

Psychodynamische diagnostiek geeft klachten en symptomen een persoonlijke betekenis

T. Ingenhoven, L. van Riel, H.L. Van

- Achtergrond** Psychodynamische diagnostiek richt zich op de interne psychische processen die ten grondslag liggen aan klachten en symptomen. Ze biedt inzicht in het persoonlijkheidsfunctioneren en de intra- en interpersoonlijke dynamieken die bepalend zijn voor het ontstaan en beloop van psychiatrische stoornissen.
- Doel** De rol schetsen van psychodynamische diagnostiek binnen het diagnostisch proces, met aandacht voor zowel theoretische concepten als de praktische toepasbaarheid in de klinische praktijk.
- Methode** Bespreking van relevante concepten en methoden aan de hand van literatuur en de behandelpraktijk.
- Resultaten** Psychodynamische diagnostiek levert essentiële informatie over de aard, ernst en betekenis van psychische klachten en symptomen, zowel bij symptoomstoornissen als bij persoonlijkheidsstoornissen. Ze biedt aanknopingspunten voor de indicatiestelling, het formuleren van behandeldoelen, en voor het hanteren van (tegen)overdracht in de therapeutische relatie. Er zijn uiteenlopende methoden om psychodynamische diagnostiek vorm te geven, waaronder verschillende semigestructureerde interviews en zelfrapportagevragenlijsten.
- Conclusie** Psychodynamische diagnostiek vormt een waardevolle aanvulling op de gebruikelijke descriptieve categoriale diagnostiek en is essentieel voor indicatiestelling en een effectieve behandeling.

Psychodynamische diagnostiek richt zich op innerlijke psychische processen, zoals conflicten, afweer en internalisaties, en onderzoekt hoe deze het intra- en interpersoonlijk functioneren beïnvloeden. Ze is bedoeld om inzicht te geven in de onderliggende dynamieken van het denken, voelen en handelen, met bijzondere aandacht voor patronen die zich manifesteren in reactie op stressvolle gebeurtenissen. Dergelijke patronen beïnvloeden onder meer het zelfbeeld, gevoel van eigenwaarde, interpersoonlijke relaties, normatieve overtuigingen en copingstrategieën.¹ Een dussdanige inventarisatie draagt bij aan een gedetailleerd beeld van zowel iemands capaciteiten als beperkingen en vormt daarmee een essentiële basis voor een behandeladvies. In dit artikel bespreken we psychodynamische concepten en relevante methoden aan de hand van literatuur en de behandelpraktijk.

Onderscheidende kenmerken

Psychodynamische diagnostiek onderscheidt zich duidelijk van descriptieve diagnostiek, die gericht is op de expressie van psychiatrische aandoeningen in de vorm

van symptomen en concreet observeerbaar gedrag, zoals in het DSM-classificatiesysteem. Ook onderscheidt psychodynamische diagnostiek zich van diagnostiek op basis van persoonlijkheidstrekken, die voortkomt uit de nomologische traditie binnen de testpsychologie en gebaseerd is op grootschalige epidemiologische studies naar dergelijke persoonlijkheidskenmerken. Daarmee worden dimensies als neuroticisme en extraversie beschreven, maar dergelijke trekken bieden slechts beperkt inzicht in de onderliggende psychodynamiek.² Hedendaagse psychodynamische diagnostiek is sterk geworteld in de ontwikkelingspsychologie. Het individu doorloopt vanaf de kindertijd opeenvolgende ontwikkelingsfasen op weg naar volwassenheid. In het volwassen leven kunnen elementen uit eerdere levensfasen echter blijven doorwerken, zowel in de vorm van gezonde aanpassingsstrategieën zoals het maken van autonome keuzes en een gezonde assertieve stellingname, als in rigide of disfunctionele patronen zoals overmatig afhankelijk of extreem koppig gedrag. Dergelijke adaptieve patronen en kwetsbaarheden sluiten elkaar niet uit, maar kunnen zich afwisselend manifesteren in het huidige

functioneren. Met name onder stress kunnen vroeger aan de ontwikkeling gebonden patronen opnieuw manifest worden en op de voorgrond treden.

Hiermee wordt inzichtelijk dat persoonlijkheidsfunctioneren niet statisch is, maar dynamisch en gelaagd. Psychodynamische diagnostiek bouwt voort op de psychoanalytische traditie. Ze integreert concepten uit het (inmiddels klassieke) driftmodel, de egopsychologie, de object-relatietheorie en de zelfpsychologie, maar ook uit recentere modellen over interpersoonlijk functioneren, gehechtheid en mentaliseren. Ze richt zich zowel op mogelijke innerlijke 'conflicten' als op 'tekorten' in het functioneren die in de (vroege) ontwikkeling zijn ontstaan.

Psychodynamische diagnostiek beoogt daarmee inzicht te geven in de onderliggende psychische processen die bijdragen aan het ontstaan en voortbestaan van actuele symptoomstoornissen, zoals een depressieve stemmingsstoornis. Daarnaast maakt ze zichtbaar welke structurele beperkingen of kwetsbaarheden ten grondslag liggen aan persoonlijkheidsproblematiek. Daarmee geeft ze richting aan de behandeling van psychische stoornissen die op basis van descriptieve classificatie zijn vastgesteld.³

Diagnostiek van depressie

Ter illustratie: bij een depressie is het van belang om naast de gebruikelijke inventarisatie van symptomen ook psychodynamische aspecten nader te onderzoeken. Wat is de achtergrond van een laag gevoel van eigenwaarde? Van het stellen van te hoge eisen? Of het hanteren van overmatig strenge normen? Tijdens een depressie kan een tijdelijke 'regressie' in het persoonlijkheidsfunctioneren worden gezien, gepaard gaande met disfunctionele primitieve of neurotische afweer en coping. Door een verstoring van de agressieregulatie kan iemand boosheid op zichzelf gaan richten en daarmee positieve gevoelens van eigenwaarde ondermijnen. Dit kan zich uiten in zelfdeprecieatie, wanhoop en suïcidale gedachten. Als de depressieve episode in remissie gaat, klaart deze tijdelijke dynamiek weer op. Een dergelijke dynamiek blijkt echter regelmatig onderdeel te zijn van het premorbide persoonlijkheidsfunctioneren en kan als zodanig hebben bijgedragen aan het ontstaan van de depressie, of deze in stand houden wanneer ze in de behandeling onbewerkt blijft.

Uit onderzoek blijkt dat bij meer dan de helft van de mensen met een depressie tevens een persoonlijkheidsstoornis conform de DSM kan worden vastgesteld, veelal een vermijdende-, afhankelijke- of borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Bij depressies met een persisterend beloop is zelfs bij ruim 80% een dergelijke comorbide classificatie van toepassing.⁴ Door deze innige verwevenheid van depressie en persoonlijkheidsstoornis vormt de beoordeling van uitlokkende of onderhoudende psychodynamische factoren een essentieel onderdeel van de diagnostiek.

Psychodynamische kenmerken beïnvloeden niet alleen de uitingvorm van depressieve klachten, maar kunnen ook wijzen op onderliggende persoonlijkheidsdynamiek. Zo wordt bij een 'anacritische' depressie vaak een diepgewortelde afhankelijkheidsstructuur gezien, terwijl bij een 'introjectieve' depressie een kwetsbaar zelfgevoel en streng superegofunctioneren op de voorgrond staan.⁵ Dergelijke patronen verwijzen naar een bredere ontwikkelingsdynamiek die de depressieve episode mede kan verklaren en in stand houden. Beide genoemde subtypes vereisen een specifieke psychotherapeutische benadering, waarbij de hantering van overdracht en tegenoverdracht een centrale rol speelt.

Persoonlijkheidsstoornissen

Steeds vaker worden persoonlijkheidsstoornissen beschreven in termen van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren en pathologische persoonlijkheidstrekken, zoals voorgesteld in het alternatieve model in sectie III van de DSM-5-TR en formeel geïmplementeerd in de ICD-11. Het daarin gehanteerde niveau van persoonlijkheidsfunctioneren sluit nauw aan bij de psychodynamische conceptualisatie van de persoonlijkheidsorganisatie.⁶

Deze onderliggende structuur van de persoonlijkheid werd geïntroduceerd in het structurele model van Kernberg.⁷ Dit model integreert inzichten uit de object-relatietheorie, neurobiologie en gehechtheidstheorie en onderscheidt drie hiërarchisch geordende persoonlijkheidsorganisaties: neurotisch, borderline (low-level/high-level) en psychotisch. Een dergelijke indeling heeft duidelijke implicaties voor de behandeling. Hoe kwetsbaarder de persoonlijkheidsstructuur of -organisatie, hoe meer steun en structuur vereist is binnen het gekozen behandelmodel en binnen de therapeutische relatie. Psychodynamische diagnostiek ondersteunt een zorgvuldige inschatting van iemands therapeutische mogelijkheden, afgestemd op de draagkracht en het ontwikkelingsniveau van de cliënt. Daardoor kan worden voorkomen dat niet haalbare doelen worden gesteld. Bij een te kwetsbare persoonlijkheidsorganisatie hebben een externe structurering en een goed steunsysteem in het dagelijks leven prioriteit (zoals dagbesteding, aanleren vaardigheden betreffende emotieregulatie en impulscontrole), terwijl cliënten met een stevige, maar te rigide persoonlijkheidsorganisatie juist voldoende emotionele activering en confrontatie met rigide coping- of afweerstructuren nodig hebben om tot verandering te kunnen komen.

Het diagnostisch proces

Hoe brengen we dit alles in kaart? Psychodynamische diagnostiek begint met gesprekken met de cliënt (en eventueel diens naasten) waarin hulpvraag, levensgeschiedenis en actuele context worden verkend. Naast symptoomverkenning brengt dit ideografische proces het persoonlijke verhaal en het onderliggende functi-

oneren in beeld.² Daarbij is er aandacht voor zelf- en identiteitsontwikkeling, interpersoonlijk functioneren, afweermechanismen en probleemoplossende strategieën in uiteenlopende levensgebieden. Ook de interactie in de spreekkamer biedt waardevolle informatie over onbewuste patronen. De ontwikkelingsanamnese helpt bij het begrijpen van klachten binnen de context van iemands culturele achtergrond en persoonlijkheidsontwikkeling. Diverse psychodynamische classificatiesystemen ondersteunen dit proces door disadaptieve en adaptieve patronen hiërarchisch te ordenen, zoals bij de rubricering van afweermechanismen.⁸ Zie **tabel 1**.

Tabel 1. Hiërarchische classificatie van de afweermechanismen (vrij naar Caligor e.a. (2018), p. 59)⁸

Rijpe afweermechanismen: gezonde adaptatie en coping
Tijdelijk onderdrukken
Anticiperen
Altruïsme
Humor
Sublimatie
Neurotische (op onderdrukking gebaseerde) afweer: conflicterende emoties worden onbewust gehouden
Verdringing
Overdekken tot het tegendeel (reactieformatie)
Neurotische projectie
Verplaatsing
Isolatie van het affect
Intellectualiseren en rationaliseren
Beeldvervormende (op splitsen gebaseerde 'primitieve') afweer: ervaringen worden afgesplitst en geëxternaliseerd of gedissocieerd om innerlijke conflicten te voorkomen
Splitsen
Primitieve idealisatie
Devaluatie
Projectieve identificatie
Omnipotente controle
Primitieve ontkenning/loochening

In het structurele model van de persoonlijkheidsorganisaties wordt op basis van drie criteria (naast primitieve versus rijpere afweer ook identiteitsdiffusie of -integratie, en al dan niet gestoorde realiteitstoetsing) een 'neurotische, (low-level of high-level) borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisatie' als classificatie onderschei-

den.⁷ Aanvankelijk werden deze door Kernberg beschreven als drie elkaar uitsluitende categorieën. Later is dat genuanceerd richting een meer dimensionele benadering, waarbij het niveau van functioneren kan fluctueren over de tijd.⁹ Het *psychodynamic diagnostic manual* (PDM-2) sluit aan bij deze hedendaagse dimensionele benadering.¹⁰

Ontwikkelingsprofiel

In Nederland ontwikkelde Abraham een gestructureerd classificatiesysteem voor de psychodynamische aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren, het *Ontwikkelingsprofiel*.¹ Hierin ordende Abraham het psychodynamisch functioneren hiërarchisch op tien niveaus: vier adaptieve en zes disadaptieve *ontwikkelingsniveaus*. Voor elk van deze 10 niveaus worden in dit systeem aspecten van identiteitsontwikkeling, de kwaliteit van de interpersoonlijke relaties en het probleemoplossend vermogen beschreven aan de hand van *ontwikkelingslijnen* (zie **box**). Voor een uitgebreide instructie voor behandelaars en informatie voor cliënten verwijzen we naar de website: <https://ontwikkelingsprofiel.nl>

Ontwikkelingslijnen¹

In het *Ontwikkelingsprofiel* worden in *ontwikkelingslijnen* uiteenlopende aspecten van het psychodynamisch functioneren in beeld gebracht. We functioneren met 'sociaal gedrag' in het openbare leven, in 'relaties' met anderen die belangrijk voor ons zijn, en ook in relatie met onszelf ('zelfbeeld'), hetgeen ons gevoel van eigenwaarde bepaalt. Ons gedrag wordt mede gestuurd door allerlei, deels cultuurgebonden regels en waarden ('normen'), door onze wensen en verlangens ('behoeften'), maar ook door de wijze waarop we onze belevingen interpreteren en van betekenis voorzien ('cognities'). Verder reageren we op een specifieke wijze als we ons belast of bedreigd voelen ('probleemoplossende strategieën – denken en voelen/ handelen').

De vier adaptieve *ontwikkelingsniveaus* (individueel, verbondenheid, generativiteit en rijpheid) reflecteren de adequate aspecten van het persoonlijkheidsfunctioneren, ook wel de 'eilandjes van gezondheid' genoemd. Drie van de disadaptieve niveaus (rivaliteit, verzet en symbiose) beschrijven het 'neurotische' functioneren en geven ons een inkijk in de innerlijke wereld van driften en conflicten, verlangens en verboden. De drie meer onderliggende en pathologische structuren (egocentriciteit, fragmentatie en structuurloosheid) verwijzen naar primitieve fasen van persoonlijkheidsontwikkeling zoals we die ook kennen uit de beschrijvingen van het pathologisch narcisme en de low-level borderline- en psychotische persoonlijkheidsorganisatie van Kernberg. Het model van het *Ontwikkelingsprofiel* biedt hiermee een bruikbare geïntegreerde sterkte-zwakteanalyse van het psychodynamisch functioneren, en wordt als zoda-

nig toegepast in de klinische praktijk. Recent is er ook een Engelstalige versie beschikbaar gekomen (<https://developmental-profile.com>)

Methoden van psychodynamisch diagnostisch onderzoek

In feite leent elke anamnese zich, direct of indirect, bedoeld of onbedoeld, voor hypothesevorming over psychodynamische aspecten. Door het bespreken van het functioneren op uiteenlopende levensgebieden kan een inschatting gemaakt worden over identiteit, eigenwaarde, relationeel functioneren en probleemoplossende strategieën. Ook biedt de dynamiek zoals die zich tijdens de anamnese in de spreekkamer ontvouwt een waardevolle bron van informatie.

Naast deze algemene werkwijze bij intake zijn specifieke (semi)gestructureerde interviews, zelfrapportagevragenlijsten en indirecte/projectieve methoden voorhanden. Dergelijke methoden verschillen onderling in stijl (meer steunend of meer confronterend), in de mate van structureren van de vragen (meer open of meer gesloten vragen), en de wijze waarop de verkregen informatie wordt geïnterpreteerd en van betekenis wordt voorzien (scoringmethode en registratieprotocol).

Semigestructureerde interviews

We noemden al het *Ontwikkelingsprofiel* van Abraham en het structureel interview van Kernberg. Beide zijn gebaseerd op een semigestructureerd interview. Voor het *Ontwikkelingsprofiel* wordt op steunende wijze het psychodynamisch functioneren op verschillende levensgebieden in kaart gebracht en wordt navraag gedaan hoe mensen omgaan met stressvolle situaties en veelvoorkomende emoties als angst of boosheid.

Het structurele interview volgens Kernberg is meer confronterend van aard. Hierin wordt de psychodynamiek juist onderzocht zoals deze zich in de spreekkamer ontvouwt in de interactie met de onderzoeker. Bijvoorbeeld door het benoemen van onduidelijkheden of tegenstrijdigheden in het verhaal ontstaat een verhoogd spanningsniveau, wat mogelijke primitieve afweer, subtiele verstoringen in de realiteitstoetsing en beperkingen in de identiteitsintegratie actualiseert. Later introduceerde de groep rond Kernberg ook een minder spanningsvol interview, het *Structured Interview for Personality Organization* (STIPO-R).¹¹ Tegenwoordig wordt ook veel gebruikgemaakt van de STIP-5.1 (*Semigestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5*) waarmee het eerdergenoemde niveau van persoonlijkheidsfunctioneren van het alternatief model voor persoonlijkheidsstoornissen (AMPS) kan worden gescoord.¹²

Zelfinvulvragenlijsten

Om psychodynamische diagnostiek te ondersteunen worden ook zelfrapportagevragenlijsten ingezet. Deze zijn veelal ontwikkeld met het oog op wetenschappelijk onderzoek en worden in de praktijk gebruikt voor

screening of voor herhaalde effectmeting in de *routine outcome monitoring* (ROM). Voorbeelden van vragenlijsten die in een Nederlands versie beschikbaar zijn, met handleiding en normgetallen, zijn de *Inventory of Personality Organization* (IPO-83-NL en IPO-16-NL) en de *Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst* (OPV).^{13,14} Dergelijke vragenlijsten, die de cliënt zelf invult, correleren in empirisch onderzoek echter maar beperkt met de semigestructureerde interviews vanuit het bijbehorende model.^{15,16} Hoewel ze een aanvullende diagnostische informatiebron vormen, kunnen vragenlijsten de klinische diagnostiek of diagnostiek met een semigestructureerd interview, niet vervangen.

Indirecte/projectieve methoden

Projectieve technieken zoals de *Rorschachtest* en de *Thematische Apperceptietest* (TAT) kunnen aanvullende inzichten bieden in de psychodynamiek en onderliggende persoonlijkheidsstructuur.² De antwoorden worden systematisch geanalyseerd met scoringssystemen zoals de *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS-G), waarmee men sociale cognitie en objectrelaties beoordeelt.¹⁷ Hoewel projectieve methoden zelden als enige basis voor diagnostiek worden gebruikt, kunnen ze waardevolle aanvullingen bieden bij complexe casuïstiek, als onderdeel van een uitvoeriger psychodynamisch onderzoek.

Mogelijkheden en beperkingen

Psychodynamische diagnostiek biedt een verdiepend en gepersonaliseerd inzicht in de betekenis en dynamiek van psychische klachten en symptomen. Dit draagt bij aan een verfijnde casusconceptualisatie en een op maat gesneden behandelstrategie.¹⁸ Elke hulpverlener die geschoold is in het onderkennen van psychodynamische aspecten van het functioneren kan die vaardigheden integreren in diens dagelijks werk met cliënten en naasten. Dit vereist gerichte scholing, training en ervaring waarbij het zeer nuttig is om een of meerdere van de genoemde methoden aan te leren. Gezien het klinische belang mag hiervoor meer aandacht zijn in de opleidingen van psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. Psychodynamische diagnostiek blijkt heden ten dage dan ook een gewild en relevant domein voor bij- en nascholing.

Wetenschappelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van specifieke psychodynamische diagnostische methoden en instrumenten is volop in ontwikkeling. De meeste van de hier genoemde semigestructureerde interviews, vragenlijsten en projectieve methoden zijn weliswaar onderzocht, maar vergen nog nadere empirische onderbouwing of een meer gedifferentieerde klinische of statistische normering.

Psychodynamische diagnostiek vraagt bovendien om een tijdsinvestering die niet in iedere behandelsetting beschikbaar is. Toch is zo'n investering volgens ons van grote waarde: het geeft richting aan behandelingen waardoor de effectiviteit wordt verhoogd, minder

uitval ontstaat en een betere prognose wordt bereikt.¹⁸ Psychodynamische diagnostiek is niet alleen zinvol voor indicatiestelling, maar ze verheldert ook tijdens behandelingen de manifestaties van onderliggende problematiek en veranderingen daarin. Daarmee is deze vorm van diagnostiek een doorlopende activiteit die ook waardevol blijft gedurende het proces van behandeling.

LITERATUUR

- 1 Abraham RE, red. Het Ontwikkelingsprofiel in de praktijk. Assen: Van Gorcum; 2005.
- 2 Berghuis H, Ingenhoven T, van der Heijden P, red. Praktijkboek persoonlijkheidsdiagnostiek. Houten: BSL Media & Learning; 2024.
- 3 Luyten P, Fonagy P. Integrating and differentiating personality and psychopathology: a psychodynamic perspective. *J Pers* 2021; 90: 75-88.
- 4 Friborg O, Martinson EW, Martinussen M, e.a. Comorbidity of personality disorders in mood disorders. A meta-analytic review of 122 studies from 1988-2010. *J Affect Dis* 2014; 152: 1-11.
- 5 Blatt SJ. Depression. In: Luyten P, Mayes LC, Fonagy P, red. Handbook of psychodynamic approaches to psychopathology. New York: The Guilford Press; 2015.
- 6 Clarkin JF, Caligor E, Sowa JF. An object relations model perspective on the alternative model for personality disorders (DSM-5). *Psychopathology* 2020; 53: 141-8.
- 7 Kernberg OF. Severe personality disorders. New Haven: Yale University Press; 1984.
- 8 Caligor E, Kernberg OF, Clarkin JF, e.a. Psychodynamic therapy for personality pathology. Treating self and interpersonal functioning. Washington: American Psychiatric Association Publishing; 2018.
- 9 McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis. Understanding personality structure in the clinical process (2de ed.). New York: The Guilford Press; 2011.
- 10 Lingardi V, McWilliams N, red. Psychodynamic Diagnostic Manual (2de ed.; PDM-2). New York: The Guilford Press; 2015.
- 11 Hörz-Sagstetter S, Caligor E, Preti E, e.a. Clinician-guided assessment of personality using the Structural Interview and the Structured Interview of Personality Organization (STIPO). *J Pers Assess* 2020; 100: 30-42.
- 12 Hutsebaut J, Berghuis H, Kaasenbrood A, e.a. STiP-5.1 Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijheidsfunctioneren DSM-5. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen; 2015.
- 13 Ingenhoven T, Berghuis H. Handleiding IPO-83-NL en IPO-16-NL. 2021. www.hanberghuis.nl.
- 14 Ingenhoven T, Polak M, van Riel L, e.a. OPV Ontwikkelingsprofiel Vragenlijst. Amsterdam: Stichting Ontwikkelingsprofiel; 2018. www.ontwikkelingsprofiel.nl.
- 15 Stern BL, Caligor E, Clarkin JF, e.a. Structured Interview of Personality Organization (STIPO): preliminary psychometrics in a clinical sample. *J Pers Assess* 2010; 92: 35-44.
- 16 Dinger U, Schauenburg H, Hörz S, e.a. Self-report and observer ratings of personality functioning: a study of the OPD system. *J Pers Assess* 2014; 96: 220-5.
- 17 Stein MB, Slavin-Mulford J. The social cognition and object relations scale – global rating method (SCORS-G). A comprehensive guide for clinicians and researchers. New York: Routledge; 2018.
- 18 AKWA GGz. Zorgstandaard diagnostiek; 2022. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/diagnostiek.

AUTEURS

Theo Ingenhoven, psychiater/psychotherapeut, ThinGgz onderwijs en supervisie.

Laura van Riel, psychiater/psychotherapeut, NPI, Arkin, Amsterdam.

Rien Van, psychiater/psychotherapeut, directeur NPI, Arkin, Amsterdam.

Correspondentie

Theo Ingenhoven (t.ingenhoven@tip.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-4-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):431-435