

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl



Indicatiestelling voor psychoanalyse en het Ontwikkelingsprofiel¹

Quin van Dam

Robert Abraham

Bij het indicatieonderzoek voor een psychoanalyse kan de psychoanalyticus in de vervulling van zijn diagnostische, informatieve en wetenschappelijke rollen ondersteund worden door de informatie die het Ontwikkelingsprofiel levert over de adaptieve en disadaptieve aspecten van het habitueel functioneren van de patiënt.

Inleiding

Tijdens het indicatieonderzoek voor een psychoanalytische behandeling bevindt de analyticus zich in vier verschillende rollen: een contactuele, een diagnostische, een informatieve en een wetenschappelijke rol.

In de eerste plaats is er het directe contact waarin de analyticus deelnemer en begeleider is van een interactieproces met overdrachts- en tegenoverdrachtsaspecten. In dit proces laat de analyticus de onbewuste verlangens, angsten en verboden van de patiënt op zich inwerken en registreert hij deze vervolgens op bewust niveau. Van belang is of de onbewuste communicatie tussen analyticus en patiënt tot stand komt en of er een gezamenlijk vermogen van patiënt en analyticus ontstaat om analytisch met elkaar te kunnen werken. Dit gegeven kan informatie opleveren over het vermogen van de patiënt om op een vruchtbare wijze in een analytische dyade te werken (Wille 2001).

Vanuit de tweede rol is de analyticus diagnosticus en stelt hij op een meer objectieve wijze de aard en ernst van de problematiek vast en taxeert hij de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt om van een psychoanalytische behandeling te profiteren. Hiertoe wordt anamnestic en biografisch onderzoek uitgevoerd. Dit leidt tot een beschrijving van de karakter- of persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. In de DSM-IV worden persoonlijkheidskenmerken als symptomatische gedragingen vermeld. Deze inventarisatie is bij het indiceren van een psychoanalytische behandeling weinig behulpzaam. Bij

Q.D. van Dam is klinisch psycholoog-psychotherapeut en psychoanalyticus. Hij is opleidingsanalyticus van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse en werkzaam als stafmedewerker op de locatie Utrecht van het Nederlands Psychoanalytisch Instituut en in eigen praktijk te Leiden.

Correspondentieadres: Uhlenbeckkade 6, 2313 EH Leiden. E-mail: quinvandam@zonnet.nl

Prof. dr. R.E. Abraham is emeritus hoogleraar Klinische Psychiatrie en Psychotherapie, Afdeling Psychiatrie, Leiden Universitair Medisch Centrum.

dat indicatieproces gaat het vooral om een onderzoek naar de geschiktheid van de patiënt voor een psychoanalytische behandeling. Deze wordt vooral bepaald door de kwaliteiten en functionele mogelijkheden van de patiënt. In de derde hoedanigheid speelt de analyticus een informatieve rol, wanneer hij zijn conclusies en bevindingen overdraagt aan collegae met wie een indicatieoverleg plaatsvindt. De analyticus dient de subjectieve en meer objectieve informatie zodanig weer te geven dat een collega, die de patiënt niet heeft gezien, zich toch een levendig en feitelijk beeld kan vormen van de patiënt. Concreet alledaags taalgebruik en vermijding van vakjargon zijn bij deze informatieoverdracht een voorwaarde. Dit is ook van belang wanneer de patiënt geïnformeerd wordt over de uitkomsten van het onderzoek.

In de vierde rol zal de analyticus vanuit zijn wetenschappelijke ambitie een bijdrage willen leveren aan de ontwikkeling van de psychoanalyse. De informatie ontleend aan dit indicatieproces zal daarom empirisch toetsbaar dienen te zijn. Een beschrijvend instrument, dat voldoet aan de betrouwbaarheids- en validiteitseisen, is daarvoor nodig. Dit instrument zal daarnaast inhoudelijk overeen dienen te komen of congruent moeten zijn met het doel van een psychoanalytische behandeling.

Het Ontwikkelingsprofiel (Abraham 1993; Abraham 1997) kan deze diagnostische, informatieve en wetenschappelijke taken van de analyticus tijdens het indicatieproces ondersteunen. Dit instrument, dat in empirisch onderzoek betrouwbaar en valide is gebleken (Abraham e.a. 2001), geeft een beschrijving van de persoonlijkheidsstructuur met oog voor de adaptieve en disadaptieve aspecten van de patiënt. De mogelijkheden en beperkingen van de patiënt worden daarmee in kaart gebracht.

In dit artikel worden eerst de opbouw en toepassing van het Ontwikkelingsprofiel besproken. Daarna wordt de wijze waarop het profiel het indicatiestellingproces kan aanvullen toegelicht. Dit wordt met twee klinische voorbeelden geïllustreerd. Ten slotte volgen, na een discussie rond de plaats en de waarde van het Ontwikkelingsprofiel binnen het indicatieonderzoek, enkele concluderende opmerkingen.

Het Ontwikkelingsprofiel

Het doel van het profiel is de gestandaardiseerde inventarisatie van het klinisch relevante habitueel functioneren van de patiënt. Daarmee kan dit gedrag, in zijn feitelijke, affectieve en cognitieve betekenis, begrijpelijk en beter beïnvloedbaar gemaakt worden. Het Ontwikkelingsprofiel kwam tot stand door in de literatuur en in onderzoek- en behandelverslagen van patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen een groot aantal klinisch relevante functies te verzamelen en deze te ordenen. Bij deze ordening werd de ontwikkelingspsychologie als referentiekader genomen. Het uitgangspunt van een gefaseerde ontwikkelingsgerelateerde opbouw van de persoonlijkheid is terug te voeren op het werk van Sigmund Freud (1905). Het concept van de ontwikkelingslijnen werd geïntroduceerd

door Anna Freud (1963, 1965). Het schema van het Ontwikkelingsprofiel (zie tabel 1, p.194) refereert aan deze ontwikkelingsniveaus en ontwikkelingslijnen, dat wil zeggen aan de psychoanalytische persoonlijkheidstheorie, maar niet aan de psychoanalyse als methode van behandeling.

Adaptieve en disadaptieve ontwikkelingsniveaus

Als uitgangspunt geldt

dat elk individu in zijn leven een aantal ontwikkelingsfasen passeert. Deze ontwikkelingslijn van onrijp naar rijp wordt verdeeld in tien ontwikkelingsniveaus (tabel 1). Deze niveaus worden achtereenvolgens getypeerd door Structuurloosheid, Fragmentatie, Egocentriciteit, Symbiose, Verzet, Rivaliteit, Individuatie, Verbondenheid, Generativiteit en Rijpheid. De eerste zes niveaus worden gekenmerkt als vroege, onrijpe of disadaptieve niveaus en de laatste vier als late, rijpe of adaptieve niveaus. Functioneren op een disadaptief niveau impliceert dat de relatie met belangrijke anderen primair in het teken staat van de eigen behoeften aan bijvoorbeeld structuur, bewondering of warmte. Andere personen vervullen de rol van deelobject voor de patiënt. Op het adaptieve niveau kan de patiënt op zichzelf bestaan. De ander wordt als een losstaand individu of als een geheel object beschouwd. Functioneert de patiënt bijvoorbeeld in belangrijke mate op het vroegste, disadaptieve niveau van Structuurloosheid dan is er sprake van lacunes in het psychosociale functioneren ofwel van een defect. Functioneert de patiënt met name op het niveau Egocentriciteit dan overheerst een overwaardige en egoïstische attitude. Op het adaptieve niveau Verbondenheid gaat het om het vermogen te functioneren in een relatie, deel te zijn van een groter geheel, zonder de eigen persoonlijkheid te verliezen. Het niveau Rijpheid wordt, als laatste niveau, gekenschetst als de fase waarin het individu in staat is op een constructieve wijze om te gaan met beperkingen en met name de eindigheid van het eigen leven.

De niveaus, de horizontale balken in het profielschema, geven een globale indicatie over het functioneren van het individu. De zogenaamde ontwikkelingslijnen, de verticale kolommen in het schema, bieden informatie over specifieke aspecten van dit functioneren. Deze ontwikkelingslijnen beschrijven de Sociale attitudes, de Objectrelaties, het Zelfbeeld, de Normen, de Behoeften, de Cognities, het Probleemoplossend Gedrag (twee lijnen) en Overige Thema's. Ook binnen elk van deze lijnen of gebieden vindt er een ontwikkeling plaats, die loopt van een onrijp naar een rijp niveau.

De stadia in de ontwikkeling binnen deze lijnen zijn ontleend aan diverse theoretici. Voor de ontwikkelingsstadia van de Normen waren dit Loevinger en Wessler (1970) en Kohlberg (1981) en voor de stadia binnen de Sociale attitudes Erikson (1963). Binnen de lijn van de Zelfbeelden diende Kohut (1971) als inspiratiebron en bij de lijn van de Cognities Piaget (1962).

Het profiel is opgebouwd uit tien ontwikkelingsniveaus en negen ontwikkelingslijnen. Iedere cel is een ontwikkelingsniveau-specifieke functie. De kolomhoogte van een cel geeft aan op welk ontwikkelingsniveau een functie zich bevindt.

Interview De gegevens voor het onderzoek worden verkregen door een semi-gestructureerd interview. Voor dit interview zijn twee of drie gesprekken nodig. Daarin wordt de lijn van de gebruikelijke klinische anamnese gevolgd. Naast klachten, problemen en hantering daarvan komen een aantal levensgebieden, zoals relaties en werk, aan de orde. Daarnaast worden onder meer sociale activiteiten, behoeftes en angst-, schuld- en insufficiëntiegevoelens geëxploreerd. Het interview concentreert zich op de afgelopen tien jaar. Zodoende worden functies die vroeger wel, maar nu niet meer aanwezig zijn, van inventarisatie uitgesloten. Belastende gebeurtenissen die eerder hebben plaatsgevonden worden, wanneer deze nog van invloed zijn op het huidige leven, wel opgenomen.

Tijdens het interview wordt bij elk onderwerp geïnformeerd naar de affectieve betekenis, het feitelijke gedrag en de opvattingen. Bij de vraag naar de partner bijvoorbeeld worden onder andere de volgende subvragen gesteld: Kunt u iets vertellen over uw partner? Wat vindt u goed, minder goed of slecht in de relatie? Wat vindt uw partner daarvan? Hoe belangrijk bent u voor uw partner en hoe belangrijk is deze voor u? Praat u over wat u bezighoudt? Bent u tevreden over de wijze waarop het seksuele contact verloopt? Hoe belangrijk is vrijen voor u? Wat vindt uw partner van het seksuele contact?

Deze, bij iedere vraag terugkerende, detaillering van de vraagstelling biedt informatie om uitspraken te doen over de aanwezigheid van de functies in het profiel. In dit concrete voorbeeld zal de vraag over de partnerrelatie vooral informatie opleveren over het niveau van de Objectrelaties en van de Cognities (zie tabel 1). Daarnaast geeft de vraag aanwijzingen over de aanwezigheid van de functies Identiteit (65) en Intimiteit (75) binnen de lijn van de Behoeftes.

Toepassing Het Ontwikkelingsprofiel kan op twee manieren worden gebruikt: als referentiekader en als diagnostisch instrument. Bij toepassing als referentiekader worden op een overzichtelijke wijze klinische observaties, vanuit onder meer intake- en behandelverslagen, geïnventariseerd. Hiervoor is een beperkte scholing nodig.

Bij gebruik als diagnostisch instrument, waarvoor een uitgebreide training noodzakelijk is, dient het profiel als een gestandaardiseerde methode voor het verzamelen van informatie over het functioneren van een individu in zijn dagelijkse leven. Alleen in dit laatste geval is afname van het profielinterview noodzakelijk.

In beide toepassingen vindt de interpretatie van de verkregen informatie plaats aan de hand van een registratieprotocol. Daarin wordt voor elke functie een operationele definitie gegeven. Deze bestaat uit een beschrijving in observatietermen van het manifeste gedrag (feitelijk gedrag, affectieve betekenis en cognities) dat deze functie kenmerkt, met een toelichting en enige klinische voorbeelden. Uitgangspunt bij de beoordeling is het manifeste gedrag van de persoon, zoals dit door hem in het interview wordt beschreven. Hypothesen over latente of onbewuste betekenissen blijven buiten beschouwing.

Scoring Bij gebruik als diagnostisch instrument wordt het interview na voltooiing gescoord door een onderzoeker aan de hand van het protocol. In het profielschema wordt vermeld in welke mate elk van de functies deel uitmaakt van het habituele gedrag van de patiënt. Daartoe wordt een vierpuntsschaal gebruikt: nul kruisjes geeft aan dat de betreffende functie niet of nauwelijks voorkomt; één kruisje wil zeggen 'in enige mate', twee kruisjes betekent 'duidelijk' en drie kruisjes betekenen dat de functie in vrijwel alle daarvoor in aanmerking komende situaties aanwezig is. Maatgevend is de klinische betekenis die aan het materiaal kan worden toegekend. De eindscore van een niveau, vermeld in de meest linkse kolom, komt tot stand door de kruisjes van de functies op dat niveau op te tellen en door drie te delen (Abraham 1997, p. 69-72).

Therapeutische interventies Het Ontwikkelingsprofiel van een patiënt geeft aanwijzingen met betrekking tot de therapeutische methode en de focus van de behandeling. Een overzicht van de niveauspecifieke interventies wordt beschreven in Abraham (1997, p. 85-103). Voor de keuze van een openleggende, regressiebevorderende psychoanalyse vormt de aanwezigheid van de niveaus Structuurloosheid en Fragmentatie een contra-indicatie. Afhankelijk van de mate waarin ook adaptieve functies voorkomen, zijn in dat geval structurerende behandelvormen zoals impulscontroleprogramma's, psycho-educatie en eventueel farmacotherapie aangewezen.

Praktijk De introductie cursus, *Het Ontwikkelingsprofiel als referentiekader*, is thans door 760 medewerkers in de GGZ gevolgd. Daarvan deden 115 mensen mee aan de diagnostische vervolgcursus, waarin onder supervisie vaardigheid verkregen wordt in het afnemen en scoren van dit instrument. De introductie cursus is bij een deel van de opleidingen tot GZ-psycholoog, tot klinisch psycholoog en tot psychiater en bij de geïntegreerde opleiding tot psychoanalyticus of psychoanalytisch psychotherapeut onderdeel van het lespakket. Binnen de klinische praktijk wordt het Ontwikkelingsprofiel standaard afgenomen bij aanvang van de (dag)klinische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen binnen de Symforagroep (Amersfoort). Dit gebruik vindt op indicatie plaats bij soortgelijke afdelingen van de Rijngeestgroep (Oegstgeest) en Altrecht (Utrecht). Daarnaast wordt het profiel toegepast bij forensische rapportages, binnen de human resource management (loopbaanbegeleiding en werkproblemen) en in een groot aantal ambulante psychotherapiepraktijken.

Het Ontwikkelingsprofiel en de indicatiestelling voor psychoanalyse

In diverse effectonderzoeken werd bestudeerd welke patiëntvariabelen een positief resultaat van de psychoanalyse voorspellen. Dit predictieonderzoek leverde echter geen duidelijke conclusie op. Het voorspellen werd vergeleken met de weersvoorspelling, die vaak anders uitpakt doordat kleine klimatologische ver-

storingen grote veranderingen teweeg kunnen brengen (Galatzer-Levy e.a. 2000). Desondanks is het gezien de investering in tijd, energie en geld noodzakelijk om een zorgvuldige afweging te maken. Bovendien zijn er voor de patiënt risico's verbonden aan een psychoanalyse. Om die reden werd reeds door Stone (1954) gewezen op de noodzaak van een uitgebreid onderzoek naar de persoonlijkheidskenmerken en andere hulpbronnen van de patiënt als onderbouwing van het behandeladvies.

Ladan (1993) kwam na bespreking van drie predictieonderzoeken tot de conclusie dat het twijfelachtig is of het klinisch resultaat van een behandeling voorspeld kan worden bij patiënten voor wie, ten tijde van het indicatiestellingonderzoek, deze behandeling geschikt werd bevonden. In de door hem genoemde onderzoeken bleek dat selectie van de patiënten vooral plaatsvond op basis van het niveau van functioneren, ook wel aangeduid met het begrip Ik-sterkte. Aangezien dit begrip moeilijk te operationaliseren valt, stelde Ladan (1993) voor om aan de hand van een aantal minimumvoorwaarden te beschrijven hoe iemand ten tijde van het onderzoek functioneert.

Minimumvoorwaarden Deze minimumvoorwaarden worden hierna, in enigszins gewijzigde vorm, besproken in samenhang met de informatie die het Ontwikkelingsprofiel daarover kan opleveren.

1 Toegankelijkheid tot ten minste één voor de patiënt belangrijke ander

Is er een wederkerige objectrelatie (Maat, 72) en wordt er bevrediging ontleend aan gezamenlijke activiteiten met de partner (Intimiteit, 75) of is er vooral sprake van eenzijdige afhankelijkheid (Ouder, 32)? Kan de patiënt zorg aan zijn kinderen geven (Zorg, 82) of schakelt hij de ander, zonder aanzien des persoons, in om zijn eigen behoefte te bevredigen (Leverancier, 22, en Passieve liefdesbehoefte, 35)?

2 Ten minste één gebied van gezond functioneren

Functioneert de patiënt, met betrekking tot de Sociale attitudes, goed in zijn werk en heeft hij opleidingen afgerond (Productiviteit, 61) of geeft hij op bij teleurstellingen (Opgeven, 38) en laat hij studies onafgerond achter zich (Onthechten, 37)?

3 Geen sprake van verslaving die het bewustzijn beïnvloedt

Is er, gezien vanuit de lijn van de Behoeftes, sprake van drugsverslaving, overmatig alcoholgebruik (Passieve liefdesbehoefte, 35) of sterke geneigdheid tot het zoeken van kicks, in de vorm van bijvoorbeeld promiscuïteit en onveilig vrijen, om daarmee een innerlijke leegte te vullen (Prikkelhonger, 15)?

4 Geen sprake van psychiatrische stoornissen die de werkelijkheidszin ernstig aantasten

Dit zal blijken uit de afwezigheid van functies op de niveaus van Structuurloosheid en Fragmentatie. Functioneert de patiënt wel op deze niveaus dan zal hij geen sturing hebben over impulsen en het onderscheid tussen Ik en niet-Ik kwijt zijn (09). Dit kan aanleiding geven tot waanachtige belevingen (07), primitieve splitsingsfenomenen (17) en fusie- of vervloeingsangsten (09) in het contact met de therapeut of met belangrijke anderen. Het voor een

psychoanalytische behandeling belangrijke onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid is dan vervaagd of afwezig.

5 Het vermogen om fantasieën te verbaliseren of er op een zodanige wijze over te vertellen dat dit een beeld bij de onderzoeker oproept, dat vervolgens aan de patiënt verwoord kan worden (symboliseren)

Afwezigheid van dit vermogen komt tot uiting in gedrag dat verwijst naar de functie Ontbreken van representaties (o6), waarbij de patiënt niet in staat is zijn ervaringen te symboliseren. Ook bij het Ontbreken van subjectiviteit (i6) zal de patiënt geen affectieve of cognitieve betekenis aan zijn belevingen kunnen verlenen.

6 Er moet sprake zijn en gezien de feitelijk leefsituatie ook kunnen zijn van belangstelling voor het innerlijk leven

Een positief oordeel over de belangstelling voor het innerlijk leven kan gegeven worden, wanneer de patiënt in staat is tot het innemen van een derde-persoonsperspectief ten opzichte van zichzelf. De patiënt kan in dat geval verschillende en soms tegenstrijdige aspecten van zijn gedrag onderkennen en daar een persoonlijke interpretatie aan geven. Door het verlenen van een 'eigen' betekenis aan zijn beleving, 'ondergaat' de patiënt deze niet alleen passief, maar doet hij er actief ook iets mee, geeft hij er een 'inhoud' aan en organiseert hij zijn beleving. Dit vermogen tot Zelfconfrontatie (66) levert een bijdrage aan een affectieve sturing van binnenuit. Dit is bijvoorbeeld het geval in de uitspraak 'Ik kan niet alleen zijn. Dan voel ik mij verloren. Alleen zijn is voor mij eenzaam zijn.'

De mate waarin de patiënt oog heeft voor oorzakelijke verbanden in zijn problematiek en aanvoelt wat hij door zijn houding bij anderen teweegbrengt, komt tot uiting in de patronen Zelfverduidelijking (76) en Zelfinterpretatie (86). Hij zal in dat geval beweegredenen en motieven in zijn intrapsychische conflicten kunnen onderkennen. Dit betekent dat hij in staat is tot zelfdeterminatie, tot het op eigen kracht wijzigen van zijn disadaptieve gedrag. Expliciet kan antwoord hierop tot uiting komen in de slotvraag van het interview, waarin de patiënt gevraagd wordt op welke wijze hij het beste geholpen denkt te worden en wat zijn verwachtingen zijn omtrent het resultaat van deze behandeling.

7 Er dient sprake te zijn van trouw, van goed vertrouwen, van het vermogen tot uitstel van bevrediging en van het vermogen de regie van de ander te aanvaarden

Kan de patiënt een beroep doen op de hulp van anderen en daarbij de verantwoordelijkheid voor zijn eigen problematiek bewaren (Affiliëren, 78) of wijst hij af wat hij nodig heeft, omdat hij er niet meer in kan geloven (Basiswantontrouwen, 39)? Functioneert hij vooral op een primitief Normniveau, waarin de bevrediging van de eigen wensen en verlangens leidraad is voor de beoordeling van zijn gedrag (Zelfzuchtige normen, 24) of kan hij ook rekening houden met verlangens van anderen (Principiële Normen-relatieve, 74)? Is de patiënt geneigd tot het direct omzetten van gevoelens in handelingen (Ageren, i8) of kan hij bevredigingen uitstellen en gevoelens beleven zonder

deze direct in daden om te zetten (Zelfbeheersing, 67)?

Wanneer de bovenstaande minimumvoorwaarden worden onderzocht aan de hand van het Ontwikkelingsprofiel dan zal de kans om van een psychoanalyse te profiteren in zijn algemeenheid groter zijn, naarmate er meer adaptieve en minder disadaptieve patronen zijn.

Ter illustratie geven wij twee klinische voorbeelden, namelijk van een Ontwikkelingsprofiel na een vastgelopen psychoanalyse (A) en van een profiel van een positieve analyse-indicatie (B).

Casus A

Patiënt A, een achtendertigjarige man, vermeldt bij het Ontwikkelingsprofielinterview slapeloosheid en depressieve klachten. Hij is bang om alleen te zijn en voelt zich 's nachts afschuwelijk. Een hopeloos gevoel en het idee dat hij er niet meer uitkomt overheersen. Hij vindt 's nachts soms de ergste dingen van zichzelf en heeft geen controle over deze ideeën. Patiënt woont alleen, maar kan slechts met veel moeite voor zichzelf zorgen. Hij kookt zelden voor zichzelf, snoept veel en eet vooral vloeibaar voedsel. Met enkele vrienden is het contact minder geworden, nadat deze een vaste relatie kregen. Bij zijn aanmelding, tien jaar geleden, had patiënt last van depressieve klachten en slapeloosheid en was hij in de WAO terechtgekomen. Tot zijn vijftienvijftigste jaar had hij een drukke baan als vormingswerker in een buurtcentrum. De depressieve periodes waren er vanaf zijn tweeëntwintigste jaar, echter na verbreking van een vaste relatie rond zijn vijftienvijftigste ging het bergafwaarts met patiënt.

Het Ontwikkelingsprofielinterview werd uitgevoerd in verband met een herindicatieonderzoek. Tien jaar geleden startte patiënt een psychoanalyse (vijfmaal per week). Toen het termineren in het zicht kwam werd hij somber en suïcidaal. Tweeënhalf jaar geleden ging de frequentie naar driemaal per week. Ten tijde van het interview was deze tweemaal per week. De setting veranderde van liggen naar zitten.

De psychoanalyse werd destijds geïndiceerd vanwege de rigiditeit van de problematiek, de strenge inperkende gewetensvorming en ernstige separatie-individuatieproblematiek ten gevolge van stoornissen in het zelfgevoel. De mogelijkheid van een constitutioneel bepaalde Ik-zwakke werd geopperd. Ook werd het gevaar onderkend dat in de behandeling regressieve tendensen zouden optreden bij het ontstaan van een positieve overdracht.

Toch werd voor een psychoanalyse gekozen op grond van de positieve ontwikkeling tijdens de onderzoeksgesprekken. Daarin leek hij vanuit een apathische toestand weer tot leven te komen. De draagkracht werd gunstig ingeschat, aangezien hij opleidingen had afgerond en enkele jaren als vormingswerker had gefunctioneerd.

Ontwikkelingsprofiel Uit het profiel van de heer A (tabel 1) blijkt dat hij voornamelijk op een disadaptief niveau functioneert, namelijk in enige mate op de

onrijpe niveaus van Structuurloosheid, Fragmentatie en Egocentriciteit, zeer duidelijk op het niveau Symbiose en duidelijk op het niveau Verzet. Op het adaptieve niveau zijn slechts enkele functies in beperkte mate aanwezig. Bij vergelijking van dit profiel met de hiervoor vermelde minimumvoorwaarden blijkt het volgende:

1 Een belangrijke ander?

Wat betreft de objectrelatie is er sprake van een eenzijdige afhankelijkheid Ouder (32). De betrokkenheid van anderen is zowel wat betreft het zelfgevoel, het normbesef als het gevoel van basisveiligheid een levensvoorwaarde. Zo voelde hij zich tijdens de relatie met zijn ex-partner, in tegenstelling tot nu, veilig en geborgen. Hij sliep toen goed en had daarvoor geen medicatie nodig. Deze partner steunde hem bij de studie en stimuleerde hem door te zetten (Ouder, 32). Het contact met zijn analytica lijkt lange tijd in het teken gestaan te hebben van deze ouderfunctie. De overduidelijke aanwezigheid van de behoefte aan voeding van buitenaf (Passieve liefdesbehoefte, 35), de neiging nieuwe confrontaties te vermijden (Defensiviteit, 48) en het ontbreken van adaptieve copingmechanismen kunnen ertoe leiden dat de behandelrelatie van de patiënt wensvervullend of doel op zich kan worden.

2 Een gebied van gezond functioneren?

Dit komt in het profiel niet voor. Patiënt is tot zijn vijftiengste jaar gedurende enkele jaren vormingswerker geweest, maar had niet het gevoel dat dit werk bij hem paste. Van de afgelopen tien jaar heeft hij het merendeel van de tijd in de Arbeidsongeschiktheidswet gezeten. Hij volgt nu een studie economie, maar heeft deze nog niet afgerond. Zijn hoop op het vinden van een vaste relatie heeft hij opgegeven (Opgeven, 31)

3 Sprake van verslaving?

Het profiel toont daar geen tekenen van.

4 Psychiatrische stoornissen die de werkelijkheidszin aantasten?

Er is in enige mate sprake van functioneren op de niveaus van Structuurloosheid en Fragmentatie. Zo hanteert patiënt primitieve splitsingsfenomenen doordat hij zichzelf als onaantrekkelijk beleeft en niet meer in de spiegel durft te kijken (Vervormen, 17). Gebeurt dit wel dan heeft hij de neiging om zichzelf met een mes in het gezicht te steken. Daarnaast denkt hij 's nachts de ergste dingen over zichzelf. Over deze gedachten heeft hij geen sturing. Dit betekent dat het onderscheid tussen Ik en niet-Ik op die momenten weg is en de realiteitsbeoordeling wordt aangetast (Ontbreken van ordening, 09).

5 Vermogen tot verbaliseren en symboliseren van fantasieën?

Uit het interview blijkt dat patiënt in staat is tot het symboliseren van zijn ervaringen.

6 Belangstelling voor het innerlijk leven mogelijk, haalbaar en wenselijk?

Patiënt is in staat tot zelfobservatie en het onderkennen van verschillende en soms tegenstrijdige aspecten van zijn gedrag (Zelfconfrontatie, 66). Zo merkt hij op dat hij na een compliment even blij is, maar vlak daarna denkt dat het wel weer zal tegenvallen. Weliswaar kan patiënt deze gevoelens

onderkennen, maar er echter actief niets mee doen. Zo vertelt hij dat hij door de analyse meer inzicht heeft gekregen in de rol van zijn moeder, maar niet weet wat hij met al die ellende aanmoet.

Patiënt heeft in enige mate oog voor oorzakelijke verbanden in zijn problematiek. Hij kan echter niet aanvoelen wat hij door zijn houding bij anderen teweegbrengt. Ook is hij niet in staat tot zelfdeterminatie, tot het op eigen kracht wijzigen van zijn disadaptieve gedrag. Het vermijdingsgedrag Defensiviteit (48) en Opgeven (38), maar ook het Basiswantrouwen (39) en de neiging tot Zelfbestrafing (49) dragen daaraan bij. Zo is patiënt geneigd om zichzelf, na een mooi resultaat op een tentamen, af te katten door te denken: 'Je hebt toch niks gebakken van je leven' (Zelfbestrafing, 49).

7 *Trouw, goed vertrouwen, vermogen tot uitstel van bevreemding en acceptatie van de regie?* Uit het overduidelijk functioneren op het niveau Symbiose en de afwezigheid van de functie Affiliëren (78) blijkt dat patiënt bij het zoeken van hulp de verantwoordelijkheid voor zijn problematiek bij de ander zal leggen. Het contact met analytica lijkt lange tijd in het teken te hebben gestaan van de Ouderfunctie. Nu deze wegvalt kan een passief eisende houding op de voorgrond komen te staan.

Conclusie Patiënt beschikt niet over de kwaliteiten en functionele mogelijkheden om van een psychoanalyse (re-analyse) te kunnen profiteren. Alleen de minimumvoorwaarden 3 en 5 kunnen positief beoordeeld worden. Behandeling zal structurerend dienen te zijn, gericht op verbetering van de adaptatie. Correctie van de gebrekkige realiteitsbeoordeling en de soms waanachtige negatieve zelfbeleving is van belang. Besef en acceptatie van de beperkingen en adequate hantering daarvan kan een behandeldoel zijn. Een structurerende, resocialiserende dagbehandeling is aangewezen.

Casus B

Patiënte B, een zevenentwintigjarige vrouw werkzaam als consultant, meldde zich aan met onzekerheidsgevoelens, twijfel, concentratieverlies en nachtmerries. Deze ontstonden nadat zij voor de tweede maal een relatie was aangegaan met een getrouwde man en opnieuw werd afgewezen. In deze beide relaties idealiseerde zij haar partners en verwachtte zij, tegen beter weten in, dat deze voor haar zouden kiezen. Door middel van een behandeling hoopt zij zekerder te worden en meer te durven vertrouwen op haar gevoel. Ook wil zij gaan begrijpen waarom zij zich tot deze getrouwde mannen voelt aangetrokken.

Ontwikkelingsprofiel Uit het profiel (tabel 2) blijkt dat patiënte op de adaptieve niveaus Individueel (duidelijk) en Verbondenheid (in enige mate) functioneert. Daarnaast functioneert zij op de disadaptieve niveaus Symbiose en Rivaliteit (duidelijk) en Verzet (in enige mate).

Tabel 2. HET ONTWIKKELINGSPROFIEL van mevrouw B								
ONTWIKKELINGS-PROFIEL	SOCIALE ATTITUDES	OBJECTRELATIES	ZELFBEELDEN	NORMEN	BEHOEFTEEN	COGNITIES	PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG (denken & voelen) (handelen)	DIVERSE THEMAS
90. Rijpheid	91. Terugtreeden	92. Altruïsme	93. Existentieel - algemeen	94. Ideologisch - algemeen	95. Zingeving	96. Zelf-transformatie	97. Synthese	99. Sterven
80. Generativiteit	81. Verantwoordelijkheid	82. Zorg X	83. Existentieel - persoonlijk	84. Ideologisch - persoonlijk	85. Integriteit	86. Zelf-interpretatie	87. Relativeren	89. Rouwen
70. Verbondenheid X	71. Samenleven	72. Maat X	73. Authentiek - relationeel	74. Principeel - relationeel	75. Intimiteit X	76. Zelf-verduidelijking	77. Ambivalentie	79. Empathie
60. Individuele XX	61. Productiviteit XX	62. Geijfde	63. Authentiek - individueel X	64. Principeel - individueel	65. Identiteit XX	66. Zelf-confrontatie XX	67. Zelfbeheersing	69. Zelfrespect
50. Rivaliteit XX	51. Verovering	52. Idool XX	53. Hierarchisch X	54. Conventioneel - innerlijk	55. Potentie	56. Dissonant	57. Omkeren XX	59. Exhibitiomisme X
40. Verzet X	41. Bevrijding	42. Overheerser	43. Afgeleid	44. Conventioneel - vernietigend X	45. Macht	46. Classificerend	47. Wegwerken XX	49. Zelf-bestrafing X
30. Symbiose XX	31. Afhankelijkheid	32. Ouder	33. Extern XX	34. Voorwaardelijk XX	35. Passieve liefdesbehoefte XX	36. Suggestief	37. Onthechten	39. Basiswantsen trouwen
20. Egocentriciteit	21. Superioriteit	22. Leverancier	23. Overwaardig	24. Zelfzuchtig	25. Spiegelen	26. Zelfbeperkt	27. Verwerpen	29. Kilheid
10. Fragmentatie	11. Wisselvalligheid	12. Kader	13. Vaag	14. Intuïf	15. Prikkelhonger	16. Ontbreken van subjectiviteit	17. Vervormen	19. Dissociatie
00. Structuurloosheid	01. Onsamenghangend gedrag	02. Ontbreken van hechting	03. Ontbrekend	04. Ontbrekend	05. Ontbrekend	06. Ontbreken van representaties	07. Vervalsen	09. Ontbreken van ordening

Bij vergelijking van dit profiel met de hiervoor vermelde minimumvoorwaarden blijkt het volgende:

1 Een belangrijke ander?

Aan deze voorwaarde wordt voldaan aangezien patiënte met twee vriendinnen een wederkerige relatie onderhoudt (Maat, 72).

2 Een gebied van gezond functioneren?

Patiënte functioneert goed in haar werk en heeft opleidingen afgerond (Productiviteit, 61). Ondanks de huidige problemen geeft zij werk en vrijetijdsactiviteiten niet op. Dit wijst op een gunstige frustratietolerantie.

3 Sprake van verslaving?

Het profiel vertoont geen tekenen van verslaving.

4 Psychiatrische stoornissen die de werkelijkheidszin aantasten?

In het profiel komen geen patronen naar voren die passen binnen de niveaus van Structuurloosheid en Fragmentatie. Het voor een psychoanalytische behandeling belangrijke onderscheid tussen fantasie en werkelijkheid lijkt dan ook niet vervaagd of afwezig.

5 Vermogen tot verbaliseren en verbeelden van fantasieën?

Uit de aanwezigheid van de functie Zelfconfrontatie (66) blijkt dat patiënte in staat is haar ervaringen te symboliseren. Dit wordt bevestigd door de zelfbeschrijving, waarin zij zich op een gedifferentieerde wijze kan typeren.

6 Belangstelling voor het innerlijk leven mogelijk, haalbaar en wenselijk?

Patiënte is in staat tot het innemen van een derdepersoonsperspectief ten opzichte van zichzelf en kan verschillende en soms tegenstrijdige aspecten van haar gedrag onderkennen en daar een persoonlijke interpretatie aan geven. Zij ondergaat het niet alleen, maar wil er actief iets mee doen en daarmee komen tot een affectieve sturing van binnenuit. Dit komt tot uiting in de uitspraak: 'Ik wil gaan begrijpen waarom ik mijn gevoel niet heb gevolgd en loskomen van de mening van anderen.'

7 Trouw, goed vertrouwen, vermogen tot uitstel van bevrediging en acceptatie van de regie?

Patiënte kan een beroep doen op de hulp van anderen en daarbij de verantwoordelijkheid voor de eigen problematiek bewaren (Affiliëren, 78). Daarnaast blijkt dat zij zich in het oordeel over de juistheid van haar gedrag laat beïnvloeden door de mening van anderen (Voorwaardelijke normen, 34). In de behandeling kan dit tot gevolg hebben dat patiënte zich laat leiden door stellige uitspraken van de behandelaar. Daarnaast laat de zeer duidelijke aanwezigheid van de functie Identiteit (65) ook zien, dat zij bij haar passende keuzes kan maken wat betreft werk en hobby's en dus in staat is tot eigen oordeelsvorming. Het profiel toont geen tekenen die wijzen op Ageren (18) of Prikkelhonger (15).

Conclusie Patiënte voldoet aan alle minimumvoorwaarden en beschikt over de kwaliteiten en functionele mogelijkheden om van een psychoanalyse te kunnen profiteren.

Doel, focus en valkuilen Het algemene doel van een psychoanalyse, namelijk het vlot trekken van een gestagneerde ontwikkeling, lijkt gezien de reeds bereikte adaptieve niveaus mogelijk. In dit geval zal het gaan om het loskomen van de bevestiging, van de waardering en van het oordeel van anderen (Symbiose). Dit kan dan plaats maken voor een autonome oordeelsvorming. Wat betreft het specifieke doel van de behandeling kan, op grond van de functies Idool (52), Hiërarchisch zelfbeeld (53) en Exhibitionisme (59), verondersteld worden dat de problematiek gecentreerd is rond twijfel en onzekerheid met betrekking tot de vrouwelijke identiteit. Dit kan als focus van de psychoanalyse genomen worden.

Valkuilen kunnen gelegen zijn rond de neiging confrontaties te vermijden (Defensiviteit, 48) en gevoelens weg te werken (Wegwerken, 47). Daarnaast is er bij patiënte, vanwege de functie Zelfbestrafing (49) een tendens zich te benadelen, hetgeen kan leiden tot een negatief therapeutische reactie.

Plaats van het Ontwikkelingsprofiel binnen het indicatieonderzoek

Uitgaande van de huidige klinische praktijk, waarin de psychoanalyticus enkele onderzoeksgesprekken voert met de patiënt, kan aan het Ontwikkelingsprofielinterview een plaats worden toegekend die vergelijkbaar is met het testpsychologisch onderzoek. Tijdens dit psychoanalytisch onderzoek, waarin anamnestiche en biografische gegevens verzameld worden, zal de psychoanalyticus oog hebben voor het contactverloop. Dit kan informatie opleveren omtrent motivatie, lijdensdruk en vermogen van de patiënt om in een analytische dyade te werken. Aansluitend aan deze onderzoeksgesprekken kan het interview van het Ontwikkelingsprofiel afgenomen worden door dezelfde psychoanalyticus (indien daartoe gekwalificeerd) of door een onderzoeker. Het materiaal dat verkregen wordt in het psychoanalytisch onderzoek en de gegevens vanuit het Ontwikkelingsprofiel kunnen met elkaar vergeleken worden.

Zo kan de analyticus, op grond van de anamnestiche informatie maar ook op basis van het contactverloop, hypothesen vormen ten aanzien van de adaptieve en disadaptieve aspecten van de patiënt. Deze hypothesen kunnen getoetst worden met het Ontwikkelingsprofielonderzoek. Ter illustratie hiervan kan de hypothese vermeld worden uit het eerste indicatieonderzoek dat voor aanvang van de analyse van de heer A plaatsvond. Deze hypothese, over een constitutioneel bepaalde Ik-zwakte, kan met behulp van het profiel onderzocht worden om na te gaan in hoeverre deze Ik-zwakte zich door functies op de niveaus Structuurloosheid en Fragmentatie manifesteert.

Andersom kan het Ontwikkelingsprofiel gegevens opleveren die tijdens het anamnestiche onderzoek onopgemerkt zijn gebleven. Zo kan het profiel van een patiënt bijvoorbeeld tonen dat deze patiënt eenzijdig afhankelijke contacten onderhoudt (Ouder, 32) terwijl vanuit het psychoanalytisch onderzoek sprake leek van een uitgebreide vriendenkring op wederkerig niveau.

Ook wat betreft doel en focus van de behandeling is vergelijking mogelijk doordat het psychoanalytisch onderzoek aanwijzingen kan opleveren die vanuit het profiel onderbouwd, nader gespecificeerd of aangevuld kunnen worden.

Bij mevrouw B kunnen, bijvoorbeeld op grond van haar aanmeldingsklacht, onzekerheden met betrekking tot de seksuele aantrekkelijkheid verondersteld worden. Dit wordt vanuit het Ontwikkelingsprofiel bevestigd (Idool, 52). Bovendien geeft het profiel aan dat er een tendens is tot Zelfbestrafing (49) die de ontwikkeling van een positieve waardering van haar seksuele aantrekkelijkheid tijdens de behandeling in de weg kan staan.

Wat betreft de matching voor een toekomstige behandeling zullen het anamnestiche onderzoek en het contactverloop voorspellingen met betrekking tot overdracht en tegenoverdrachtreacties opleveren. Deze kunnen op basis van het niveau van de Objectrelaties in het profiel nader onderzocht worden. Bovendien kan de toekomstige behandelaar op grond van de informatie uit het profiel nagaan of de problematiek hem ligt en of hij bepaalde reacties van de patiënt kan verdragen. Blijkt bijvoorbeeld uit het profiel dat een patiënt zich op een verheven, superieure wijze opstelt en geneigd is opmerkingen van anderen op een devaluerende wijze af te wijzen (Verwerpen, 27), dan kan verwacht worden dat ook de behandelaar regelmatig vernederd zal worden.

Conclusie

In het bovenstaande is de bijdrage van het Ontwikkelingsprofiel aan het indicatieonderzoek voor een psychoanalytische behandeling toegelicht. Het profiel heeft een diagnostische waarde, aangezien het adaptief en disadaptief functioneren van de patiënt op negen verschillende gebieden of lijnen in kaart gebracht wordt. Daarnaast heeft het instrument een informatieve waarde, doordat de verschillende functies duidelijk en concreet zijn omschreven. De conclusies van het indicatieonderzoek kunnen daardoor op een heldere, begrijpelijke en ondubbelzinnige wijze aan collegae en aan de patiënt worden gemeld. Als betrouwbaar en valide instrument heeft het Ontwikkelingsprofiel ook een wetenschappelijke waarde, aangezien het profiel de validiteit van het klinische oordeel kan verbeteren en het toepasbaar is voor predictie- en effectonderzoek.

Het belangrijkste doel van het indicatieonderzoek is bereikt wanneer de patiënt zich gezien voelt in de conclusies van het onderzoek en de behandeling krijgt die passend is. Het Ontwikkelingsprofiel kan daaraan een bijdrage leveren.

Noot

1. Dit artikel is een bewerking van een voordracht die door de eerste auteur als onderdeel van een workshop werd gehouden op de

conferentie van de European Psychoanalytic Federation in april 2003 in Sorrento, Italië.

Literatuur

Abraham, R.E. (1993). The Developmental Profile: the psychodynamic diagnosis of personality. *Journal of Personality Disorders*, 7, 105-115.

Abraham, R.E. (1997). Het Ontwikkelingsprofiel, een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid. Assen: Van Gorcum.

Abraham, R.E., Van, H.L., Foeken, I. van, Ingenhoven, T.J.M., Tremonti, W., Pieper-de Vries, I., Groot, J. de, Spijker, A. van 't, & Spinhoven, Ph. (2001). The Developmental Profile. *Journal of Personality Disorders*, 15 (5), 457-473.

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and Society*. Londen: Imago.

Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 245-265.

Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. New York: International Universities Press.

Freud, A., Nagera, H., & Freud, W.E. (1965). Metapsychological assessment of the adult personality: The adult profile. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 20, 9-41.

Freud, S. (1905). Three essays on the Theory of Sexuality. *Standard Edition* 7 (p. 123-243).

Londen: Hogarth Press.

Galatzer-Levy, R.M., Bachrach, H., Skolnikoff, A. & Waldron, S. (2000). *Does psychoanalysis work?* New Haven CT/Londen: Yale University Press.

Ladan, A. (1993). Over de voorspellende waarde van het indicatiestellingsonderzoek. In A. Ladan (red.), *Op de bank* (p. 25-42). Amsterdam/Meppel: Boom.

Loevinger, J. & Wessler, R. (1970). *Measuring Ego Development*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kohlberg, L. (1981). *The Philosophy of Moral Development. Moral Stages and the Idea of Justice*. San Francisco: Harper & Row.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.

Piaget, J. (1962). The Stages of the Intellectual Development of the Child. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 26, 120-128.

Stone, L. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 567-594.

Wille, R.S.G. (2001). There is no such thing as a patient. In A.R. Boerwinkel & W.J. Gomperts (red.), *Alleen en met z'n tweeën* (p. 20-33). Assen: Van Gorcum.

Summary

During the process of deciding on the appropriate psychoanalytic treatment, the Developmental Profile can support the analyst in his or her diagnostic, informative and scientific roles. This instrument, which has proved to be a reliable and valid tool in empirical research, provides a description of the personality structure, with special reference to the adaptive and maladaptive aspects of the patient's behaviour. After an examination of the structure and application of the developmental profile, two clinical examples are presented: a developmental profile of a failed psychoanalysis and a profile of a positive indication for psychoanalysis. Finally, the potential for complementary use of the information obtained during the initial psychoanalytic interview (with anamnestic and biographical information) are discussed, together with information from the Developmental Profile.

Manuscript ontvangen: 9 mei 2003

Definitieve versie: 1 oktober 2003