

De narcistische persoonlijkheidsstoornis

Verschillende concepten

door P.N. van Harten en W. van den Brink

Samenvatting

In dit artikel worden vijf verschillende concepten betreffende de narcistische persoonlijkheidsstoornis besproken. Het gaat daarbij achtereenvolgens om de psychoanalytische concepten volgens Kohut en Kernberg, het atheoretische concept van DSM-III(-R) en twee zogenaamde compromisconcepten (Akhtar en Thomson; Siomopoulos). Het doel van het artikel is om deze vijf concepten met elkaar te vergelijken, en vervolgens de verschillen en de consequenties daarvan inzichtelijk te maken. Bij de vergelijking van de concepten wordt gebruik gemaakt van twee meta-theoretische beoordelingsdimensies. Daarbij blijkt dat de concepten vooral verschillen qua doelstelling (beschrijving van een stabiele eindsituatie versus inzicht in een dynamisch ontwikkelingsproces) en, het daar deels mee samenhangende, abstractieniveau. Naarmate het concept concreter is geformuleerd zal de betrouwbaarheid toenemen en zal het concept geschikter zijn voor empirisch onderzoek. De concepten met een hoger abstractieniveau trachten de essentie weer te geven van het dynamische ontwikkelingsproces en de actuele innerlijke belevingswereld van de patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Daarmee neemt het inzicht in de stoornis toe en kan de patiënt empathischer worden benaderd. In de beschouwing wordt gepleit voor een multiconceptuele, multi-instrumentele diagnostiek, waarbij gebruik gemaakt moet worden van onderzoeksinstrumenten en onderzoeksstrategieën die aansluiten bij het abstractieniveau en de aard van het te 'meten' concept. In deze benadering kan de veelal gesuggereerde tegenstelling tussen betrouwbaarheid enerzijds en validiteit en klinische bruikbaarheid anderzijds wellicht opgeheven worden.

Inleiding

Met de komst van DSM-III is er meer belangstelling gekomen voor de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen. Daarnaast is er een verschuiving waarneembaar in de aandacht die er besteed wordt aan bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en in de wijze waarop dat gebeurt (Blashfield en McElroy 1987; Van den Brink 1990). De narcistische persoonlijkheidsstoornis is één van de stoornissen die daarbij bijzonder in de belangstelling is gekomen.

In dit artikel bespreken we de belangrijkste concepten betreffende de narcistische persoonlijkheidsstoornis. In het beschrijvende deel behandelen we twee analytische concepten (Kohut, Kernberg), het DSM-III (-R)-concept en twee compromisconcepten (Akhtar en Thomson; Siomopoulos). In de beschouwing gaan we in op de onderlinge relaties tussen deze concepten en de waarde van de verschillende concepten voor zowel de psychotherapeutische als wetenschappelijke praktijk.

Concepten

1. Analytische concepten

De term 'narcistisch' werd door Freud het eerst gebruikt in 1910 in een voetnoot bij zijn 'Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie'. Zijn artikel 'Zur Einführung des Narzissmus' werd gepubliceerd in 1914 en in 1931 schreef hij in 'Über Libidinöse Typen' voor het eerst over het narcistische karakter. Sindsdien hebben vele auteurs zich met het narcisme en zijn pathologie beziggehouden (o.a. Riviere 1936; Abraham 1949; Reich 1960; Nemiah 1961; Jones 1964; Rosenfeld 1964; Van Dijk 1974; Stolorow 1975). In 1967 presenteerde Kernberg een coherente klinische beschrijving van de 'narcistische persoonlijkheidsstructuur' en een jaar later introduceerde Kohut de term 'narcistische persoonlijkheidsstoornis'. Ook daarna zijn Kohut en Kernberg de belangrijkste theoretici gebleven ten aanzien van het concept 'narcistische persoonlijkheidsstoornis'.

Kohut – Kohut verkreeg het materiaal voor de ontwikkeling van zijn theorie grotendeels uit psychoanalytische behandeling van ambulante patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Centraal in zijn werk (1968, 1971, 1972) staan de begrippen 'grandioos zelf' en 'geïdealiseerde ouder'; twee psychologische structuren die zich tijdens de eerste levensjaren van het jonge kind manifesteren. Het 'grandioze zelf' is een archaïsche psychische structuur, die – doordat het een onrijpe vorm van het zelf is – veel grootheidsfantasiën met bijbehorende gevoelens van almacht en perfectie omvat. Ook de 'geïdealiseerde ouder' moet gezien worden als een archaïsche psychische structuur. Deze bestaat voornamelijk uit projecties van de eigen perfectie. Deze projecties gaan gepaard met fantasiën, die de ouder idealiseren. Kohut benadrukt dat deze structuren een *onafhankelijke ontwikkelingslijn* representeren; ze zijn niet het directe resultaat van intrapsychische conflicten en hun ontwikkeling in de tijd is, net als de motorische ontwikkeling, in zekere mate autonoom. Voor het jonge kind zijn deze (primitieve) structuren en processen van groot belang. Ze geven het kind troost voor de frustraties in zijn jonge bestaan. Het 'grandioze zelf' en de 'geïdealiseerde ouder' stellen het kind in staat zijn narcistische evenwicht, zijn gevoel van welbehagen en perfectie, te handhaven. Dit evenwicht

wordt namelijk voortdurend bedreigd door frustrerende confrontaties met de realiteit en opeenvolgende separatie-ervaringen. Door het idealiseren van zichzelf ('ik ben geweldig en perfect') en het idealiseren van de ouder ('mijn ouders zijn geweldig en perfect en ik ben een deel van hen') herwint het kind het gevoel van welbehagen.

Verloopt de ontwikkeling voorspoedig, dan beschikt het kind later als volwassene over interne bronnen die de zelfwaardering op peil kunnen houden. Het kind heeft meer zelfvertrouwen gekregen en is minder afhankelijk van de goedkeuring van anderen. Het archaïsche 'grandioze zelf' heeft zich ontwikkeld tot een rijp 'zelf' waarin de vele grootheidsfantasieën plaats hebben gemaakt voor gevoelens van trots en plezier over eigen prestaties en gevoelens van zelfachting. Tegelijkertijd zijn de oorspronkelijke projecties, die de basis vormden voor de archaïsche 'geïdealiseerde ouder', vervangen door een verinnerlijkte geïdealiseerde ouder, die zich manifesteert in de vorm van haalbare strevingen en idealen. Stagneert de ontwikkeling echter, dan blijven de ongedifferentieerde structuren van het 'grandioze zelf' en van de 'geïdealiseerde ouder' bestaan in het onbewuste. De persoon heeft weinig zelfvertrouwen en is snel gekwetst. Tegelijkertijd zijn er vaak enorme ambities, irrealistische grootheidsideeën over zichzelf, en wordt er gestreefd naar irrealistische, onhaalbare doelen.

Het derde centrale begrip in het werk van Kohut is het zogenaamde 'narcistische tekort'. Ten gevolge van een gestagneerde ontwikkeling van het 'grandioze zelf' en een stagnatie in het proces van idealiseren, ontstaan er tekorten in de structuur van het 'zelf'. Door dit tekort zie je bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis vaak een intense behoefte aan idolen en leidersfiguren. Deze worden niet bewonderd vanwege hun kwaliteiten, maar zijn slechts van belang als substituuut; ze moeten het tekort in het 'zelf' opvullen.

Met behulp van de begrippen 'grandioos zelf', geïdealiseerde ouder' en 'narcistisch tekort' verklaart Kohut het ontstaan van de specifieke narcistische overdrachtvormen. Het 'grandioze zelf' wordt in de overdracht tot 'spiegeloverdracht'. Het intense verlangen van het grandioze zelf om de geweldigste de meest bewonderde te zijn wordt gereactiveerd en zoekt bevrediging in de overdracht. De 'geïdealiseerde ouder' wordt in de overdracht tot 'idealiserende overdracht'. Middels fantasieën als 'mijn therapeut is zo geweldig, niemand is beter en daaruit volgt dat ik geweldig ben, want anders had hij me nooit in behandeling genomen' (Le Coultre 1948) tracht de patiënt het pijnlijke, vaak kwellende tekort op te vullen en zijn zelfgevoel te herstellen of op peil te houden en daarnaast het pijnlijke schaamtegevoel over het in therapie zijn te verzachten.

De diagnose narcistische persoonlijkheid kan – volgens Kohut – pas gesteld worden als in de loop van de therapie deze overdrachtvormen zich ontwikkelen. Symptomen, (pathologische) persoonlijkheidstrek-

ken en zelfs de levensgeschiedenis zijn niet bepalend voor het stellen van de diagnose. Toch worden er ook bij Kohut wel beschrijvingen aangetroffen van subjectieve belevingen en objectiveerbare gedragingen. Volgens Kohut *kunnen* patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis klagen over perverse seksuele fantasieën of een gebrek aan seksuele belangstelling en is er vaak sprake van instabiele relaties en *soms* van delinquentie. Daarnaast *kan* er sprake zijn van grandioze fantasieën, zelfoverschatting, woede-uitbarstingen en de behoefte aan wraak.

De behandeling van de patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis heeft volgens Kohut tot doel om middels narcistische vormen van overdracht het rijpingsproces van het 'grandioze zelf' en het proces van idealiseren en vervolgens internaliseren, op gang te brengen en daarmee de opvulling van narcistische tekorten. Na een geslaagde behandeling beschikt de patiënt over interne bronnen, waardoor hij meer zelfvertrouwen heeft en minder kwetsbaar is. Het narcistisch tekort is als het ware opgevuld.

Kernberg – Kernbergs werk is gebaseerd op de psychoanalytische behandeling van opgenomen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Er is veel geschreven over de verschillen tussen Kohut en Kernberg ten aanzien van theoretische concepten en daarmee samenhangende behandelingswijzen (Kernberg 1974; Saperstein e.a. 1978; Bernstein 1981; Kernberg 1984; Adler 1986; Montfoort 1988). Toch zijn beide auteurs het op een groot aantal punten met elkaar eens. Beiden stellen bij voorbeeld dat de narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn oorsprong heeft in vroegkinderlijke traumata, dat analyse de behandeling van voorkeur is, dat de eerste fase van de behandeling gekenmerkt wordt door het tot stand komen van narcistische overdrachtvormen, die niet vroegtijdig verstoord mogen worden door duidingen en dat geen moraliserende houding tegenover de groothedenfantasieën van de patiënt moet worden aangenomen.

Het meningsverschil tussen Kohut en Kernberg draait in feite om de volgende vraag: is er bij narcistische persoonlijkheidsproblematiek sprake van een *pathologische, reactieve ontwikkeling*, waarbij het 'gebruik' van bepaalde, primitieve afweermechanismen centraal staat (Kernberg) of gaat het om een *gestagneerde, gefixeerde ontwikkeling* van het zelf, waarbij het ontstane narcistische tekort centraal staat (Kohut)?

Kernberg gaat bij zijn theorievorming uit van het structurele conflictmodel en de daaraan verbonden drifttheorie; ook voor de allereerste jaren van de ontwikkeling. In zijn visie leiden vroege, pregenitale conflicten tot heftige gevoelens van haat en afgunst, waartegen zich de afweer ontwikkelt. Uit deze strijd ontstaat de structuur van het zelf. Kohut verlaat het traditionele conflictmodel grotendeels en ziet de ontwikkeling van het zelf (en zijn structuren) als een onafhankelijke ont-

wikkelingslijn. Eerst moet het zelf gevormd worden, pas daarna is het conflictmodel van toepassing. Volgens Kohut is de ontwikkeling van het grandioze zelf en het proces van internaliseren gestagneerd, waardoor het zelf defectueus blijft. Ook het narcisme is in de vroege ontwikkeling gestagneerd; het voor het jonge kind normale narcisme blijft bestaan en is voor de volwassene dan relatief pathologisch.

De diagnose narcistische stoornis kan volgens Kohut pas in de loop van de analyse gesteld worden aan de hand van de zich ontwikkelende narcistische overdrachtsvormen. Volgens Kernberg is de diagnose te stellen na een eenmalig gesprek middels een zorgvuldige exploratie van het afweerpatroon (structureel interview; Kernberg 1984). Het afweerpatroon dat zichtbaar wordt met het structurele interview vertoont sterke overeenkomsten met de in de DSM-III(-R) beschreven bewuste belevingspatronen en objectiveerbare gedragingen. Patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis worden door Kernberg beschreven als egocentrisch, jaloers en kil. Er is *vaak* sprake van een enorme ambitie, grandioze fantasieën, en behoefte aan macht en schoonheid, maar ook van chronische gevoelens van verveling, leegheid en identiteitonzekerheid. Ten slotte zou er een neiging bestaan tot seksuele promiscuïteit, homoseksualiteit, perversies en verslavingsgedrag.

2. DSM-III(-R)-concept

Bij de persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-III(-R) gaat het om psychiatrische stoornissen, die gekenmerkt worden door inflexibele en maladaptive gedrags- en belevingspatronen, die zo ernstig zijn dat ze significante stoornissen in het sociale en beroepsmatige functioneren of langdurige gevoelens van onwelbevinden veroorzaken (APA 1980, 1987). Dit is ook het geval bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis. In tegenstelling tot de eerder besproken concepten wordt er in DSM-III(-R) zeer expliciet geen aandacht besteed aan onderliggende processen of mogelijke oorzaken. De stoornis wordt beschreven in termen van gedragingen en belevingen die – hoe ook ontstaan – min of meer consistent zijn over situaties en stabiel in de tijd.

Bij het ontwikkelen van een descriptief diagnostisch systeem gaat het om de volgende vragen: 1. welke domeinen en aspecten van gedrag en beleven moeten worden opgenomen in het classificatiesysteem, 2. welke specifieke gedragingen en belevingen zijn kenmerkend voor welke specifieke stoornis en ten slotte 3. wat is het relatieve gewicht van de geselecteerde kenmerken. Het antwoord op deze vragen is ook bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis geen uitgemaakte zaak. Wel is duidelijk dat de criteria van de narcistische persoonlijkheidsstoornis geen empirische basis hebben (Gunderson 1985). De meeste criteria zijn het resultaat van consensusbesprekingen, waarbij het werk van Kohut en Kernberg en de door hen (soms terloops) genoemde ge-

drags- en belevingsaspecten – naast het werk van Millon (1979, 1981) – een belangrijke rol lijken te hebben gespeeld. In tabel 1 zijn de DSM-III- en de DSM-III-R-criteria weergegeven zoals ze in de Nederlandse vertaling te vinden zijn (Van Ree, Koster van Groos e.a. 1982; Koster van Groos 1988).¹

De criteria zijn in de DSM-III monothetisch en in de DSM-III-R polythetisch gerangschikt. Daarnaast valt op dat in DSM-III-R de preoccupatie met gevoelens van afgunst zijn opgenomen in de omschrijving, terwijl het criterium 'relaties die kenmerkend wisselen tussen uitersten: van ophemelend naar verguizend' helaas verdwenen is.

Volgens Van den Brink (1987) vormen specifieke omgangsstrategieën de essentie voor de criteria van persoonlijkheidsstoornissen. Zij vormen de beschrijving van de interactiepatronen tussen de persoon (lijkheid) en diens omgeving. Voor een persoonlijkheidsstoornis is het kenmerkend dat de omgangsstrategieën rigide en vaak extreem zijn; het gedragsrepertoire wordt maar in geringe mate medebepaald door de omgeving. Bij de 'vertaling' van deze rigide en vaak extreme omgangsstrategieën in observeerbare gedragingen en communiceerbare belevingen zijn de volgende vragen van essentieel belang:

1. Hoe handhaaft iemand zijn (positieve) zelfgevoel in de omgang met zijn omgeving?
2. Hoe blijft hij zijn angsten de baas?
3. Hoe houdt hij zijn relaties in stand?

De DSM-III(-R) geeft op deze 'hoe-vragen' een voorlopig antwoord in de vorm van betrouwbare (Van den Brink 1989) criteria in termen van habitueel gedrag en beleven. De 'waarom vragen', in de zin van onderlinge samenhang van criteria, en het achterliggende pathogenetisch proces blijven buiten beschouwing.

De eis om op deze 'hoe vragen' antwoorden te geven in (betrouwbare) observeerbare termen maakt dat er nauwelijks ruimte is voor het beschrijven van etiologische en psychodynamische aspecten van gedrag en beleven.

3. *Compromisconcepten*

Verschillende auteurs hebben geprobeerd om uitgaande van de (betrouwbare) DSM-III-criteria te komen tot een definiëring van de narcistische persoonlijkheidsstoornis waarin de psychodynamiek en de interactie tussen individu en omgeving een ruimere plaats krijgt toebedeeld. Wij bespreken hier de compromisconcepten² van Akhtar en Thomson en Siomopoulos.

Akhtar en Thomson (1982) – Akhtar en Thomson hebben twee hoofd-bezwaren tegen de definiëring van de narcistische persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-III. Het eerste bezwaar richt zich tegen het ontbreken van twee (volgens hen) wezenlijke criteria, namelijk chroni-

Tabel 1: Criteria voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis

DSM-III

- a. Grootheidsgevoelens als belangrijk of uniek zijn, overdrijving van de eigen prestaties en talenten en aandacht voor de speciale aard van eigen problemen.
- b. Gepreoccupeerd zijn met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde.
- c. Exhibitionisme: de persoon vraagt constant aandacht en bewondering.
- d. Kille onverschilligheid of uitgesproken gevoelens van woede, minderwaardigheid, schaamte, vernedering of leegte, als antwoord op kritiek, onverschilligheid tegenover anderen, of nederlaag.
- e. Tenminste twee van de volgende kenmerkende stoornissen in interpersoonlijke relaties:
 1. menen recht te hebben op bepaalde gunsten zonder rekening te houden met de wederzijdse verantwoordelijkheden, b.v. betrokkene is verbaasd en boos als anderen niet doen wat er verlangd wordt
 2. uitbuiting van anderen om eigen verlangens te bevredigen of zichzelf te verheerlijken, geen rekening houden met de persoonlijke integriteit en rechten van anderen
 3. relaties die kenmerkend wisselen tussen de uitersten: van ophemelen naar verguizen
 4. gebrek aan empathie: onvermogen om te merken hoe anderen zich voelen, b.v. het niet kunnen inschatten hoe een ander, die ernstig ziek is, zich voelt.

DSM-III-R

Een voortdurend aanwezig patroon van grootheidsgevoelens (in fantasie of gedrag), gebrek aan empathie en overgevoeligheid voor het oordeel van anderen, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit ten minste vijf van de volgende:

1. reageert op kritiek met gevoelens van woede, schaamte of vernedering (zelfs als dit niet gebeurt)
2. buit anderen uit: of maakt misbruik van anderen om eigen doeleinden te bereiken
3. heeft een overdreven gevoel van eigen belangrijkheid, b.v. overdrijft eigen prestaties en talenten, verwacht als 'een bijzonder iemand' gezien te worden zonder iets gepresteerd te hebben
4. gelooft dat zijn of haar problemen uniek zijn en uitsluitend door andere heel speciale mensen begrepen kunnen worden
5. is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde
6. heeft het gevoel bijzondere rechten te hebben: onredelijke verwachting van een bijzonder bevoorrechte behandeling, b.v. gaat ervan uit dat hij/zij niet zoals anderen in een rij hoeft te staan
7. verlangt constant aandacht en bewondering, b.v. blijft naar complimenten vissen
8. gebrek aan empathie: niet in staat te herkennen en te ervaren hoe anderen zich voelen, b.v. ernstig ziek is, een afspraak afzegt
9. is gepreoccupeerd met gevoelens van jaloezie.

sche, intense afgunst en daarmee samenhangende afweerreacties (pseudosublimatie, overdreven werkmotivatie, corrupt waarden- en normensysteem) en cognitieve eigenaardigheden. In DSM-III-R lijkt aan dit bezwaar enigszins tegemoet te zijn gekomen. Het tweede bezwaar tegen de definiëring van de narcistische persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-III is belangrijker en heeft te maken met het feit dat in de beschrijving onvoldoende aandacht wordt besteed aan het frequent naast elkaar voorkomen van tegengestelde meningen, gedragingen en belevingen. De vaak snelle opeenvolging van tegengestelde attitudes en gedragingen beschouwen de schrijvers (evenals bij voorbeeld Kohut) als een centraal fenomeen (splitting). In hun compromisconcept lossen de auteurs dit probleem als volgt op. Allereerst onderscheiden ze zes psychologisch belangrijke domeinen (zelfbeeld; interpersoonlijke relaties; sociale adaptatie; ethiek; normen en idealen; liefde en seksualiteit; cognitieve stijl). Binnen elk van deze domeinen wordt vervolgens een onderscheid gemaakt in zichtbare, makkelijk waarneembare kenmerken ('overt characteristics') en verborgen, minder makkelijk waarneembare kenmerken ('covert characteristics'). Bij zowel de zichtbare als de verborgen kenmerken gaat het om observeerbare gedragingen en bewuste belevingen, die tegengesteld zijn van karakter en elkaar vaak snel kunnen afwisselen. Binnen het domein van het zelfbeeld worden voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis bij voorbeeld fantasieën van macht, genialiteit en rijkdom genoemd als zichtbare kenmerken, terwijl overgevoeligheid voor kritiek en minderwaardigheidsgevoelens aanwezig kunnen zijn als verborgen kenmerken. Een ander voorbeeld is een situatie waarin er op het eerste gezicht (overt) sprake lijkt te zijn van een vurig enthousiasme ten aanzien van morele, politieke, sociale en ethische zaken, terwijl het gebrek aan echte overtuiging (voorlopig nog) verborgen blijft. Ook verborgen eigenschappen hebben echter invloed op gedrag en beleven en vormen samen met de zichtbare kenmerken de dynamiek van de persoon in relatie met zijn omgeving. Door verborgen eigenschappen een plaats te geven in het concept krijgt de dynamiek meer aandacht.

Siomopoulos (1988) – De bezwaren van Siomopoulos tegen de definiëring van de narcistische persoonlijkheidsstoornis in DSM-III(-R) zijn vergelijkbaar met die van Akhtar en Thomson tegen de definiëring volgens DSM-III. Ook Siomopoulos mist enkele volgens hem wezenlijke criteria (overrideïsering en verguizing van anderen; minderwaardigheidsgevoelens; hypomane episoden; narcistische perfectie; idealisering van persoonlijke tekortkomingen; gevoelens van leegheid; cognitieve en taaleigenaardigheden), terwijl ook hij meer aandacht opeist voor de intrapersoonlijke en interpersoonlijke dynamiek. Daartoe maakt hij onderscheid tussen 'kernverschijnselen' en 'episodische verschijnselen'. Bij kernverschijnselen gaat het om kenmerken die altijd

aanwezig zijn (vergelijk de criteria van DSM-III en DSM-III-R). De schrijver verdeelt de kernverschijnselen nog onder in primaire en secundaire kernverschijnselen. Bij de primaire kernverschijnselen gaat het om zichtbare en verborgen grootheidsbelevingen (o.a. grootheidsfantasieën, gevoel van perfectie) en kenmerken die daar direct uit af te leiden zijn (o.a. menen recht te hebben op bepaalde gunsten). Bij secundaire kernverschijnselen gaat het om zichtbare en verborgen kenmerken die als afweer zijn ontwikkeld ten behoeve van de bescherming of het verbergen van grootheidsbelevingen (o.a. idealiseren van persoonlijke tekortkomingen; kleineren van anderen). Bij episodische verschijnselen gaat het om gedragingen en belevingen die alleen zichtbaar zijn in een intieme relatie of tijdens een analyse (o.a. gevoelens van depressie en leegheid; extreme idealisering van de ander; korte psychotische episodien). Met het onderscheid tussen kernverschijnselen en episodische verschijnselen volgt Siomopoulos zowel Kohut als Kernberg, die beiden veel belang hechten aan narcistische overdrachtsreacties en constateren dat er tijdens de analyse en in (andere) intieme relaties sprake is van een activering van primitieve afweerreacties.

Evenals Akhtar en Thomson doet ook Siomopoulos geen uitspraak over hoeveel zichtbare en verborgen kern- en episodische verschijnselen aanwezig moeten zijn voor het stellen van de diagnose.

Beschouwing

Om de verschillende concepten met elkaar te kunnen vergelijken maken we gebruik van twee kaders die elkaar deels overlappen. Ze zijn te beschouwen als twee meta-theoretische beoordelingsdimensies. De eerste dimensie is te omschrijven als een continuüm, met als ene pool de beschrijving van de stabiele eindpatronen (bij voorbeeld chronische, maladaptieve gedrags- en belevingspatronen) en als andere pool inzicht in het dynamisch ontwikkelingsproces (bij voorbeeld de ontwikkeling van zelf- en objectrelaties).

De tweede dimensie bestaat uit de door Van Peursen (1984) gepostuleerde hiërarchie van wetenschappelijke definities en begrippen (zie ook Van den Brink 1987; de Jonghe 1989). Van Peursen maakt bij wetenschappelijke definities onderscheid tussen vijf opeenvolgende abstractieniveaus. In aansluiting daarop worden wetenschappelijke begrippen/termen gerangschikt naar de mate waarin sprake is van (directe of indirecte) observeerbaarheid van het betreffende fenomeen. Op het laagste niveau bevinden zich de 'observatietermen'. Dit zijn begrippen die direct waarneembaar zijn (bij voorbeeld 'groen'). Het daaropvolgende niveau bestaat uit zogenaamde 'empirische termen'. Deze vatten een groep observatietermen samen. Ze blijven direct afleidbaar van de waarneembare wereld (bij voorbeeld 'vogel'). Het derde niveau bestaat uit 'geconstrueerde termen'. Deze termen beschrij-

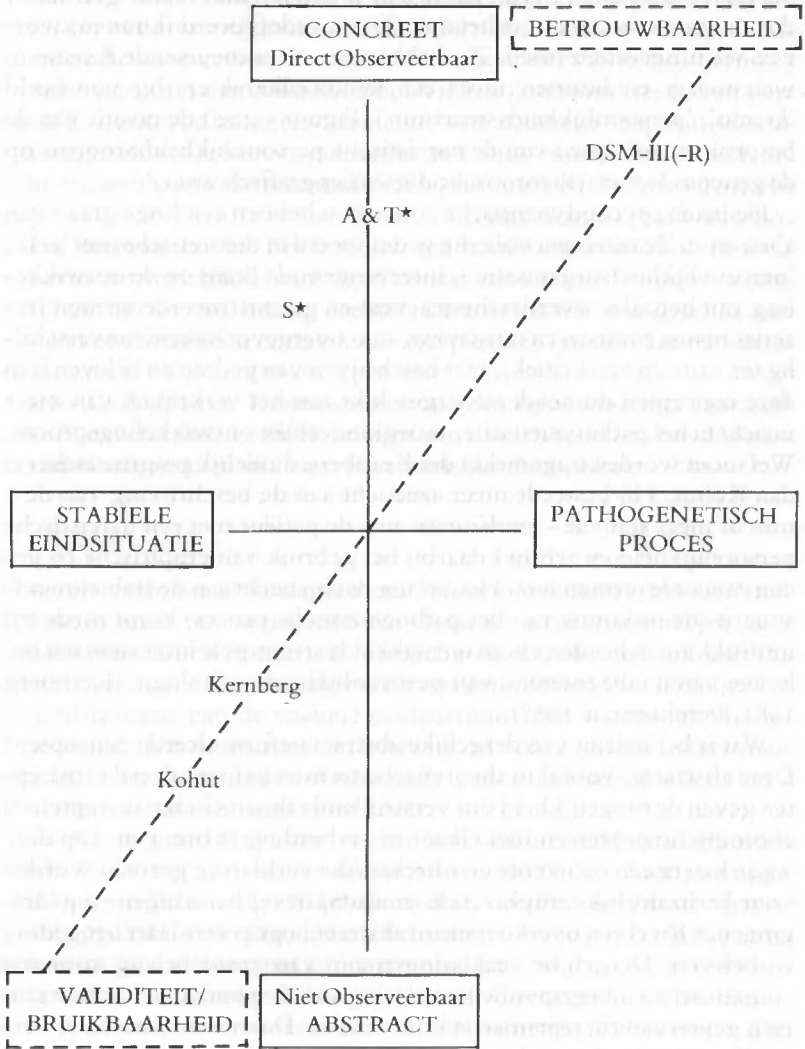
ven datgene wat niet als zodanig waarneembaar is, maar wel door directe observaties tot stand moet komen (bij voorbeeld 'snelheid'). Op het vierde niveau bevinden zich de 'interveniërende termen'. Deze begrippen staan weer iets verder af van de directe waarneming en functioneren veelal als schakel tussen waarneming en theorie (bij voorbeeld 'instinct', 'dispositie'). Ten slotte zijn er dan de 'theoretische termen', die niet meer, hetzij direct hetzij indirect, gedefinieerd (kunnen) worden via observatietermen. Zij hebben een overkoepelende functie in wetenschap en bezitten meer een symboolkarakter (bij voorbeeld 'kracht', 'persoonlijkheidsstructuur'). Figuur 1 geeft de positie van de besproken concepten van de narcistische persoonlijkheidsstoornis op de genoemde meta-theoretische dimensies grafisch weer.³

De beide psychodynamische concepten hebben een hoge graad van abstractie. Ze zijn bijna volledig gedefinieerd in theoretische (het 'zelf', 'persoonlijkheidsorganisatie'), interveniërende (kans op de ontwikkeling van bepaalde overdrachtsreacties) en geconstrueerde termen (reacties tussen persoon en omgeving, o.a. overgevoeligheid/onverschillig ten aanzien van kritiek). Het beschrijven van gedrag en beleven is in deze concepten duidelijk ondergeschikt aan het verkrijgen van meer inzicht in het pathogenetische, vroegkinderlijke ontwikkelingsproces. Wel moet worden opgemerkt dat Kernberg duidelijk pragmatischer is dan Kohut. Hij besteedt meer aandacht aan de beschrijving van de – min of meer stabiele – eindsituatie van de patiënt met een narcistische persoonlijkheid en schuwt daarbij het gebruik van empirische en geconstrueerde termen niet. Het belang dat hij hecht aan de stabiele eindsituatie (de uitkomst van het pathogenetische proces) komt mede tot uitdrukking in het door hem ontwikkelde structurele interview ten behoeve van de diagnostiek van persoonlijkheidspathologie (Kernberg 1984; Dercksen e.a. 1988).

Wat is het belang van dergelijke abstract geformuleerde concepten? Deze abstracte, vooral in theoretische termen geformuleerde concepten geven de mogelijkheid om verschillende theoretische concepten en etiologische processen met elkaar in verbinding te brengen. Op deze wijze kan er een coherente en inzichtelijke verklaring gezocht worden voor herhaaldelijk terugkerende (maladaptieve) belevingen en gedragingen. Ofwel een overkoepelend abstract begrip verklaart het gedrag en beleven. Dergelijke verklaringen zijn van groot belang voor een empathische en begripvolle benadering van de patiënt en kunnen sturing geven aan therapeutische interventies. Daarnaast kunnen er verbandingen gelegd worden tussen theoretische kernbegrippen uit de psychoanalyse en kernbegrippen uit andere wetenschapsgebieden (filosofie, sociologie). Dit kan omdat deze kernbegrippen eveneens in theoretische termen zijn geformuleerd. Hierdoor kan de afstand tussen de verschillende wetenschappen verkleind worden.

Het DSM-III(-R)-concept beweegt zich expliciet op een atheore-

Figuur 1: Positie van de verschillende concepten op de meta-theoretische dimensies (observeerbaar vs niet observeerbaar; inzicht in pathogenetisch proces vs beschrijvende stabiele eindsituatie)



* A & T = Akhtar en Thomson (1982)
 S = Siomopoulos (1988)

tisch niveau (APA 1980, 1987). Het bestaat voornamelijk uit een beschrijving van een stabiel eindpatroon (chronische, maladaptieve gedragingen en belevingen) in empirische en geconstrueerde termen (de criteria). Deze beschrijving van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (aan de hand van duidelijk omschreven in- en uitsluitingscriteria in observeerbare termen) maakt dat de betrouwbaarheid, bij het gebruik van (semi-)gestructureerd instrumentarium, hoog kan zijn. Dit maakt het concept bijzonder geschikt voor empirisch onderzoek. Bij voorbeeld klinisch en epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van deze stoornissen en de effecten van interventies op het beloop en de afloop. Een groot gemis blijft het ontbreken van een onderliggend etiologisch concept. Daardoor is de relevantie van dit concept voor de therapeutische praktijk gering.

Ook in de compromisconcepten wordt voornamelijk gebruik gemaakt van empirische en geconstrueerde termen. Dit gebeurt voornamelijk middels een beschrijving van stabiele (zichtbare en verborgen/ primaire en secundaire) maladaptieve gedragingen en bewuste belevingen.

Daarmee zijn deze concepten sterk verwant aan het DSM-III(-R)-concept. Een verschil is dat de compromisconcepten uitgaan van (impliciet) veronderstelde onderliggende processen (splitting) en de expliciete erkenning van voorspelbare interacties met de omgeving (episdische kenmerken, die beschreven zijn in interveniërende termen). Hierdoor wordt meer recht gedaan aan de dynamiek van de persoon. In het meta-theoretische model nemen ze daardoor een positie in tussen de psychoanalytische en de DSM-concepten. De diagnosticus krijgt in deze concepten de mogelijkheid om zijn psychodynamische overwegingen mee te laten wegen en vervolgens in criteria om te zetten. Beide concepten doen (nog) geen uitspraak over het aantal criteria dat aanwezig moet zijn voor het stellen van de diagnose, hetgeen voor een praktische toepassing nodig zal zijn. Ook vermelden de auteurs niet welk gewicht aan elk van de criteria moet worden toegekend. De compromisconcepten zijn nog niet getoetst in de praktijk. Het is daarom nog niet duidelijk in hoeverre het invoeren van psychodynamische aspecten van invloed zijn op de betrouwbaarheid en daarmee op de waarde van het concept voor empirisch onderzoek. Het onderscheiden van zes psychologisch relevante domeinen in het concept van Akhtar en Thomson biedt de diagnosticus een praktisch schema om systematisch het interview af te nemen. Er ontstaat daarbij een systematisch en veelomvattend beeld van de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Samenvattend concluderen wij dat de verschillende concepten van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, naast enige overlap ten aanzien van de beschrijving van bewuste belevingen en gedragingen, in twee punten duidelijk verschillen: ten eerste het abstractieniveau waarop centrale begrippen gedefinieerd zijn; ten tweede ten aanzien van het

gekozen focus (beschrijving van een eindstructuur versus inzicht in een pathogenetisch proces). Het is echter niet uitgesloten dat de verschillende concepten verschillende modellen representeren van dezelfde (klinische) werkelijkheid, met verschillen in de mate waarin de complexe werkelijkheid wordt gereduceerd. De mate van reductie lijkt daarbij positief gecorreleerd met de betrouwbaarheid waarmee het concept kan worden gemeten, maar wellicht negatief met de validiteit en de klinische bruikbaarheid (zie de onderbroken lijn in figuur 1). Toch kan niet uitgesloten worden dat beschrijvingen van stabiele eind-situaties aan de hand van empirische en geconstrueerde termen een goede indicatie kunnen vormen voor onderliggende structuurpathologie, die slechts beschreven kan worden in theoretische termen en het gevolg zijn van gecompliceerde pathogenetische processen (Van den Brink 1987). Bij de diagnostiek van de narcistische en andere persoonlijkheidsstoornissen pleiten wij daarom voor een multiconceptuele, multi-instrumentele diagnostiek, waarbij gebruik gemaakt moet worden van onderzoeksinstrumenten en onderzoeksstrategieën die aansluiten bij het abstractieniveau en de aard van de te 'meten' concepten (Van den Brink 1990). Daardoor kan een beter inzicht ontstaan in de onderlinge relaties tussen de verschillende concepten, terwijl via een proces van wederzijdse bevruchting empirisch georiënteerde wetenschappers meer aandacht zullen krijgen voor dynamische processen en analytici meer oog voor de mogelijkheden van empirisch onderzoek. Voor de meting van psychodynamische concepten kan bij voorbeeld gebruik gemaakt worden van analytische interviewtechnieken (Kernberg 1984), projectieve testen, droominterpretaties en een analyse van de zich ontwikkelende overdrachtsrelatie. Voor de meting van het DSM-III(-R)-concept zijn op dit moment een groot aantal (semi-) gestructureerde interviews en zelfbeoordelvingsvragenlijsten voor handen. In de klinische praktijk wordt wel gebruik gemaakt van 'checklists'. Voor het meten van de hier besproken compromisconcepten is het van groot belang om interviews en vragenlijsten herhaaldelijk af te (laten) nemen en moet er bijzondere aandacht besteed worden aan het uitvragen van gedragingen en belevingen binnen de context van intieme relaties. Ook een heteroanamnese kan in dit verband van groot belang zijn. Bij deze multiconceptuele, multi-instrumentele benadering moet zowel aandacht besteed worden aan convergente als aan divergente bevindingen. Wanneer de verschillende concepten op deze manier, elk met hun eigen meetprocedure en elk met hun eigen implicaties voor diagnostiek en behandeling, gebruikt worden kan de veelal gesuggereerde tegenstelling tussen betrouwbaarheid enerzijds en validiteit en klinische bruikbaarheid anderzijds wellicht opgegeven worden.

Noten

1. Met Vandereycken (1989) zijn wij van mening dat de Nederlandse vertaling van de term 'Personality Disorder' niet 'persoonlijkheid', maar 'persoonlijkheidsstoornis' moet zijn. Wij zullen daarom ook in DSM-III(-R)-verband spreken van de narcistische persoonlijkheidsstoornis.
2. Met opzet is hier gekozen voor de term 'compromisconcept' en niet voor 'synthetisch concept'. Of en in welke mate bij de besproken compromisconcepten gesproken kan worden van een succesvolle synthese wordt overgelaten aan de lezer.
3. Aangezien er sprake is van enige overlap tussen de beoordelingsdimensies, waarbij een verschuiving in de richting van de pool 'ontwikkelingsproces' samenhangt met een toename van het abstractieniveau (afname directe observeerbaarheid), is de hoek tussen de dimensies geen 90°; de dimensies zijn niet orthogonaal.

Literatuur

- Abraham, K. (1949), A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. In: K. Abraham, *Selected Papers on Psychoanalysis*, Hogarth Press, Londen.
- Adler, G. (1986), Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: Two contrasting approaches. *American Journal of Psychiatry* 143, 430-436.
- Akhtar, S, en J.A. Thomson (1982), Overview: Narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 139, 12-20.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition*. APA, Washington DC 1980.
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, Revised*. APA, Washington DC 1987.
- Bernstein, A. (1981), *An introduction to contemporary psychoanalysis*, hst. 8, 117-128. Jason Aronson, New York.
- Blashfield, R.K., en R.A. McElroy (1987), The 1985 journal literature on the personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 28, 536-546.
- Brink, W. van den (1987), Persoonlijkheid, karakter of rolgedrag. Validiteitsaspecten van de DSM-III classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 445-459.
- Brink, W. van den (1989), *Meting van DSM-III persoonlijkheidspathologie. Betrouwbaarheid en validiteit van de SIDP-R en As II van de DSM-III*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Brink, W. van den (1990), Persoonlijkheidsstoornissen. Conceptualisering, operationalisering en onderzoeksthema's. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 105-125.
- Coulter, R. le (1972), Problemen bij de behandeling van het narcisme (geschreven in 1948). In: R. le Coulter, *Psychoanalytische thema's en variaties*. Van Loghum Slaterus, Deventer, 36-52.
- Dercksen, J.J.L., J.W. van Hummelen en J.M.P. Bouwens (1988), Structurele diagnostiek en het structurele interview. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 445-459.
- Dijk, W.K. van (1974), Depressies, klinische beelden, etiologie en therapeutische aanpak. In: H.M. van Praag en H.G.M. Rooymans, *Stemming en ontstemming*.
- Freud, S. (1914), Zur Einführung des Narzissmus. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 6, 1-24. Nederlandse vertaling: Freud, S. (1985), *Ter introductie van het narcisme*. Boom, Meppel/Amsterdam, 25-64.

- Freud, S. (1910), *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Gesammelte Werke 5, 27. Nederlandse vertaling (1984), *Drie verhandelingen over de theorie van de sexualiteit*, Boom, Meppel/Amsterdam, 47-177.
- Freud, S. (1931), *Über Libidinöse Typen*. Gesammelte Werke 14, 507.
- Gunderson, J.G. (1985), DSM-III diagnosis of personality disorders. In: J.P. Frosch (red.), *Personality disorders*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- Harten, P.N. van (1988), *De narcistische persoonlijkheidsstoornis; verschillende concepten*. Academisch Ziekenhuis Groningen (interne publikatie).
- Jonghe, F. de (1989), De descriptieve en de structurele pathologie van de borderline-patiënt. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 485-499.
- Jones, E. (1964), The God complex. In: E. Jones, *Essays in applied psychoanalysis*. International Universities Press, New York.
- Kernberg, O.F. (1974), Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: A preliminary communication. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 22, 255-267.
- Kernberg, O.F. (1975), *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kernberg, O.F. (1981), Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America* 4, 169-195.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders, psychotherapeutic strategies*. Yale University Press, New Haven.
- Kohut, H. (1968), The psychoanalytic treatment of the narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *Psychoanalytic Study of the Child* 23, 86-113.
- Kohut, H. (1971), *The analysis of the self*. International University Press, Inc., Madison, Connecticut.
- Kohut, H. (1972), Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *Psychoanalytic Study of the Child* 27, 360-400.
- Koster van Groos, G.A.S. (1988), *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R*. Swets en Zeitlinger BV, Lisse.
- Millon, T. (1979), *Modern psychopathology. A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Saunders, Philadelphia.
- Millon, T. (1981), *Disorders of Personality: DSM-III, Axis II*. Wiley, New York.
- Montfoort, R., en C. Clarijs (1988), De behandelsetting voor narcisme. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 14, 46-55.
- Nemiah, J.C. (1961), *Foundations of psychopathology*. Oxford University Press, New York.
- Peursen, C.A. (1984), *De opbouw van de wetenschap*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Ree, van F., G.A.S. Koster van Groos e.a. (1982), *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III*. Swets en Zeitlinger BV, Lisse.
- Reich, A. (1960), Pathologic forms of self-esteem regulation. *Psychoanalytic Study of the Child* 15, 215-232.
- Riviere, J.A. (1936), A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *International Journal of Psychoanalysis* 17, 304-320.
- Rosenfeld, H. (1964), On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis* 45, 332-337.
- Saperstein, J., en J. Gaines (1978), A commentary on the divergent views between Kernberg and Kohut on the theory and treatment of narcissistic personality disorders. *International Review of Psychoanalysis* 5, 413-423.

- Siomopoulos, V. (1988), Narcissistic personality disorder: clinical features. *American Journal of Psychotherapy* 42, 240-253.
- Stolorow, R.D. (1975), Toward a functional definition of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis* 56, 179-185.
- Vandereycken, W. (1989), Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-III-R. Boekbespreking. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, boeken 1, 26-27.

Summary: Narcissistic Personality Disorder. Different Concepts

This article provides a description of five different concepts of the narcissistic personality disorder: the psychoanalytic concepts according to Kohut and Kernberg, the atheoretical concept of DSM-III(-R) and two so-called compromise concepts. The different concepts are compared and potential consequences investigated.

In order to obtain a systematic comparison of concepts, two (partly overlapping) meta-theoretical dimensions are applied: 1. focus (description of a stable outcome versus understanding of a dynamic developmental process) and 2. level of abstraction (concrete versus abstract).

Concepts directed towards the description of a stable outcome in concrete terms are more reliable than concepts with a high level of abstraction, and consequently more suitable for empirical research. Concepts with a higher level of abstraction attempt to provide insight into the dynamic developmental process of the disorder and the actual experiential world of the patient. They facilitate an empathic approach of the patient.

The authors advocate a multi-conceptual, multi-assessment approach using research strategies and assessment instruments that are closely related to the level of abstraction and the focus of the different concepts. This diagnostic approach might alleviate the often assumed contradiction between reliability on the one hand and validity and clinical usefulness on the other.

P.N. van Harten is als psychiater verbonden aan de Dr. D.R. Caprileskliniek, Mohikanenweg, Willemstad, Curaçao, Nederlandse Antillen.

W. van den Brink is als arts/psychiatrisch epidemioloog verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.