

Het verband tussen DSM-IV-as II en de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies

M. DESCHEEMAEKER, B. LOWYCK, Y. VERHAEST, P. LUYTEN, R. VERMOTE

ACHTERGROND In zijn psychodynamische theorie over persoonlijkheidsontwikkeling onderscheidt Blatt een anaclitische en een introjectieve cluster van psychische stoornissen. Terwijl deze theorie en bijhorend onderzoek zich in het verleden voornamelijk gericht hebben op depressie, is er recentelijk groeiende aandacht voor de relevantie van dit onderscheid voor de theoretische conceptualisatie en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

DOEL Het verband onderzoeken tussen kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV en de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies.

METHODE Een cross-sectioneel onderzoek ($n = 48$) werd uitgevoerd in het kader van een follow-upstudie 5 jaar na een psychodynamische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen. Met meervoudige lineairregressieanalyse werd de relatie onderzocht tussen kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen ('SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst') en de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies ('Depressive Experiences Questionnaire'), telkens gecorrigeerd voor de ernst van depressie ('Beck Depression Inventory') en respectievelijk de introjectieve en anaclitische dimensie.

RESULTATEN Wij vonden een positieve samenhang tussen de anaclitische dimensie en kenmerken van afhankelijke en borderlinepersoonlijkheidsstoornis enerzijds en tussen de introjectieve dimensie en kenmerken van ontwijkende, obsessief-compulsieve, passief-agressieve, depressieve, paranoïde, schizotypische en narcistische persoonlijkheidsstoornis anderzijds.

CONCLUSIE Bevindingen stemmen overeen met Blatts assumpties betreffende een anaclitische en een introjectieve cluster van persoonlijkheidsstoornissen en ze bieden belangrijke empirische ondersteuning in dezen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 9-19]

TREFWOORDEN anaclitisch, introjectief, persoonlijkheid, persoonlijkheidsstoornissen, psychodynamisch

Persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door chronische en pervasieve afwijkende innerlijke belevingen en gedragingen. Er bestaan verschillende methodes om persoonlijkheidsstoornissen te classificeren, waarbij de DSM-IV-classificatie een voorname plaats inneemt (American Psychiatric Association 2000).

De laatste tijd neemt de kritiek op het descriptieve en categoriale karakter van deze benadering echter toe (bijvoorbeeld Livesley 2003; Luyten & Blatt 2007). Belangrijke kritiepunten hierbij zijn:

- persoonlijkheidsstoornissen worden als kwalitatief te onderscheiden categorieën beschouwd, terwijl comorbiditeit in de praktijk eerder regel dan uitzondering is;

- er bestaat een sterke heterogeniteit binnen elke categorie van persoonlijkheidsstoornissen;
- verschillende persoonlijkheidsstoornissen zijn niet onder te brengen in een van de DSM-categorieën.

Bovendien wordt ook de assumptie dat er een categoriaal verschil zou zijn tussen persoonlijkheidsstoornissen en normaal psychologisch functioneren – een belangrijke premisse van de DSM – steeds meer in twijfel getrokken (bijvoorbeeld Widiger & Trull 2007).

Als gevolg van deze kritiekpunten groeit de interesse om zowel normale als meer pathologische persoonlijkheid in kaart te brengen aan de hand van een dimensionele, op etiologie gebaseerde classificatie. Verschillende theoretische kaders en onderzoeklijnen werden in dit verband geformuleerd (bijvoorbeeld Cloninger 2000; Shedler & Westen 2004; Tackett e.a. 2008; Widiger & Trull 2007). Empirisch aangetoonde verbanden tussen deze persoonlijkheidsdimensies en as I-stoornissen kunnen een gedeeltelijke verklaring bieden voor comorbiditeit tussen as I en as II (bijvoorbeeld Krueger e.a. 2005). Deze persoonlijkheidsdimensies zijn tevens goede kandidaten voor relevante patiëntvariabelen in onderzoek naar de beste match tussen patiëntkenmerken en behandelingsvorm (bijvoorbeeld Blatt & Luyten 2009).

In dit artikel richten wij ons op de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies zoals geformuleerd door Blatt (2007, 2008; Blatt & Luyten 2009) omdat deze een belangrijke bijdrage kunnen leveren die past binnen een empirisch onderbouwde theorie over normale en pathologische persoonlijkheidsontwikkeling.

Anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies

Blatt stelt dat normale persoonlijkheidsontwikkeling vanaf de geboorte verloopt via een evenwichtige, dialectische interactie tussen twee fundamentele ontwikkelingslijnen: de anaclitische en de introjectieve (Blatt & Blass 1990). De anaclitische lijn verwijst naar de toenemende capaciteit tot het aangaan van wederzijdse, complexe, stabiele en

bevredigende interpersoonlijke relaties waarin sprake is van vertrouwen en intimiteit. De introjectieve lijn omvat het ontstaan van een gedifferentieerd, stabiel, realistisch, positief en geïntegreerd zelfbeeld.

Individen verschillen in de relatieve nadruk die zij op deze twee ontwikkelingslijnen leggen. Dit verschil leidt tot twee persoonlijkheidsdimensies of -stijlen: de anaclitische en de introjectieve stijl (Blatt & Shichman 1983). In een normale ontwikkeling gaat het om een accentverschil tussen beide dimensies. Psychische stoornissen, daarentegen, worden gekenmerkt door een te sterke klemtoon op de ene lijn ten koste van de ontwikkeling van de andere. Op basis daarvan onderscheidt Blatt (2008) twee basale configuraties van psychische stoornissen, waarin de verschillende as I- en as II-stoornissen ingedeeld kunnen worden op drie structurele niveaus: psychotisch, borderline en neurotisch.

In geval van anaclitische stoornissen wordt het zelf bijna uitsluitend gedefinieerd op basis van de kwaliteit van interpersoonlijke ervaringen. Individen met een psychische stoornis uit het introjectieve register daarentegen zijn zo sterk gericht op het behouden van een gevoel van zelfidentiteit dat ze interpersoonlijke relaties verwaarlozen. Blatt gebruikt de termen ‘afhankelijkheid’ en ‘zelfkritiek’ om te verwijzen naar de maladaptieve dimensies op respectievelijk de anaclitische en de introjectieve ontwikkelingslijn. Afhankelijke individuen leggen een te sterke en eenzijdige nadruk op de anaclitische ontwikkelingslijn en kenmerken zich door een grote behoefte aan zorg en liefde. Zelfkritische individuen leggen een te sterke klemtoon op de introjectieve lijn en zijn voornamelijk bezig met controle en zelfwaarde.

Voor dit model bestaat een ruime empirische onderbouwing en een groeiend aantal studies wijst erop dat het sterke theoretische en empirische convergentie vertoont met interpersoonlijke en gehechtheidsmodellen. Het is in theoretisch verwachte richting gerelateerd aan persoonlijkheidstheorieën die gebaseerd zijn op multivariaat onderzoek, zoals het *five-factor* model, het tripartite

model en het internaliserend-externaliserend model. Voor een overzicht van deze studies verwijzen we naar Blatt (2008) en Blatt en Luyten (2009, 2010).

Bovendien biedt deze onderverdeling belangrijke klinische handvatten bij het aanpassen van de therapeutische aanpak aan de noden van de patiënt in kwestie. Er is namelijk evidentie dat anaclitische en introjectieve patiënten andere noden hebben en op verschillende wijze evolueren tijdens therapie (o.a. Blatt 1992; Blatt e.a. 2007; Blatt & Felsen 1993; Blatt & Ford 1994; Vermote e.a. 2009). Introjectieve patiënten doen het beter in een langdurige, inzichtgevende behandeling, terwijl voor anaclitische patiënten een meer gestructureerde, ondersteunende behandeling aangeraden wordt.

Onderzoek richtte zich tot voor kort voornamelijk op depressie (o.a. Blatt 2004; Luyten e.a. 2005; Zuroff e.a. 2004) en het ontbreekt aan degelijke empirische studies die de relevantie van deze dimensies aantonen voor individuen met een persoonlijkheidsstoornis. Blatt (2008) argumenteert dat de afhankelijke, theatrale en borderlinepersoonlijkheidsstoornis, zoals geformuleerd in de DSM-IV, tot de anaclitische cluster behoren, terwijl de ontwijkende, obsessieve-compulsieve, paranoïde, schizoïde, schizotypische, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis eerder tot de introjectieve cluster behoren.

Deze theoretische formulering wordt enigszins bevestigd door een aantal empirische studies (Cogswell & Alloy 2006; Morse e.a. 2002; Ouimette e.a. 1994; Ryder e.a. 2008). Toch bieden deze studies geen eenduidige steun voor Blatts aannames. Dit kan deels te maken hebben met een aantal methodologische beperkingen. Ten eerste bestond de onderzoekspopulatie in deze studies telkens ofwel uit volwassenen zonder psychische klachten, ofwel uit een heterogene groep patiënten die niet allemaal de diagnose van persoonlijkheidsstoornis hadden. Ten tweede werden de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies op verschillende manieren geoperationaliseerd; bijvoorbeeld in sommige studies met de factoren afhankelijkheid en zelfkritiek ('Depressive Experiences

Questionnaire') en in andere studies met de vergelijkbare meting van sociotropie en autonomie ('Personality Style Inventory') volgens Beck (1983, 1999). Ten derde werd er niet altijd gecorrigeerd voor de ernst van depressie. Dat laatste is echter essentieel, aangezien onderzoek aantoonde dat de afhankelijke en zelfkritische persoonlijkheidsdimensies deels stabiele persoonlijkheidstrekken vormen, maar ook dat ze positief samenhangen met de ernst van depressie (o.a. Bagby e.a. 1994; Luyten e.a. 2005; Zuroff e.a. 1999).

De huidige studie

Het doel van deze cross-sectionele studie is het verband na te gaan tussen de descriptieve kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV en de anaclitische versus introjectieve persoonlijkheidsdimensie na correctie voor de ernst van depressie. Dit onderzoek vond plaats bij 48 participanten 5 jaar na afloop van een psychodynamische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen (zie hieronder). Deze studie kan dus ook opgevat worden als een bijdrage aan het onderzoek naar de concurrente validiteit tussen de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' en de 'Depressive Experiences Questionnaire'.

Op basis van Blatts (2008) theorie en de besproken eerdere onderzoeken (Cogswell & Alloy 2006; Morse e.a. 2002; Ouimette e.a. 1994; Ryder e.a. 2008) voorspellen we een samenhang tussen afhankelijkheid (de operationalisatie van de maladaptieve dimensie op de anaclitische ontwikkelingslijn) en kenmerken van de afhankelijke, theatrale en borderlinepersoonlijkheidsstoornis enerzijds en tussen zelfkritiek (de operationalisatie van de maladaptieve dimensie op de introjectieve ontwikkelingslijn) en kenmerken van de ontwijkende, obsessieve-compulsieve, passief-agressieve, depressieve, paranoïde, schizoïde, schizotypische, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis anderzijds.

METHODE

Procedure

Deze studie maakt onderdeel uit van een ruimer onderzoek ($n = 70$) naar procesuitkomsten bij de psychodynamische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in het UPC KU Leuven, campus Kortenberg. Meer details over het onderzoek en de resultaten werden eerder beschreven (Vermote e.a. 2009, 2010, 2011).

De behandeling richtte zich voornamelijk op: het vergroten van een innerlijk gevoel van veiligheid (Winnicott 1971), het beter differentiëren en integreren van zelf- en objectrepresentaties (Kernberg 1996) en het verbeteren van het vermogen tot reflectief functioneren (Fonagy e.a. 2002). Patiënten waren doorverwezen door de tweede- of derde-lijns hulpverlening.

Inclusiecriteria in dit ruimere onderzoek waren: een primaire diagnose van een persoonlijkheidsstoornis, leeftijd tussen 18 en 65 jaar en Nederlandstalig zijn. Exclusiecriteria werden beperkt om een maximale representativiteit voor de dagelijkse klinische praktijk te verzekeren en kwamen overeen met de exclusiecriteria voor behandeling: psychotische stoornissen (op korte, reactieve psychotische episodes na), een antisociale persoonlijkheidsstoornis, ernstige verslavingen en psychiatrische stoornissen die een gevolg waren van een medische toestand.

Eerder onderzoek tot 12 maanden follow-up toonde verbeteringen aan op het vlak van symptomen en persoonlijkheidsfunctioneren tijdens en na behandeling. Daarnaast was er evidentie voor twee grote groepen patiënten met een verschillende respons op behandeling, wiens scores op de DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen gedeeltelijk overeenstemden met Blatts (2008) indeling in een introjectieve en een anaclitische cluster. Deze bevinding bood, post hoc en zonder een rechtstreekse meting van zelfkritiek of afhankelijkheid, enige evidentie dat een dergelijke indeling relevant was voor de uitkomst van de behandeling.

Participanten werden 5 jaar na het einde van hun behandeling telefonisch benaderd met de vraag mee te werken aan een vervolgstudie bestaande uit een aantal vragenlijsten. In totaal werden 48 respondenten geïncludeerd; 3 respondenten waren overleden, 9 konden niet bereikt worden, 6 weigerden de vragenlijsten in te vullen en 4 hadden de vragenlijsten ontvangen, maar hadden deze niet teruggestuurd.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische commissie van het UPC KU Leuven en alle participanten ondertekenden een formulier voor informed consent.

Participanten

Participanten waren 23 tot 64 jaar oud (gemiddeld: 33,46; SD: 9,19). Verdere demografische gegevens worden beschreven in tabel 1. Alle patiënten vullden bij opname de criteria voor minstens één persoonlijkheidsstoornis op basis van de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' en klinische beoordeling. De gemiddelde behandelduur was 10 maanden (uitersten: 3-14,5 maanden).

Meetinstrumenten

De 'Depressive Experiences Questionnaire' (DEQ; Blatt e.a. 1976) bestaat uit 66 items die gescoord worden op een 7-puntslikertschaal (met 1 = helemaal niet akkoord, en 7 = helemaal akkoord). Deze vragenlijst werd oorspronkelijk ontworpen om een onderscheid te maken tussen een anaclitische en een introjectieve depressie en bestaat daarom uit items die gebaseerd zijn op levenservaringen van depressieve patiënten. Op basis van de antwoorden worden de factoren afhankelijkheid en zelfkritiek berekend. De Nederlandstalige versie van deze vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid, dezelfde factorstructuur en vergelijkbare convergente en divergente validiteit als de oorspronkelijke Engelstalige versie (Blatt 2004; Blatt e.a. 1976; Luyten e.a. 1997, 2007). We maakten gebruik van het oorspronkelijke scoringstelsel van Blatt e.a. (1976).

TABEL 1		Demografische gegevens van de participanten	
Kenmerk		n	(%)
Geslacht	Man	11	(23)
	Vrouw	37	(77)
Burgerlijke staat	Ongehuwd	19	(40)
	Gehuwd	10	(21)
	Samenwonend	11	(23)
	Gescheiden	6	(13)
	Woont bij ouders	2	(4)
Activiteit/inkomsten	Student	7	(15)
	Werkend	25	(52)
	Arbeidsongeschikt	10	(21)
	Andere	6	(13)
Opnameduur (in maanden)	3 tot 6	9	(19)
	6 tot 9	5	(10)
	9 tot 12	24	(50)
	12 tot 13	8	(17)
	Langer dan 13	3	(6)
Persoonlijkheidsstoornis bij opname	Cluster A	1	(2)
	Cluster B	36	(75)
	borderline	25	(52)
	narcistisch	7	(15)
	theatraal	1	(2)
	borderline en narcistisch	2	(4)
	borderline en theatraal	1	(2)
	Cluster C	7	(15)
	afhankelijk	2	(4)
	afhankelijk en ontwijkend	1	(2)
	NAO	4	(8)
	Cluster B + C	4	(8)
	borderline en afhankelijk	1	(2)
borderline en ontwijkend	1	(2)	
narcistisch en obsessief-compulsief	1	(2)	
theatraal en afhankelijk	1	(2)	

NAO = niet anderszins omschreven.

De 'Beck Depression Inventory' (BDI; Beck & Steer 1993) wordt gebruikt als een index van de ernst van een depressief toestandsbeeld. Deze bestaat uit 21 depressieve symptomen waarvan participanten telkens aangeven in welke mate ze voorkomen. Deze vragenlijst heeft een voldoende bewezen validiteit en betrouwbaarheid (Beck e.a. 1988) en de Nederlandstalige versie heeft vergelijkbare psychometrische eigenschappen (Schotte e.a. 1997).

De 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' (van 'Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV-as II-stoornissen'; Weertman e.a. 2000) bevat 119 vragen op basis van de diagnostische criteria voor de tien

DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen en de twee bijkomende persoonlijkheidsstoornissen in appendix B. Participanten dienen met ja of nee te antwoorden en resultaten kunnen zowel categoriaal als dimensioneel gescoord worden. In deze studie gebruikten we enkel de dimensionele scores, waarbij per persoonlijkheidsstoornis het aantal ja-antwoorden opgeteld werd.

Data-analyse

Eerst werden product-momentcorrelaties volgens Pearson berekend tussen enerzijds de 12

scores op de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' en anderzijds de DEQ-score op afhankelijkheid en zelfkritiek. Vervolgens werd voor elke 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst'-score een meervoudige lineaireregressieanalyse uitgevoerd op afhankelijkheid of zelfkritiek. Aangezien er een positief verband is tussen ernst van depressie en beide persoonlijkheidsdimensies (afhankelijkheid: $r = 0,51$; $p < 0,001$; zelfkritiek: $r = 0,61$; $p < 0,001$) werd telkens gecorrigeerd voor ernst van depressie. Gezien de significante positieve correlatie tussen afhankelijkheid en zelfkritiek in deze studie ($r = 0,44$; $p < 0,01$) werd er in de regressieanalyse ook telkens gecorrigeerd voor respectievelijk zelfkritiek of afhankelijkheid. Dit maakt het mogelijk de unieke bijdrage van elke persoonlijkheidsdimensie te bepalen. Effectgroottes werden berekend aan de hand van f^2 . Volgens Cohens (1988) conventionele richtlijnen komen een klein, matig en groot effect overeen met respectievelijk een f^2 van 0,02; 0,15 en 0,35.

RESULTATEN

Descriptieve waarden van de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' en product-momentcorrelaties volgens Pearson met DEQ-scores (afhankelijkheid: $M = -0,64$; $SD = 1,15$; zelfkritiek: $M = -0,37$;

$SD = 1,17$) worden gepresenteerd in tabel 2. Het gemiddelde aantal kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen en de gemiddelde scores op de DEQ waren laag in deze steekproef, wat waarschijnlijk samenhangt met het gegeven dat deze individuen reeds een intensieve behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen gevolgd hadden. Alle scores op de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst', behalve de theatrale en de antisociale, vertoonden een significante positieve correlatie met zelfkritiek. De ontwijkende, afhankelijke, passief-agressieve, depressieve, schizotypische, narcistische en borderlinescores vertoonden bovendien een significante positieve correlatie met afhankelijkheid.

De resultaten van de meervoudige lineaireregressieanalyses worden weergegeven in tabel 3. Na correctie voor afhankelijkheid en ernst van depressie, was zelfkritiek een significante predictor voor de ontwijkende, obsessieve-compulsieve, passief-agressieve, depressieve, paranoïde, schizotypische en narcistische persoonlijkheidsdimensies. Afhankelijkheid, na correctie voor zelfkritiek en ernst van depressie, was een significante predictor voor de afhankelijke en borderlinepersoonlijkheidsdimensies. Effectgroottes gemeten met f^2 varieerden hierbij van klein (0,10) tot groot (0,64), afhankelijk van het te voorspellen criterium (Cohen 1988). Noch zelfkritiek, noch afhankelijkheid was een signifi-

TABEL 2 Aantal vragen, gemiddelde, standaarddeviatie en bereik van dimensionele scores op de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' en product-momentcorrelaties met afhankelijkheid en zelfkritiek (DEQ)

SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst	Aantal vragen	gem., SD (bereik)	Correlatie met DEQ	
			afhankelijkheid	zelfkritiek
Ontwikkend	7	2,73; 2,11 (0-7)	0,48*	0,57*
Afhankelijk	8	1,71; 1,81 (0-6)	0,69*	0,50*
Obsessief-compulsief	9	3,02; 2,00 (0-8)	0,14	0,49*
Passief-agressief	8	1,10; 1,42 (0-5)	0,41*	0,50*
Depressief	8	2,98; 2,44 (0-8)	0,53*	0,79*
Paranoïde	8	1,75; 2,02 (0-7)	0,21	0,54*
Schizotypisch	11	1,52; 1,29 (0-6)	0,43*	0,56*
Schizoïde	6	1,31; 1,29 (0-5)	0,21	0,30**
Theatraal	7	1,00; 1,17 (0-5)	0,18	0,17
Narcistisch	17	1,44; 1,50 (0-6)	0,38*	0,46*
Borderline	15	4,63; 3,52 (0-12)	0,67*	0,49*
Antisociaal	15	0,87; 1,70 (0-8)	0,28	0,21

* $p < 0,01$, tweezijdig.
** $p < 0,05$, tweezijdig.

TABEL 3 Resultaten van meervoudige lineaire regressieanalyses van dimensionele scores op de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' op afhankelijkheid en zelfkritiek (DEQ), gecorrigeerd voor ernst van depressie (BDI)

SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst	BDI		DEQ afhankelijkheid		DEQ zelfkritiek	
	β	f^2	β	f^2	β	f^2
Ontwijkend	0,21	0,03	0,23	0,07	0,34*	0,12
Afhankelijk	0,39**	0,20	0,47***	0,40	0,04	0,00
Obsessief-compulsief	-0,20	0,03	-0,04	0,00	0,64***	0,32
Passief-agressief	0,11	0,01	0,20	0,04	0,34*	0,10
Depressief	0,15	0,03	0,18	0,09	0,61***	0,64
Paranoïde	-0,09	0,00	-0,01	0,00	0,61***	0,30
Schizotypisch	0,24	0,05	0,16	0,03	0,34*	0,11
Schizoïde	0,55**	0,22	-0,05	0,00	-0,03	0,00
Theatraal	-0,14	0,01	0,17	0,02	0,18	0,02
Narcistisch	-0,13	0,01	0,25	0,05	0,44*	0,15
Borderline	0,19	0,04	0,52***	0,39	0,14	0,02
Antisociaal	0,05	0,00	0,22	0,04	0,09	0,00

* $p < 0,05$, tweezijdig.

** $p < 0,01$, tweezijdig.

*** $p < 0,001$, tweezijdig.

cante unieke predictor voor de schizoïde, theatrale en antisociale persoonlijkheidsdimensies.

DISCUSSIE

In deze cross-sectionele studie werd het unieke verband nagegaan tussen kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV en de anaclitische en introjectieve persoonlijkheidsdimensies (geoperationaliseerd met de factoren afhankelijkheid en zelfkritiek respectievelijk). Het gebruik van DSM-kenmerken in plaats van categoriale diagnoses strookt met de huidige tendens om persoonlijkheidsstoornissen op dimensionele wijze te benaderen (o.a. Widiger & Trull 2007). Op basis van de theorie van Blatt (2008) en eerder onderzoek (Cogswell & Alloy 2006; Morse e.a. 2002; Ouimette e.a. 1994; Ryder e.a. 2008) voorspelden we een samenhang tussen afhankelijkheid en kenmerken van de afhankelijke, theatrale en borderlinepersoonlijkheidsstoornis enerzijds en een samenhang tussen zelfkritiek en kenmerken van de ontwijkende, obsessieve-compulsieve, passief-agressieve, depressieve, paranoïde, schizoïde, schizotypische, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis anderzijds.

Onze resultaten toonden ten eerste een positieve samenhang aan tussen kenmerken van alle persoonlijkheidsstoornissen (behalve de theatrale en antisociale) en zelfkritiek. Dit sluit aan bij eerder onderzoek waarin zelfkritiek een meer algemene factor is die een rol speelt bij een brede waaier van psychische stoornissen (o.a. Luyten e.a. 2007). Verder vonden wij een positieve samenhang tussen kenmerken van de ontwijkende, afhankelijke, passief-agressieve, depressieve, schizotypische, narcistische en borderlinepersoonlijkheidsstoornis en afhankelijkheid. De bevinding dat afhankelijkheid minder gerelateerd is aan persoonlijkheidsproblematiek dan zelfkritiek sluit aan bij eerder onderzoek waaruit bleek dat afhankelijkheid aspecten van zowel kwetsbaarheid als veerkracht (bijvoorbeeld het zoeken van sociale steun) omvat (o.a. Bornstein 1998; Shahar & Priel 2003).

Ten tweede vonden wij een positief verband tussen de persoonlijkheidsdimensies zelfkritiek en afhankelijkheid onderling. Hoewel dit in niet-klinische populaties factoren zijn die haaks op elkaar staan, vindt men in klinische groepen vaak evidentie voor een positief verband (o.a. Blatt 2004). Desondanks heeft onderzoek aangetoond dat zelfkritiek en afhankelijkheid duidelijk van elkaar te

onderscheiden concepten zijn, die ook niet te herleiden zijn tot neuroticisme (o.a. Clara e.a. 2003; Dunkley e.a. 1997; Zuroff e.a. 2004). Dit positieve verband maakte het wel essentieel om in verdere analyses te corrigeren voor de ene dimensie om de unieke bijdrage van de andere te bepalen. Ook tussen deze dimensies en de ernst van depressie werd een sterk positief verband aangetoond; een belangrijke methodologische bijdrage van deze studie bestaat eruit dat we ook hiervoor gecorrigeerd hebben. Eerder onderzoek geeft aanwijzingen dat zelfkritiek en afhankelijkheid een kwetsbaarheid vormen voor depressie en dat ze niet louter symptomen daarvan meten (o.a. Bagby e.a. 1994; Luyten e.a. 2005; Zuroff e.a. 1999).

Ten derde is de belangrijkste bevinding van onze studie dat resultaten aantoonde dat er, na correctie voor ernst van depressie en afhankelijkheid, een positief verband was tussen zelfkritiek en kenmerken van de ontwijkende, obsessieve-compulsieve, passief-agressieve, depressieve, paranoïde, schizotypische en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wat betreft afhankelijkheid restte er na correctie voor ernst van depressie en zelfkritiek een positief verband met kenmerken van de afhankelijke en borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Deze bevindingen komen grotendeels overeen met Blatts (2008) assumpties en liggen in dezelfde lijn als de resultaten van eerdere studies bij volwassenen zonder psychiatrische klachten en psychiatrische patiënten (Cogswell & Alloy 2006; Morse e.a. 2002; Ouimette e.a. 1994; Ryder e.a. 2008).

In tegenstelling tot deze eerdere studies, bieden onze resultaten echter meer eenduidige steun voor Blatts indeling van persoonlijkheidsstoornissen in een anaclitische en introjectieve cluster. Bovendien waren kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen in onze studie na statistische correctie slechts met één persoonlijkheidsdimensie gecorreleerd, daar waar eerdere studies vaak vonden dat deze gecorreleerd waren met beide dimensies. In tegenstelling tot onze verwachtingen was er na statistische correctie geen verband tussen kenmerken van de schizoïde, theatrale of antisociale persoonlijkheidsstoornis en afhankelijkheid

of zelfkritiek. Het zou kunnen dat een bestaand verband op populatieniveau niet tot uiting kwam door de beperkte variantie in de kenmerken van deze drie persoonlijkheidsstoornissen (zie tabel 2) en de relatief kleine steekproef. Verder onderzoek hiernaar is echter nodig.

Beperkingen Ondanks de sterke punten heeft onze studie ook enkele beperkingen. Ten eerste beperkt de relatief kleine steekproef ($n = 48$) het statistisch onderscheidingsvermogen en de generaliseerbaarheid van de resultaten. Ten tweede werden de antwoorden op de 'SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst' niet nagevraagd aan de hand van het gestructureerd klinisch interview, wat tot verhoogde scores kan leiden. Ten derde was het gemiddeld aantal kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen vaak laag (zie tabel 2), waardoor we niet kunnen weten of deze resultaten te generaliseren zijn naar een groep met ernstige persoonlijkheidsproblemen op het moment van het onderzoek. Hierbij komt dat de antisociale persoonlijkheidsstoornis zelfs een exclusiecriteria was, wat niet uitsluit dat sommige patiënten wel antisociale kenmerken vertoonden.

CONCLUSIE

We kunnen stellen dat onze studie bijdraagt aan de evidentie voor het belang van een introjectieve en een anaclitische cluster bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dit betekent dat deze twee dimensies, die gebaseerd zijn op een empirisch onderbouwde theorie over persoonlijkheidsontwikkeling, een alternatief kunnen bieden voor de descriptieve DSM-IV-categorisatie van persoonlijkheidsstoornissen. Gezien de genoemde beperkingen van ons onderzoek, lijkt het ons belangrijk na te gaan of dit ook in een grotere groep individuen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis het geval is.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de tekstrevisie). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- Bagby RM, Schuller DR, Parker JD, Levitt A, Joffe RT, Shafir MS. Major depression and the self-criticism and dependency personality dimensions. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 597-9.
- Beck AT. Cognitive therapy of depression: new perspectives. In: Clayton PJ, Barrett JE, editors. Treatment of depression: old controversies and new approaches. New York: Raven Press; 1983. p. 265-90.
- Beck AT. Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In: Cloninger CR, red. Personality and psychopathology. Washington/London: American Psychiatric Press; 1999. p. 411-29.
- Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 77-100.
- Blatt SJ. The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *J Am Psychoanal Assoc* 1992; 40: 691-724.
- Blatt SJ. Experiences of depression: Theoretical, research, and clinical perspectives. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
- Blatt SJ. A fundamental polarity in psychoanalysis: Implications for personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Psychoanal Inq* 2007; 26: 494-520.
- Blatt SJ. Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
- Blatt SJ, Blass RB. Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanal Study Child* 1990; 45: 107-27.
- Blatt SJ, Felsen I. 'Different kinds of folks may need different kinds of strokes': the effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychother Res* 1993; 3: 245-59.
- Blatt SJ, Ford R. Therapeutic change: An object relations perspective. New York: Plenum Press; 1994.
- Blatt SJ, Luyten P. A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 793-814.
- Blatt SJ, Luyten P. Reactivating the psychodynamic approach to classify psychopathology. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E, editors. Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11. New York: Guilford Press; 2010. p. 483-514.
- Blatt SJ, Shichman S. Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanal Contemp Thought* 1983; 6: 187-254.
- Blatt SJ, Besser A, Ford RQ. Two primary configurations of psychopathology and change in thought disorder in long-term intensive inpatient treatment of seriously disturbed young adults. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1561-7.
- Blatt SJ, D'Afflitti JP, Quinlan DM. Experiences of depression in normal young adults. *J Abnorm Psychol* 1976; 85: 383-9.
- Bornstein RF. Depathologizing dependency. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 67-73.
- Clara IP, Cox BJ, Enns MW. Hierarchical models of personality and psychopathology: The case of self-criticism, neuroticism, and depression. *Pers Individ Dif* 2003; 35: 91-9.
- Cloninger CR. A practical way to diagnosis personality disorder: A proposal. *J Pers Disord* 2000; 14: 99-108.
- Cogswell A, Alloy LB. The relation of neediness and Axis II pathology. *J Pers Disord* 2006; 20: 16-21.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum; 1988.
- Dunkley DM, Blankstein KR, Flett GL. Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Pers Individ Dif* 1997; 23: 1041-53.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
- Kernberg OF. A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Clarkin JF, Lenzenweger MF, editors. Major theories of personality disorders. New York: Guilford Press; 1996. p. 106-37.
- Krueger RF, Markon KE, Patrick CJ, Iacono WG. Externalizing psychopathology in adulthood: a dimensional-spectrum conceptualization and its implications for DSM-V. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 537-50.
- Livesley WJ. Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA, red. Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis. Washington: American Psychiatric Association; 2003. p. 153-90.
- Luyten P, Blatt SJ. Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry* 2007; 70: 85-99.

- Luyten P, Corveleyn J, Blatt SJ. Depressieve Ervaringen Vragenlijst (DEV): Nederlandstalige versie van de Depressive Experiences Questionnaire. Leuven: KU Leuven; 1997.
- Luyten P, Corveleyn J, Blatt SJ. The convergence among psychodynamic and cognitive-behavioral theories of depression: A critical review of empirical research. In: Corveleyn J, Luyten P, Blatt SJ, red. *The theory and treatment of depression: Towards a dynamic interactionism model*. Mahwah: Lawrence Erlbaum; 2005. p. 95-136.
- Luyten P, Sabbe B, Blatt SJ, Meganck S, Jansen B, De Grave C, e.a. Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depress Anxiety* 2007; 24: 586-96.
- Morse JQ, Robbins CJ, Gittes-Fox M. Sociotropy, autonomy, and personality disorder criteria in psychiatric patients. *J Pers Disord* 2002; 16: 549-60.
- Ouimette PC, Klein DN, Anderson R, Riso LP, Lizardi H. Relationship of sociotropy/autonomy and dependency/self-criticism to DSM-III-R personality disorders. *J Abnorm Psychol* 1994; 103: 743-9.
- Ryder AG, McBride C, Bagby RM. The association of affiliation and achievement personality styles with DSM-IV personality disorders. *J Pers Disord* 2008; 22: 208-16.
- Schotte CKW, Maes M, Cluydts R, De Doncker D, Cosyns P. Construct validity of the Beck Depression Inventory in a depressive population. *J Affect Disord* 1997; 46: 115-25.
- Shahar G, Priel B. Active vulnerability, adolescent distress, and the mediating/suppressing role of life events. *Pers Individ Dif* 2003; 35: 199-218.
- Shedler J, Westen D. Dimensions of personality pathology: An alternative to the five-factor model. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1743-54.
- Tackett JL, Silberschmidt AL, Krueger RF, Sponheim SR. A dimensional model of personality disorder: Incorporating DSM cluster A characteristics. *J Abnorm Psychol* 2008; 117: 454-9.
- Vermote R, Fonagy P, Vertommen H, Verhaest Y, Stroobants R, Vandeneede B, e.a. Outcome and outcome trajectories of personality disordered patients during and after a psychoanalytic hospitalization-based treatment. *J Pers Disord* 2009; 23: 294-307.
- Vermote R, Lowyck B, Luyten P, Verhaest Y, Vertommen H, Vandeneede B, e.a. Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 303-13.
- Vermote R, Lowyck B, Luyten P, Vertommen H, Corveleyn J, Verhaest Y, e.a. Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 110-5.
- Weertman A, Arntz A, Kerkhofs MLM. SCID-II Persoonlijkheidsvragenlijst. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2000.
- Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 2007; 62: 71-83.
- Winnicott DW. *Playing and Reality*. London: Routledge; 1971.
- Zuroff DC, Blatt SJ, Sanislow CA, Bondi CM, Pilkonis PA. Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *J Abnorm Psychol* 1999; 108: 76-89.
- Zuroff DC, Mongrain M, Santor DA. Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychol Bull* 2004; 130: 489-511.

AUTEURS

MATHILDE DESCHEEMAER, doctoraatsstudent, Departement Psychologie, KU Leuven.

BENEDICTE LOWYCK, doctor in de Psychologie en psychotherapeut, UPC KU Leuven, campus Kortenberg.

YANNIC VERHAEST, licentiaat in de Psychologie en onderzoekspsycholoog, UPC KU Leuven, campus Kortenberg.

PATRICK LUYTEN, docent, Departement Psychologie, KU Leuven.

RUDI VERMOTE, psychiater-psychoanalyticus en diensthoofd werkzaam in het UPC KU Leuven, campus Kortenberg.

Correspondentieadres: Mathilde Descheemaeker, departement Psychologie KU Leuven, Tiensestraat 102, B-3000 Leuven, België.

E-mail: mathilde.descheemaeker@ppw.kuleuven.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-5-2012.

SUMMARY

The relationship between DSM-IV axis II and the anaclitic and introjective personality dimensions – M. Descheemaeker, B. Lowyck, Y. Verhaest, P. Luyten, R. Vermote –

BACKGROUND In his psychodynamic theory of personality development, Blatt distinguishes between an anaclitic and an introjective cluster of psychological disorders. Whereas, in the past, research in this area has focused mainly on depression, nowadays more and more attention is being given to the relevance of this distinction for the theoretical conceptualisation and treatment of personality disorders (PD).

AIM To examine the association between DSM-IV PD characteristics and the anaclitic and introjective personality dimensions.

METHOD We conducted a cross-sectional study ($n = 48$) embedded in a five-year follow-up study after psychodynamic treatment for PD. We used multiple linear-regression analysis to investigate the relationship between PD characteristics (SCID-II Personality Questionnaire) and the anaclitic and introjective personality dimensions (Depressive Experiences Questionnaire), while controlling for the severity of the depression (Beck Depression Inventory) and for the introjective and anaclitic dimension, respectively.

RESULTS There was evidence for a positive relationship between the anaclitic dimension and dependent and borderline PD characteristics on the one hand and between the introjective dimension and avoidant, obsessive-compulsive, passive-aggressive, depressive, paranoid, schizotypal and narcissistic PD characteristics on the otherhand.

CONCLUSION Results are consistent with and provide important empirical support for Blatt's assumptions concerning an anaclitic and an introjective cluster of personality pathology.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 9-19]

KEY WORDS anaclitic, introjective, personality, personality disorders, psychodynamic