

Structurele diagnostiek en het structurele interview

door J.J.L. Derksen, J.W. Hummelen en
J.M.P. Bouwens

Samenvatting

In dit artikel wordt de binnen de recente psychoanalytische traditie ontwikkelde structurele diagnostiek toegelicht. Binnen deze eerste stap in het psychodiagnostisch proces wordt het functioneren van het ego onderzocht en daarmee de persoonlijkheid gediagnostiseerd. Binnen de structurele diagnostiek, die vooral ontwikkeld is door Otto Kernberg, worden onderscheiden: de neurotische persoonlijkheidsorganisatie, de borderline-persoonlijkheidsorganisatie en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie. De belangrijkste differentiatiecriteria zijn hier: identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie, ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen en het al dan niet intact zijn van de realiteitstoetsing. Eveneens wordt in dit artikel het structurele interview beschreven waarmee informatie wordt verzameld om tot een diagnose te komen. In dit interview staan centraal: verheldering, confrontatie en interpretatie in het hier en nu van de drie hierboven genoemde criteria. Tot slot volgt een kritische bespreking van de structurele diagnostiek.

Inleiding

Sinds de introductie door Stern in 1938 van de term 'borderline' is deze benaming door klinici gebruikt om uiteenlopende stoornissen aan te duiden. In de praktijk werd en wordt nogal eens verlegenheidsdiagnostiek bedreven met behulp van deze term. Met haar boek *Het borderline syndroom* geeft Rohde-Dachser (1983) een goed overzicht van de diagnostiek en de behandeling maar ze wekt tegelijkertijd de indruk dat dit syndroom in zoveel gedragingen en belevingen van patiënten herkenbaar is dat alles wel een beetje 'borderline' wordt. Tegelijkertijd maakt ze in haar boek aannemelijk dat het idee dat het bij borderlineverschijnselen gaat om onduidelijke, vloeiende overgangverschijnselen binnen een verondersteld continuüm, dat van psychische 'normaliteit' via steeds zwaardere psychopathologische stoornissen tot psychosen loopt, verouderd is. Zij is van mening dat een correct gestelde diagnose borderline een *ziektebeeld sui generis* is, dat voor wat de verschijnselen betreft een plaats inneemt tussen de neurose, zware karakterstoornis en psychose en daarmee een relatief stabiel patroon vormt.

Het is vooral de Amerikaanse psychoanalyticus Otto Kernberg geweest die er met zijn werk voor heeft gezorgd dat het borderline-syndroom toenemend als een zelfstandige nosologische categorie wordt beschouwd. De ontwikkeling van hetgeen Kernberg de 'structurele diagnose' noemt ging gepaard met zijn onderzoek en theorievorming op het vlak van de borderline-stoornis (Kernberg e.a. 1972).

Kernberg heeft aan de meer traditionele descriptieve diagnostiek, gericht op symptomen en observeerbaar gedrag, de structurele diagnostiek toegevoegd. Naar zijn idee (Kernberg 1984) is de borderline-persoonlijkheidsstoornis op symptoomniveau niet adequaat van de psychotische en neurotische persoonlijkheidsstoornis te onderscheiden. Zijn structurele diagnostiek richt zich op de aan het manifeste gedrag ten grondslag liggende persoonlijkheidsorganisatie. Met name de volgende ik-functies stelt hij centraal: afweermechanismen, identiteitsintegratie en realiteitstoetsing. Kernberg gebruikt vaak de term persoonlijkheidsstoornis, waarmee hij bedoelt: '(...) I am using the term *personality disorders* to refer to constellations of abnormal or pathological character traits of sufficient intensity to imply significant disturbance in intrapsychic and/or interpersonal functioning. Regardless of the theoretical assumptions of psychoanalysis, the data derived from close involvement with patients supply, in my view, the strongest clinical evidence available for use in connection with any effort to classify personality disorders. This viewpoint is theoretically in harmony with the criteria spelled out by Spitzer in the introduction to DSM-III (...)' (Kernberg 1984, p. 77).

Met het door Kernberg en zijn medewerkers ontworpen zogenaamde 'structurele' interview worden deze ik-functies op systematische wijze onderzocht. Kernberg verwerpt de descriptieve diagnostiek niet maar ziet deze als aanvullend op de structuur diagnose. Zijn bijdrage verheldert het borderline-concept door de essentie te verschuiven van het descriptieve niveau, zoals we dit onder andere aantreffen in de DSM-III en in het borderline-concept van Gunderson en Singer (1975), naar het niveau van functioneren van het ik. Door het zwaartepunt van de diagnose borderline-stoornis te situeren in het ontwikkelingsniveau van het ik is de kans op een meer consistente samenhang tussen diagnostiek en behandeling groter. De indicatiestelling voor een psychotherapeutische behandeling is immers adequater als men niet op de eerste plaats naar de symptomen kijkt, maar meer naar de structuur van het ik zoals die bepaald wordt door de ontwikkelingsstoornis en de mate waarin deze gevolgen heeft gehad voor de persoonlijkheidsontwikkeling (Jongerus 1983).

In dit artikel, dat voortkomt uit een onderzoeksproject inzake de structurele diagnostiek op de afdeling psychiatrie van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, stellen we ons als doel de structurele benadering en het daarbij behorende structurele interview onder de aandacht te brengen en kritisch te bespreken.

Structurele diagnostiek

Binnen de psychoanalyse (Kuiper 1984) kunnen we verschillende metapsychologische gezichtspunten onderscheiden: het topische, het genetische, het economische, het dynamische, het adaptieve en het structurele gezichtspunt. Deze representeren de onderscheiden optieken met behulp waarvan psychische fenomenen kunnen worden bestudeerd. Het structurele gezichtspunt vertegenwoordigt slechts één optiek en vindt daarin ook zijn beperking.

In het structurele gezichtspunt wordt de persoonlijkheid gezien als samengesteld uit de drie door Freud (1923) beschreven instanties: Es, Ich en Über-Ich (ook wel: Id, Ego, Superego). Structurele analyse verwijst naar het hanteren van dit gezichtspunt. In de ontwikkeling van het psychoanalytische denken heeft structurele analyse echter meer betekenissen gekregen die door Kernberg (1984) worden geïntegreerd.

Kernberg gebruikt het begrip structuur op een eigen wijze waarbij hij naast het klassieke structurele gezichtspunt van Freud voortbouwt op de ego-psychologie van Hartmann (e.a. 1946; Rapaport en Gill 1959). Hartmann beschreef het ik als een structuur met behulp waarvan de psychische processen gekanaliseerd worden en vorm krijgen, en die zorgt voor de stabiliteit van het psychisch apparaat. Binnen de structuur van het ik worden substructuren geïntegreerd zoals cognitieve functies en afweermechanismen. Kernberg voegt hier de substructuur aan toe die tot stand komt door het internaliseren van objectrelaties. Hierbij bepaalt de kwaliteit van de objectrelaties in belangrijke mate tot welk ontwikkelingsniveau de substructuren van afweermechanismen en cognitieve functies komen. Daarbij ziet Kernberg de ontwikkeling in de organisatie van de substructuren van het ik niet als een lineair, continu, maar als een discontinu proces. Er zijn volgens zijn theorie diverse, kwalitatief van elkaar verschillende niveaus van organisatie van het ik te onderscheiden. Elk niveau van organisatie, door Kernberg structurele organisatie genoemd, wordt geconstitueerd door de dynamische integratie van de substructuren.

Naast psychologische factoren onderscheidt Kernberg ook biologische factoren die bijdragen aan de uiteindelijke structurele organisatie van het Ik. Op de manier waarop biologische en psychologische factoren samengaan gaat Kernberg niet in. De structurele organisatie van het ik op als een tussenschakel tussen etiologische (psychologische, biologische) momenten enerzijds en gedragsmanifestaties anderzijds. Vanuit deze matrix ontwikkelen zich ook de symptomen.

Kernberg onderscheidt drie typen structurele organisaties: de neurotische, de borderline- en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Elk individu kan in principe binnen één van deze categorieën geplaatst worden. De structurele diagnostiek is erop gericht deze onbewuste dieptestructuur van de persoonlijkheid te beschrijven.

Binnen de structurele diagnostiek overheersen drie structurele ka-

rakteristieken die te zamen de neurotische, de borderline en de psychotische organisatie differentiëren. Deze karakteristieken zijn de volgende:

1. identiteitsintegratie versus identiteitsdiffusie (en de eraan gerelateerde algehele kwaliteit van objectrelaties);
2. ontwikkelde versus primitieve afweermechanismen;
3. aanwezigheid versus afwezigheid van realiteitstoetsing.

Patiënten met een neurotische persoonlijkheidsstructuur laten een geïntegreerde identiteit zien in contrast met patiënten met een borderline- of psychotische structuur. Patiënten met een neurotische persoonlijkheidsstructuur beschikken over een afweerorganisatie gecentreerd rondom verdringing en andere ontwikkelde afweermechanismen. Borderline- en psychotische patiënten hanteren overheersend primitieve afweermechanismen met als belangrijkste de slijting. Realiteitstoetsing blijft gehandhaafd in de neurotische en de borderline-organisaties, maar is ernstig aangetast bij de psychotische organisatie.

Gepresenteerd in een schema krijgen we het volgende overzicht:

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

De persoonlijkheidsstructuur van een individu is in deze opvatting een onder de symptomen liggende hypothetische structuur. Het gaat hier om een construct en niet om iets dat men kan 'vaststellen'. De persoon kan mede door een succesvolle aanpassing aan de realiteit weinig manifeste symptomen hebben en hierdoor wordt het identificeren van de persoonlijkheidsstructuur verder bemoeilijkt. Dit geldt met name voor de psychotische en borderline-structuren die bij symptomarmoede tijdens de psychodiagnostiek over het hoofd kunnen worden gezien. Het praktisch toepassen van de structurele diagnostiek is niet een eenvoudige kwestie van vragen stellen en die beantwoord krijgen. Door Kernberg en zijn medewerkers is het zogenaamde structurele interview ontwikkeld waarmee de hiervoor genoemde criteria systematisch worden geëvalueerd om tot een besluitvorming te komen omtrent de onderliggende persoonlijkheidsstructuur. Voordat

we overgaan tot een bespreking van dit structurele interview weiden we nog nader uit over de structurele karakteristieken.

Drie structurele karakteristieken

De karakteristieken waar het hier om gaat zijn gerelateerd aan de functies van de diverse substructuren van het ego. Aan de beschrijving van deze karakteristieken voegen we enkele illustraties toe die we ontleenen aan het door ons verrichte onderzoek.

1. *Identiteit* – In zijn ruimste betekenis laat het concept identiteit tamelijk veel overlapping zien met hetgeen de Engelse en Amerikaanse psychoanalytici 'het zelf' noemen. Het zelf is, als een intrapsychische structuur, deel van het ego maar geen psychische instantie op zichzelf (Freud 1914; Hartmann 1975). Het zelf bestaat uit verschillende zelfrepresentaties met de erbij horende affectieve disposities. Volgens Erikson (1968) tendeeert het ego ernaar een eenheid te vormen in de diverse zelfrepresentaties en deze eenheid wordt gereflecteerd in het zelfconcept van de persoon. Onder identiteit wordt verstaan het geïntegreerde zelfconcept én de hieraan gerelateerde integratie van de objectrepresentaties. Een patiënt met een identiteitsdiffusie heeft een niet of slecht geïntegreerd concept van zichzelf en van belangrijke anderen. Deze patiënt heeft tegenstrijdige beelden over zichzelf en vertoont inconsistent gedrag. Beschrijvingen van belangrijke anderen zijn tegenstrijdig of lijken op karikaturen (Kernberg 1980).

Diagnostisch gesproken wordt identiteitsdiffusie gezien als het onvermogen van de patiënt om zijn interacties met belangrijke anderen aan de onderzoeker op een emotioneel betekenisvolle wijze duidelijk te maken. Bij het onderzoek naar de identiteitsintegratie gaat het erom of de interviewer een coherente indruk kan krijgen van de persoon van de patiënt op basis van het beeld dat deze van zichzelf (zelfrepresentatie) en van belangrijke anderen (objectrepresentatie) geeft.

Een voorbeeld van een niet geïntegreerd zelfconcept vinden we bij de patiënt die zichzelf eerst beschrijft als een zorgzame huisvader die zijn kinderen nooit zal slaan en die vervolgens meedeelt dat hij een klant in zijn café bij een onenigheid letterlijk door de ruit kan drukken. Het essentiële hierbij is niet dat de patiënt tegenstrijdig gedrag vertoont, dat doet de neuroticus ook, maar dat het conflicterende in het gedrag niet wordt onderkend. Deze loochening ondersteunt de splijting waardoor de tegengestelde zelfrepresentaties uit elkaar worden gehouden. Het is een taak van de onderzoeker de patiënt te confronteren met zijn tegenstrijdige gedrag en te vragen om verheldering om te zien of deze tegenstrijdigheid alsnog wordt onderkend. Verder kunnen er aan de actuele interactie ontleende interpretaties gegeven worden zoals bij bovenstaande patiënt bij voorbeeld: 'U bent buitengewoon meegaand tijdens dit interview maar tegelijkertijd kwam u wel te laat

op onze afspraak; kan het zijn dat u net als bij uw kinderen uw irritaties bedekt met vriendelijkheid?' Indien de patiënt zich bewust wordt van zijn probleem met betrekking tot het omgaan met agressie kan hij de tegenstrijdigheden in zijn gedrag herkennen als tegengestelde oplossingen van één bij zijn eigen persoonlijkheid behorend probleem. Een borderline-patiënt is hiertoe in staat en een psychotische patiënt niet of in een veel mindere mate.

Ook de beschrijving van belangrijke anderen is bij een identiteitsdiffusie inconsistent. Voorbeeld: een patiënte beschrijft haar vader, die jarenlang incest met haar heeft bedreven, als de enige thuis die aandacht en zorg voor haar had. De onderzoeker confronteert patiënte vervolgens met het gegeven dat haar beschrijving van haar vader alleen positieve elementen bevat terwijl er nogal wat is voorgevallen tussen hen beiden. Ze reageert hierop met het schetsen van een beeld van haar vader waarin hij als een tiran naar voren komt die de meest afschuwelijke perversiteiten met haar bedreef. Als patiënte geconfronteerd wordt met deze geheel tegengestelde eigenschappen van haar vader en gevraagd wordt om verheldering, antwoordt zij dat het misschien voor de onderzoeker vreemd klinkt maar dat zij het verder ook niet weet. Nu kan het zijn dat een persoon die als inconsistent in zijn gedrag wordt beschreven in de realiteit ook dit gedrag vertoont. Het essentiële is echter niet hoe het gedrag van de ander in werkelijkheid is, maar welke voorstelling de patiënt van de ander heeft, ofwel hoe dit gedrag in de objectrepresentatie wordt geïntegreerd. De in dit voorbeeld beschreven vader kan dit geheel tegengestelde gedrag hebben vertoond maar patiënte heeft dit gedrag niet geïntegreerd tot een ambivalent beeld van haar vader als iemand met goede en slechte eigenschappen waarbij zij in haar waardering voor hem onzeker is. Er bestaan bij patiënte twee tegengestelde objectrepresentaties, een geheel goede en een juist slechte vader, die door splijting uit elkaar worden gehouden. Dit niet geïntegreerd zijn van de object- en zelfrepresentaties is kenmerkend voor een identiteitsdiffusie. Bij de identiteitsintegratie wordt het tegenstrijdige in het gedrag onderkend en dit bewustzijn daarvan blijkt uit de beschrijving waardoor deze wint aan coherentie.

Het geïntegreerde zelfconcept en de eraan gerelateerde integratie van de objectrepresentaties vormen samen de ego-identiteit in de breedste zin van het woord. De kwaliteit van de identiteitsintegratie uit zich op symptoomniveau o.a. in de kwaliteit van de objectrelaties. Bij patiënten met een identiteitsdiffusie zijn objectrelaties weinig stabiel; gratificaties leiden gemakkelijk tot geïdealiseerde afhankelijkheid, die in het tegendeel kan verkeren wanneer er conflicten en frustraties aan de orde zijn. Daarnaast kenmerken de relaties zich door een gebrek aan diepgang; met name bestaat er moeite met het zich in de ander kunnen verplaatsen en op die manier begrip op kunnen brengen voor andermans gedrag en de eraan ten grondslag liggende motieven.

2. *Afweermechanismen* – De integratie van de persoon wordt gehandhaafd door de ego-identiteit maar vooral door de afweermechanismen die het ik beschermen tegen wensen en eisen afkomstig van Es, Über-Ich en realiteit. Freud zelf, maar zeker ook Anna Freud, beschreef veel afweermechanismen zoals: verdringing, rationalisatie, reactievorming, isolatie, ongedaan maken, projectie, ontkenning. Deze afweermechanismen worden door Kernberg gerekend tot de ontwikkelde afweermechanismen. Deze zijn ter beschikking van neurotici, maar ook van de zogenaamd normalen en zijn moeilijk te diagnosticeren in het begin van het contact met een patiënt.

Primitieve afweermechanismen vallen meer op in het contact en kunnen daarom gemakkelijker gediagnostiseerd worden. Het overheersend gebruik van primitieve afweermechanismen past bij een borderline- en psychotische organisatie. Neurotici hanteren primitieve afweermechanismen slechts zeer incidenteel (Kernberg 1975, 1980). Deze afweermechanismen worden primitief genoemd omdat ze door het vroege en weinig autonome ego worden gehanteerd; ontwikkelde afweermechanismen verwijzen naar een ontwikkelingsniveau van het ego waarbij het reeds in staat is conflicten buiten het bewustzijn te houden. Primitieve afweermechanismen vallen onder andere op doordat de buitenwereld sterk in de afweerconstellatie wordt betrokken. De diagnosticus overkomt dit ook en deze voelt zich vaak in een bepaalde rol gedwongen en daardoor minder vrij. De psychotherapeut wordt bij voorbeeld niet benaderd als een individu met allerlei eigenschappen en kwaliteiten maar wordt gemaakt tot iemand die alwetend is, of juist niets begrijpt waarbij datgene dat niet overeenstemt met dit beeld wordt geloofend. Als interviewer kan men bij zichzelf de neiging bemerken bepaalde onderwerpen te vermijden.

Splijting is het centrale primitieve afweermechanisme. Door splijting worden introjecties en identificaties van tegengestelde kwaliteit actief uiteen gehouden. Tegenstrijdige ervaringen omtrent zichzelf of anderen worden binnen het bewustzijn uiteen gehouden. Splijting is goed zichtbaar in het opdelen van objecten in helemaal goed of helemaal slecht. Een ander wordt niet beleefd als iemand met goede en minder goede eigenschappen maar al naar gelang de interactie het ene moment als iemand met alleen goede eigenschappen en het volgende moment als iemand die helemaal slecht is. De hierbij optredende inconsequenties worden via loochening afgeweerd. De functie voor de patiënt van het uiteen houden van tegenstrijdige zelf- en objectrepresentaties bestaat uit het afwerpen van de angst die optreedt als deze beelden samenvloeien, het 'geliefde beeld' dreigt vernietigd te worden door het 'gehate beeld'. De in de ongestoorde ontwikkeling optredende fusie van libidineuze en agressieve driftderivaten is niet voltooid en meer in het bijzonder is het neutraliseren van agressie een probleem voor deze patiënten. Splijting is verantwoordelijk voor de tegenstrijdigheden in het karakter van de patiënt, voor ik-zwakke en kan ook

verantwoordelijk zijn voor het periodiek verlies van impulscontrole.

Een trauma in de vroege kindertijd kan leiden tot een aantasting van de integratieve capaciteiten van het vroege ego. Splitsing wordt dan geïnstitutionaliseerd en blijft actief als afweermechanisme. In de normale ontwikkeling is splitsing een tijdelijk mechanisme. In de borderline- en psychotische organisaties heeft verdringing niet de plaats van splitsing overgenomen.

Projectieve identificatie is een ander belangrijk primitief afweermechanisme. Hier schrijft de patiënt aan de ander die strevingen toe welke hij niet kan tolereren in zichzelf en hij tracht de ander te controleren om te vermijden dat hetgeen hij niet in zichzelf kan verdragen hem toch weer bereikt. De patiënt gedraagt zich als een soldaat die beland is achter de vijandelijke linies en bang is in de macht te geraken van vreemde krachten.

In combinatie met splitsing kan men onderkennen: primitieve idealisatie, devaluatie, primitieve ontkenning (loochening) en onnipotentie.

3. *Realiteitstoetsing* – Bij het onderzoek naar de realiteitstoetsing staat een andere functie van het ego centraal. Kernberg (1980) past bij dit structurele criterium de inzichten toe van Frosch (1983), die onder andere meer een onderscheid maakt in:

a. de relatie tot de realiteit. Hierbij wordt met name het vermogen bedoeld tot differentiatie van het zelf en de ander, van binnenwereld en buitenwereld;

b. het vermogen om de realiteit te toetsen; de capaciteit om realistisch eigen affecten, gedragingen en gedachteninhouden te evalueren en eventueel te corrigeren in termen van de vigerende sociale normen. Hier staat de mogelijkheid centraal om onjuiste percepties omtrent de interne en externe realiteit te corrigeren op grond van observaties en cognitieve processen. Iedereen heeft soms, min of meer ernstige, stoornissen in de relatie tot de realiteit; bij voorbeeld bij projectie schrijft men gevoelens toe aan een ander in plaats van ze zelf te beleven. Echter zowel de neuroticus als de borderline-patiënt zijn in staat deze dwalingen te corrigeren door ze te toetsen aan de realiteit, dit in tegenstelling tot de psychotische patiënt.

Realiteitstoetsing is klinisch gesproken aanwezig als het 'vermogen om de realiteit te toetsen' intact is. Dit betekent dat indien:

1. hallucinaties of wanen aanwezig zijn de patiënt daarover kan reflecteren en bezorgd is;
2. inadequate of bizarre affecten, gedachteninhouden en gedragingen aanwezig zijn de patiënt in staat is empathie op te brengen en verheldering aan te brengen in observaties van de diagnosticus omtrent deze gevoelens en gedragingen.

Bij de borderline-structuur is er, in tegenstelling tot de psychotische structuur, voldoende scheiding opgetreden tussen zelf- en objectpre-

sentaties zodat het vermogen tot toetsing van de realiteit zich heeft kunnen ontwikkelen. In vergelijking met de psychoticus heeft de borderline-patiënt steviger ego-grenzen en beschikt hij over een groter integratievermogen. Het verschil in integratievermogen levert een klinisch diagnostisch-criterium op: de borderline-patiënt verbetert in zijn functioneren als reactie op confrontatie en interpretatie van zijn primitieve afweer. Hij integreert deze inzichten en dit leidt tot verbetering van de relatie tot de realiteit; de onderzoeker kan dit merken doordat hij zich vrijer gaat voelen in het contact met de patiënt. Psychotische patiënten reageren op dezelfde confrontatie en interpretatie met een verslechtering van de realiteitstoetsing en een regressie in het sociaal functioneren.

Indien tijdens het interview psychotische symptomen worden geconstateerd is het essentieel om na te gaan of de patiënt bezorgd is over deze symptomen. Men onderzoekt of de patiënt zelf deze belevingen als vreemd en niet overeenkomstig de realiteit ervaart, anders gezegd of deze belevingen een ego-dystoon karakter hebben. Het ego-dystoon zijn van psychotische verschijnselen betekent dat, alhoewel de percipieerde realiteit sterk gekleurd wordt door de eigen emoties, de patiënt uiteindelijk zijn beleving als behorend tot de eigen binnenwereld kan herleiden. Het is belangrijk niet te snel genoeg te nemen met het antwoord van de patiënt, dat hij bezorgd is over zijn belevingen, de patiënt kan immers overtuigd zijn van de werkelijkheid van zijn ervaringen maar zich toch conformeren aan het oordeel van de buitenwereld om daarmee te voorkomen als geestesziek bestempeld te worden. Het kan in dit verband zinvol zijn om na te gaan welke consequenties een patiënt uit zijn belevingen trekt aangezien dit iets zegt over het werkelijkheidskarakter dat hij eraan toeschrijft. Zo vertelde een patiënt dat hij in huis steeds dezelfde grijze rat zag die hem ook op straat achtervolgde. Bij nadere exploratie gaf hij aan dit gek te vinden; onze gedachten gingen uit naar een borderline-structuur totdat hij vertelde rattenvallen te hebben gekocht om in zijn huis te plaatsen en hiermee aangevend uiteindelijk toch overtuigd te zijn van zijn waarneming.

Naast het onderzoek van psychotische symptomen, in de zin van stoornissen in denken of waarnemen, dient aandacht te worden gegeven aan mogelijke inadequate gedragingen, affecten of gedachteninhouden van de patiënt gezien tegen het licht van de in onze cultuur vigerende normen. Ernstige stoornissen in relatie tot de realiteit kunnen leiden tot het onvermogen te zien welke plaats men in de sociale realiteit inneemt; de patiënt gaat zich gedragen overeenkomstig zelf gecreëerde normen. Het vermogen tot realiteitstoetsing wordt hierbij onderzocht door na te gaan of de patiënt begrip kan opbrengen voor observaties van de onderzoeker met betrekking tot verwarrende aspecten van het gedrag van de patiënt. Een voorbeeld hiervan is de patiënt die verschijnt met twee forse rijzwepen in zijn laars. De onderzoeker kan reageren met: 'Het valt me op dat u zwepen bij u draagt, kunt u zich

voorstellen dat dit bij mij bevreemding wekt?' Als de patiënt begrip kan opbrengen voor de evaluatie van zijn gedrag betekent dit dat hij een onderscheid kan maken tussen interne en externe realiteit.

Het structurele interview

Kernberg (1981, 1984) ziet als het belangrijkste doel van het structurele interview het evalueren van de persoonlijkheidsorganisatie door de aandacht te richten op de observeerbare manifestaties van de identiteitsintegratie, de afweermechanismen en de realiteitstoetsing, zoals deze verschijnen in de 'hier en nu' interactie met de interviewer. Het structurele interview combineert:

1. kenmerken van het traditionele psychiatrisch onderzoek;
2. een psychoanalytisch georiënteerd interview gericht op de patiënt-therapeut interactie, en
3. verheldering, confrontatie en interpretatie in het 'hier en nu' van identiteitsconflicten, afweermechanismen en realiteitsverstoringen die de patiënt laat zien in de interactie met de interviewer. Dit laatste dan nog speciaal wanneer deze interactie herkenbare overdrachtselementen laat zien.

Dit structurele interview hebben we (Derksen 1985, 1986) verdeeld in vier stappen. Tijdens elke stap herhaalt de therapeut de cyclus van verheldering, confrontatie en interpretatie. Elke stap begint met één of meer vragen.

Stap I: evaluatie van symptomen – Een typische eerste vraag luidt aldus: Ik ben erin geïnteresseerd van u te vernemen wat u hier bracht, wat de aard van uw problemen is, wat u verwacht van behandeling en hoe ver u bent in dit opzicht?

In het gelijktijdig stellen van deze vragen onderzoekt men de capaciteit van de patiënt om meerdere vragen tegelijk te onthouden en te begrijpen. Met de confrontaties die volgen tracht men het angstniveau te verhogen zodat de afweermechanismen geactiveerd en vervolgens geïdentificeerd kunnen worden.

De centrale themata in deze stap zijn: kernsymptomen, concentratie, geheugen en hieraan gerelateerd cognitieve functies. De interviewer krijgt een eerste indruk van de descriptieve en structurele karakteristieken van de patiënt. Indien de patiënt wanen en hallucinaties vertoont reageert de interviewer met verhelderingen en confrontaties en tracht uit te zoeken of de patiënt bezorgd is over zijn ervaringen. Is dit laatste niet het geval, dan hebben we te maken met een psychotische organisatie.

Stap II: onderzoek naar de pathologische karaktertrekken – De eerste vraag kan zijn: u hebt me over uw symptomen verteld, ik wil nu graag meer over u als persoon horen. Kunt u uzelf beschrijven, uw persoon-

lijkheid, wat u denkt dat voor mij belangrijk is om te weten zodat ik een goed idee van u als persoon krijg?

Deze vraag tracht bij de persoon zelfreflectie op te roepen met als doel informatie over: gevoelens over zichzelf, een indruk van de belangrijkste relaties, een indruk van studie of werk, familie, sociaal leven, seksualiteit. De identiteitsintegratie staat centraal in deze vraag.

Om de integratie van de objectrepresentaties te onderzoeken wordt een andere kernvraag gesteld: Ik zou u nu willen vragen iets te vertellen over mensen die het belangrijkste zijn in uw huidige leven. Kunt u me iets over hen vertellen op zo'n manier dat ik een reële, goede indruk van ze krijg?

Middels verheldering, confrontatie en interpretatie reageert de therapeut op het door de patiënt gepresenteerde materiaal als dat niet helder of tegenstrijdig is.

Indien de patiënt geen tekenen vertoont van wanen of hallucinaties, geen sterk onaangepaste of bizarre affecten, gedachteninhouden of gedragingen heeft, richt de interviewer zijn aandacht op de capaciteit van de patiënt om empathie op te brengen met en verheldering aan te brengen in de observaties van de therapeut. Het gaat hier dan vooral om aspecten waarvan de therapeut vindt dat ze inadequaaf of verwarrend lijken. Een essentiële vraag van de therapeut is dan: is de patiënt in staat empathie op te brengen met de waarneming van deze kenmerken door de interviewer? De psychotische patiënt kan dit niet, de borderline-patiënt wel.

Tevens identificeert en interpreteert de therapeut – indien mogelijk in relatie tot zichzelf – tijdens deze stap de primitieve afweermechanismen van de patiënt. De borderline-patiënt is in staat tot reflectie op zijn afweer en daardoor verbetert deze en gaat de realiteitstoetsing tijdelijk vooruit. Bij de psychotische patiënt leidt ditzelfde tot verslechtering van de kwaliteit van de afweer en de realiteitstoetsing gaat tijdelijk achteruit.

Stap III: verleden en heden – Het verleden van de neurotische patiënt wordt samengevat door de interviewer en hij tracht tentatieve samenhangen aan te brengen tussen verleden en heden. Op deze manier onderzoekt de therapeut het inzicht van de patiënt in de samenhang tussen zijn levensgeschiedenis en zijn actueel gedrag. De neurotische patiënt is meestal tot een dergelijk inzicht in staat. Borderline- en psychotische patiënten presenteren vaak weinig materiaal over het verleden en een samenhangend inzicht in hun levensloop ontbreekt.

Stap IV: afsluiting – Op dit moment nodigt de interviewer de patiënt uit om informatie te bieden over thema's waarvan hij/zij denkt dat ze belangrijk zijn als aanvulling op hetgeen tot dan is besproken, of waarvan hij/zij vindt dat de interviewer het behoort te weten. Een vraag die hier gesteld kan worden is: wat denkt u dat ik u nog had moeten vragen?

Enkele kanttekeningen bij de structurele diagnostiek en het structurele interview

A. *Klasse of continuüm* – Volgens Kernberg (1984) zijn de drie genoemde persoonlijkheidsorganisaties stabiele configuraties die kwalitatief verschillen en elkaar wederzijds uitsluiten. In zijn optiek kan een eenmaal gevormde structuur niet spontaan in een andere overgaan. Een neurotische patiënt kan niet psychotisch decompenseren.

Tegenover deze structuuropvatting als klasse, stelt onder andere Meissner (1984) de continuüm-gedachte; in zijn optiek zijn persoonlijkheidsstructuren slechts kwantitatief van elkaar te onderscheiden, daarmee aangevend dat verschuivingen mogelijk zijn.

Vóór de continuüm-gedachte pleit het optreden van kortdurende psychotische episodes bij de borderline-patiënt. Kernberg onderkent dit probleem en tracht het op te lossen door te stellen dat de borderline-patiënt achteraf in staat dient te zijn een dergelijke psychotische fase als ego-dystoon te evalueren. De continuüm-gedachte wordt voorts ondersteund door de bevindingen dat patiënten die langdurig psychotisch zijn geweest en tijdens een remissie onderzocht worden met het structurele interview, een borderline- of een neurotische structuur presenteren. Volgens Kernberg is er dan sprake van wat hij benoemt als 'sealing-over' en is de psychotische structuur in de diepte desalniettemin aanwezig. Met deze uitspraak relateert Kernberg de sensitiviteit van het structurele interview.

Een meer algemeen punt van kritiek betreft hier de terminologie. Kernberg zelf is een meester in het hanteren van niet gemakkelijk toegankelijke formuleringen en mechanistische terminologie. Heel moeilijk van elkaar te onderscheiden blijven bij voorbeeld de begrippen structuur, substructuur en functie. Goede definities ontbreken ook daar waar sprake is van ik, zelf, persoonlijkheid, zelfbeeld en identiteit.

B. *Structurele karakteristieken* – Volgens de theorie van de structurele diagnostiek zijn er verbanden tussen de structurele criteria realiteitsstoetsing, afweermechanismen en identiteitsdiffusie. Een afwezige realiteitsstoetsing correleert met de aanwezigheid van primitieve afweervormen en met het beeld van een identiteitsdiffusie.

In de praktijk komt men echter patiënten tegen bij wie deze samenhang tussen de structurele criteria ontbreekt. Bij een patiënt bij voorbeeld met een monosymptomatische waan, kan men een geïntegreerde identiteit en ontwikkelde afweervormen aantreffen. De hypothese kan hier aangereikt worden dat deze patiënten erin geslaagd zijn een goede sociale adaptatie te bereiken maar dat bij voldoende belasting van de integratieve vermogens de identiteitsdiffusie alsnog aan de oppervlakte zal treden. Het probleem met dit type argumentatie is dat het moeilijk falsificeerbaar is: als de identiteitsdiffusie niet aan het

licht treedt, kan men volhouden dat de integratieve vermogens onvoldoende zijn belast. Een andere mogelijkheid oppert Derksen (1986), hij werpt de hypothese op dat bij deze gevallen sprake kan zijn van organisch gedetermineerde beelden, waarbij de fundamentele structuur intact blijft. Ten slotte kan uit de tegenstrijdigheid tussen theorie en praktijk uiteraard geconcludeerd worden dat de theorie niet voldoet.

C. Psychofarmaca – Het opsporen van afweermechanismen wordt een probleem wanneer de patiënt psychofarmaca gebruikt. Vaak hebben deze medicamenten een angstreducerend effect en oefenen ze in dit opzicht dezelfde functie uit als de afweermechanismen. De noodzaak tot activering van de afweer neemt af en daardoor zijn deze mechanismen minder gemakkelijk te onderkennen. De betrouwbaarheid van het structurele interview kan hierdoor verminderen.

D. Intelligentie – Beschrijvingen van zichzelf en belangrijke anderen zijn in een aantal gevallen slechts oppervlakkig en blijven bij een schets van enkele concrete activiteiten. Hoewel deze oppervlakkigheid het gevolg kan zijn van een identiteitsdiffusie, moet ook rekening gehouden worden met een gebrekkige intelligentie die verantwoordelijk kan zijn voor het onvermogen gedragingen te abstraheren tot karakteromschrijvingen. Bij een lage intelligentie is een adequaat structureel interview niet goed mogelijk.

Besluit

Op zich is het hooggestemd om te verwachten dat de complexe klinische praktijk te reduceren is tot een indeling in drie groepen zonder de werkelijkheid geweld aan te doen. De bruikbaarheid van de structurele diagnostiek is dan ook beperkt tot een eerste stap in het diagnostische proces. Het belang ervan ligt ons inziens in de aanvulling die ze geeft op de louter descriptieve benadering, waarbij voornamelijk op het niveau van de symptomen wordt gediagnostiseerd. Tevens is deze optiek waardevol daar de diagnostische categorieën op een redelijk coherente wijze samenhangen met een theorie over de persoonlijkheidsstructuur.

Een probleem is dat dit type diagnostiek enigszins losstaat van de DSM-III-diagnostiek in haar algemeenheid en de DSM-III-borderlinestoornis in het bijzonder. De bijdrage die het hier beschreven structurele gezichtspunt te bieden heeft aan de diagnostiek zal in de klinische praktijk van de verschillende settings nader uitgewerkt moeten worden. Voorts is het zeker ook relevant dat deze manier van werken empirisch wordt onderzocht. Hierbij kan men denken aan betrouwbaarheidsonderzoek waarbij wordt nagegaan of het mogelijk is tot overeenstemming te komen tussen diagnostici in het hanteren van het structurele interview en in het interpreteren van het materiaal dat met dit

interview wordt verzameld over de persoonlijkheidsstructuur. Validiteitsonderzoek is eveneens zeer relevant. Het zou interessant zijn om na te gaan of men de diagnostische onderscheidingen ook kan terugvinden in een karakteristiek verloop van de behandeling. De structurele diagnostiek bewijst haar bijdrage als het inderdaad zo blijkt te zijn dat op deze manier als borderline gediagnostiseerde patiënten veel meer problemen geven in de loop van de behandeling dan neurotici en dus met behulp van specifieke methoden behandeld moeten worden.

Met dank aan prof. dr. G.J. Zwanikken voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

Literatuur

- Derksen, J. (1985), *Over structurele diagnostiek en het structurele interview*. Intern Rapport 85 KL 03 Vakgroep Klinische Psychologie, Nijmegen.
- Derksen, J. (1986), *Structurele diagnostiek van psychische stoornissen; neurose, borderline, psychose*. Nelissen, Baarn.
- Erikson, E. (1968), *Identity, youth and crisis*. Norton & Company, New York.
- Freud, S. (1975), Zur Einführung des Narzissmus. In: *Studienausgabe*, Bd. III. Fischer Verlag, Frankfurt am Main [1914].
- Freud, S. (1975), Das Ich und das Es. In: *Studienausgabe*, Bd. III. Fischer Verlag, Frankfurt am Main [1923].
- Frosch, J. (1983), *The psychotic process*. International University Press, New York.
- Gunderson, J., en M. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-13.
- Hartmann, H. (1975), *Ich-Psychologie und Anpassungsproblem*. Stuttgart.
- Hartmann, H., E. Kris en R. Lowenstein (1946), Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11-38.
- Jongerius, P. (1983), Indiciestelling van de categoriale functie Klinische Psychotherapie. *Voordracht op een studiedag van het R.P.I. te Eindhoven*.
- Kernberg, O. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kernberg, O., The development of intrapsychic structures in the light of borderline personality organization. In S. Greenspan en G. Pollock (1980), *The course of life: psychoanalytic contributions toward understanding personality development*, Vol. III, 349-366.
- Kernberg, O. (1981), Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 1, 169-195.
- Kernberg, O. (1984), *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven.
- Kernberg, O., E. Burstein, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horwitz en H. Voth (1972), Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- Kuiper, P. (1984), *Nieuwe neurosenleer*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Meissner, W. (1984), Clinical differentiation of borderline syndromes from the psychoses. *Psychoanalytic Review*, 71 (2), 185-210.

- Rapaport, D., en M. Gill (1959), The point of view and assumptions of metapsychology. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 153-149.
- Rohde-Dachser, C. (1983), *Het borderline-syndroom*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stern, A. (1938), Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Schrijvers zijn respectievelijk klinisch psycholoog, werkzaam op de vakgroep klinische psychologie van de Katholieke Universiteit van Nijmegen en in de eerstelijns gezondheidszorg, werkadres: Vakgroep Klinische Psychologie, Montessorilaan 3, Nijmegen; destijds arts-assistent psychiatrie op de afdeling psychiatrie van het St. Radboudziekenhuis te Nijmegen, nu verbonden aan 'De Venne', psychiatrisch centrum 'De Wellen' te Apeldoorn; en klinisch psycholoog, werkzaam op de afdeling psychiatrie en polikliniek psychiatrie van het St. Radboudziekenhuis, Geert Groteplein Zuid 10 te Nijmegen.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 19-1-'88.