

Voorwaarden voor en inhoud van adequate persoonlijkheidsdiagnostiek

Samenvatting

De dynamische theoriegestuurde persoonlijkheidsdiagnostiek gebruikt theoretische en klinische concepten uit diverse persoonlijkheidsmodellen. Door ze samen te gebruiken, is het mogelijk een geïntegreerde visie te vormen van iemands specifieke persoonlijkheidspathologie en de manier waarop een cliënt in staat is negatieve emoties te reguleren. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste persoonlijkheidskenmerken, dimensies en structuren uit de persoonlijkheidsmodellen die een diagnosticus kan inzetten. Op basis van beschrijvingen van de hiërarchisch geordende domeinen van persoonlijkheidsfunctioneren – zoals structurele psychische kwetsbaarheid, problematische traits, ontwikkelingsfactoren, copingmechanismen, zelfbeeld en psychische symptomen van een cliënt – ontstaat een individueel persoonlijkheidsprofiel. Voor een goede beschrijvende klinische diagnose moeten de kenmerken van fundamentele basiseigenschappen (traits) en uiteenlopende dynamische entiteiten zowel onderscheiden als geïntegreerd worden. Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de samenhang tussen deze pathologische domeinen en de adaptieve vermogens in het persoonlijkheidsfunctioneren. Deze samenhang geeft een visie waarmee de diagnosticus de resultaten op de diverse persoonlijkheidsinstrumenten kan interpreteren.

2.1 Inleiding – 31

2.2 Negatieve emoties – 31

2.2.1 Diagnostiek van negatieve emoties – 32

2.2.2 Inhibitiemechanismen – 32

- 2.2.3 Rijpe ontwikkeling – 33
- 2.2.4 Internalisatie-externalisatie – 33
- 2.2.5 Basiseigenschappen – 34
- 2.3 De basiseigenschappen angstigheid, impulsiviteit, verlegenheid en sociale competentie – 34**
 - 2.3.1 Structurele dimensionele tekorten – 36
 - 2.3.2 Gevolgen van dimensionele tekorten – 36
- 2.4 Normale en pathologische traits – 37**
 - 2.4.1 Het begrip trait – 37
 - 2.4.2 Traitmodellen – 38
 - 2.4.3 Traits bij psychopathologie – 38
 - 2.4.4 Traitprofielen – 40
- 2.5 Vroege/late persoonlijkheidskenmerken – 41**
 - 2.5.1 Objectconstantheid – 41
- 2.6 Objectrelaties – 43**
 - 2.6.1 Schema kwaliteit objectrelaties – 43
 - 2.6.2 Schema vroege objectrelaties – 43
- 2.7 Dynamische entiteiten – 45**
 - 2.7.1 Antisociale trekken en vroeg narcisme – 45
 - 2.7.2 Borderlinepersoonlijkheden – 47
 - 2.7.3 De onrijpe persoonlijkheid – 49
 - 2.7.4 De psychotische persoonlijkheidsstructuur – 50
 - 2.7.5 De neurotische (persoonlijheids)organisatie – 53
- 2.8 Hoe verder? Traits en dynamiek – 55**
 - 2.8.1 Attributiefouten in de (persoonlijheids)diagnostiek – 55
 - 2.8.2 Bottom-up en top-down – 56
 - 2.8.3 Breed versus smal – 57

2.1 Inleiding

Welke persoonlijkheidstheorieën zijn het meest van belang voor goede persoonlijkheidsdiagnostiek? Hoe breng je deze modellen met elkaar in verband? Hoe kom je tot een theoriegestuurd interpretatieschema en waarom is dat zo belangrijk? Beantwoording en behandeling van deze vragen komen in dit hoofdstuk aan de orde. Bij een theoriegestuurde werkwijze (de ‘dynamische-theoriegestuurde-profielanalytische’ benadering, oftewel de DTP-interpretatiestrategie) vloeien de conclusies nooit rechtstreeks voort uit de ‘platte’ scoreprofielen. Zij krijgen pas hun werkelijke betekenis via een theoretisch-klinische *loop* bij interpretatie van de diagnostische resultaten (Allison et al. 1968). Hoe te komen van de normscores op de vragenlijsten tot een visie op het algehele persoonlijkheidsfunctioneren is het onderwerp van de komende hoofdstukken.

Beschrijving van de verschillende psychische functioneringsniveaus in hun onderlinge samenhang is essentieel bij de persoonlijkheidsdiagnostiek in de klinische praktijk. Het geldt als een voorname basisvoorwaarde voor het slagen ervan. Concepten en begrippen die de verschillende niveaus helpen verhelderen zijn ontleend aan uiteenlopende persoonlijkheidsmodellen. Het is belangrijk goed te begrijpen hoe deze concepten en begrippen in deze verschillende persoonlijkheidsmodellen hun betekenis hebben gekregen. Dit geldt voor begrippen zoals ‘neuroticisme’, ‘ik-sterkte’ of ‘zelfsturing’. Het letterlijk nemen van deze begrippen – het zogenoemde discursieve denken – kan de diagnosticus op het verkeerde been zetten, wanneer hij niet weet hoe deze concepten theoretisch zijn ingebed in de verschillende persoonlijkheidsmodellen. Ofschoon de algemene verbanden tussen deze concepten en algemene bevolkingseigenschappen voor zover mogelijk empirisch zijn getoetst en ook ondersteund (bijvoorbeeld de relatie tussen de dimensionele score op inadequatie van de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV) en emotionele instabiliteit) is het aan de diagnosticus bij individueel klinisch onderzoek de resultaten te integreren tot een specifiek en uniek persoonlijkheidsprofiel. Daarmee kan binnen de context van een dergelijk individueel profiel ook de connotatie van een concept variëren. Dan blijkt in het individuele geval bijvoorbeeld een hoge score op de dimensie inadequatie soms helemaal niet samen te hangen met psychische kwetsbaarheid. Zo kan gerapporteerde zelfwaardering een gezond gevoel van eigenwaarde reflecteren, maar ook een vlucht in de eigen fictieve werkelijkheid weerspiegelen om confrontatie met eigen tekorten te vermijden. De dimensionele score op deze dimensie is in beide gevallen dezelfde. Omdat deze modellen pretenderen psycho- en persoonlijkheidspathologie te verhelderen en mogelijk te verklaren, zijn zij vooral gericht op negatieve emoties en ook op hoe een cliënt deze beleeft en hanteert.

2.2 Negatieve emoties

Bij psychopathologie in het algemeen en dus ook bij persoonlijkheidspathologie en -problematiek spelen negatieve emoties de voornaamste rol. Steeds is er per definitie sprake van een overmaat hieraan. Het woord ‘negatief’ betekent, dat deze emoties onplezierig aanvoelen, niet dat ze slecht zouden zijn. Integendeel, ze hebben vaak een belangrijke signaal- en ontwikkelfunctie. Agressieve gevoelens bijvoorbeeld, hebben in de ontwikkeling hun betekenis, mits goed geïntegreerd en gedifferentieerd, om in de volwassenheid voldoende weerbaarheid en autonomie in de persoonlijkheidsstructuur tot stand te helpen brengen (Kernberg 1984). Vooral het rivaliseren en voeren van strijd op diverse fronten (horizontale en verticale relaties) leiden uiteindelijk tot eigenheid en versterking van de identiteit. De

2 optimale verhouding loopt langs de universeel geldende grenzen van de 'gouden snede' (de *golden section* of *golden ratio*, Hermken 2007; Kelly 1955), namelijk de ratio 2:3, oftewel 0.67.¹ Gemiddeld zou bij een goed (persoonlijkheids)functioneren twee derde van de emoties positief zijn (plezier, gevoelens van zinvolheid en bevrediging, overwegend positieve evaluatie van eigen competenties en leven, fijne sociale contacten, voldoende uitdaging en geluksgevoel, optimisme) en een derde negatief (somberheid, boosheid, angst, achterdocht, onzekerheid, schaamte en schuld). Bij een kleinere portie negatieve emoties in deze verhouding is naïviteit aan de orde. Bij een (structureel) groter aandeel hiervan zijn er vaker psychische problemen of hangt dit zelfs samen met psychopathologie. De vraag is dan of deze sterk beleefde en sterk aanwezige negatieve emoties nog redelijkerwijs in verhouding staan tot de individuele omstandigheden. Zo kunnen wantrouwen en angsten voor verlating misschien op begrijpelijke gronden sterke vormen aangenomen hebben, maar niet meer afgestemd zijn op en in proportie staan tot de werkelijkheid van nu. Bij ernstigere persoonlijkheidspathologie is de werkelijkheid dan (te) sterk door deze negatieve gevoelens ingekleurd. Cliënten nemen deze dan vervormd waar. Deze emoties zijn structureel verankerd geraakt in de persoonlijkheid. Reden om hieraan uitgebreid aandacht te geven.

2.2.1 Diagnostiek van negatieve emoties

De diagnosticus onderzoekt bij persoonlijkheidsdiagnostiek vooral de achtergrond en het ontstaan van deze gevoelens en ook de beleving hiervan. Hoe is de cliënt in staat deze gevoelens (intern) te reguleren en te hanteren? Wat zijn de gevolgen voor het psychisch evenwicht en de symptoomvorming? Hoe heftig zijn ze (ernst) en op welk ontwikkelingsniveau zijn ze te plaatsen (aard)? Zijn de gevolgen te voorspellen wanneer regulatie hiervan niet goed lukt? Belangrijk in een diagnostisch proces is na te gaan in hoeverre een cliënt hier zicht op heeft en erover kan reflecteren. Het is vooral van belang te bepalen wat een individu zelf aan mogelijkheden heeft om negatieve emoties op te vangen. Ook kan men het leed deels verzachten door afwenteling hiervan op de relationele omgeving.

Niemand is in zijn levensloop gevrijwaard voor psychische pijn en andere ellende. We hebben nu eenmaal niet alle situaties volledig in de hand. Het bestaan van negatieve emoties is een onvermijdelijk gegeven in ons leven en helpt ons mechanismen te ontwikkelen om met frustraties en teleurstellingen om te gaan, al van jongs af aan. Centraal staat de vraag hoeveel negatieve emoties een cliënt doorgaans beleeft en hoe hij deze hanteert. Wat is er nodig om een goede, althans adequate frustratietolerantie te bereiken? Met persoonlijkheidsonderzoek is het ook beter mogelijk 'de problematische binnenwereld' en 'bedreigende situatieve factoren' te onderscheiden en in elkaars verhouding te beschouwen (Spijker en Trijsburg 1998).

2.2.2 Inhibitiemechanismen

Duidelijkheid over de wijze waarop en de mate waarin een cliënt in staat is zelf zijn negatieve emoties te kanaliseren en te reguleren is het voornaamste doel van een

1 In werkelijkheid is de verhouding van de gulden snede 5:8 (38,2 % versus 61,8 %; $\Phi = 1.61$ met decimalen), maar een vereenvoudiging en gemakkelijkere toepassing van deze verhouding leidt tot het algemeen geaccepteerde 2:3.

persoonlijkheidsonderzoek. De verschillende diagnostische methoden en technieken zoomen in op de individuele stijlen en mogelijkheden hiervoor. Hoeveel rek zit er nog in het algemeen psychisch functioneren om nieuwe tegenslagen op te vangen?

Om met frustraties om te gaan en deze te kunnen opvangen is innerlijke weerbaarheid nodig. Hoe meer innerlijke structuur (differentiatie en integratie van de persoonlijkheidsontwikkeling) des te beter is men hiertegen bestand. Deze innerlijke structuur bestaat uit veel facetten, waarvan het uitoefenen van controle over en kanalisering en beheersing van de eigen (heftige) negatieve emoties de belangrijkste zijn. De ontwikkeling van ‘remmingsmechanismen’ in de psychische ‘make-up’ van een individu is een van de belangrijkste doelen en gewenste uitkomsten van de opvoeding (Freud 1936; Swaab 2008). Ieder levend mechanisme, maar ook samenlevingsverband, hoe klein en hoe groot ook, kan slechts dankzij deze remmingsmechanismen bestaan en daarmee dus overleven.

2.2.3 Rijpe ontwikkeling

De diagnosticus kan de ernst en soort persoonlijkheidspathologie afmeten aan de manieren waarop cliënten hun negatieve emoties trachten te inhiberen. Te veel, onhandig of met de nodige beperkingen en tekorten hierin (Lowijck et al. 2013). Te veel controle en remming kunnen verstikkend werken, te weinig leidt tot impulsiviteit en psychische desorganisatie. Voor ieder individu is er een optimaal niveau te markeren. Hier volgt een treffend citaat van H.C. Rümke (1946):

» Een organisme dat rijpt, dat stadia van ontwikkeling doorloopt, dat telkens hogere treden van integratie bereikt, kan dit alleen krachtens remmende factoren. Integratie in het zenuwstelsel houdt altijd remming in en beperking van de ongebreidelde werking van systemen.

Een gerijpte ontwikkeling van de persoonlijkheid toont zich door de capaciteit om meerdere werkelijkheden naast elkaar te kunnen beschouwen en, wellicht nog belangrijker, te verdragen. Dit vermogen bevordert flexibiliteit, tolerantie, inlevingsvermogen, nieuwsgierigheid en humor. Geslaagde pogingen tot remming en controle, vaak gepaard gaand met schuld- en schaamtegevoelens, behoren bij de internaliserende copingmechanismen. Impulsiviteit, opportunisme en het ontlopen van verantwoordelijkheid op hedonistische gronden daarentegen zijn juist meer kenmerkend voor externaliserende tendenzen in de persoonlijkheid.

2.2.4 Internalisatie-externalisatie

Het begrippenpaar internalisatie-externalisatie vormt een polariteit, waarbij allerlei mengvormen mogelijk zijn. Ook kunnen op de verschillende persoonlijkheidsniveaus uiteenlopende facetten hiervan overheersen. Bijvoorbeeld de uit schaamte tijdelijk uitagerende adolescent. Of de cliënt die lastig doet en lijkt, maar bij wie zijn grillig, onaangepast en externaliserend gedrag met name de functie heeft om confrontatie met zijn innerlijke onverwerkte traumatische ervaringen af te weren. Anderzijds kan een in de kern impulsief, gewetensarm en grenzeloos persoon zich juist uit gebrek aan innerlijke controle uit de realiteit terugtrekken om gedragsstoornissen te vermijden. De externaliserende dynamiek is dan meer covert aanwezig.

Het potentieel om inhibitiemechanismen in de persoonlijkheid te ontwikkelen loopt sterk uiteen. Dit hangt met name af van de temperamentsfactoren. Zo zal een introvert persoon

sneller geneigd zijn internaliserende mechanismen in de eigen persoonlijkheid te ontwikkelen, zeker als hij tegelijk ook emotioneel instabiel en dus snel angstig is. Deze mechanismen dienen als bescherming tegen voormalige, huidige en (vermeende) toekomstige negatieve invloeden zoals kritiek, afwijzing, 'niet gezien worden' en verlating. Bij extraverten zijn een meer van buiten aangebrachte begrenzing en structuur in de kinderontwikkeling nodig om dit te bewerkstelligen, voornamelijk in de periode van het derde tot negende levensjaar (Swaab 2015). Met persoonlijkheidsdiagnostiek is vast te stellen of deze individuele ontwikkeling ook daadwerkelijk heeft plaatsgevonden en in welke mate.

2.2.5 Basiseigenschappen

Uiteindelijk komen alle persoonlijkheidsmodellen bij doelgroepen gekenmerkt door psychopathologie uit op de volgende basiseigenschappen: (1) emotionele (in)stabiliteit (oftewel angstigheid), (2) impulsiviteit (hedonisme, prikkelhonger) en (3) verlegenheid (remming en controle). Deze eigenschappen kan men in principe los van elkaar beoordelen. Ook de manier waarop zij per individu op elkaar inwerken en met elkaar samenhangen. Daarnaast speelt (4) de individuele sociale (in)competentie als stabiel persoonlijkheidskenmerk een grotere en vaak onderschatte rol bij het tot stand komen van en bij het omgaan met persoonlijkheidspathologie. Dit sociale vermogen als trait loopt dwars door de andere eigenschappen heen, het is dan ook als onafhankelijk hiervan op te vatten. Zo ontstaat een uniek persoonlijkheidsprofiel. Deze traits beïnvloeden de wijze waarop cliënten de persoonlijkheidsvragenlijsten invullen. De vraag is hoe de diagnosticus deze basiseigenschappen uit de uitslagen kan afleiden.

Deze basale eigenschappen zijn voor de persoonlijkheidsdiagnostiek van groot belang.

2.3 De basiseigenschappen angstigheid, impulsiviteit, verlegenheid en sociale competentie

Hierna volgt een algemene beschrijving per basiseigenschap.

1. Angstigheid

Angstigheid vat men op als een belangrijke constitutionele factor (Frijda 1998). Vroeger werd hiervoor ook wel de term neuroticisme gehanteerd. Tegenwoordig komt men meer de term emotionele labiliteit of, nog beter, instabiliteit tegen. Hoog-angstigheid als basiseigenschap (niet te verwarren met angstgevoelens per se) bevordert de versterking van het gedragsinhibitiesysteem in de persoonlijkheidsopbouw (Gray 1971). Deze verhoogde tendens tot en kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van negatieve emotionaliteit – zoals angst, gespannenheid, nervositeit, geprikkeldheid, piekeren, vervreemdingsgevoelens, zelfmedelijden maar ook drift, somberheid, onzekerheid en zelfbestrafing – zegt nog weinig over het daadwerkelijk optreden van psychopathologische verschijnselen op zichzelf. Wel wijst hoog-angstigheid op een hyperreagibiliteit (overgevoeligheid) voor eigen negatieve emoties en voor externe (psychische) pijnprikkels. Hoewel deze dispositie tot de ontwikkeling van negatieve emoties in grote mate in aanleg gegeven is, zijn de aard (differentiatie) en aanwezigheid van deze negatieve emoties juist meer ontwikkelingsbepaald. Met andere woorden, je kunt in aanleg al of niet sneller angstig worden, maar of je het ook bent en hoe dat voelt heeft meer met je persoonlijkheidsontwikkeling te maken en de situatie waarin je verkeert.

2. Impulsiviteit

Impulsiviteit ziet men vooral als een psychobiologisch bepaalde eigenschap. Zuckerman (1991) onderscheidt hierbinnen: impulsief gedrag, een a- en antisociale attitude en sensatie zoeken. Algemeen geldt dat risicovolle en ongecontroleerde activiteiten voortkomen uit ongeremde verlangens, ongedifferentieerde agressie en prikkelbaarheid. Hoewel extraverten meer gepredisponeerd zijn tot impulsiviteit en antisociaal gedrag vanwege hun verhoogde neiging vooral positieve emoties na te streven, is het concept impulsiviteit meervoudig samengesteld (Livesley et al. 1998).

Impulsiviteit als trait kan samengaan met tal van andere eigenschappen. Hiermee ontstaat een idiosyncratisch profiel. Impulsiviteit als trek is ook te onderscheiden van impulsief gedrag. Het kader waarin impulsief gedrag kan optreden is voor de verklaring en prognose ervan van wezenlijk belang. Als voorbeeld mogen stoornissen en problemen dienen als NAH- (niet-aangeboren hersenletsel) en LVB- (licht verstandelijke beperking) problematiek, manische decompensatie en/of langdurig klem zitten in onbevredigende situaties en op de tenen lopen. Impulsief gedrag treedt hier dan niet steeds op tegen de achtergrond van antisociale persoonlijkheidstrekken. Anderzijds hoeven in aanleg hoog-impulsieven ook niet noodzakelijkerwijs altijd arm te zijn in hun gevoelsleven en gewetensontwikkeling, zeker bij een veilige hechtingsgeschiedenis waarin hieraan extra aandacht en tegenwicht tegen is gegeven. Subtypen van ADHD zijn hiervoor exemplarisch. Mensen met antisociale trekken kunnen op hun beurt tijdelijk ook krachtig en beheerst overkomen om hun exploitatieve doelen te bereiken.

In het algemeen onderschat men de betekenis van interactie-effecten. Zo kan men in aanleg hoog-impulsieven meestal goed bijsturen in de kritische fasen van de persoonlijkheidsontwikkeling. Ook kan antisociaal gedrag uiteindelijk verminderen door narijping van de persoonlijkheid boven de 40 jaar (Cloninger et al. 1993). In het laatste geval werken de later ontwikkelde compensatiemechanismen verzachtend. Bij emotionele en pedagogische tekorten en verwaarlozing komt het effect hiervan juist bij hoog-extraverten veel harder aan en veroorzaakt dan veel meer schade. In die gevallen leidt dit al veel sneller tot voortdurend optredende gedragsstoornissen, vaak in combinatie met antisociale trekken. Redelijk zeldzaam is het gezamenlijk vóórkomen van de traits angstigheid en impulsiviteit. Reeds bij geringe verstoringen leidt dit al tot forse persoonlijkheidspathologie, meestal *low-level* borderlinedynamiek en -problematiek (Krueger et al. 1993). Heftige en grillige wisselingen in ongebreideld positieve en negatieve emoties verdragen elkaar immers niet goed en leiden al snel tot onaangepast gedrag.

3. Verlegenheid

Verlegenheid² is een in hoge mate ontwikkelingsbepaalde persoonlijkheidseigenschap (*shyness*; Gabbard 1994; Sperry 2003). Als tegenhanger van impulsiviteit is, in dezelfde orde van grootte, 10–15 % van de jonge kinderen fors, sommige extreem en in een aantal gevallen zelfs pathologisch, verlegen. Introversie en al helemaal in interactie met hoog-angstigheid predisponeert sterk tot verhoogde verlegenheid (Muller et al. 2007). Verlegenheid als stabiele basiseigenschap ontwikkelt zich in de vroege hechtingsrelaties met als gevolg de vorming van remming en controle in de persoonlijkheid (Tyrer en Stein 1993).

Indien in redelijke mate aanwezig, is deze trek juist als een teken van rijpheid en innerlijke differentiatie te beschouwen. Geïnternaliseerde remming en controle

2 Niet te verwarren met de temperamentsdimensie introversie.

bevorderen introspectief vermogen en zijn eigenlijk een noodzakelijke conditie om de eigen en andermans emoties te kunnen doorvoelen. Men is receptief voor en reflectief op de omgeving ingesteld. Hierdoor werkt een adequaat remmingssysteem beschermend tegen controleverlies bij frustratie. Hoog-verlegenen kenmerken zich echter door sterke sociale en conflictvermijding, overaanpassing aan (ervaren) externe eisen, wensen en verplichtingen, geremdheid in nieuwe situaties en dwangmatigheid. Hiermee houdt men afgekeurde en ook verboden interne gevoelens buiten de beleving. Dit kan bij overmaat ervan leiden tot sterke repressie van het gevoelsleven met als nadelige gevolg: overcontrole, perfectionisme, vasthoudendheid, extreme agressieremming in gedrag, maar ook van gevoel, faalangst en angst voor autonomie. Streng en dus rigide normen en waarden voorkómen het ervaren van 'irrationele' en 'onredelijke' negatieve gevoelens. Dit remt een gezonde autonomieontwikkeling en innerlijk gevoel van veiligheid. Vervolgens doen zij uiterste pogingen om hun angsten voor het ervaren van verlies te bezweren, door het aannemen van een behoudende opstelling in het dagelijks leven.

4. Structurele sociale tekorten-schizotypie

Speciale aandacht bij het onderzoeken van persoonlijkheidsproblematiek en -pathologie verdient de dimensie sociale competentie. De reden hiervan is dat onderschatting van structurele sociale tekorten bij zowel de persoonlijkheidsdiagnostiek als in het behandelbeleid al snel leidt tot overschatting van de behandelmogelijkheden van de cliënt. Dit is begrijpelijk, omdat er binnen veel persoonlijkheidsmodellen geen visie hierover is ontwikkeld. Deze trait krijgt hierin geen plaats toebedeeld. Dat is meestal de oorzaak dat men hiermee in vele behandelsettings ten onrechte geen of onvoldoende rekening houdt.

2.3.1 Structurele dimensionele tekorten

Structurele tekorten en beperkingen krijgen, behalve in de langdurige geestelijke gezondheidszorg, in het algemeen niet de aandacht die zij verdienen. Of men gaat uit van het psychisch handicapmodel, zoals dat meestal in de cluster A-persoonlijkheidsstoornissen geclassificeerd is (Gerritsen et al. 2009) of men houdt er te weinig rekening mee in de alledaagse klinische praktijk. Voor milde vormen van dimensionele sociale beperkingen (bijvoorbeeld schizotypie), die de andere stoornissen kunnen doorkruisen en dus compliceren, is geen aparte DSM-categorie beschikbaar. Zij zijn immers vooral subklinisch van aard en daarmee niet gemakkelijk observeerbaar en scorebaar.

2.3.2 Gevolgen van dimensionele tekorten

Dat aandacht voor de gevolgen van dimensionele tekorten niet overdreven is binnen de geestelijke gezondheidszorg, blijkt wel uit de cijfers. Ongeveer een zesde van de mensen in de algemene bevolking kent milde en een twaalfde serieuze sociale beperkingen met daardoor een verhoogde kans uit te vallen en vast te lopen (Siever en Davis 1991; Vollema en Ormel 2000; Livesley 2001a). Het percentage milde en ernstige sociale beperkingen binnen algemene cliëntenpopulaties (onafhankelijk van de classificaties) met een hulpvraag en zorgbehoefte is uiteraard veel groter en varieert tussen een derde en de helft. Aan deze tekorten is het subjectieve gevoel en ook het daadwerkelijk psychisch lijden toe te schrijven van het zich niet optimaal kunnen ontplooiën in relationeel en maatschappelijk opzicht. Ernstigere

vormen van deze structurele beperkingen wijzen op het bestaan van dimensionele schizotypische trekken (niet te verwarren met de schizotypische persoonlijkheidsstoornis of een autismespectrumstoornis (ASS)). Het risico van de huidige classificatiedrang is het te snel etiketteren of juist het veronachtzamen hiervan. De cliënt wordt daarmee in het eerste geval zeker gemaakt dan feitelijk terecht is, door reeds bij milde tekorten bijvoorbeeld het etiket schizotypische of ASS-classificatie op te plakken. In het algemeen komen cliënten namelijk niet alleen in zorg vanwege hun symptomen, klachten en problemen, maar ook omdat zij deze onvoldoende zelf kunnen verhelpen, ondanks hun eigen inspanningen daartoe. Bij velen verdwijnen symptomen en klachten immers spontaan of door eigen toedoen. 49% van de mensen in de algemene bevolking heeft minimaal eens in hun leven (lifetime) klachten en symptomen ontwikkeld die voldoen aan een DSM-classificatie, verreweg de meeste van hen komen niet in zorg. Het ontbreken van sociale competenties als oorzaak is vaak bepalender voor het vragen van hulp voor klachten en symptomen dan de klacht of het symptoom zelf. Aanlegfactoren bepalen overwegend het optreden van deze disfuncties. De vermogens zijn dan beperkt door het zogenoemde 'plafondeffect'. Zij kunnen zich niet verder ontwikkelen vanwege a priori gegeven begrenzingen. Zelfs binnen de ASS-categorie kunnen de mate en ernst van deze disfuncties nog boven verwachting uiteenlopen. Dat is de voornaamste reden waarom ASS juist bij hoog-functionerende, intelligente vrouwen zo moeilijk is vast te stellen. Door alle classificaties heen beschikken vrouwelijke cliënten hoe dan ook gemiddeld over hogere (ongeveer een halve standaarddeviatie) sociale competenties dan mannen (Wijngaarden 2012).

Cliënten die beperkt zijn in sociaal opzicht hebben niet alleen moeite om zich flexibel en soepel te verhouden tot anderen in intieme relaties, maar ook om zich in het algemeen gemakkelijk en gelijkwaardig te bewegen in groepen. Bij stress ontwikkelen zij sneller dan gemiddeld vervreemdingservaringen. Zij kunnen in denken en voelen gedesorganiseerd raken. Dit heeft dan ook negatieve gevolgen voor de kwaliteit van waarneming van (sociale) situaties en conceptualisatie van begrippen. Bij grote stress treden uiteindelijk mogelijk grovere verstoringen in denkprocessen en zelfs formele denkstoornissen op.

2.4 Normale en pathologische traits

Het is niet mogelijk elk van de vier in ►par. 2.3 genoemde basiseigenschappen direct en uitgezuiverd te bepalen aan de hand van één specifieke dimensionele score op een persoonlijkheidsvragenlijst. Ook zijn deze dieper liggende eigenschappen niet gemakkelijk expliciet uitvraagbaar. Vooral interpretaties van scoreprofielen op vragenlijsten leiden tot hypothesen over de aard en ernst van hun bestaan. In de volgende paragrafen komen deze voor de persoonlijkheidsdiagnostiek belangrijkste persoonlijkheidsdimensies aan bod. In ►H. 3 en 4 volgt de bespreking van diverse mogelijkheden om ze te meten.

2.4.1 Het begrip trait

Allport en Odbert (1936) definiëren het begrip trait als volgt:

- » A generalized and personalized determining tendency, consistent and stable modes of an individual's adjustment to his environment.

Een ander woord voor *tendency* is het woord dispositie. Disposities liggen ten grondslag aan overheersend optredend gedrag per individu in verschillende situaties gedurende langere tijd. Een verzameling hiërarchisch geordende traits vormt een algemene typologie. Aan de hand van een specifiek en uniek patroon op de verschillende traits (profiel) is elk individu echter bovendien nog apart te typeren. Voor alle dimensies geldt een vloeiende overgang van normaliteit naar pathologie (Wiggins en Pincus 1989).

2.4.2 Traitmodellen

Iedere klinische (persoonlijkheids)vragenlijst dekt op zijn minst een deel van de Big Five-dimensies. Hun universele karakter (Costa en McCrae 1997) garandeert alomtegenwoordigheid in gedrag en daarmee dus ook in responsen op vragenlijsten. Het Big Five-model verenigt zowel de intra-individuele als de interpersoonlijke traits in zich, hoewel het model overwegend gegrond is op interpersoonlijke evaluaties. Eerst Eysenck en later Van Kampen in Nederland (Kampen 1996) en Livesley (Livesley et al. 1998) in de Verenigde Staten hebben vooral de intra-individuele, psychobiologische temperamentsfactoren die bepalend zijn voor persoonlijkheidspathologie vastgesteld en onderzocht. Cattell in de jaren dertig en Leary in de jaren vijftig van de vorige eeuw introduceerden als voorlopers van het Big Five-model eerder de interpersoonlijke dimensies (met hogere en lagere orde factoren) zoals die in de algemene bevolking vóórkomen. De Big Five bestrijkt dan ook het domein van de normaliteit. Bij populaties met persoonlijkheidspathologie valt een tweetal Big Five-dimensies weg – *openness to experience* en *altruïsme* –, omdat zij onvoldoende binnen en tussen psychopathologische populaties differentiëren.

2.4.3 Traits bij psychopathologie

Welke basistraits zijn bij onderzoek naar psychopathologie en persoonlijkheidspathologie wel onderscheidend? Hierna volgt een korte opsomming van de stabiele persoonlijkheidsdimensies die het meest vóórkomen in de belangrijkste traitmodellen om persoonlijkheidspathologie te beschrijven.

1. *Introversie-extraversie*

Dit is de meest interpersoonlijke ruimte (variantie) innemende en normaal verdeelde dimensie. Extremen disponeren respectievelijk tot de ontwikkeling van internaliserende en externaliserende persoonlijkheidsmechanismen. Een veilige hechtingsgeschiedenis stimuleert de manifestatie van de positieve kanten van deze dimensie in de persoonlijkheid. Ook verzacht en compenseert zij (bijvoorbeeld de sociale aspecten van extraversie; het leggen van diepe vertrouwensrelaties bij introversie) voor de nadelige effecten (respectievelijk overmatige impulsiviteit en verlegenheid).

2. *Emotionele instabiliteit*

Hoogscorers hebben een sterk verhoogde dispositie tot het ontwikkelen van negatieve emoties. Deze dimensie is fors scheef verdeeld in zowel de algemene bevolking (20%) als bij populaties met psychopathologie. Er is weliswaar een betekenisvol maar relatief zwak verband (0.30) met algemene psychopathologie. Naast negatieve emotionaliteit wijst grilligheid van het gevoelsleven op overgevoeligheid voor negatieve omgevingsinvloeden.

3. *Psychoticisme, schizotypie*

De trek psychoticisme verwijst naar excentriciteit, moeite met soepele sociale aanpassing, rigiditeit en het onder druk ontwikkelen van verwardheids- en vervreemdingsverschijnselen (desorganisatie in denken en voelen). Pogingen tot rationele beheersing hebben als functie het bieden van tegenwicht tegen een steeds dreigend controleverlies en de structurele beperkingen in de sociale vermogens. Psychoticisme als persoonlijkheidstrekk valt meestal niet samen met floride psychotische verschijnselen.

4. *Impulsiviteit*

Impulsiviteit als dimensionele eigenschap heeft betrekking op het omzetten van frustratie en onlustgevoelens in handelen. Moeite met doorvoelen van emoties en een gebrek aan receptiviteit voor de (sociale) omgeving veroorzaken het op niet afgestemde wijze uitagere van problemen. Negatieve emoties kan men niet lang intern vasthouden (containen) en dus ook niet verwerken (*undercontrolled*).

5. *Oppositionaliteit, agressie, destructiviteit*

Slechts een gering deel van de hoog-impulsieven beleeft lustgevoelens aan het beschadigen van anderen. Dit is bij deze trek van toepassing.

6. *Extreme remming in de vorm van hoge verlegenheid en sociale angst*

Deze trek noemt men ook wel controle. Het gaat hierbij om overcontrole van de eigen (ongewenste en afgekeurde) emoties, verlangens en strevingen die verstikt raken onder de repressieve mechanismen. Naar de buitenwereld overheerst sociale en conflictvermijding, overaanpassing, strenge gewetensvolheid en overmatige consciëntieusheid. Intrapyschische fenomenen als faalangst, snelle vermoeidheid, moeilijk kunnen loslaten en iets van zich af kunnen zetten, chronische onvrede en overal tegenop zien horen hier ook bij.

7. *Dwangmatigheid*

Boeiend is dat deze trek door alle andere dimensies en persoonlijkheidsconstellaties heen loopt. Het is dan ook belangrijk deze in aanleg sterk aanwezige trek (Treurniet 1984) apart te onderscheiden. Hoe deze eigenschap ingebed is in de persoonlijkheid hangt zowel af van de traitcombinaties als van de mate van rijping.

8. *Sociale gerichtheid*

Mensen lopen sterk uiteen in de mate waarin zij zich actief bij anderen betrokken voelen. Het gaat uitdrukkelijk niet alleen om te pleasen uit angst voor kritiek of verlating. Deze trek duidt ook op een actieve instelling naar de ander. Een zorgende en belangstellende houding, plezier in het geven en delen en het zich verantwoordelijk voelen voor het welzijn van anderen is kenmerkend. Deze trek stimuleert empathie en vermogen tot intimiteit. Echt aardig zijn is niet hetzelfde als louter aardig doen op gedragsniveau, opdat anderen jou sparen. Uiteraard kan deze trek ontaarden in pathologische afhankelijkheid en maakt hij extra gevoelig voor parentificatieprocessen. Overigens is er contra-intuïtief maar een matig verband met de dimensionele trek schizotypie (onhandigheid versus geen echte interesse). De positieve pool van deze trek is sterker ontwikkelingsbepaald dan de overige traits en predisponeert ook tot pathologische afhankelijkheid.

2.4.4 Traitprofielen

Een citaat van Allport (1958) geeft het belang van het combineren van traits voor de individuele psychodiagnostiek goed weer:

- » Factors are simply a summary principle of classification of many measures, [...] they offer scalable dimensions; that is to say, they are common units in respect to which all personalities can be compared. None of them corresponds to the cleavages that exist in any single personality unless the single personal structure happens to be like that of the empirically derived average man.

Met andere woorden, een trait heeft op zichzelf niet veel individuele diagnostische betekenis, maar een specifiek traitprofiel des te meer (Samuel en Widiger 2004). Sommige traits liggen eerder in elkaars verlengde (bijvoorbeeld introversie, extreme remming en dwangmatigheid; emotionele instabiliteit en schizotypie) dan andere (bijvoorbeeld impulsiviteit en remming). Bij ongunstige combinaties is de kans op het optreden van psychopathologie en het zich ontwikkelen van persoonlijkheidspathologie groot. Zo zijn voor een goed begrip van de persoonlijkheidspathologie de interacties op individueel niveau tussen de traits en de ontwikkeling in beeld te brengen.

Traitcombinaties

Bij het tot zich nemen van de basistraits die invloed hebben op de zich ontwikkelende en optredende persoonlijkheidspathologie, is het niet moeilijk al verschillende klinisch relevante verbanden te leggen op basis van de eigen klinische ervaring en het voorstellingsvermogen. In het diagnostisch proces is het verleidelijk de ene trait uit de andere te verklaren. Het veronderstelt een onterechte vanzelfsprekende samenhang, een bron van veelgemaakte diagnostische misvattingen. Bij persoonlijkheidsdiagnostiek gaat het juist om het omgekeerde proces, namelijk het betekenis geven aan niet als vanzelf tezamen voorkomende eigenschappen. Combinaties kunnen zelfs onderling strijdig zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor de met elkaar interacterende dimensies extraversie, dwangmatigheid en emotionele instabiliteit. Het is aan de clinicus zich een beeld te vormen van een cliënt met deze combinatie van eigenschappen. Zo zal ook sociale gerichtheid samen met schizotypie bij een individu die behept is met deze merkwaardige combinatie van eigenschappen voortdurende verwarring veroorzaken in het eigen zelfbeeld (Morey et al. 2002). Bij drie of meer elkaar negatief versterkende traits is al op zijn minst sprake van complexe persoonlijkheidsproblematiek. Zo zal het geen verbazing wekken dat de combinatie introversie, extreme remming, dwangmatigheid en schizotypische trekken bijzonder taaie problematiek betreft met veel weerstand tegen verandering in een psychotherapeutische behandeling.

Het vaststellen van traitcombinaties dekt de klinische werkelijkheid veel meer en geeft aanzienlijk waardevollere informatie dan een classificatie in persoonlijkheidsstoornissen. Een introverte, dwangmatige, schizotypische psychopaat zal zich heel anders manifesteren dan een extraverte, impulsieve en naar destructiviteit neigende antisociale persoonlijkheid. Toch kunnen beide typen onder hetzelfde label antisociale persoonlijkheidsstoornis vallen, terwijl ze geenszins op elkaar lijken en ook een geheel andere aanpak vergen. Hoe meer elkaar complicerende traits aanwezig zijn des te gevoeliger en kwetsbaarder iemand is. Dat traits elkaars nadelen kunnen helpen beperken, laat zich onder andere zien in de combinatie extraversie en sociale gerichtheid. Deze laatste eigenschap remt de neiging van de extraverte persoon zich buitensporig en ten koste van anderen te gedragen.

Traits als dispositie

Basistraits beïnvloeden in hoge mate de persoonlijkheidsontwikkeling en -opbouw. Hoe kwetsbaarder de traitcombinaties in de basis hoe meer de omgeving hierop in de levensloop en dus ook in de daartoe kritische fasen van de persoonlijkheidsontwikkeling moet inspelen, om toch zoveel mogelijk psychische veerkracht te vormen. Een tweedeling in de samenleving tekent zich af tussen diegenen bij wie dit proces grotendeels is geslaagd en mensen bij wie een negatieve interactie te onderkennen is tussen al ongunstige basistraits als uitgangspunt met daarbovenop een onveilige hechtingsgeschiedenis. Dat is ook de reden dat er geen een-op-eenverband kan worden gelegd tussen de ontwikkeling en het klinisch beeld. Niet alle psychopathologie kan men alleen uit de ontwikkeling en levensloop verklaren, een uitgangspunt en *raison d'être* van de DTP-methodiek.

2.5 Vroege/late persoonlijkheidskenmerken

Van de overwegende aanlegfactoren gaat de inhoud van dit hoofdstuk over naar de ontwikkelingsaspecten. Voor de diagnosticus is het essentieel om naast basistraits 'latere' van 'vroegere' kenmerken in de persoonlijkheidsopbouw te onderscheiden (Trijsburg 2001). Het conflictmodel (dat wil zeggen, dat alle lagen en facetten van de psychische structuur zich hebben gevormd, maar niet in harmonie tot elkaar staan; Jonghe 1984; Blatt et al. 1997) gaat uit van late aspecten bij een stevig ontwikkelde ondergrond in de persoonlijkheid. Vroege aspecten wijzen op tekorten en deficiëten in de persoonlijkheidsstructuur. Veel aanwezige *state*-invloeden of een juist ogenschijnlijk en opvallend ontbrekende psychopathologie (*façade*) kunnen de blik op deze late en vroege persoonlijkheidsaspecten fors vertroebelen. Dat is nogal eens het geval bij bijvoorbeeld de vaak optredende verwarring tussen complexe PTSS en borderlinepersoonlijkheidskenmerken (Gael 1996). Of de gemiste ernstige coverte narcistische trekken bij (schijnbaar) altruïstisch gedrag. Om te weten waarop men moet letten bij het onderscheid tussen vroege en late aspecten in de persoonlijkheidsontwikkeling, volgt eerst een uiteenzetting over het klassieke begrip objectconstantheid.

2.5.1 Objectconstantheid

De ontwikkeling van objectconstantheid (Matthys 1985) markeert de overgang van vroege naar latere fasen in de ontwikkeling. De term is mogelijk wat uit de belangstelling geraakt nu psychodynamische theorieën slechts vluchtig worden onderwezen in de premaster studieprogramma's. In de hechtingstheorieën krijgt het concept een meer interrelationele betekenis. Toch biedt begrip van het concept objectconstantheid een nuttig houvast om goed onderscheid te kunnen maken tussen vroege en late persoonlijkheidspathologie. Vandaar dat hier een korte uiteenzetting volgt.

Ontwikkeling objectconstantheid

Objectconstantheid ontwikkelt zich in de basis rond het derde levensjaar en betekent zoveel als het vermogen tot het innerlijk representeren van het primaire ouderobject. Dit beperkt zich niet alleen tot het visuele beeld, maar dit geldt ook en vooral voor de affectieve, troostende maar ook de ergerlijke kwaliteiten van de verzorger. Dit vermogen is van levensbelang. De verinnerlijkte objectrepresentaties zijn dan te onderscheiden van de externe realiteit. Eenmaal aangelegd, maakt dit minder afhankelijk van voortdurende externe bevestiging en

erkenning (de moeder die het kind gewoonlijk als persoon als liefdevol en verzorgend beleeft, voelt en gedraagt zich nu tijdelijk boos. Zij 'is' geen boze moeder maar voelt zich en doet nu even zo. Ondanks deze uiting blijft zij 'de moeder' die zij was). Daarmee raakt het innerlijk opgebouwde psychisch portret niet meer verstoord door momentaan gedrag. Het kind houdt het intern gevormd beeld van de ander vast. Dit is een basisvoorwaarde voor de verdere ontwikkeling van remming en integratie in de persoonlijkheidsontwikkeling. Externe bedreigingen kan men bij een eenmaal gevormde objectconstantheid beter afgrenzen van het 'zelf'. Anderen zijn daarmee minder gevaarlijk voor de eigen existentie. De positief overheersende verinnerlijkte eigenschappen van de primaire verzorger vormen een belangrijk onderdeel van het zelfbeeld. Actuele gedragingen en houdingen van anderen vallen hierdoor niet meer samen met de eigen persoonlijkheidsbeleving.

Differentiatie zelf-ander

Met de vorming van objectconstantheid is men tevens beter in staat om te differentiëren tussen de eigen negatieve gevoelens en die van de geïnternaliseerde ander. Het voordeel van deze differentiatie is dat negatieve gevoelens van de ander nu niet meer per se het eigen (zelf) beeld besmetten (en vice versa, de angst om de ander te beschadigen door de eigen negatieve gevoelens). De eigen wereld en het 'zelf' dreigt dan niet in te storten bij (vermeende angst voor) verlating. De essentie is dat de actuele externe werkelijkheid en de interne belewingswereld niet meer samenvallen (bij wel samenvallen spreekt men van de *equivalent mode*; Bateman en Fonagy 2006). Dat is een voorwaarde voor de vorming van (blijvende) innerlijke troostende zelfobjecten ('uiteindelijk ben ik de moeite waard, hoor ik erbij, heeft het leven zin, houden mensen van mij en doe ik ertoe'). Deze uitgerijpte objectrelaties (verinnerlijkte eigenschappen van het 'zelf' en de belangrijke 'ander') helpen om later beter bestand te zijn tegen nieuwe frustratie en teleurstellingen. Negativiteit betreft men dan minder snel op de eigen persoon, omdat ik en de ander minder door elkaar lopen. Dat biedt de mogelijkheid tot psychische separatie, een voorwaarde voor verdere differentiatie en individualiteit van de persoonlijkheid. Slechts bij voldoende basisveiligheid en -zekerheid ontstaat al explorerend in een veilige speelomgeving het vermogen een blijvend en verinnerlijkt psychologisch portret van de ander te gaan vormen. Momentane gedragingen krijgen dan al vrij vroeg in de ontwikkeling van het jonge kind hun contextuele en persoonlijke betekenis. Men kan deze duiden en doorvoelen (mentaliseren). Gedrag staat dan immers niet meer op zichzelf, maar komt meer voort uit de achterliggende strevingen, motieven, verlangens en dynamiek. Begrip hiervan stimuleert grip op de interpersoonlijke processen. Ook kan men dan eigen reacties beter op de behoeften en frustraties van anderen afstemmen, zonder zichzelf te verliezen. De existentie van het 'zelf' vormt (Kohut 1978) en ontvouwt zich idealiter in een authentieke autonomie. Voelen, denken en handelen raken steeds meer geïntegreerd. Daardoor is men ook beter in staat tussen anderen te differentiëren (Lewin 1943). De (overgrote) meerderheid van cliënten met psychopathologie in uiteenlopende settings vertoont tekorten in deze 'zelf'-ontwikkeling. Om vroege van late persoonlijkheidspathologie te kunnen onderscheiden, is de objectrelatietheorie ontworpen (Kernberg 1976). Deze theorie helpt vroege pathologie te markeren, beschrijven en verklaren. Ook is daarmee de intrapsychische en interpersoonlijke dynamiek te doorgronden van cliënten met deficiën in hun persoonlijkheidsstructuur.

2.6 Objectrelaties

De kwaliteit van de objectrelaties ('zelf-ander' objecten) is direct gerelateerd aan en medebepalend voor de psychische veerkracht en weerbaarheid. Onvolgroeide en zelfs beschadigde objectrelaties maken individuen immers veel kwetsbaarder voor externe negatieve invloeden. Stabiele en positieve innerlijke representaties van het zelf en de ander (Bateman en Holmes 1995; Yeomans en Levy 2002) ontbreken dan te veel, waardoor de regulatie van het zelfgevoel problemen oplevert, vooral bij krenking en (dreigende) verlating (Kernberg 1975).

2.6.1 Schema kwaliteit objectrelaties

Ter verheldering volgt hier een versimpeld schema van de objectrelaties bij een in principe veilige hechtingsgeschiedenis:

$$Z+/z- - - - A+/a-$$

Z staat voor een intern gerepresenteerd zelf- en A voor een dito anderobject (synoniem met objectbeeld of objectrepresentaties). + staat voor positieve kenmerken en emoties, – voor negatieve. We zien hier een duidelijk onderscheid weergegeven tussen Z en A en tussen + en –. Ook klopt de verhouding tussen Z en A evenals die tussen + en –. Dit is gunstig, omdat z– en a– duidelijk herkenbaar gerepresenteerd zijn in de eigen cognities en emoties. Ook zijn zij voldoende afgegrensd van respectievelijk de Z+ en A+. Oftewel in gewone woorden gesteld: in het zelfbeeld hebben negatief geëvalueerde en beleefde gevoelens en eigenschappen van het zelf en de ander niet de overhand gekregen. Dit draagt ertoe bij dat men negatieve gevoelens en zelf-anderevaluaties kan opvangen en compenseren door een veelheid aan positieve geïnternaliseerde aspecten. Er staat in de eigen persoonlijkheidsopbouw genoeg aan positieve verinnerlijkte evaluaties van het zelf en de ander tegenover om bestand te zijn tegen eigen irrationele angsten, slechte gedachten, ergernissen en andermans onhebbelijkheden, missers, teleurstellingen en frustraties. Deze constellatie van interne objecten bevordert de autonomieontwikkeling. Men kan in emotioneel en relationeel opzicht 'op eigen benen' staan en op het eigen oordeel en gevoel vertrouwen. Door de interne differentiatie kan men strijdige en ambivalente gevoelens verdragen. Reflectie over eigen handelen, denken en voelen is daardoor beter mogelijk. De diagnosticus is op zoek naar aanwijzingen over de individuele kwaliteit van deze objectrelaties.

2.6.2 Schema vroege objectrelaties

Bij vroege persoonlijkheidsproblematiek en -pathologie ziet het plaatje er behoorlijk anders uit met de nodige nadelige gevolgen voor de negatieve affectregulatiemogelijkheden. Om te beginnen kunnen de verhoudingen tussen de plussen en minnen zowel bij Z als bij A veel ongunstiger liggen. Bij de in hun vroege ontwikkeling ernstig beschadigde cliënten zijn de Z+ en/of de A+ soms zelfs nauwelijks meer in het zelfbeeld te herkennen. Dit gaat gepaard met forse vormen van zelfdevaluatie, zelfonderminning en in extreme gevallen zelfs met zelf-destructie (Kernberg 1992; Koelen 2015). Wanneer daarentegen de Z– en A– in de zelfrapportage (nagenoeg) ontbreken, denkt de diagnosticus al gauw aan narcistische dynamiek en trekken. Nog belangrijker is een gebrek aan differentiatie tussen Z en A. Dit wijst op beperkingen in of zelfs een totale afwezigheid van objectconstantie.

In schema:

$$(z+a+)/(Z-A-)$$

Zowel de $z+$ en de $a+$ als de $Z-$ en de $A-$ zijn sterk aan elkaar gekoppeld, en daarom in het schema tussen haakjes weergegeven. De eigenschappen en gevoelens van het zelf en die van de belangrijke ander kan men niet erg van elkaar onderscheiden.

Gevolgen vroege objectrelaties

Wanneer de ander (zeker in een intieme en afhankelijkheidsrelatie) niet op een bevredigende wijze aansluit bij de eigen behoeften en verlangens, versterkt dit onmiddellijk de $Z-$ nog verder. $A-$ leidt direct tot $Z-$, de $Z-$ resonanceert in volle hevigheid mee. Typische uitlatingen van borderlinestructureerden geven dit goed weer: 'jij luistert niet en daardoor voel ik mij gelijk waar-deloos, ik ben ook eigenlijk niets'; 'als jij niet bij me blijft, heeft het leven geen zin meer, want dan voel ik niet dat ik besta of dan besta ik zelfs überhaupt niet'; 'als jij boos bent, voel ik me in de steek gelaten en ben ik daarmee volledig stuurloos'; 'ik ben echt anders dan anderen en daardoor eigenlijk nooit echt goed te begrijpen'. Het gebrek aan een (semipermeabele) wand tussen de Z en de A veroorzaakt meteen een heftig effect op het zelfbeeld bij frustraties vanuit de (sociale) omgeving. Een instabiel zelfbeeld is hiervan een direct gevolg. Men is voortdurend afhankelijk van externe validaties die afgemeten worden aan concrete momentane reacties van anderen. Vanwege de vervloeiing met de omgeving is dit voortdurend en blijvend nodig. De interne A (en dus de Z) valt dan direct samen met de concrete ander die kan wisselen in zijn reacties. Deze reacties beklijven niet in het zelfbeeld, omdat er (nog) geen 'bodem' in de persoonlijkheid is aangelegd. De $A-$ is nog niet goed geïnternaliseerd en deint daardoor gelijk mee met de (door angsten 'ingevulde') waargenomen en aangevoelde omgeving. De $A-$ besmet tegelijk de daaraan gekoppelde $Z-$. Het zelfbeeld kan dan snel in een vrije val terechtkomen. Een $+$ kan bij frustratie, verlating en krenking plots omklappen in een $-$. Soms ziet men deze kanteling als cliënt en als behandelaar niet aankomen. De ingezette heersende afweer is primitief (Akhtar 1992); dat wil zeggen, dat men de waarneming van de werkelijkheid en dus ook van de ander inkleurt door en vaak modelleert naar de eigen wensen en angsten. Die ander voegt zich daar ook vaak naar in daad en gevoel, meestal onbedoeld en 'gedwongen' (projectieve identificatie; Hebbrecht 2015).

Herkenning vroege objectrelaties

Waraan herkent de diagnosticus een gebrekkige interne differentiatie van negatieve affecten? Dat blijkt onder andere uit een unidimensionele typering van de ander (bijvoorbeeld 'slecht, niet te vertrouwen, aardig, afwijzend'). Ook is er moeite om de ander te beschrijven los van de eigen behoeften, wensen en angsten (de ander 'doet aardig, geeft me veiligheid, laat me in de steek'). Heftigheid en gebrek aan nuance overheersen met tendenzen tot devaluatie en idealisatie. Het vroege spiegelsproces is verstoord geweest (Fonagy en Bateman 2005), waardoor het voor een individu ook nu niet langer duidelijk is wat de eigen gevoelens zijn en waar deze vermengd zijn met die van de ander (de $A-$ is dan samengesteld uit de eigen negatieve affecten versmolten met de *non-mentalized* gevoelens van de primaire verzorger). Dit vormt de voedingsbodem voor de ontwikkeling van zowel overte, maar veel vaker vóórkomende coverte borderline- en narcistische kenmerken. Het 'gif' van de ander is onderdeel van de eigen persoonlijkheid geworden. Veel van de hierbij behorende psychische dynamiek is gekleurd door agressieve gevoelens en perverse verlangens (Kernberg 1975, 1992).

De meeste borderlinestructureerden beschermen zichzelf tegen een overmaat aan en overspoeling door te heftige ongedifferentieerde negatieve affecten; uit angst voor zowel innerlijke desintegratie als voor feitelijke verlating. Veel van hun symptomen en

gedragsstoornissen zijn hieruit te begrijpen. Om deze dynamiek te onderzoeken, is het nodig op de een of andere manier de Z— zichtbaar te maken in het persoonlijkheidsdiagnostisch proces. De diagnosticus moet daartoe de A— mobiliseren, wil men deze onderliggende kwetsbaarheid in de persoonlijkheid goed kunnen onderzoeken en toetsen (zie ►H. 7 en 8). Anders kan de onderliggende structuur, ook in de spreekkamer, gemakkelijk verhuld en bedekt blijven. Een cliënt zal hiermee in het algemeen niet snel te koop lopen, ook niet in een onderzoeksfase. Zeker niet wanneer hij deze dynamiek als (te) pijnlijk, bedreigend en schaamtevol beleeft. De diagnosticus kan in supervisie leren hoe hij in het onderzoeksproces in de wind kan en moet gaan staan, soms bepaald geen sinecure. De direct op de diagnosticus gerichte en door hem gevoelde A— blaast hem zo nu en dan immers fors om de oren. Zowel in het diagnostisch proces als in de therapie geldt dit als de krachtigste interventie.

2.7 Dynamische entiteiten

De mate waarin de differentiatie en de integratie zich hebben gevormd in de persoonlijkheidsstructuur en het gevolg daarvan voor het individueel psychisch functioneren verschilt per cliënt aanzienlijk. Hierna volgt een zinvolle en voor de diagnostiek bruikbare indeling in een aantal dynamische entiteiten.

2.7.1 Antisociale trekken en vroeg narcisme

De voornaamste kenmerken van zowel de antisociale als de narcistische persoonlijkheid zijn: gebrek aan empathie; onvermogen daadwerkelijk lief te hebben in een wederzijdse intieme relatie; manipulatief gedrag ter controle, overheersing en vernedering van de ander; gebrek aan vermogen tot ervaren van schuldgevoel; woede bij krenking en frustratie; onbetrouwbaarheid en povere gevoels- en fantasiebelevingen. Onlustgevoelens kan men niet lang verdragen. Cliënten neigen ertoe deze af te reageren en uit te leven (Millon en Davis 2000). Prognostisch relatief gunstig is de rapportering van somberheidsgevoelens. Er komt dan iets van stilstaan bij innerlijke belevingen op gang. Bij kenmerkende antisociale en ernstig narcistische eigenschappen gaat het eerder om deficiënties in de structuur en de ontwikkeling dan om 'slechte' eigenschappen, een geringe minderheid daargelaten.

Antisociale trekken

Voor diagnostisering van antisociale kenmerken is tevens zicht op de onderliggende dynamiek noodzakelijk. Het alleen vaststellen van het anti- en asociaal oppervlaktegedrag is daartoe ontoereikend. Gedrag en trekken behoeven immers geenszins tegelijkertijd voor te komen. Bij afwezigheid van manifeste gedragsstoornissen valt de neiging tot uitbuiting en zelfs oplichting in eerste instantie niet snel op. Deze bedoelingen gaan dan schuil onder een charmante façade, waardoor zelfs ervaren klinici deze kenmerken kunnen missen (*mask of sanity*; Cleckley 1988). De combinatie van de volgende eigenschappen is van belang: een lage frustratietolerantie, hedonisme, impulsiviteit, onvermogen tot het nastreven van langere termijn doelen, instrumentele relatievorming met parasitaire instelling en het niet-leren van straf (Meloy 1988). Dit gaat altijd gepaard met een gebrekkige inhibitie van agressie (intense en primitieve, vaak destructieve woede; vooral bij narcisme ook vermengd met afgunst; Kernberg 1984). Verder speelt in vele gevallen ook achterdocht de cliënt en diens omgeving parten. Angst versterkt dan agressie en omgekeerd, agressie maakt extra angstig.

Vroeg narcisme

Ook bij vroeg narcisme ontbreken goed ontwikkelde gewetensfuncties. Cliënten met forse en vroeg-narcistische trekken onderscheiden zich echter van de antisociale persoonlijkheid door wel degelijk te investeren in de ander, maar uitsluitend voor zover de ander zich onderwerpt, aansluit en ten dienste stelt van de eigen persoon. De ander bestaat niet als autonoom en authentiek individu, maar is welhaast een bezit en verlengstuk van het zelf. De bedoeling is dat deze ander voortdurend het zelfbeeld versterkt en voedt. De cliënt met narcistische trekken is dan zowel afhankelijk van als dwingend naar deze ander, waardoor gelijkwaardigheid in de relatievorming ontbreekt. Dit is ook de reden van de beperking in het vermogen tot werkelijke empathie. Anders gezegd, uit A+ volgt meteen Z+. A+ helpt de confrontatie met en het voelen van Z- te voorkómen. Dit is voor de cliënt zelf nodig en wenselijk, omdat de Z-deelaspecten niet zijn geïntegreerd (horen niet bij en passen niet in het zelfbeeld; boosheid is de schuld van en wordt veroorzaakt door de ander). Op deze manier lukt het, geholpen door de zich aanpassende ander, deze Z- zoveel mogelijk buiten het gezichts- en gevoelsveld te houden (loochening; naïviteit). Bij het te sterk voelen van Z- ('ik ben eigenlijk niks; een klein, alleen en niet gewaardeerd jongetje') raakt de uitvergroete Z+ beschadigd. De Z+ is dan bedorven en moet worden hersteld. In extreme gevallen door vernietiging van de Z-/A- (een aantal 'onverwachte' suïcides is hieruit te verklaren). Door geen A- te koesteren in het zelfbeeld kan men de Z- klein houden. Deze kan helemaal afwezig lijken, geholpen door alleen 'ja-knikkers' te verdragen. Representatie van deze Z- in het zelfbeeld is niet aan de orde. Het samenvallen van het 'ik' met het 'ik-ideaal' (Kohut 1978) – het 'grandioze zelf' met het geïdealiseerde archaïsche ouderobject – leidt tot gevoelens van leegte en mislukking bij het niet onmiddellijk bereiken van (fantastische) doelen en verlangens. Men heeft 'recht' op rijkdom, schoonheid, succes en aandacht, zonder daarvoor de nodige inspanningen en prestaties te hoeven leveren. Hiermee ontloopt de narcistische mens de frustraties van de *daily hassles*. 'In plaats van idealen te hebben, beleeft de ("vroeg" narcistische) persoon zich als ideaal zijnd of vergeeft zichzelf niet dat hij niet ideaal is' (Jonghe 1989). Bij het niet-meewerken hieraan volgt, soms subtiele (en ook plotselinge, radicale en blijvende) devaluatie van de ander. Idealisatie en devaluatie zijn altijd onlosmakelijk met elkaar verbonden en vormen steeds twee zijden van dezelfde medaille, ook als een van deze zijden tijdelijk niet of minder zichtbaar is. Overigens spelen de mechanismen van idealisatie en devaluatie bij alle typen van zelfpathologie een rol.

Oblivious en hypervigilant narcisme

Slechts een relatief gering percentage mensen met vroeg-narcistische kenmerken voldoet aan voldoende criteria voor de classificatie narcistische persoonlijkheidsstoornis (*oblivious* type; Gabbard 1994). Narcistische kenmerken en dynamismen zijn in overgrote meerderheid overdekt door allerlei andere symptomen en klachten, vaak van meer internaliserende aard. De functie hiervan is de heftigheid van de negatieve gevoelens, de ervaren krenking en pijnlijke dynamiek te dempen. Ook hebben deze symptomen en klachten effect op de houding van de ander. *Down* gaan gaat strijd en concurrentie tegen. Het roept eerder medeleven en compassie op in plaats van verzet en afkeer. Deze onderliggende narcistische dynamiek is daarom voor de diagnosticus moeilijker detecteerbaar bij aanmelding voor hulp (het *closet* of hypervigilante type; Kohut 1966). Het gaat hier om de passieve, sensitieve en afhankelijke persoon met in de kern overdekte en verhulde narcistische persoonlijkheidspathologie. Dat onderkennen hiervan toch van groot diagnostisch belang is, blijkt steeds weer uit het complicerend effect hiervan op het hulpverleningsproces. Beter dus om dit van tevoren helder te hebben, bijvoorbeeld door middel van diepte-interviews en de inzet van persoonlijkheidsdiagnostiek.

Bij alle typen vroeg narcisme ontbreekt echter zorg voor de ander, maar vaak (contra-intuïtief) ook voor zichzelf, ook bij tentoonspreiding van een overmaat aan zelfopofferend gedrag. Het 'hypervigilante' type is echter extreem gevoelig voor reacties van anderen. Reeds de geringste kritische uitlatingen of dreiging van het nemen van afstand doen het frustratie-niveau en gevoel van kwetsing en verlating al snel oplopen (*angry dependency*; Pals 1999). De steeds terugkerende behoefte aan erkenning bij tegelijkertijd het niet-verdragen van werkelijke afhankelijkheid bemoeilijkt intieme relatievorming. Bij teleurstelling valt de ander al snel door de mand (*all good-all bad*) met afwijzing en devaluatie vanuit een vermijdende hechtingsstijl (*dismissive*; Fonagy en Bateman 2005). Opvullen van de innerlijke leegte – bij het *oblivious* type psychisch functionerend onder de *window of tolerance*, een onderkoeld emotioneel leven met ontkoppeling van ratio en gevoel – gaat moeilijk en is vaak slechts tijdelijk mogelijk, waardoor vervanging van de tekortschietende anderen gemakkelijk plaatsvindt. Bij vroege lacunes in de ontwikkeling van het zelf zijn begrippen als *as-if* en *false-self* (Deutsch 1942; Winnicot 1960; Taylor 1984) van toepassing (lege kern, men speelt geen rol maar 'is' een rol). De façade van normaliteit onttrekt de achterliggende en in eerste instantie nauwelijks merkbare leegte aan het oog. Woorden dekken nauwelijks de emotionele lading. Zij doen leeg, rationeel en clichématig aan (*pretend mode*; Bateman en Fonagy 2006). Lastige detectie van deze dynamiek geldt zeker bij aanmelding met andersoortige klachten en symptomen, bijvoorbeeld somatoforme problematiek of depressiviteit (anaclitische oftewel leegte- en verlatingsdepressie). Aanwezige eilanden van gezondheid, zoals het ervaren van somberheidsgevoelens, bezitten van humor, het langdurig onderhouden van een steunsysteem en de (rigide) aanpassing aan morele waarden, bevorderen de mogelijkheden tot (psycho)therapeutische behandeling. Meestal is aanmelding voor onderzoek en behandeling het gevolg van uitputting van, maar ook door, de sociale omgeving. Eenzijdige aanpassing is nooit (blijvend) vanzelfsprekend en duurzaam vol te houden.

Narcistische afweer

Ter differentiatie van vroege trekken spreekt men van narcistische afweer (Alper 2003) wanneer deze kenmerken zich later in de persoonlijkheid ontwikkelen (Dickinson en Pincus 2003). Bij narcistische afweer hebben de grootheid- en almachtsfantasieën meer de functie confrontatie met eigen intrapsychische conflicten te pareren en af te weren (Millon en Davis 2000). Uit (vaak niet toegegeven of niet bewuste) angst bij voorbaat de concurrentieslagen te verliezen, vermijdt men werkelijke strijd en rivaliteit. Passieve afhankelijkheidswensen zijn eng en mag men niet beleven. In het algemeen trekt de cliënt met deze kenmerken zich terug of haakt maatschappelijk af. De strijd wordt dan niet openlijk maar alleen in de fantasie gevoerd. Camouflage van deze afweer kan bijvoorbeeld resulteren in idealistisch gekleurd hulpverleningsgedrag (pleasen; Abraham 1997).

2.7.2 Borderlinepersoonlijkheden

Overeenkomend met de aard van de stoornis is het borderlineconcept zelf weinig afgegrensd (Masterson 1976; Adler 1985). Algemeen geaccepteerde kernkenmerken zijn: psychische instabiliteit, grilligheid van het affect, 'vrij flotterende angst' (Rosen en Schulkin 1998), impulsiviteit en matige tot geringe regulatie van heftige agressieve gevoelens. De identiteit is diffuus gebleven (Kernberg 1998) met zowel voortdurende angst voor verlating door als voor samensmelting met de ander. Er is hoe dan ook steeds angst voor (dreigend) identiteitsverlies. Omdat het zelf niet genoeg geïndividualiseerd is, voelt het als noodzakelijk de ander

steeds als aanvulling op het eigen ik te ervaren. Symbiotische afhankelijkheidsbehoeften zijn hiervan het gevolg. Het dreigend doorbreken van (maar ook versmelting met) deze vaak als concreet beleefde afhankelijkheid ervaart men dan als (levens)bedreigend. Bij confrontatie met gevoelens van hopeloosheid en radeloosheid bestaat angst voor verlies van controle over denken en voelen. Het ‘alleen gelaten, kleine, angstige’ kind dat ‘bang is gek te worden’ doet zich dan gevoelen. Houvast ontbreekt zowel in de realiteit als in de innerlijke structuur. Positieve meningen over zichzelf (Z+) kunnen niet op tegen de veel te negatieve zelfevaluatie (Z-). Datzelfde geldt voor de A. De ander is per definitie nooit helemaal te vertrouwen. Ondanks verbaal geuite beloften en verzekeringen van de ander, groeit het (basis)vertrouwen niet echt. Plotselinge wendingen in gevoelens, gedachten en houding zijn immers bij de ander toch altijd mogelijk met dreigend verlies tot gevolg. Geringe uitingen (bijvoorbeeld kritiek) kunnen al aanleiding geven tot doemscenario's op basis van deze meestal irrationele angsten. Nastreven van absolute zekerheid is per definitie niet haalbaar. Het grote verschil van de borderliners met vroeg narcisme in engere zin is de structurele innerlijke overheersing van ondraaglijke heftige negatieve emoties (Z- en A-). Overspoeling dreigt steeds met mogelijke desintegratie (of althans angst daarvoor) als gevolg van de zwakkere structuur. Zorg over verlies van identiteit en autonomie gaat hand in hand met verlatingsangst. Ik-grenzen blijven vaag en doorlaatbaar. Naast leegte dreigen heftige affecten, die moeilijk goed te integreren en dus te doorvoelen zijn, het broze ik. Zij stellen de zwakke afweer op de proef. Geestelijk overeind blijven heeft vaak allerlei soms onvoorspelbare symptoomvorming en gedragsproblemen als prijs (Blécourt 1980).

High/low level borderline

Diagnostisch is het zinvol om onderscheid te maken tussen op *high level* en *low level* borderlineniveau functionerende persoonlijkheden. Bij de *high levels* speelt de hiervoor beschreven dynamiek zich meer intern, dus op covert niveau, af. Diegenen met de meer impulsieve trekken (*low level*) tonen hun problemen en angsten meer in het directe contact en zij leven dit meer uit. Impulsieve borderlinepersoonlijkheden zitten klem tussen het niet kunnen containen (uitleven van hun negatieve affecten) enerzijds en hun angst om de omgeving daarvoor te bederven (kwijt te raken) anderzijds. Dat verklaart het tegelijkertijd samengaan van de heftige onbegrensde eigen woede bij het juist niet-verdragen van enige vorm van kritiek en confrontatie van de ander (Sheffield et al. 1999). Bij *high level* gestructureerde borderlinepersoonlijkheden spelen splitsingsmechanismen zich meer intern af (allerlei strijdige gevoelens bestaan naast elkaar, maar zij raken niet geïntegreerd ter voorkoming van implosie). Bij *low level* types raakt de buitenwereld verdeeld en uiteindelijk opgedeeld. Men vindt iemand met borderlinetrekken ‘slecht’ en ‘manipulatief’, terwijl anderen meer medelijden met hen hebben en bescherming willen bieden. Meestal hebben beide ‘kampen’ gelijk, maar voelen zij een verschillende kant aan van dezelfde borderlinepersoonlijkheid. Splitsing dient om de lading beperkt te houden en zichzelf te beschermen, veelal echter met een uiteindelijk averechts effect. De borderlinepersoonlijkheid strijdt tegen inperking hiervan, want dat maakt hem somber en angstig, immers de tol van verdere groei en ontwikkeling. Als een uiteindelijk onverwacht voordeel blijkt daarentegen juist een integratiebevorderend effect bij een meer innerlijke bewerking van deze negatieve affecten. Daarmee vermindert ook de angst tegen diens verwachting in. Het geweten is vaak wreed en (zelf)bestraffend. Door interne en (niet gecorrigeerde) magische verwachtingen kan men in intieme relaties heftig reageren. Ondraaglijke ontgoocheling treedt gemakkelijk op bij de confrontatie met de bestaande realiteit. Vaak ontbreekt voldoende stevigheid in de sociale omgeving om hiermee consequent en duidelijk om te gaan. Indien deze omgeving zich wel stevig opstelt, kan de

borderlinepersoonlijkheid deze ook moeilijk hanteren en verdragen. Toch geeft dit rust, een basisvoorwaarde om de interne balans te bevorderen en de overspoelende negatieve emoties te helpen reguleren en doorvoelen. Deze ander moet de intenties van zijn opstelling steeds weer als zodanig bewijzen. Gedragstoornissen hebben bij de borderlinepersoonlijkheid dus een andere functie dan bij de antisociale persoonlijkheid. Op oppervlakteniveau is dit echter niet altijd eenvoudig van elkaar te onderscheiden. De heftige negatieve affecten bij de borderlinepersoonlijkheid kunnen deels aanlegbepaald en deels traumagerelateerd zijn. Per cliënt kan deze verhouding sterk uiteenlopen.

Borderlinepersoonlijkheidsstoornis

De DSM-borderlinepersoonlijkheidsstoornis neemt een middenpositie in tussen hoog en laag niveau en gaat in zijn definitie en vaststelling nauwelijks tot niet uit van de interne dynamiek. De classificatie is voornamelijk te aan te brengen op basis van de waarneembare verschijnselen. Daardoor vallen de *high level* borderliners meer onder de cluster C-stoornissen.

2.7.3 De onrijpe persoonlijkheid

In het overgangsgebied tussen de borderline en de neurotisch georganiseerde cliënt is de minder bekende *infantile personality* (Kernberg 1976), oftewel de onrijpe persoonlijkheid, te lokaliseren. Een relatief frequent voorkomende, maar in de zorg en dus ook de diagnostiek, veel gemiste persoonlijkheidsconstellatie. Daarom is het de moeite waard deze hier te beschrijven. Het beeld imponeert in eerste instantie op basis van de presentatie en klachten weliswaar meer als neurotisch, maar vergt een aangepaste benadering (Horowitz 1977).

Manifestaties onrijpe persoonlijkheid

Het gevoelsleven en de identiteitsontwikkeling zijn niet zo uitgekristalliseerd als verwacht. Dit typeert de onrijpe persoonlijkheid. Meestal blijkt dat echter wat later in het diagnostisch en behandelproces. Pas bij confrontatie en oplopende druk komen deze verschijnselen naar voren die verscholen liggen onder de neurotische presentatie. Bij oplopende stress en toename van negatieve affecten manifesteert zich dan tijdelijk 'vroegere' persoonlijkheidsdynamiek en -pathologie (*high level*), zij het minder heftig dan bij de borderline *proper*. Vlak onder het gecontroleerde oppervlaktegedrag komen dan tijdelijk typische borderlinekenmerken voor zoals: identiteitsdiffusie, overmatige emotionaliteit en matig gedifferentieerde en geïntegreerde agressieve gevoelens. Ook is er vaak moeite met de impulscontrole. Het op enigszins kinderlijke, egocentrische wijze afdwingen van sterke verlangens naar zorg en afhankelijkheid roept gemakkelijk irritatie op. Uiteindelijk is steeds de moeite zichtbaar met het bewaren van een adequate balans tussen afstand en nabijheid in intieme relaties (Kernberg 1975). De overmatige afhankelijkheidsbehoeften dienen voornamelijk om verantwoordelijkheden te vermijden en negatieve emoties te dempen, ondanks de wel redelijke frustratietolerantie. Een aannemelijke dynamische ontwikkelingsverklaring hiervoor luidt als volgt: het verlangen om zich eeuwig 'kind' te voelen ('de aangepaste, gekooide prinses') zou voortkomen uit zowel vroegkinderlijke verwenning bij tegelijkertijd een ongewenste autonomieëremming. Dit eigen verlangen is voor de onrijpe persoonlijkheid moeilijk te accepteren, want het doorkruist de volwassenheidsstrevingen. De gefrustreerde 'kind' verlangens verstoren het autonomieontwikkelingsproces. Je 'mag' eigenlijk geen kind zijn ('je moet je aanpassen, netjes opzitten, aan eisen voldoen, rustig blijven') maar ook niet echt 'groot' zijn. Als het er echt op aankomt, tel je niet gelijkwaardig mee, met een voortdurende neiging tot zich bewijzen en prestaties leveren

als consequentie. Men 'is' (voelt zich) eeuwig adolescent en verlangt naar iemand boven zich, een oudersubstituut. Tegelijkertijd is het moeilijk dit afhankelijkheidsstreven te accepteren, want het zou eigenlijk niet 'moeten en mogen'. De verschillende functioneringsniveaus zijn voortdurend met elkaar in conflict en strijdig. De ander lijkt geïnternaliseerd, maar men beleeft deze meer in een onmiddellijke aanwezigheid (dyade). Er is een grote kans op drop-out (Eurelings-Bontekoe et al. 2009b) bij confrontatie en oplopende negatieve affecten, die immers 'veroorzaakt' worden door de behandeling. Men vermijdt een volwassen stellingname en positie. Deze vindt men eng. Dit komt voort uit de minder afgegrensde individualiteit. Intra- maar vooral interpersoonlijke conflicten leiden tot (zelf)devaluatie, tot een overmaat aan onlustgevoelens en tot het toegeven aan regressieve verlangens. Er is een voortdurende behoefte aan mentale en soms ook fysieke aanwezigheid van een geïdealiseerd ouderobject, gepaard gaande met soms heftige jaloeziegevoelens. De onrijpe persoonlijkheid kan langdurig aangepast functioneren met veel controle over het eigen denken en voelen. Er is ook behoefte aan zowel onderwerping aan als regie over de sociale omgeving. Hechttingsrelaties kunnen heftig en intens zijn, maar ook plotsklaps verbleken. Er is vaak veel sentimentaliteit, innerlijke onrust, ongeduld en een charmante sociale opstelling. Reflectie en empathie zijn een stuk minder ontwikkeld dan aanvankelijk vermoed op basis van de eerdere contactname. Door een tekort aan individualisatie beschouwt de cliënt de eigen en andermans emoties weinig neutraal en met nauwelijks enige distantie. Kleine actuele aanleidingen 'veroorzaken' reeds de nodige grilligheid, voor een buitenstaander niet altijd gemakkelijk plaatsbaar en verklaarbaar. Heftigere verlangens en frustraties interfereren met een objectievere inschatting van de ander. De weinig geneutraliseerde dynamiek kleurt de blik op zichzelf en de ander (te) sterk. Men ziet de ander niet zoals die 'is', maar zoals men die verlangt te zien. Buitenproportionele angst voor goed- en afkeuring door deze ander bezweert men door zich aan te passen aan de (vermeende) wensen en verlangens. Vaak indirect afgedwongen en gekochte goedkeuring leidt tot tijdelijke geruststelling. Dikwijls zijn foutieve partnerkeuzes het gevolg van alles wat men in de ander projecteert. Cliënten met deze structuur neigen ertoe de werkelijkheid te vervormen naar hun sterke emotionele behoeften en hun angsten. Veel partners zullen zich hiernaar voegen uit een behoefte aan waardering. Een redder is altijd te vinden. Iemand blijkt dan later helemaal niet te voldoen aan het aanvankelijke ideaalbeeld.

Belang van herkenning onrijpe persoonlijkheid

Hulpverleners, inclusief huisartsen, kunnen door het stellen van te hoge doelen teleurgesteld en ingezogen raken bij niet voldoende onderkenning van deze dynamiek. Men 'verleidt' de ander en dus ook de hulpverlener immers tot een afhankelijkheidsbiedende, steunende, exclusieve en confrontatievermijdende benadering. Dit kan leiden tot burn-outklachten bij de hulpverlener die niet voldoende begrenst. De regressieve dynamismen in de dyadische hulpverleningsrelatie spelen onderhuids zo'n grote rol dat bij het stellen van eisen aan medewerkzaamheid de onrijpe persoonlijkheid al snel neigt af te haken. Het werkelijk nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen proces ontbreekt dan te veel. Men is er vooral op uit de Z— te (laten) verminderen. Na een paar interventies gaat het dan al 'veel beter'.

2.7.4 De psychotische persoonlijkheidsstructuur

Bij de psychotische structuur ontbreekt per definitie de capaciteit tot realiteitstoetsing (Kernberg 1980; Frosch 1988). Dat wil zoveel zeggen dat cliënten zich dan zelfs niet kunnen voorstellen dat anderen een van hen afwijkende kijk op de werkelijkheid kunnen hebben.

Sommige cliënten met deze structuur weten cognitief mogelijk wel dat niet iedereen hetzelfde denkt, kijkt en voelt. Toch is het zoals zij vinden dat het is, het zijn de anderen die zich 'ver-gissen'. Weer anderen beseffen zelfs deze mogelijkheid niet echt, maar hebben zich bekwaamd in een sociaal wenselijke en pleasende houding, waardoor dit onvermogen niet snel opvalt. Zij praten een beetje mee en zijn sensitief voor afkeuring van hun standpunten. Zij vermijden eindeloze discussies, weerstand en onbegrip door zich 'meegaand en begripvol' op te stellen. Om hier achter te komen is grondig doorvragen daarom noodzakelijk. Ook borderlinepersoonlijkheden kunnen zeer particuliere of zelfs vreemde gedachten en waarnemingen hebben. Zij beseffen echter wel degelijk dat een ander dat mogelijk 'vreemd' vindt en anders mag en kan denken, voelen en kijken. Zij verliezen dit vermogen wel eens, maar dit duurt dan kort, meestal maar een paar uur.

Symbiose

Psychotisch gestructureerde cliënten zijn nauwelijks tot niet gesepareerd. Zij verkeren daarom in of streven naar een voortdurende symbiose met de belangrijke ander ter psychische overleving (bij de neurotische organisatie en de *high level* borderline gaan deze symbiotische behoeften dan respectievelijk eerder om een ongebreidelde afhankelijkheid als afweer van innerlijke strijd en fundamentele onzekerheid over de eigen identiteit). Deze beschermende en paradijselijke symbiose heeft als functie het zo laag mogelijk houden van negatieve affecten, met name van de agressieve gevoelens; zowel in de buitenwereld als daarmee in zichzelf. Bij oplopende heftige (interne) en bedreigende (externe) negatieve emoties kunnen zij immers ontregeld raken. Zij hebben te weinig innerlijke differentiatie om een toename van de A— en direct daarmee van de Z— te kunnen opvangen. De beste strategie voor hen is het minimaliseren van deze stress. Eigenlijk zou de A— en daarmee ook de Z— bij voorkeur niet moeten bestaan. De interne, niet geïntegreerde A— valt één op één samen met een concrete ander. De Z— ervaart men dan niet als 'eigen'. Men kan het niet plaatsen noch begrijpen. In schema: (ZA)+, met minimaliseren van (ZA)—. Z+ en A+ vallen samen. 'Ik ben de ander en de ander is mij'. Dat maakt extra afhankelijk en dus kwetsbaar. In een symbiotische afhankelijkheidsrelatie zonder conflicten en spanningen verdwijnt de (ZA)— dus volledig uit het zicht. Dit wordt dan ook niet als zodanig gediagnosticeerd wanneer de diagnosticus hierop niet alert is. Dat is goed te begrijpen, want alleen de extreme afhankelijkheid is waarneembaar en scorebaar. De kwetsbaarheid (desorganisatie en fragmentatie) wordt pas manifest bij doorbreking van de symbiose. Het kan dan ook ineens fors misgaan. Dit tot verbazing van de omgeving, die de onderliggende kwetsbaarheid meestal niet eerder in de gaten heeft gehad. Er is dan weinig 'eigens' om op terug te vallen. Als aanleiding voor psychische decompensatie kan men onder andere denken aan overbelasting, verlating en verlies aan externe structuur. Cliënten met deze structuur kunnen langdurig op hoog niveau functioneren en presteren, maar vallen dan ineens sterk terug wanneer externe spanningen het 'zelf' bedreigen.

Absolute werkelijkheidsbeleving

Een signaal voor deze onderliggende kwetsbaarheid en ik-zwakke is het absoluut nemen van de eigen zienswijze door de cliënt. Er kan helemaal geen andere werkelijkheid bestaan. Deze neemt men in het geheel niet waar of men keurt deze op zijn minst sterk af als onbestaanbaar (Acklin 1992). Door het streven naar grote, zo niet maximale, aanpassing presenteert de psychotisch gestructureerde persoonlijkheid zich vaak als vlot en gemakkelijk. Omdat complexe innerlijke dynamiek in de presentatie lijkt te ontbreken, kan men zelfs in eerste instantie een krachtige indruk wekken. In zelfrapportage-instrumenten ontbreekt de (ZA)— dan volledig vanwege een gebrek aan zelfreflectie en zelfkritiek. Voor de clinicus is het verleidelijk deze

tekorten vaak al snel toe te schrijven aan afweerfenomenen en vermijding. De leegte en initiële symbiose zijn immers moeilijk invoelbaar, soms nauwelijks verklaarbaar en amper te accepteren. Daarmee kan de clinicus de onderliggende kwetsbaarheid van de psychotische persoonlijkheidsorganisatie (PPO) onderschatten.

Belang van herkenning PPO

De psychotische organisatie komt bij gemiddeld 8% van de aangemelde cliënten in de diverse zorgsettingen voor (Eurelings-Bontekoe et al. 2008). Veel meer dan verondersteld, ook al omdat floride psychotische verschijnselen in de meerderheid van de gevallen ontbreken. Het gemiddelde hulpverleningsaanbod is hier dan ook doorgaans helemaal niet op afgestemd. Overvraging is dan vaak het lot van deze cliënten, zeker bij tegelijkertijd een hoge intelligentie en vlotte presentatie. Zij doen nog beter hun best wanneer zij gewaarworden niet aan de eisen en verwachtingen te (kunnen) voldoen. Zij gaan (te) gemakkelijk mee met de aange-reikte constructies en verklaringen voor hun psychopathologie. Behandelaars gunnen hen de nodige vooruitgang en zetten zich vervolgens extra in bij uitblijven van resultaat. Zulke prettige cliënten die zo hard meewerken en alle opdrachten tijdig uitvoeren zullen toch niet ik-zwak en onvermogen zijn? Waarom schiet het proces dan niet erg op? Cliënten hebben naar de aard van hun structuur in het geheel geen inzicht in de verhouding tussen de eigen sterke en zwakte trekken. Zij onderwerpen zich zonder protest aan de doelstellingen die de behandelomgeving aan hen oplegt. In de diverse psychologieopleidingen is hiervoor nauwelijks aandacht ingeruimd. Vaak hebben deze cliënten al veel langer dan vermoed op hun tenen gelopen met oplopende en uiteindelijk ondraaglijke spanningen tot gevolg.

Latente PPO

Iets minder dan de helft van de psychotisch georganiseerden (3% van de aangemelde cliënten) valt onder de categorie psychotische organisatie latent (Snellen en Eurelings-Bontekoe 2003b). Het begrip 'latent' duidt op een subklinische variant hiervan. Het latente subtype vertoont slechts onder grote externe druk de, met de ik-zwakke samenhangende, klachten en symptomen. Dan pas blijkt de gefragmenteerde structuur. Tijdelijke maar hevige verschijnselen kunnen hiervan onder andere het gevolg zijn zoals verwardheid, primair-proces denken (magisch-archaïsch), psychische fragmentatie (Abraham 1997) en het door elkaar lopen van fantasie en werkelijkheid.

Weghouden van agressie bij PPO

Voor de diagnosticus kan het bedrieglijk zijn als de cliënt agressie uit de beleving weghoudt. Dit suggereert namelijk sterke afweer, maar strookt geenszins met de klinische realiteit. Cliënten met een psychotische structuur raken gedesorganiseerd door sterke agressie. Deze (te) heftige negatieve emoties moet men met behulp van beschermende (externe) invloeden vermijden. Bijvoorbeeld door het functioneren in de luwte, in dit geval functioneel copinggedrag. Diagnostische verwarring kan bij relatief ontbrekende boosheidsgevoelens dan ook gemakkelijk optreden. Bij de psychotisch georganiseerde cliënt is het ontbreken van agressieve gevoelens in de beleving alleen mogelijk wanneer de buitenwereld zich sterk aanpast. Op het eerste gezicht imponeert deze cliënt in dat geval sterker dan de borderlinepersoonlijkheid. Een dergelijke cliënt is dan ook gemakkelijker, gezeglijker, meer aangepast en vriendelijker dan de gemiddelde complexe hulpvrager. Fusiewens is eerder aan de orde dan fusieangst, ook in een behandelcontact. Bij een goed invoegende behandelaar kan het lang duren, voordat een gebrek aan afweer- en integratiemogelijkheden duidelijk wordt. Reeds bij geringe confrontatie kan een psychotisch gestructureerde cliënt echter al de eerste tekenen vertonen

van desintegratie en regressie. In ernstigere gevallen ontbreekt zelfs het besef van de eigen behoeften, gevoelens, wensen, handelingen en gedachten nagenoeg geheel. Dit hangt samen met een structureel gebrek aan *observing ego* (Frosch 1983), waar de psychotherapeut het bij de inzichtgevende behandeling wel van moet hebben. Het verdragen en hanteren van de realiteit met alle onvermijdelijke onzekerheden en teleurstellingen van dien blijft moeilijk. Het is zaak bij twijfel eerst een zwakke onderliggende structuur uit te sluiten, alvorens met een confronterende behandeling verder te gaan.

Relatie psychose en PPO

Het concept 'psychotisch' is in dit verband wellicht wat minder gelukkig gekozen. De term suggereert zware psychopathologie, terwijl men bij het gebruik van het concept eerder op het ontbreken van een fundament en van separatie doelt. Ook hoeven tekorten in de realiteits-toetsing op persoonlijkheidsniveau nog niet per se te duiden op of samen te gaan met floride psychotische overschrijdingen. Meestal niet zelfs. Vandaar dat het beter is de term psychotische organisatie in rapportages te vermijden en in cliëntentaal te omschrijven, zonder de ernst en aard van de kwetsbaarheid te bagatelliseren. Zoals alle symptomen met alle persoonlijkheidsstructuren kunnen samengaan zullen de meeste psychotisch gedecompenseerde cliënten niet als zodanig ook overeenkomstig georganiseerd zijn. Zicht op de onderliggende structuur is belangrijk bij het stellen van de indicatie voor behandeling. Bij floride psychotische verschijnselen is bij hoger gestructureerde cliënten het zelf slechts tijdelijk gefragmenteerd geraakt (Adler 1985). Na remissie komt dan de oorspronkelijke, mogelijk stevigere structuur weer tevoorschijn, zodat een clinicus het behandelbeleid hierop kan afstemmen.

Schizotypie en PPO

Bij de interactie van de psychotische structuur met schizotypische traits treedt bij oplopende externe druk (psychotische) decompensatie en desorganisatie (van gevoel en denken) wel een stuk sneller op. Symbiotische afhankelijkheidsrelaties streeft men dan weliswaar na, maar zij worden vanwege de tekortschietende sociale vermogens tegelijkertijd vermeden. In ernstige gevallen overdekt zelfs een vrijwel volledige terugtrekking uit het sociale en maatschappelijke leven (Kohut 1978) de verscholen fusiewens. Slechts in de fantasiewereld vindt uitleving van deze wens plaats, die soms bizarre en groteske vormen kan aannemen. Het lijkt bijna of er dan geen verlangens (meer) bestaan naar relaties. Onder de oppervlakte zijn deze verlangens vaak wel degelijk aanwezig, maar opgegeven. Bij gebrek aan alternatief kan men de symbiose met zichzelf aangaan.

2.7.5 De neurotische (persoonlijkheids)organisatie

Het neurosebegrip komt in het vigerende DSM-classificatiesysteem als zodanig niet voor. Neurosen zijn (terecht) ook niet te beschouwen als psychische 'ziekten'. Neurotische dynamiek speelt zich voornamelijk intern af. Vandaar dat zij dus ook niet objectief observeerbaar en meetbaar is. Anders dan destijds door de DSM as-2-constructeurs beoogd, blijkt echter zeker de helft of meer van de cliënten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen in de GGZ minder sterk en daarmee lager gestructureerd te zijn. De lijdensdruk kan ook bij neurotici (zeer) hoog zijn, waardoor zorg noodzakelijk en gewenst is. Vanwege het te veel ontbreken van descriptieve kenmerken zou hulp dan niet vergoed (kunnen) worden. Het veronderstellen van een neurotische structuur en dynamiek is alleen mogelijk op basis van de combinatie van zelfrapportage, een zorgvuldige anamnese en goede (proces)diagnostiek.

Neurotische dynamiek

2 Veel neurotische problematiek gaat gepaard met somberheid, angstgevoelens, agressieremming, risico- en conflictvermijding, submissiviteit en dwangmatig trekken (Treurniet 1984). Neurotische dynamiek wijst op intrapsychische conflicten. Deze conflicten spelen zich af binnen de psychische instanties, zoals het geweten en het 'ik', maar ook tussen de psychische instanties. Deze zijn beeldend weergegeven in het topografisch model (Wolf 2011) in de psychodynamische theorie. Bij ernstigere vormen is de gewetensvorming in verhouding te sterk, met inperking van ongewenste en zelfs verboden negatieve gevoelens. Angst voor de eigen emoties, maar ook voor de eigen driften, kan zelfs zo ver gaan dat de neuroticus hiervan vrijwel volledig 'losgezongen' is. Klachten en symptomen, maar ook gevoelens en gedachten, lijken nauwelijks meer verbinding te hebben met de oorspronkelijke innerlijke drijfveren en krachten. Men rapporteert dan vaak gevoelens van leegte of depersonalisatie. Een (te) grote mate van onzekerheid, besluiteloosheid, schuld- en schaamtegevoelens, conformisme en rigiditeit verhindert de zelfontplooiing. Dit gaat gepaard met een neiging tot piekeren, overmatige zelfdevaluatie en zelfkritiek, faalangst, het moeizaam uiten en ontladen van spanningen, controledwang en goed willen zijn en doen in relaties. Deze neigingen versterken minderwaardigheidsgevoelens en sociale angsten. Voortdurende (zelf)twijfel en gebrek aan durf verhinderen het innemen van de nodige interpersoonlijke ruimte. Internaliserende (coping)mechanismen vieren hoogtij. Protest is ontmoedigd (Rado 1961). Vermijdingsgedrag en angst voor autonomie zijn hiervan het gevolg. De ontvangen liefde is voorwaardelijk van aard en moet men dus steeds opnieuw verdienen. Het lukt niet zich echt 'vrij' te voelen. De behoudende en controlerende in- en opstelling brengt angst voor verlies met zich mee (relaties, materieel, controle, eigen verval). Men vraagt en ontvangt moeilijk waardering en soms ook hulp. Ambivalente gevoelens zijn bij ernstigere vormen van neurotische ontwikkelingen te hevig om hoe dan ook nog goed te kunnen relativeren. Met vermijding van 'mogelijk' negatieve gebeurtenissen, ervaringen en gevoelens anticipeert men op de irrationele angsten voor mislukking en falen. Aanpassing gaat hand in hand met het uitoefenen van (over)controle, vooral over het innerlijk leven, maar ook over relaties, zij het op indirecte wijze (bijvoorbeeld het induceren van schuldgevoel). Angst voor (dreigend) liefdesverlies speelt bij de neuroticus als een ongewenst ervaren en te vermijden gevoel een grote rol.

Ernst van neurotische dynamiek

De neurotische organisatie zegt op zichzelf niet zoveel over de mate van ernst van deze persoonlijkheidsproblematiek en- pathologie. Deze kan uiteenlopen van op zijn best milde trekken in de normale ontwikkeling tot aan karakterneurosen. Het (over)ontwikkelde interne controle- en remmingssysteem is dan in extreme mate structureel in de persoonlijkheid verankerd. De afweer kan zo massief zijn dat de toegankelijkheid van de intrapsychische dynamiek nauwelijks meer mogelijk is, noch voor zichzelf noch voor de ander. Ondanks dat vermijdingsmechanismen ooit hun functie hebben gehad om (vermeend maar ook vaak reëel) gevaar af te wenden, is overmatige repressie van ongewenste en verboden gevoelens voor dit doel thans niet langer nodig. De ophaalbrug blijft als het ware omhoog staan, ondanks dat de vijand allang verdwenen is. Je kunt er dan niet meer in maar ook niet meer uit. Omdat de structuur op zichzelf stevig is, is daarmee de problematiek vaak hardnekkig en taai (SCEPTRE-onderzoek; Manen et al. 2011). Men vermijdt confrontatie vaak op subtiele wijze, ondanks de daartoe toereikende draagkracht. De objectrelaties zijn weliswaar gedifferentieerd en geïntegreerd, maar vertonen een in verhouding hoge negatieve lading. Vooral de Z- is prominent aanwezig, terwijl men tegelijkertijd loyaal is aan de A+ die men daarvoor spaart. De binnen- en buitenwereld kan men te allen tijde goed onderscheiden. Men

verdraagt daarmee de daadwerkelijk negatieve confrontatie door de ander. In ieder geval is men daartegen bestand, al kan men vaak de indruk wekken er zeer zwaar onder gebukt te gaan en het 'bijna' niet meer vol te houden. ('Als u zo naar doet, geeft mij dat een rotgevoel, het maakt me somber en onzeker. Dat is niet uw schuld, dat doe ik zelf, dat weet ik wel. Ik voel mij wel geïrriteerd over hoe u doet en wat u zegt, maar dat zegt veel over mijzelf. In deze situaties voel en reageer ik altijd zo, dat zal wel met vroeger te maken hebben. Het ligt dus aan mij.')

Een neurotische structuur wil echter lang niet altijd behandelsucces garanderen. Ook bij een stevige bodem in de persoonlijkheid is een op verandering gerichte, openleggende behandelvorm in wezen lang niet altijd vanzelfsprekend. Hiervoor dient een cliënt aan meerdere voorwaarden te voldoen (Skodol et al. 2005). Anders kan dit tot een langdurig en stroperig proces leiden zonder veel resultaat. Vaak is er te veel weerstand tegen werkelijke verandering. Cliënten met een neurotische structuur komen slechts in een relatieve minderheid van de GGZ populatie voor (gemiddeld ongeveer 25%), hoewel veel behandelvormen nog steeds hierop geënt zijn.

2.8 Hoe verder? Traits en dynamiek

Nu de voor de persoonlijkheidspathologie voornaamste dimensies en dynamische entiteiten aan de orde zijn gesteld, is het de vraag hoe verder. Hoe combineren we deze dimensies onderling en met de entiteiten (Zilberg et al. 1991)? Hoe overbruggen we de verschillende referentiekaders en modellen tot zinvolle klinische resultaten? Hoe vinden de bepaling en meting van de dimensies en de entiteiten plaats? Welke koppelingen kunnen we aanbrengen tussen de belangrijkste persoonlijkheidspathologische kenmerken en de concrete uitslagen op psychodiagnostische methoden en technieken? Hoe is dit alles aaneen te smeden tot een individuele klinisch-diagnostische beschrijving met betekenis voor advies en behandelbeleid? Dit alles komt in de volgende hoofdstukken aan bod.

Alvorens hiertoe over te gaan, passeren nog kort twee voor de persoonlijkheidsdiagnostiek belangrijke aandachtspunten de revue, namelijk het voorkómen van attributiefouten en het onderscheid tussen een top-down- en een bottom-upbenadering.

2.8.1 Attributiefouten in de (persoonlijkheids)diagnostiek

Zoals eerder gesteld, bestaat het grootste risico op diagnostische misinterpretaties uit het verklaren en het afleiden van het ene domein door het andere (bijvoorbeeld: logisch dat iemand vermijdend is, want hij is introvert. Begrijpelijk dat iemand zo snel ontregelt, want de score op emotionele instabiliteit is verhoogd). Dat geldt ook voor het verklaren van een klinisch beeld vanuit één uitgangspunt, zoals vanuit één dimensie (iemand met een hogere score op emotionele instabiliteit is 'dus' kwetsbaar), entiteit en eigenschap (bijvoorbeeld: iemand is zwakbegaafd en dus impulsief. Een cliënt gedraagt zich grillig, vertoont automutilatie en is dus borderlinegestructureerd. Iemand is voor zijn negende levensjaar getraumatiseerd en heeft dus vroege persoonlijkheidsproblematiek. Een psychotische cliënt scoort altijd hoog op schizotypische trekken. Een beperkt vermogen tot voelen duidt op afweer en is aangeleerd). Alle mogelijke symptomen kunnen in hun verschillende combinaties vóórkomen. Ook zijn alle verhoudingen denkbaar tussen symptomen en dynamische entiteiten, al zullen sommige verbanden meer optreden en waarschijnlijker zijn dan andere (Torgersen et al. 1993). Sommige

van deze verbanden hebben een duidelijke oorzaak-gevolgrelatie, maar andere weer uitdrukkelijk niet. Trekken bestaan dan vaak toevallig naast elkaar, in het voordeel of nadeel voor de drager. Een waarschuwing is op zijn plaats voor het als vanzelfsprekend te snel aan elkaar verbinden van al deze invalshoeken. De diagnosticus moet alle domeinen en trekken steeds op hun eigen merites beoordelen in een individueel diagnostisch proces. Hoe ingewikkeld en complex soms ook, het is de uitdaging, taak en het ambacht van de diagnosticus al deze diagnostische data vervolgens te integreren en in hun onderlinge samenhang te beschouwen. Zijn praktijkkennis, theorievorming, wetenschappelijke bevindingen en klinische handleidingen helpen hem daarbij. Ook creativiteit speelt hierbij een rol. Voor de werkelijk toegevoegde waarde bij individueel toegepast diagnostisch onderzoek is de eenzame, onzekere maar uiterst waardevolle zoektocht door de wirwar van de zeer diverse gegevens onontkoombaar.

2.8.2 Bottom-up en top-down

De begrippen bottom-up en top-down winnen op tweeërlei wijze aan actualiteitswaarde in de diagnostiek. Zij hebben zowel betrekking op de interpretatiestrategie als op de manier van diagnostische dataverwerking. De volgende hoofdstukken gaan hier uitgebreider op in. Eerst volgt een korte voorzet.

Om tot een goede beschrijvende diagnose te komen is het onbevangen en onbevooroordeeld stap voor stap opbouwen (bottom-up) van een diagnostische redenering erg belangrijk (Hessels 2017; Shiner en Tackett 2014). Door het één voor één aflopen van de domeinen ontstaat langzamerhand een diagnostisch portret. De mist, veroorzaakt door een complex klinisch beeld, trekt geleidelijk op. Dit proces laat zich niet afdwingen. De uitdaging voor de professional ligt erin bij iedere nieuwe casus te komen tot een doorschouwing van de individuele psychische opbouw. Hij gaat in eerste instantie altijd uit van de ruwe gegevens. Geen scorepatroon is hetzelfde, iedere combinatie van scores binnen en tussen instrumenten is uniek. Uit de databrokken komen hypothesen voort die al of niet de verder te analyseren gegevens ondersteunen. Een te snelle conclusievorming smooit dit proces. Kokerdenken en *jumping to conclusions* leiden tot het selectief waarnemen van passende data en het negeren van alternatieve verklaringsmogelijkheden (Wittman et al. 2014). Vaak blijft het diagnostisch proces dan steken in óf-óf-redeneringen. Is het meer schizotypisch of narcistische afweer; is de decompensatie meer psychotisch van aard of lijkt het eerder op dissociatieve verschijnselen bij complex trauma? Krampachtig volgt de diagnosticus dan een spoor om zo snel mogelijk grip op de materie te krijgen, in plaats van achteroverleunend het geheel van de data op zich te laten inwerken. Te forse en te vroege bewerking van de data verstoort echter het gestaltvormingsproces. Om te komen tot goede diagnostische redeneringen, is het zaak kritisch te blijven bij iedere stap en de resultaten zelf te laten spreken. We moeten maar accepteren wat (nog) niet te verhelderen en zeker niet te verklaren is. Meestal is er toch al aanzienlijke winst te behalen uit de reeds beschikbare gegevens, zonder verder te kunnen springen dan de eigen polsstok lang is. Het is nuttig voor de diagnosticus hiervoor een interpretatievolgorde aan te houden. Meestal begint hij met een inventarisatie van de basistemperamentsfactoren. Dan verbindt hij deze gegevens tot een profiel met de unieke variaties daarbinnen. Afwijkingen van de standaardpatronen zijn immers informatief. Vervolgens probeert hij aan deze unieke samenstelling van gegevens betekenis te geven door de koppeling hiervan aan een dynamische entiteit. Daarna zet hij het diagnostisch 'plaatje' verder in elkaar aan de hand van aanvullend materiaal. Steeds vindt toetsing plaats van het te volgen interpretatiespoor, net zo lang tot er een zinvol passend geheel ontstaat.

2.8.3 Breed versus smal

De diverse diagnostische instrumenten verschillen in hun opzet en ook in hun benaderingswijzen. Sommige instrumenten, methoden en technieken zijn geconstrueerd vanuit een vooropgezet idee en model. Weer andere baseren zich op het vergaren van concrete gegevens zoals zij zich in de praktijk voordoen. Met behulp van items op vragenlijsten en vragen in interviews die de diverse gedragingen binnen alle klinisch relevante psychische domeinen scannen, vindt in het laatste geval een zogeheten *fishingnet expedition* plaats. Op systematische wijze wint de diagnosticus dan de algemene informatie. Om zicht te krijgen op het eventueel vóórkomen van alle mogelijke verschijnselen, past hij onbevange 'brede-band' technieken toe met open vizier. Een vooropgezette, te ingeperkte werkwijze zou het missen van belangrijke gegevens tot gevolg kunnen hebben.

Anderzijds is er de hypothesetoetsende werkwijze (Bruyn et al. 2003), een top-downaanpak. Deze werkwijze stimuleert een kritische, verdiepende en zorgvuldige benadering van het diagnostisch materiaal. Op basis van tevoren opgestelde en geoperationaliseerde hypothesen toetst de diagnosticus met behulp van wetenschappelijke en klinische kennis zijn veronderstellingen aan de bevindingen. Het voordeel hiervan is het expliciet en a priori (vast)leggen van relaties tussen specifieke pathologie enerzijds en geoperationaliseerde resultaten op diagnostische methoden en technieken anderzijds. Het dwingt tot exactheid en wetenschappelijke fundering waar mogelijk. Het nadeel hiervan is dat onvermoede en onverwachte psychopathologische verschijnselen moeilijker aan het licht komen, want er is niet naar gezocht. Bij toepassing van brede-bandtechnieken is er meer kans op het ontdekken van verrassende bevindingen met mogelijk belangrijke klinische consequenties. Dit maakt ook een meer impliciete benadering in het diagnostisch proces mogelijk. Vervolgens kan de diagnosticus alsnog profiteren van een meer hypothesetoetsende invalshoek.

Beide perspectieven hebben ieder hun eigen voor- en nadelen voor de interpretatie met klinische doeleinden, het eeuwige dilemma in de persoonlijkheidsdiagnostiek. Het combineren van beide werkwijzen verbindt een meer exact en toetsend diagnostisch proces met de mogelijkheid het psychisch functioneren op indirecte wijze te onderzoeken, de crux van de DTP-methode. In de volgende twee hoofdstukken volgt een verdere uitgebreide behandeling en toelichting van dit dilemma bij het toepassen van persoonlijkheidsonderzoek.

Persoonlijkheidsdiagnostiek in de klinische praktijk

Snellen, W.M.

2018, XIX, 319 p. 41 illus., Softcover

ISBN: 978-90-368-1938-1