van de norm afwijkende, disharmonische persoonlijkheidsstructuur, zodanig dat de betrokkene zelf of de maatschappij erdoor lijdt'. Kraus stelt, zoals andere auteurs voor hem, dat men sommige gevallen van psychopathie 'van het gezicht kan

aflezen'. Zo zouden psychopaten een afwijkende schedelvorm hebben, grote oren en in het bijzonder een klein middengezicht. Een min of meer infantiele lichaamsbouw zou vaker dan normaal voorkomen. Zoals vele auteurs voor hem (o.a. Cleckly, die het in zijn latere druk wel weer herroept) ziet Kraus ook tussen 'homoseksuele neigingen' en psychopathie een verband. Hij stelt: 'Het kan niet worden ontkend, dat er onder de homoseksuelen velen zijn die duidelijke disharmonische karaktertrekken hebben, en die men, ook afgezien van hun abnormale seksuele neigingen, tot de psychopaten moet rekenen'.

In de Nieuwe Neurosenleer van 1984 legt Kuiper het accent op de neurotische stoornis. De term psychopathie moet zijns inziens vooral worden gebruikt om het persoonlijkheidstype aan te duiden, dat 'neurotische problemen heeft, stoornissen in de Ik-functies, en dat veel vijandigheid jegens de medemensen, respectievelijk de maatschappij uitleeft'.

Kernberg (1922) maakt bezwaar tegen de DSM-III-R-beschrijving van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. De nadruk zou te veel liggen op het criminele aspect van gedrag en te weinig oog hebben voor de psychopathologie van de achterliggende persoonlijkheid. Hij stelt dat er bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis altijd een ernstige narcistische persoonlijkheidsstoornis aanwezig is, met een totaal onvermogen om gevoelens van spijt en schuld te ervaren. Kernberg geeft de volgende classificatie van persoonlijkheidsstoornissen/gedrag, met antisociale kenmerken:

- a. antisociale persoonlijkheidsstoornis, onder te verdelen in:
  1. het agressief-sadistische type,
  2. het niet-agressief-passieve type,
- b. maligne narcisme,
- c. narcistische persoonlijkheidsstoornis met antisociale kenmerken,
- d. andere persoonlijkheidsstoornissen met antisociale kenmerken,
- e. neurotische persoonlijkheid met antisociale kenmerken,
- f. antisociaal gedrag als onderdeel van een symptomatische neurose,
- g. dissociale reactie.

Het Comprehensive textbook van Kaplan & Saddock van 1989 geeft een kort historisch overzicht van de ontwikkeling van het psychopathiebegrip, maar gaat vervolgens volledig uit van de DSM-III-R-criteria van het begrip 'antisociale persoonlijkheidsstoornis'.

Het Amerikaanse DSM-classificatiesysteem heeft in 35 jaar een aanzienlijke ontwikkeling doorgemaakt. In de DSM-I (1952) vallen onder de noemer sociopathische persoonlijkheidsstoornis 5 subgroepen, te weten:

1. de antisociale reactie,
2. de dissociale reactie,
3. de seksuele afwijking,

4. alcoholisme,
5. drugsverslaving.

De term antisociale reactie verwijst naar gedrag van chronisch antisociale individuen die voortdurend in de problemen komen, en die tevens:

- a. niet kunnen profiteren van eerdere ervaringen,
- b. geen echte loyaliteit kunnen opbrengen voor personen of groepen,
- c. vaak ongevoelig en emotioneel onderontwikkeld zijn, en
- d. geen verantwoordelijkheidsgevoel kennen.

In de DSM-II (1968) komt alleen de antisociale persoonlijkheid voor die wordt gekenmerkt door de antisociale reactie van de DSM-I.

Onder invloed van Robins (1966) studie over delinquente jongens krijgt de antisociale persoonlijkheidsstoornis in de DSM-III en DSM-III-R een duidelijk ander karakter. Robin vond een opvallende continuïteit tussen antisociaal gedrag bij kinderen en volwassenen, zodat men letterlijk van één syndroom zou kunnen spreken. Onder invloed van Robins werk bestaan de DSM-III-criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis voornamelijk uit beschrijvingen van crimineel gedrag.

Al direct bij de introductie van de DSM-III in 1980 leidden de criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis tot sterke controversen (Frances 1980). Naar aanleiding van kritiek van onder anderen Millon en Hare (Frances 1980) werd in 1987 in de DSM-III-R toegevoegd 'dat de betrokkene geen gevoel van spijt kent' (item nr. 10).

Samenvattend kunnen we zeggen dat in het begin van deze eeuw bijna alle tegenwoordige 'persoonlijkheidsstoornissen' onder de noemer psychopathie vielen. Vanaf de jaren veertig werd psychopathie onder invloed van onder anderen Cleckly als zelfstandige, duidelijk omschreven persoonlijkheidsstoornis beschouwd. In de jaren tachtig hanteert men vrijwel uitsluitend de DSM-diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornis', waarbij de nadruk ligt op antisociaal gedrag in engere zin.

### **Wat is psychopathie nu eigenlijk?**

Het psychopathiebegrip geeft ook in de laatste decennia aanleiding tot discussie. Kuiper classificeert psychopathie in zijn Nieuwe Neurosenleer (1984) onder de neurotische stoornissen, maar anderen bestrijden dat er bij psychopathie sprake is van een intrapsychisch conflict (o.a. Cleckly 1988; Toch 1979; Wells 1988). Wanneer er wel sprake is van een intrapsychisch conflict, sprak Karpman (1941) consequent van een neurotische stoornis met antisociaal gedrag, ook wel 'secundaire of neurotische psychopathie' genoemd. Jenkins (1960) maakt later het onderscheid dat 'de neuroticus lijdt door zijn innerlijke conflicten, maar dat de psychopaat anderen laat lijden door zijn gebrek aan innerlijke conflicten'. Wells (1988) betwijfelt of theoretische hypothesen over afweer van onbewuste inferioriteitsgevoelens ooit wetenschappelijk aantoonbaar zullen zijn.

Aan het werk van auteurs als Cleckly (1988), Toch (1979), Hare (1979), Wells (1988) en Kernberg (1992) kunnen we de volgende vier essentiële kenmerken van de diagnose psychopathie ontleen:

1. gebrek aan empathie en het onvermogen om lief te hebben en een band met anderen aan te gaan,
2. manipulerend gedrag, bedoeld om over de ander te heersen en deze te vernederen,
3. gebrek aan schuldgevoel en schaamte,
4. onbetrouwbaarheid.

Aanvullende criteria (deels uit het bovenstaande af te leiden) kunnen zijn (Cleckly 1988; Hare 1979):

- a. niet in staat zijn verantwoordelijkheid te nemen voor eigen gedrag,
- b. lage frustratietolerantie en agerend gedrag,
- c. (inadequaat gemotiveerd) antisociaal/crimineel gedrag,
- d. onvermogen te leren van eerdere ervaringen, vooral straf,
- e. impulsiviteit,
- f. onvermogen om een doel na te streven in het leven,
- g. vroege gedragsproblemen, jeugdcriminaliteit,
- h. oppervlakkige, onpersoonlijke en slecht geïntegreerde seksualiteit,
- i. suïcidepogingen die zelden slagen,
- j. alcohol en/of drugsverslaving,
- k. oppervlakkige charme en goede intelligentie,
- l. overdreven gevoel van eigenwaarde,
- m. behoefte aan prikkels en neiging tot verveling.

Als we de algemene DSM-III-R-definitie van een persoonlijkheidsstoornis volgen, zouden we de diagnose psychopathie als zodanig classificeren. Toch vertoont het psychopathieconcept maar weinig overeenkomsten met de DSM-III-R-diagnose 'antisociale persoonlijkheidsstoornis'. De enige twee DSM-III-R-criteria die overeenkomen met de genoemde kerncriteria van de psychopathie zijn onbetrouwbaarheid en het ontbreken van spijtgevoel. Beide zijn op zichzelf niet voldoende om de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis te mogen stellen. (De DSM-III en DSM-III-R kennen wel de V-code 'antisociaal gedrag' van volwassenen, waarmee antisociaal gedrag kan worden aangegeven dat niet het gevolg is van een psychische stoornis.)

Agressief en delinquent gedrag kan deel uitmaken van de diagnose psychopathie, maar is er geen essentieel onderdeel van (Cleckly 1988; Hare 1979; Wells 1988; Kernberg 1992). Hare (1978) stelde bij 76% van 146 gedetineerden de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis, maar slechts bij 33% de diagnose psychopathie. Volgens Jenkins (1960) bestaan er grotere verschillen tussen psychopatische en 'gewone' criminelen dan tussen 'gewone' criminelen en gezagsgetrouwe burgers. Vele psychopaten komen niet of nauwelijks in contact met justitie en kunnen zelfs succesvol functioneren in de maatschappij, bij voorbeeld als politieman of politicus (Wells 1988). Crimineel of antisociaal gedrag is niet essentieel voor de diagnose psychopathie, in tegenstelling tot de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis.

## Hoe ontstaat psychopathie?

Terwijl tot in de jaren dertig er voornamelijk genetische en somatische oorzaken van psychopathie werden genoemd (Craft 1966), zoekt men de oorzaak van psychopathie tegenwoordig in een samenspel van biologische en psychosociale factoren. Zo meent Meloy (1988) dat er naast psychodynamische oorzaken een biologisch substraat voor een psychopatisch karakter moet bestaan. Cleckly (1988) overigens was er steeds meer van overtuigd dat geen enkele psychogenetische theorie bewijzend was, maar geloofde, zonder het te kunnen bewijzen, dat een subtiel maar ingrijpend defect in het menselijk organisme, mogelijk aangeboren, maar niet erfelijk, verantwoordelijk was voor het maatschappelijk disfunctioneren van psychopaten.

### Biologische verklaringen

Vrijwel al het onderzoek heeft plaatsgevonden onder gedetineerden. Biologische verklaringen van psychopathie gaan daarom vooral van twee hypothesen uit (Meloy 1988):

1. er bestaat een relatie tussen criminaliteit en psychopathie, en
2. er bestaat een relatie tussen psychopathie en agressie.

Dit hoeft niet in strijd te zijn met de stelling dat psychopathie vaak juist niet met antisociaal of crimineel gedrag gepaard gaat. Er is een aantoonbaar, maar niet een noodzakelijk verband. Bij de hierna te bespreken onderzoeken wordt overigens soms wel, maar soms ook geen onderscheid gemaakt tussen (agressieve) niet-psychopatische criminelen en psychopatische criminelen.

*a. Corticale afwijkingen* - Retrospectief vond men bij agressieve gedetineerden in 25 tot 50% van de gevallen EEG-afwijkingen (toename van theta- of beta-activiteit). EEG-afwijkingen komen in de normale bevolking tussen de 5 tot 20% voor (Mednick e.a. 1982). Rabin (1979) stelt echter dat er weliswaar EEG-afwijkingen bij psychopaten worden gevonden, maar dat deze ook bij andere psychiatrische stoornissen aantoonbaar zijn. Vele psychopaten hebben trouwens een normaal EEG. Volgens Rabin is er dan ook geen bewijs dat corticale afwijkingen bijdragen aan het ontstaan van psychopathie.

Hart e.a. (1990) vonden geen significant verschil tussen gedetineerde psychopaten en andere criminelen wat betreft prestaties op neuropsychologische test.

*b. Het autonome zenuwstelsel* - Het autonome zenuwstelsel van psychopaten is duidelijk verminderd reactief, vooral bij onaangename prikkels (Meloy 1988; Hare 1974). Autonome hyporeactiviteit had bij twee Deense adolescenten zelfs een voorspellende waarde met betrekking tot een strafblad 10 jaar later (Loeb en Mednick 1977).

Autonome hyporeactiviteit kan dus predisponeren tot antisociaal gedrag, maar is daar niet het gevolg van (Meloy 1988). Mednick e.a. (1988) ontwikkelden een 'biosociale' theorie om te verklaren dat een psychopaat niet kan leren van straf. Volgens hen bevordert angst voor straf bij niet-psychopaten de inhibitie van agressie. Aangezien psychopaten echter nauwelijks angst voelen, missen ze die rem op hun agressiviteit en heeft straf dus nauwelijks invloed.

*c. Genetische predispositie* - In een groots opgezette studie in Denemarken (Mednick e.a. 1984) onder alle tussen 1924 en 1974 geadopteerde kinderen bleek dat er een correlatie bestond tussen crimineel gedrag op volwassen leeftijd en dergelijk gedrag van biologische en/of adoptieouders. De duidelijkste correlatie werd gevonden bij criminelen die zowel criminele adoptie- als biologische ouders hadden. Minder duidelijk was het verband bij geadopteerden met alleen criminele biologische ouders, en het

minst evident wanneer slechts de adoptieouders crimineel waren.

Voor Meloy (1988) is dit een belangrijk bewijs voor de hypothese, dat biologische factoren meer bijdragen tot criminaliteit dan omgevingsfactoren. Bij monozygote tweelingen is de kans dat beiden crimineel gedrag zullen vertonen significant groter dan bij dizygote tweelingen (Wilson en Herrnstein 1985).

### **Psychosociale verklaringen**

De psychoanalyticus Meloy heeft in zijn boek 'The psychopathic mind' (1988) vijf hoofdoorzaken voor psychopathie in de kinderontwikkeling aangegeven:

1. te vroege separatie van de primaire ouder gedurende de symbiotische fase,
2. onvermogen van het kind om zich de omgeving die het waarneemt eigen te maken, als gevolg van basaal wantrouwen,
3. een overheersende identificatie of zelfs versmelting met de belangrijkste ander (zelfobject) die bepalend is voor het zelfbeeld; het noodzakelijke groetheidsgevoel wordt zo in stand gehouden en de pijnlijke scheiding in de separatie-individuatiefase dragelijk maakt,
4. mislukken van object-constancy, met daarvoor in de plaats een primair narcistisch vasthouden aan groetheidsideeën,
5. agressieve en sadomasochistisch gekleurde identificaties met personen die in de actualiteit van betekenis zijn.

Witte (1990) schrijft het ontstaan van ontwikkelingspsychopathie bij kinderen toe aan de klassieke combinatie van vroege affectieve en pedagogische verwaarlozing. Als voorbeelden van pedagogische verwaarlozing noemt hij:

- a. pathologische identificatie: de delinquente ouder fungeert als voorbeeld voor het kind,
- b. super-ego lacunes van de ouder(s): ouders koesteren onbewust antisociale idealen die worden uitgeageerd door hun kinderen,
- c. inconsistent opvoedingspatroon: straffen en verboden worden zeer impulsief en willekeurig gehanteerd,
- d. beide ouders hanteren onderling sterk tegenstrijdige opvoedingsnormen.

Verder kunnen sociale factoren een rol spelen. Psychopatische gedragsstoornissen worden vaker gezien bij kinderen afkomstig uit slecht behuisde gezinnen met een laag inkomen. Ook geïsoleerd levende gezinnen, met geen of weinig sociale contacten of steun van andere familieleden, worden als risicogroep beschouwd.

Sociologen hebben er sinds de jaren dertig op gewezen dat het geweten niet alleen gevormd wordt door personen in de directe omgeving van een individu, maar dat ook gangbare normen en waarden in de maatschappij daar een belangrijke bijdrage aan kunnen leveren. Gedurende een maatschappelijke crisis zouden volwassenen hun geloof in de autoriteiten kunnen verliezen en deze ambivalentie overbrengen op hun kinderen. De verminderde 'geïnternaliseerde autoriteit' zou kunnen leiden tot een minder ontwikkeld geweten (Sánchez 1986).

## **Klinische relevantie; over de presentatie, diagnostiek en behandeling van psychopathie**

*Presentatie* - Omdat psychopaten niet of nauwelijks lijdensdruk ervaren, zullen ze niet gauw therapeutische hulp zoeken, tenzij ze hiermee gevangenisstraf kunnen ontlopen (Jenkins 1960; Wells 1988). Wanneer ze om therapie verzoeken zijn ze meestal door anderen gestuurd onder druk van ernstige huwelijksproblemen of problemen op het werk.

As I-syndromen zoals depressie en angststoornissen komen bij psychopaten zelden voor (Cleckly 1988; Millon 1981). Wel is het mogelijk dat zij korte periodes van angst ervaren, met name wanneer ze het gevoel hebben door anderen gecontroleerd te worden. Psychopaten 'zoeken' dan snel een extern doel om hun angsten te laten afvloeien.

Ook depressieve gevoelens of episodes komen zelden of nooit voor (Wells 1988). Dit zou kunnen samenhangen met het onvermogen van de psychopaat om zich te binden, waardoor hij ook niet in staat is om depressieve gevoelens te ervaren, wanneer een geliefd persoon uit zijn omgeving wegvalt (Wells 1988).

Als een psychopaat psychotisch wordt, decompenseert hij meestal met paranoïde grootheidswanen (Millon 1981; Meloy 1988). Psychopaten worden paranoïd psychotisch, omdat ze hypersensitief zijn ten opzichte van verraad en geleerd hebben om bij bedreiging met acting-out gedrag te reageren. Dit coping-mechanisme kan tenslotte falen. De psychopaat wordt dan overspoeld met diepe gevoelens van woede en wrok, die worden getransformeerd in paranoïde wanen (Millon 1981). De soms optredende manische decompensatie wordt meestal niet gevolgd door een depressieve episode (Meloy 1988). Soms zoekt de psychopaat de manische toestand zelf op met behulp van amfetamine en dergelijke, om zo de autonome hyporeactiviteit te verhogen en onder andere het gevoel van verveling te verdrijven (Meloy 1988).

*Diagnostiek* - De psychopaat is goed in staat zichzelf achter 'een masker van gezondheid' te verbergen en zijn stoornis te verbloemen of te bagatelliseren (Cleckly 1988). Hij kan in het contact vele gezichten laten zien: hard, gevoelloos en koud, of juist agressief en intimiderend (Millon 1981). Maar aan de andere kant kan hij ook zeer charmant, beleefd en sociaal voelend overkomen (Millon 1981; Wells 1988; Cleckly 1988). Hij is zeer goed in staat andermans emoties en zwakheden aan te voelen en deze zo nodig uit te buiten en uitsluitend in zijn eigen voordeel te gebruiken. Een psychopaat is, met andere woorden, niet in staat zich werkelijk empathisch in te leven, en toont in wezen slechts onechte emoties. Hij kan zich gemakkelijk een gunstig imago aanmeten, of de rol spelen die hem het beste uitkomt.

Om de mate van psychopathie vast te stellen ontwikkelde Hare in 1975 een 'check-list' met 22 items. Voor ieder item kan men 0, 1 of 2 punten toekennen. Hare (1985) stelde vast dat het bij een score van 30 of meer mogelijk is om psychopaten van niet-psychopaten te onderscheiden. Hare heeft zijn lijst ontwikkeld om psychopatische van niet-psychopatische criminelen te onderscheiden. Aangezien maar drie items aspecten bevatten van crimineel gedrag, zou de lijst ook geschikt kunnen zijn om juist de niet-criminele psychopaten op te sporen (Meloy 1988).

*Therapeutische mogelijkheden* - Cleckly (1988) is door de jaren heen zeer ontmoedigd geraakt over het effect van psychotherapie bij psychopaten. Hij concludeert dat psychoanalyse, psychodynamische therapie, groeps- en milieutherapie geen van alle merkbare resultaten hebben opgeleverd, op korte, noch op lange termijn. De psychopaat is zijns inziens te goed in staat zich 'gezonder' voor te doen en zo de therapeut het gevoel te geven dat genezing het resultaat is van diens speciale beगाafdheid.



Meloy (1988) hangt sterk aan het vermogen tot het aangaan van banden en aan de gewetensontwikkeling. Een score van 30 of meer op de psychopathie-check-list van Hare is zijns inziens een contra-indicatie tegen ambulante psychotherapie, al zijn er wellicht nog klinisch psychotherapeutische mogelijkheden. Wanneer behandeling wel mogelijk is, is psychodynamische psychotherapie volgens hem de beste keuze. Het ontstaan van tegenoverdracht kan dan een belangrijk probleem vormen. Meloy waarschuwt met name voor de volgende gevoelens, die de psychopaat bij de therapeut kan oproepen:

1. *therapeutisch nihilisme*: 'psychopaten zijn altijd onbehandelbaar',
2. *de illusie van een therapeutische band*: de psychopaat geeft de therapeut de indruk dat er vorderingen worden gemaakt, zonder dat hiervan werkelijk sprake is,
3. *angst voor bedreiging of beschadiging*: hieronder valt ook de angst om gecontroleerd te worden door het sadisme van de patiënt,
4. *ontkenning van angst*: volgens Lion en Leaff (1973) is ontkenning de meest gebruikelijke afweer tegen de angst, die wordt opgewekt door gewelddadige patiënten,
5. *hopeloosheid en schuldgevoelens*: doordat een psychopaat vaak niet of nauwelijks verandert, kan dit bij de therapeut gevoelens van hopeloosheid en schuld oproepen, vooral als deze meent dat bij alle behandelingen resultaat zichtbaar moet zijn,
6. *devaluatie en verlies van professionele identiteit*: door gebrek aan succes kan de therapeut narcistisch gekrenkt worden en zo het vertrouwen in zichzelf verliezen,
7. *haat en vernietigingswensen*: sommige psychopaten zijn in staat om bij de therapeut destructieve impulsen op te wekken. Soms echter kan dit in de therapie gebruikt worden omdat haat het enige affect is dat de patiënt kent. Zo kan dit de basis vormen van een therapeutische relatie.

Millon (1981) vindt de prognose bij behandeling van psychopaten niet hoopvol. Psychoanalytische technieken acht hij niet zinvol, tenzij het mogelijk is om samen met de patiënt zijn defensieve strategieën te bewerken. Een niet-confronterende cognitieve benadering is zijns inziens nog het meest zinvol. De therapeut moet dan een gezaghebbende maar niet arrogante houding aannemen, met enige tolerantie voor de minder aantrekkelijke eigenschappen van de patiënt. De therapeut zou een voorbeeldfunctie moeten vervullen waardoor het de patiënt duidelijk wordt dat een combinatie van macht, redelijkheid en oprechtheid wel degelijk mogelijk is.

Samenvattend blijkt dat de doorsnee psychopaat nauwelijks depressie- en angststoornissen vertoont en daardoor alleen onder invloed van problemen met familie, relaties of werk in contact komt met de hulpverlening. Naast een goede anamnese is een hetero-anamnese voor de diagnostiek onontbeerlijk. De psychopathie-check-list van Hare is een goed hulpmiddel om zowel de criminele als de niet-criminele psychopaten te diagnostiseren. De meeste auteurs zijn zeer pessimistisch over de therapeutische mogelijkheden.

## **Conclusie**

Psychopathie is een ernstige, niet of nauwelijks te genezen persoonlijkheidsstoornis. Psychopaten kunnen aanleiding geven tot heftige conflicten met de maatschappij in het algemeen maar ook met hun directe omgeving of met de therapeut, zonder dat die conflicten per se gewelddadig of crimineel van aard hoeven zijn. Ofschoon er een onmiskenbare correlatie bestaat tussen psychopathie en agressief of crimineel gedrag, komt het merendeel van de psychopaten nooit met politie of justitie in aanraking,

maar leidt een (schijnbaar) aangepast leven.

De DSM-III-R-diagnose 'antisociale persoonlijkheid' beschrijft voornamelijk antisociaal en crimineel gedrag, zowel vóór het vijftiende jaar beginnend als op de volwassen leeftijd. De diagnose 'psychopathie' kan echter ook *zonder* een anamnese van antisociaal of crimineel gedrag gesteld worden; dergelijk gedrag vormt geen essentieel onderdeel van de diagnose.

Door ons te veel te fixeren op antisociaal gedrag lopen we het risico de diagnose psychopathie te missen, te meer daar psychopaten vaak goed in staat zijn de therapeut te misleiden en hun stoornis te verbergen. Het niet herkennen van psychopathie kan vergaande consequenties hebben voor onder andere het afdelingsklimaat, de mogelijkheden van een groepstherapie en de veiligheid en eigenwaarde van de therapeut.

Met behulp van de DSM-III-R-criteria van de antisociale persoonlijkheid kan de diagnose psychopathie lang niet altijd gesteld worden. We moeten daarom concluderen dat de diagnose psychopathie ten onrechte verdwenen is.

Het lijkt voor de psychiatrische praktijk van belang de kenmerken van de psychopathie te herkennen, en ze dan ook te benoemen. Omdat de diagnose psychopathie in de DSM-III-R niet op As-II vermeld kan worden, lijkt het raadzaam de diagnose in een samenvattende conclusie op te nemen, waarbij uiteraard wel op As-II code 301.90, voor persoonlijkheidsstoornis NAO vermeld moet worden.

## Literatuur

### **American Psychiatric Association (1952), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders***

, Washington DC.

American Psychiatric Association (1968), *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington DC.

American Psychiatric Association (1987), *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-III-R*, Washington DC.

Bursten, B. (1972), The Manipulative Personality. *Archives of General Psychiatry*, Volume 26, April 1972.

Bursten, B. (1973), Some Narcissistic Personality Types. *International Journal of Psycho-Analysis* 54, 287-300.

Cleckly, H. (1988), *The Mask of Sanity*. Fifth edition, Emily S. Cleckly, Augusta, Georgia.

Craft, M. (1966), *Psychopathic Disorders and their Assessment*. Oxford, England.

Frances, A. (1980), The DSM-III Personality Disorders Section. *American Journal of Psychiatry* 137, 1050-1054.

Gerstly, L.J., e.a. (1990), Antisocial Personality Disorder in Patients with Substance Abuse Disorders. *American Journal of Psychiatry* 147, 173-178.

- Hare, R.D., en D. Craigen (1974), Psychopathy and Psychological Activity in a mixed motive Game Situation. *Psychophysiology* 11, 197-206.
- Hare, R.D. (1979), A Research Scale for the Assessment of Psychopathy in Criminal Populations. *Personality and Individual Differences*, Vol. 1, 111-119.
- Jenkins, R.L. (1960), The Psychopathic or Anti-Social Personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2, 318-334.
- Karpman, B. (1941), On the need of separating Psychopathy into two distinct clinical Types. *Journal of Criminal Psychopathology* 3, 112-137.
- Kernberg, O.F. (1992), *Agression in Personality Disorders and Perversions*. Yale University Press, New Haven en Londen, 67-86.
- Kraus, G. (1968), *Leerboek der Psychiatrie*. Vierde druk, Scheltema, Amsterdam.
- Kuiper, P.C. (1984), *Nieuwe Neurosenleer*. Achtste druk, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lion, J., e.a. (1973), On the Hazards of assessing Character Pathology in an Outpatient Setting. *Psychiatric Quarterly* 47, 104-109.
- Loep, J., en S. Mednick (1977), A prospective Study of Predictors of Criminality. In: *Biosocial Bases of Criminal Behavior* (red.), S. Mednick e.a. New York, Gardner (345-389).
- Mednick, S., e.a. (1982), Biology and Violence. In: *Criminal Violence*. Ed. M. Wolfgang e.a., Beverly Hills, Sage.
- Mednick S., e.a. (1984), Genetic Influences in Criminal Convictions. *Science* 224, 891-894.
- Meloy, J.R. (1988), *The Psychopathic Mind*. Northvale, NJ Aronson.
- Millon, T. (1981), *Disorders of Personality. DSM-III, Axis II*. New York, Wiley.
- Morris, H., e.a. (1956), Aggressive Behavior Disorders of Childhood. *American Journal of Psychiatry* 112, 991-997.
- Pederson, S.L., en P. Magaro (1982), Personality Styles and Psychopathy. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 38, No. 2.
- Pinel, P. (1801), *Treatise on Insanity*, (trans. D.D. Davis 1962), New York, Hafner.
- Reid, W.H., e.a. (1986), *Unmasking the Psychopath*. W.W Norton and Company, New York, 78-97.
- Robins, L (1966), *Deviant Children grown up: A sociological and psychiatric study of Sociopathic Personality*. Baltimore, Williams and Wilkens.
- Toch, H., e.a. (1979), *Psychology of Crime and Criminal Justice*. Holt, Rinehart and Wintson.
- Thorne, F.C. (1959), The Etiology of Sociopathic Reactions. *American Journal of Psychotherapy* 13, 319-330.

Wells, R. (1988), A fresh look at the muddy waters of Psychopathy. *Psychological Reports* 63, 843-856.

Wilson, J., en R. Herrnstein (1985), *Crime and Human Nature*. New York, Simon and Schuster.

Witte, H.F.J. de (1990), Ontwikkelingspsychopathie en Psychopatische gedragsstoornissen. In: J.A.R. Sanders-Woudstra en H.F.J. de Witte (red.), *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*, Van Gorcum, Assen-Maastricht.

**Summary: Psychopathy as diagnosis; wrongly out of use?**

**The diagnosis ‘psychopathy’ formerly included many psychiatric syndromes which nowadays would be classified as personality disorders. After the nineteen forties, Cleckly, in his standard work ‘The mask of Sanity’ made an pioneering effort to carefully define the diagnosis of ‘psychopathy’.**

In recent years a great deal of research has been done regarding the biological and/ or psychosocial explanations in the development of psychopathy.

With the introduction of the DSM classification-system, the diagnosis ‘Psychopathy’ disappeared almost entirely from the professional jargon. This has been replaced by the ‘antisocial personality disorder’.

In this diagnosis, (criminal) behavioural disorders are accentuated, while underlying personality pathology is barely focussed on. By emphasizing the DSM classification-system too much, there is the risk that the diagnosis ‘Psychopathy’ will not be recognised or classified as such.

A. Schadé is thans werkzaam als psychiater in het Pieter Baan centrum te Utrecht. Dr. G.F. Koerselman is als A-opleider psychiatrie werkzaam in het Sint-Lucas Ziekenhuis te Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 3-1-1994.