

# Een impasse of uitweg? Inschatting van de psychosociale vermogens met het ontwikkelingsprofiel<sup>1</sup>

Quin van Dam\*

## Samenvatting

*In een psychotherapie kan een impasse ontstaan als er bij de patiënt ernstige tekorten bestaan in het psychosociaal functioneren die bij aanvang van de behandeling niet onderkend zijn. Het ontwikkelingsprofiel is een geschikte methode om die tekorten op te sporen en de mogelijkheden en de beperkingen om van de behandeling te profiteren in kaart te brengen. Na bespreking van het ontwikkelingsprofiel wordt in dit artikel deze toepassing aan de hand van twee casussen verhelderd.*

Trefwoorden: *ontwikkelingsprofiel, defect, conflict, indicatiestelling, psychosociaal vermogen*

## Inleiding

Vol goede moed en met de hoop op een goede afloop beginnen patiënt en therapeut aan de behandeling. In driekwart van de gevallen komt de verbetering tot stand en gaan patiënt en psychotherapeut tevreden uit elkaar. De positieve ontwikkeling is bij de patiënt meestal vroeg in de behandeling merkbaar door een opgelucht gevoel, een betere stemming, meer initiatief, andere kleding of haardracht, en een positieve waardering van de werkrelatie. Niet altijd is de ontwikkeling gunstig: de behandeling raakt in een ernstige impasse, de patiënt wordt psychotisch of suïcidaal, handelt impulsief of is niet meer in staat te werken. De ongewenste ontwikkeling van de therapie kan optreden als er bij de patiënt een ernstig tekort of deficit is in het psychosociaal functioneren, dat bij aanvang van de behandeling niet onderkend is.

Een goede inschatting (diagnostiek) van de mogelijkheden en beperkingen van een patiënt voorafgaand aan de behandeling is altijd nodig, ongeacht het kader van waar uit men werkt. Elk indicatiestellingonderzoek gaat, expliciet of impliciet, uit van een selectie van potentieel relevant geachte gegevens (Abraham, 1997). De cliëntgerichte psychotherapeut zal met gedoseerde empathie, echtheid en authenticiteit

\* Quin van Dam – klinisch psycholoog en opleidingsanalyticus bij de NVPA – werkt als hoofd afdeling volwassenen bij het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) en in eigen praktijk in Leiden. Hij is docent bij RINO NH in Amsterdam en begeleidt twee groepen huisartsen volgens de balintmethode. In 2006 promoveerde hij op een empirisch begripsonderzoek naar het verschijnsel weerstand.

vaak op impliciete wijze de mogelijkheden en beperkingen van een patiënt taxeren en bepalen waarop hij zijn interventies zal richten, zowel tijdens de indicatiestelling als gedurende het verloop van de therapie. Zo zal de cliëntgerichte psychotherapeut bij een patiënte met een borderline stoornis op een meer structurerende wijze werken dan bij een patiënte met neurotische problematiek.

Het ontwikkelingsprofiel kan zichtbaar maken welke gegevens de cliëntgerichte psychotherapeut selecteert en mee laat wegen. Anders gezegd, het ontwikkelingsprofiel expliciteert wat de cliëntgerichte therapeut impliciet via de empathie onderkent en biedt de mogelijkheid de juistheid hiervan aan de praktijk te toetsen. Het ontwikkelingsprofiel is daarbij een geschikte methode om tekorten op te sporen en de mogelijkheden en de beperkingen om van de behandeling te profiteren in kaart te brengen.

Na een klinische illustratie van een impasse in de behandeling licht ik het onderscheid tussen conflict- en deficitpathologie toe. Daarna bespreek ik het ontwikkelingsprofiel en de wijze waarop met het profiel een deficit of gebrek vastgesteld wordt. Ten slotte verhelder ik aan de hand van casuïstiek de behandelconsequenties daarvan.

#### *Casus, een impasse*

De heer A, 28 jaar, afgestudeerd econometrist en werkzaam bij een bank, meldt zich aan met een somber, angstig gevoel en relatieproblemen: 'in contacten kan ik de verbinding niet maken'. Ongeveer eenmaal per maand heeft hij een paniekaanval. In het afgelopen jaar exhibitioneerde hij zich tweemaal.

A groeide op als oudste van drie kinderen bij ouders die vrijwel dagelijks hoogoplopende ruzies met elkaar hadden en hem als scheidsrechter inschakelden. Ondanks deze belastende situatie slaagde A er in het vwo af te ronden, in normaal tempo af te studeren en uit huis te gaan. Na twee intakegesprekken concludeert psychotherapeut B dat A op grond van zijn positieve motivatie, zijn vermogen tot inzicht en doorzettingsvermogen geschikt is voor een inzichtgevende psychotherapie van tweemaal in de week. B veronderstelt dat bespreking van de overdrachtsrelatie A kan helpen zijn relatieproblemen op te lossen. Hij stelt A bij de aanvang van de psychotherapie voor alles te vertellen wat in hem opkomt, en hij biedt A in de behandeling weinig structuur om de overdracht tot ontwikkeling te laten komen. Na ongeveer driekwart jaar raakt A in de ziektewet, voelt hij zich uitgeput, heeft hij bijna dagelijks paniekaanvallen, en exhibitioneert hij zich gemiddeld eenmaal per twee weken. Zijn psychotherapeut maakt zich zorgen en verzoekt om een second opinion.

### **Conflict of deficit**

Het psychoanalytische kader omvat twee modellen voor persoonlijkheidpathologie: het *conflict-* en het *deficitmodel*. Van *conflictpathologie* is sprake als de patiënt intrapsychische conflicten ervaart tussen tegengestelde wensen, zelfrepresentaties en

objectrepresentaties. Hij ziet zichzelf en anderen als mensen met zowel goede als slechte eigenschappen en is niet geneigd anderen als helemaal goed of helemaal fout te beoordelen. Ook heeft hij gedurende langere tijd een stabiele identiteit, maakt hij gebruik van rijpere afweermechanismen zoals verdringing, projectie en rationaliseren en beschikt hij over voldoende ik-sterkte (Gabbard, 2010).

De heer C voelt zich somber, minderwaardig en onzeker. Hij onderkent dat hij goede ideeën heeft, maar hij durft daarmee niet voor de dag te komen uit angst dat anderen hem uitlachen. Vaak brengt hij ze op indirecte wijze naar buiten en krijgt hij niet de beloning die hij wenst. Als reactie daarop trekt hij zich terug in een jaloerse, wrokkige houding. Hij ervaart zichzelf als slim, maar ook als slap en anderen als sterk en kritisch. Hij beseft dat de ander niet werkelijk kritisch is, maar dat hij zo tegen die ander aankijkt.

Bij het *deficitmodel*, ook wel aangeduid als handicap- of gebrekmmodel, wordt uitgegaan van ernstige tekorten in het psychosociaal functioneren. De patiënten die hiermee kampen hebben weinig ik-sterkte, handelen vaak impulsief, hebben een gebrekkig oordeelsvermogen, moeite om werk vast te houden en leemtes in de realiteitstoetsing. Een alles of niets beoordeling staat op de voorgrond. Zij hebben het idee dat de dingen hen overkomen en zij maken gebruik van primitieve afweermechanismen, zoals splitsen en projectieve identificatie (Gabbard, 2010).

D komt een uur te laat bij zijn therapeut E. Deze stelt voor een nieuwe afspraak te maken. D reageert woedend en beschuldigt E van verraad. Hij had al het idee dat E niet te vertrouwen was. Nu blijkt dat hij gelijk heeft. E is een schurk; vorige week vond patiënt E geweldig.

De term deficit of gebrek heeft in de literatuur drie betekenissen, namelijk gebrek als een *oorzakelijke factor*, als een *descriptieve kwalificatie* en als een *aanwijzing voor de veranderbaarheid* van gedrag (Abraham e.a., 2001).

In het eerste geval mist de patiënt het gevoel te bestaan, een plek in de wereld te hebben of van emotionele betekenis te zijn. Vanaf zijn geboorte ontbrak het hem aan fundamentele spiegeling of aan existentiële bevestiging door belangrijke anderen. Vanuit de zelfpsychologie (representanten onder andere Kohut, 1971 en Stern, 2004) wordt dit gebrek aan spiegeling gezien als de belangrijkste oorzaak van persoonlijkheidsproblemen.

Als *descriptieve kwalificatie* heeft de term gebrek betrekking op structurele problemen: de basale functies zoals het vermogen tot realiteitstoetsing (onderscheid tussen interne en externe realiteit) of objectconstantie (vasthouden van het innerlijke beeld van de ander) zijn gestoord of ontbreken. Ook kan er identiteitsdiffusie blijken: de patiënt mist een innerlijk referentiekader of een kern op basis waarvan hij zich kan oriënteren.

Als derde betekenis (*veranderbaarheid van gedrag*) verwijst gebrek of defect naar een onvermogen dat naar verwachting in de nabije toekomst niet zal veranderen (Abraham e.a., 2001). In dit artikel sluit ik aan bij de derde beschrijving: een voorlopig blijvend onvermogen.

Psychotherapie richt zich – uitgaande van het deficitmodel – op de onderkenning en hantering van dit psychosociaal onvermogen. Vergelijken we dit met een patiënt die lijdt aan een chronische ziekte zoals diabetes, dan gaat het erom dat de patiënt deze ziekte (het gebrek) onder ogen ziet en er adequaat mee omgaat. De gevolgen van de ziekte zijn dan beperkt en de kwaliteit van leven is vaak voldoende.

Hoe kunnen deze beperkingen voor aanvang van de behandeling vastgesteld worden?

## Het ontwikkelingsprofiel

Het ontwikkelingsprofiel is een methode die zich goed leent om de psychosociale vermogens in kaart te brengen. Bij het ontwikkelingsprofiel (Abraham, 2005) wordt ervan uitgegaan dat het functioneren van een volwassene wordt bepaald door het samenspel tussen bij zijn leeftijd passende gedragspatronen enerzijds en door ‘vroegkinderlijke’ patronen anderzijds. Het ontwikkelingsprofiel biedt de mogelijkheid persoonlijkheidskenmerken op een gestandaardiseerde en individuspecifieke manier in kaart te brengen. Deze kenmerken worden aan de hand van concrete gedragingen (denken, voelen en handelen) omschreven.

Op basis van een inschatting van de adaptieve en disadaptieve aspecten van het functioneren van de patiënt, wordt een indicatie gesteld voor psychotherapie of andere behandelvormen, en de focus van de behandeling bepaald. Het profiel probeert de eigenschappen van bestaande classificatiesystemen (zoals de DSM-IV) en van het psychoanalytisch referentiekader op een empirisch toetsbare wijze te combineren en daarmee het diagnostisch proces te verbeteren. Het ontwikkelingsprofiel is in de multidisciplinaire richtlijn *Persoonlijkheidsstoornissen* opgenomen als instrument voor de structurele diagnostiek (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008).

Het ontwikkelingsprofiel baseert zich op de ontwikkelingspsychologie en op het idee dat elk individu in zijn leven een aantal ontwikkelingsfasen passeert, die in het normale geval verlopen van een onrijp naar een rijp niveau. De fasen worden in het ontwikkelingsprofiel aangeduid als tien *ontwikkelingsniveaus*: structuurloosheid, fragmentatie, egocentriciteit, symbiose, verzet, rivaliteit, individuatie, verbondenheid, generativiteit en rijpheid (zie figuur 1). De eerste zes niveaus worden gekenmerkt als onrijpe of disadaptieve niveaus en de volgende vier als late, rijpe of adaptieve niveaus. Zo wordt structuurloosheid, als vroegste niveau, gekenmerkt door lacunes in het psychosociale functioneren en wordt rijpheid, als laatste niveau, gekenschetst als de fase waarin het individu in staat is op een constructieve wijze om te gaan met beperkingen en in het bijzonder de eindigheid van het eigen leven.

Naast deze opsplitsing in niveaus wordt er in het ontwikkelingsprofiel een onderverdeling gemaakt in gebieden waarop de ontwikkeling plaatsvindt: de *ontwikkelingslijnen*. Negen ontwikkelingslijnen worden onderscheiden: sociale attitudes, objectrelaties, zelfbeeld, normen, behoeften, cognities, probleemoplossend gedrag (2 lijnen) en overige thema's (zie figuur 1). In het ontwikkelingsprofiel wordt het gedrag (denken, voelen en handelen) van de volwassene getypeerd door de mate waarin hij bij zijn leeftijd passende adaptieve gedragspatronen heeft ontwikkeld en de mate waarin zijn gedrag wordt bepaald door (bij de kinderleeftijd passende) disadaptieve patronen. Zo kan een patiënt op een aantal ontwikkelingslijnen op een adaptief niveau en op enkele andere lijnen op een disadaptief niveau functioneren.

Een volwassen man die goed functioneert in zijn werk, heeft veel bevestiging en aanmoediging nodig van zijn partner. Bij onenigheid met collega's reageert hij met mopperen en klagen. Op de lijn 'sociaal gedrag' (zie figuur 1) functioneert hij – vanwege zijn goede werkprestaties – op een adaptief niveau (productiviteit, 61) en op de lijn 'relaties' op een disadaptief niveau vanwege zijn afhankelijke opstelling ten opzichte van zijn partner (ouder, 32). Zijn probleemoplossend gedrag wordt – vanwege zijn indirecte uiting van zijn boosheid – ook als disadaptief (defensief, 48) aangemerkt.

ONTWIKKELINGS-PROFIEL	SOCIAAL GEDRAG	RELATIES	ZELFBEELD	NORMEN	BEHOEFTE	COGNITIES	PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG (denken en voelen) (handelen)	DIVERSE THEMA'S	
90. RIJPHEID	91. Terug-treden	92. Altruïsme	93. Authentiek zelfbeeld - existentieel	94. Authentieke normen - existentieel	95. Zingeving	96. Metacognities	97. Synthese	98. Herstructureren	99. Sterven
80. GENERATIVITEIT	81. Verantwoordelijkheid	82. Zorg	83. Authentiek zelfbeeld - sociaal	84. Authentieke normen - sociaal	85. Integriteit	86. Contextgerelateerde cognities	87. Respecteren controversiële (sub)culturen	88. Reorganiseren	89. Rouwen
70. VERBONDENHEID	71. Samenleven	72. Maat	73. Authentiek zelfbeeld - relationeel	74. Authentieke normen - individueel	75. Intimiteit	76. Empathie	77. Respecteren controversiële ander	78. Alliëren	79. Collectiviteit
60. INDIVIDUËLE	61. Productiviteit	62. Gelijke	63. Authentiek zelfbeeld - individueel	64. Authentieke normen - individueel	65. Identiteit	66. Zelfbeschouwing	67. Respecteren controversiële zelf	68. Assertiviteit	69. Primairprocesbelevingen
50. RIVALITEIT	51. Status	52. Onbereikbare liefde	53. Ideale gerelateerd zelfbeeld	54. Overmatige idealen	55. Triomferen	56. Theatrale cognities	57. Omkeren	58. Pretenderen	59. Seksuele insufficiëntiegevoelens
40. VERZET	41. Opstandigheid	42. Overheersers	43. Normen-gerelateerd zelfbeeld	44. Overmatige normen	45. Domineren	46. Objectiverende cognities	47. Wegwerken	48. Defensiviteit	49. Moreel masochisme
30. SYMBIOSE	31. Afhanke-lijkheid	32. Ouder	33. Extern zelfbeeld	34. Externe normen	35. Passieve liefdesbehoefte	36. Suggestieve cognities	37. Onthec-ten	38. Opgeven	39. Ontbreken basisvertrouwen
20. EGOCENTRICITEIT	21. Solist	22. Leve-rancier	23. Overwaar-dig zelfbeeld	24. Zelfzuch-tige normen	25. Spiegelen	26. Zelf-beperkte cognities	27. Verwer-pen	28. Zelfover-schatting	29. Kilheid
10. FRAGMENTATIE	11. Wisselval-ligheid	12. Kader	13. Vaag zelfbeeld	14. Dichotome normen	15. Prikkel-honger	16. Niet per-sonlijkheid gerelateerde cognities	17. Primitieve externalisatie	18. Acting out	19. Dissocia-tie
00. STRUCTUURLOOSHEID	01. Bizar gedrag	02. Ontbreken van affectiviteit	03. Ontbreken van een zelfbeeld	04. Ontbreken van normen	05. Primaire behoeftebe-vrediging	06. Ontbreken psychische fenomenen	07. Vervalsen	08. Impulsief gedrag	09. Ontbreken van ordening

Figuur 1 Ontwikkelingsprofiel 1

Het ontwikkelingsprofiel, dat in empirisch onderzoek betrouwbaar en valide is gebleken (Abraham e.a., 2001), kan als *referentiekader* worden gebruikt en als *gestandaardiseerd diagnostisch instrument*.

Om het als *referentiekader* te leren gebruiken kan met een cursus van vijf bijeenkomsten worden volstaan. De cursist is dan in staat een intake of behandelverslag vanuit het ontwikkelingsprofiel te beoordelen en een inschatting te maken van de verschillende ontwikkelingsniveaus waarop een patiënt functioneert en van de daarbij aansluitende behandelmogelijkheden. Ruim 1000 collegae hebben deze cursus gevolgd.

Bij het gebruik als *diagnostisch instrument* zijn gemiddeld 12 groepssupervisiebijeenkomsten noodzakelijk. Ongeveer 125 collegae volgden deze vervolgopleiding. Bij de toepassing van het ontwikkelingsprofiel als *diagnostisch instrument* wordt een half gestructureerd interview afgenomen. Dit interview, dat twee gesprekken van ruim een uur in beslag neemt, dient als basis voor het opstellen van het profiel. Het ontwikkelingsprofiel als *referentiekader* is in de dagelijkse klinische praktijk toepasbaar. Het ontwikkelingsprofiel als *diagnostisch instrument* is geïndiceerd indien het anamnestiche onderzoek onvoldoende aanknopingspunten voor een indicatie biedt of in het geval een impasse optreedt in een behandeling. Het is qua vorm en tijdsinvestering vergelijkbaar met een psychodiagnostisch onderzoek. Na afname van het interview wordt in het profielschema op een vierpuntschaal aangegeven in welke mate een patroon of kenmerk deel uitmaakt van het habituele gedragsrepertoire van een individu (- 'niet aanwezig', X 'enigszins', XX 'duidelijk' of XXX 'overduidelijk').

Van een deficit of gebrek is sprake bij scores op de onderste drie niveaus (structuurloosheid, fragmentatie en egocentriciteit). Dat geldt ook voor duidelijke of overduidelijke scores op het niveau 'symbiose', en vooral als er weinig adaptieve patronen zijn.

Ter illustratie enkele uitspraken die vallen binnen een van deze primitieve niveaus; de getallen verwijzen naar de patronen in profiel 1 (figuur 1).

- Structuurloosheid (*het ontbreken van een referentiekader en algemeen menselijke vermogens*). 'Het is griezelig een hand te geven, net alsof je dan in de ander verdwijnt' (ontbreken van ordening, 09). 'Ik doe vaak dingen die ik helemaal niet van plan was' (impulsief gedrag, 08).
- Fragmentatie (*een gebrek aan innerlijke consistentie*). 'Alleen al bij het idee dat ze me in de steek zou laten raak ik in de war' (kader, 12). 'Ik moet voortdurend in actie zijn, anders kom ik in een gat terecht' (prikkelhonger, 15).
- Egocentriciteit (*een overwaardige en/of egoïstische attitude*): 'Als iedereen doet wat ik wil, ben ik heel tolerant (solist, 21). 'Als zij niet voldoet, dump ik haar' (leverancier, 22).
- Symbiose (*een onvolledige separatie, een onvermogen zelfstandig te functioneren*). 'Als iets niet wil lukken, dan laat ik het vallen' (opgeven, 38). 'Wat anderen van me vinden is veel belangrijker dan mijn eigen mening' (extern zelfbeeld, 33).
- Een indicatie voor behandeling vanuit het conflictmodel wordt gevormd door

scores op de niveaus 'verzet' en 'rivaliteit' (en rijper) op voorwaarde dat de patiënt over de benodigde cognitieve en relationele adaptieve vermogens beschikt.

Ter illustratie:

- Verzet (*innerlijke onvrijheid, een gebrek aan autonomie*). 'Een relatie vind ik beklemmend; ik wil van niemand bezit zijn' (overheerser, 42). 'De bevalling van mijn vrouw verliep zoals dat verwacht mocht worden' (classificerende cognities, 46).
- Rivaliteit (*onzekerheid over de eigen kwaliteit als man of als vrouw*). 'Middelmatig zijn is het ergste wat je kan overkomen' (status, 51). 'Ik neem vaak veel te veel hooi op mijn vork' (overmatige idealen, 54).
- Gebieden van gezond functioneren worden afgeleid uit scores op de adaptieve niveaus 'individuele', 'verbondenheid', 'generativiteit' en 'rijpheid'.
- Ter illustratie:
  - Individuele (*zelfverwerkelijking, op een eigen wijze leven binnen een sociale context*). 'Ik doe mijn werk goed en maak weinig fouten' (productiviteit, 61). 'Mijn moeder wilde geen kind meer, en zo voel ik me ook: ongewenst' (zelfobservatie, 66).
  - Verbondenheid (*functioneren in relatie, deel zijn van een groter geheel, zonder de eigen persoonlijkheid te verliezen*). 'We zijn over en weer belangrijk voor elkaar' (maat, 72). 'Met mijn vriend heb ik enkele malen gesproken alvorens de keus te maken' (allieren, 78).
  - Generativiteit (*het gedrag wordt gekenmerkt door betrokkenheid bij anderen*). 'Het is begrijpelijk dat in een dergelijk arm land zonder sociale voorzieningen corruptie heerst. Het is de enige manier om te overleven' (respecteren controversiële (sub)culturen, 87). 'Als mijn dochter er niet uitkomt met haar schoolwerk dan ben ik graag bereid haar te helpen' (zorg, 82).
  - Rijpheid (*de eigen belangen worden niet meer van primaire betekenis geacht*). 'Bij mijn aantreden als president heb ik duidelijk gemaakt dat ik gezien mijn leeftijd van 64 jaar niet meer dan een ambtstermijn zal vervullen. Daarmee wil ik de weg vrijmaken voor de volgende generatie' (terugtrekken, 91). 'Als patiënten weerstand tegen een behandeling hebben, kan dat als onderwerp besproken worden' (herstructureren, 98).

De uitspraken van patiënten zijn vermeld als illustratie van de verschillende ontwikkelingsniveaus waarop iemand functioneert. In de praktijk worden patiëntuitspraken binnen de context van het geheel geplaatst; de taxatie wordt uiteraard niet gebaseerd op een enkele losse uitspraak.

Om de beperkingen en vermogens van patiënten op te sporen is gedetailleerd uitvragen noodzakelijk. Als een patiënt zich bijvoorbeeld aanmeldt met bindingsangst vraagt de therapeut: 'geef eens een concreet voorbeeld waarin u dat merkte. Wat gebeurde er, wat doet u (gedrag), wat voelt u (gevoel) en wat betekent het voor u (betekenis of cognitie)?' Deze aanpak maakt duidelijk dat een verschijnsel als bindingsangst geen eenduidig verschijnsel is, maar verschillende betekenissen kan hebben. De betekenis is afhankelijk van het disadaptieve ontwikkelingsniveau waarop de patiënt functioneert.

Ter illustratie enkele manifestaties daarvan. Op niveau 'rivaliteit': 'ik kan liefde en seksualiteit niet combineren, ben steeds opzoek naar de prinses op het witte paard' (onbereikbare liefde, 53), op niveau 'verzet': 'als ik me bind ben ik mijn vrijheid kwijt, ik laat me niet bepalen door de ander (overheerser, 42), bij 'symbiose': 'als ik me bind verval ik in passief eisend gedrag, ik word een bodemloze put en word uiteindelijk afgewezen' (passieve liefdesbehoefte, 35), bij 'egocentriciteit': 'zij moet doen wat ik wil en me niet lastig vallen met haar gevoelens of haar gezeur' (leverancier, 22), bij 'fragmentatie': 'eerst vind ik haar geweldig, maar als blijkt dat ze ook met anderen omgaat dan word ik achterdochtig en reageer ik agressief' (primitieve externalisatie, 17 en *acting out*, 18) en bij 'structuurloosheid': 'als ik langere tijd samen ben met haar weet ik niet meer waar ik eindig en zij begint. Ik verlies elke grip en word ontzettend angstig' (ontbreken van ordening, 09). Bindingsangst ingegeven door een gebrek (niveaus structuurloosheid, fragmentatie, egocentriciteit of symbiose) vraagt om een structurerende therapeutische benadering en bindingsangst op basis van een conflict (verzet en rivaliteit) om een inzichtgevende aanpak.

Ter illustratie van de toepassing van het ontwikkelingsprofiel bespreek ik de second opinion van casus A. Daarna belicht ik het onderzoek en de behandeling van patiënte G.

### Het ontwikkelingsprofiel van A

Als onderdeel van de second opinion is bij A het ontwikkelingsprofielinterview afgenomen. Uit de profielscores (zie figuur 2) blijkt dat A voornamelijk op een disadaptief niveau functioneert. Hij heeft weinig sturing over zijn gedrag (ontbreken van ordening, 09). Zo ervaart hij soms een onbedwingbare drang zich te exhibiteren (primaire behoeftebevrediging, 05) en kan hij plotseling agressief reageren tegen medepassagiers in de trein of tegen een collega (impulsief gedrag, 08). De dagen na een therapieessessie overvielen hem heftige paniekaanvallen. Alles om hem heen vervaagde en hij ervoer een onwezenlijk gevoel (dissociatie, 19).

Als hij zich exhibiteert is het heel opwindend als ze hem kunnen zien terwijl hij zich bevredigt (prikkelhonger, 15). Hij gebruikt de ander als publiek om zich bij te bevredigen (leverancier, 22). Dit geeft hem een supergevoel (spiegelen, 25). 'Als ik dat nodig heb, waarom zou ik dat dan niet doen?' Hij kan zich niet voorstellen dat anderen ervan schrikken (zelfzuchtige normen, 24; zelfbeperkte cognities, 26). Hij mist het gevoel een opwindende man te zijn en fantaseert dat een groep vrouwen met bewondering naar hem kijkt wanneer hij zich bevredigt (seksuele insufficiëntiegevoelens, 59).

Symbiotische verschijnselen komen tot uiting in zijn angst alleen te zijn en in zijn behoefte aan bevestiging door anderen. Zo werd hij tijdens een reis naar het buitenland gekweld door heimwee (afhankelijkheid, 31). Hij praat graag met een vriendin die veel van hem weet om zichzelf te herijken en troost bij haar te zoeken (ouder, 32; passieve liefdesbehoefte, 35). Deze vriendin geeft hem zelfvertrouwen (extern zelf-



ONTWIKKELINGS-PROFIEL	SOCIAAL GEDRAG	RELATIES	ZELFBEELD	NORMEN	BEHOEFTEN	COGNITIES	PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG (denken en voelen) (handelen)	DIVERSE THEMA'S	
90. RIJPHEID	91. Terug-treden	92. Altruïsme	93. Authentiek zelfbeeld - existentieel	94. Authentieke normen - existentieel	95. Zingeving	96. Metacognities	97. Synthese	98. Herstructureren	99. Sterven
80. GENERATIVITEIT	81. Verantwoordelijkheid	82. Zorg	83. Authentiek zelfbeeld - sociaal	84. Authentieke normen - sociaal	85. Integriteit	86. Contextgerelateerde cognities	87. Respecteren controversiële (sub)culturen	88. Reorganiseren	89. Rouwen
70. VERBONDENHEID	71. Samenleven	72. Maat	73. Authentiek zelfbeeld - relationeel	74. Authentieke normen - individueel	75. Intimiteit	76. Empathie	77. Respecteren controversiële ander	78. Alliéren	79. Collectiviteit
60. INDIVIDUATIE X	61. Productiviteit X	62. Gelijke	63. Authentiek zelfbeeld - individueel	64. Authentieke normen - individueel	65. Identiteit X	66. Zelfbeschouwing X	67. Respecteren controversiële zelf	68. Assertiviteit X	69. Primairprocesbelevingen
50. RIVALITEIT X	51. Status	52. Onbereikbare liefde	53. Idealen gerelateerd zelfbeeld	54. Overmatige idealen	55. Triomferen X	56. Theatrale cognities	57. Omkeren X	58. Prentenderen	59. Seksuele insufficiëntiegevoelens XXX
40. VERZET X	41. Opstandigheid	42. Overheersers	43. Normen gerelateerd zelfbeeld	44. Overmatige normen	45. Domineren X	46. Objectiverende cognities X	47. Wegwerken	48. Defensiviteit X	49. Moreel masochisme
30. SYM-BIOSE XX	31. Afnankelijkheid X	32. Ouder XX	33. Extern zelfbeeld XX	34. Externe normen X	35. Passieve liefdesbehoefte XX	36. Suggestieve cognities	37. Onthechten	38. Opgeven	39. Ontbreken basisvertrouwen
20. EGOCENTRICITEIT XX	21. Solist	22. Leve-rancier	23. Overwaardig zelfbeeld	24. Zelfzuchtige normen X X	25. Spiegelen XX	26. Zelfbeperkte cognities XX	27. Verwerpen	28. Zelfoverschatting	29. Kilheid
10. FRAGMENTATIE X	11. Wisselval-ligheid	12. Kader	13. Vaag zelfbeeld XX	14. Dichotome normen	15. Prikkel-honger XX	16. Niet persoonlijkheid gerelateerde cognities	17. Primitieve externalisatie	18. Acting out	19. Dissociatie X
00. STRUC-TUURLOOS-HEID X	01. Bizar gedrag	02. Ontbreken van affectiviteit	03. Ontbreken van een zelfbeeld	04. Ontbreken van normen	05. Primaire behoeftebe-vrediging XX	06. Ontbreken psychische fenomenen	07. Vervalsen	08. Impulsief gedrag X	09. Ontbreken van ordening X

Figuur 2 Ontwikkelingsprofiel de heer A.

beeld, 33). Hij weet niet zo goed wat goed voor hem is, dat kunnen anderen beter vertellen (externe normen, 34).

A functioneert enigszins op het adaptieve niveau 'individuatie' (60). Zo blijkt dat hij opleidingen heeft afgerond (productiviteit, 61) en een hobby bedrijft die bij hem past (identiteit, 65). Bovendien heeft A de stap kunnen zetten om uit huis te gaan, ondanks emotionele druk van zijn ouders (assertiviteit, 68). Daarnaast is hij in staat zijn gedrag te observeren, en zijn psychosociale beperkingen onder ogen te zien (zelfobservatie, 66).

Conclusie: uit het ontwikkelingsprofielonderzoek blijkt dat er naast de gezonde kanten van de patiënt ernstige beperkingen zijn in het psychosociaal functioneren. De geringe structuur, de hoge frequentie en de intensiteit van de voorgaande openleggende psychotherapie hebben vermoedelijk geleid tot een afbrokkeling van zijn beperkte rijpe afweer en blootlegging van de primitieve afweermechanismen. De therapeut van A liet in feite een gebrek aan empathie zien doordat hij star uitging van de openleggende methode en te weinig of niet aanvoelde wat A aan kon.

Zijn gebrek of psychosociaal onvermogen blijkt uit de patronen die vallen binnen de niveaus 'structuurloosheid', 'fragmentatie' en 'egocentriciteit' (zie profiel de heer A). Hij heeft weinig sturing over zijn gedrag, reageert impulsief, heeft een sterke behoefte aan prikkels en kan zich slechts beperkt inleven in anderen (zijn publiek). Daarnaast lijkt hij de maatschappelijke en juridische consequenties van zijn gedrag (exhibitioneren) niet te overzien. Anderen bepalen wat goed of slecht is.

Behandeling dient aan te sluiten bij de beperkte vermogens van A.

Volgens Abraham (2001) kan bij functioneren op de onderste drie primitieve niveaus het gedrag van buitenaf gestuurd worden met behulp van directe externe structurering. De gedragsverandering kan bereikt worden door dwang, beloning en straf of door het voorschrijven van gedrag. Bij A is een individuele pedagogische georiënteerde begeleiding aangewezen met ingrediënten als een impulscontroleprogramma, een planning van arbeidsre-integratie en een resocialisatieprogramma. Deze behandeling kan hem helpen op een andere sociaal geaccepteerde wijze om te gaan met zijn exhibitionisme, zijn prikkelhonger en zijn behoefte aan spiegeling. Zijn adaptieve vermogen tot zelfobservatie stelt hem in staat zijn beperkingen onder ogen te zien en deze te leren hanteren.

### Een uitweg

Indien een patiënt zijn 'gebrek' onder ogen ziet betekent dit in veel gevallen een pijnlijk verlies, maar maakt het ook een uitweg mogelijk omdat dit besef helpt het gebrek te leren hanteren.

Mevrouw G, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee dochters van 10 en 12 jaar, meldt zich met een somber en onbestemd gevoel en gevoel van onmacht om haar buitenechtelijke relatie met H te beëindigen. Van haar 20e tot 22e jaar was zij in psychotherapie. Vanwege een buitenechtelijke relatie, die zij op 37-jarige leeftijd had, voerde zij met haar echtgenoot relatiegesprekken. De relatietherapeut J stelde voor de buitenechtelijke relatie te laten voortduren. Partner van G stemde daar aarzelend mee in. Een half jaar later liet G haar minnaar weten twijfels te hebben bij de buitenechtelijke relatie. Daarop verbrak hij het contact. G voelde zich niet in staat deze relatie te beëindigen en was opgelucht. Korte tijd later kwam zij in een somber, onbestemd en leeg gevoel terecht. Ruim een jaar later ontmoette zij W en ging zij met hem een heftige, vooral seksueel getinte relatie aan.

Aangezien de voorgaande psychotherapieën beperkt resultaat opleverden werd besloten tot een diagnostisch onderzoek met behulp van het ontwikkelingsprofielinterview. Daaruit blijkt dat G (zie profiel mevrouw G) enigermate op de disadaptieve niveaus 'fragmentatie', 'egocentriciteit', 'symbiose', 'verzet' en 'rivaliteit' en enigszins op het adaptieve niveau 'individuatie' functioneert. Op het niveau 'fragmentatie' is er duidelijk sprake van prikkelhonger (15) vanwege haar behoefte aan prikkels en spanning. Als deze behoefte niet wordt vervuld dan komt zij in een leeg, onbestemd

gevoel terecht. Zij heeft weinig controle over deze behoefte aan prikkels en is geneigd opkomende gevoelens direct in gedrag om te zetten (acting out, 18). G heeft beperkt besef van de emotionele belasting van haar gedrag op haar echtgenoot en haar kinderen (zelfbeperkte cognities, 26) en het idee 'je leeft maar eenmaal' (zelfzuchtige normen, 24). G veronderstelt dat de kinderen niets van haar buitenechtelijke relatie zullen merken als zij het niet weten (wegwerken, 47). Zij voelt zich enigszins in haar vrijheid beperkt door haar gezin (overheerser, 42) en reageert met opstandigheid als anderen haar regels opleggen. Als vrouw voelt zij zich onzeker en twijfelt zij of zij aantrekkelijk is (seksuele insufficiëntiegevoelens, 59). Weet zij een man te raken dan geeft dat haar het gevoel te triomferen (trionferen, 55) en verdwijnt haar onzekerheid. In de relatie met haar echtgenoot kan zij seksualiteit en liefde beperkt combineren, zij ervaart de seksualiteit met hem al snel als saai (onbereikbare liefde, 52). Uit het profiel blijken er naast de disadaptieve patronen ook adaptieve vermogens. Zo helpt zij haar kinderen met schoolwerk en begeleidt zij hen bij sportactiviteiten (zorg, 82). In haar werk als managementassistente functioneert zij naar tevredenheid van haar manager (productiviteit, 61). Zij is in de afgelopen 10 jaar een periode van drie maanden in de ziektewet geweest vanwege milde burn-outklachten.

ONTWIKKELINGS-PROFIEL	SOCIAAL GEDRAG	RELATIES	ZELFBEELD	NORMEN	BEHOEFTE	COGNITIES	PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG (denken en voelen) (handelen)	DIVERSE THEMA'S	
90. RIJPHEID	91. Terug-treden	92. Altruïsme	93. Authentiek zelfbeeld - existentieel	94. Authentieke normen - existentieel	95. Zingeving	96. Metacognities	97. Synthese	98. Herstructureren	99. Sterven
80. GENERATIVITEIT	81. Verantwoordelijkheid	82. Zorg XX	83. Authentiek zelfbeeld - sociaal	84. Authentieke normen - sociaal	85. Integriteit	86. Contextgerelateerde cognities	87. Respecteren controversiële (sub)culturen	88. Reorganiseren	89. Rouwen
70. VERBONDENHEID	71. Samenleven X	72. Maat	73. Authentiek zelfbeeld - relationeel	74. Authentieke normen - individueel	75. Intimiteit X	76. Empathie	77. Respecteren controversiële ander	78. Alliéren	79. Collectiviteit
60. INDIVIDUATIE X	61. Productiviteit XX	62. Gelijke X	63. Authentiek zelfbeeld - individueel	64. Authentieke normen - individueel	65. Identiteit	66. Zelfbeschouwing X	67. Respecteren controversiële zelf	68. Assertiviteit X	69. Primairprocesbelevingen
50. RIVALITEIT X	51. Status	52. Onbereikbare liefde X	53. Ideale gerelateerd zelfbeeld	54. Overmatige idealen	55. Triomferen XX	56. Theatrale cognities	57. Omkeren	58. Prentenderen	59. Seksuele insufficiëntiegevoelens X
40. VERZET X	41. Opstandigheid X	42. Overheerser X	43. Normen-gerelateerd zelfbeeld	44. Overmatige normen	45. Domineren	46. Objectiverende cognities	47. Wegwerken XX	48. Defensiviteit	49. Moreel masochisme
30. SYM-BIOSE X	31. Afhankelijkheid	32. Ouder	33. Extern zelfbeeld XX	34. Externe normen X	35. Passieve liefdesbehoefte	36. Suggestieve cognities	37. Onthechten	38. Opgeven	39. Ontbreken basisvertrouwen
20. EGO-CENTRICITEIT X	21. Solist	22. Leve-rancier	23. Overwaardig zelfbeeld	24. Zelfzuchtige normen X	25. Spiegelen	26. Zelfbeperkte cognities XX	27. Verwerpen	28. Zelfoverschatting	29. Kilheid
10. FRAGMENTATIE X	11. Wisselval-ligheid	12. Kader	13. Vaag zelfbeeld	14. Dichotome normen	15. Prikkel-honger XX	16. Niet persoonlijk gerelateerde cognities	17. Primitieve externalisatie	18. Acting out XX	19. Dissociatie
00. STRUC-TUURLOOS-HEID	01. Bizar gedrag	02. Ontbreken van affectiviteit	03. Ontbreken van een zelfbeeld	04. Ontbreken van normen	05. Primaire behoeftebe-crediging	06. Ontbreken psychische fenomenen	07. Vervalsen	08. Impulsief gedrag	09. Ontbreken van ordening

Figuur 3 Ontwikkelingsprofiel mevrouw G.

De behandeling dient aan te sluiten bij het laagste ontwikkelingsniveau, in dit geval 'fragmentatie'. Aangezien G ook het adaptieve niveau 'individueel' heeft ontwikkeld, biedt dit de mogelijkheid een therapeutisch verbond te sluiten met het gezonde deel en op zoek te gaan naar minder disadaptieve gedragspatronen. Met behulp van directe interne structurering kan G werken aan gedragsmodificaties: zij leert de disadaptieve reacties beter te beheersen en te compenseren (Abraham, 1997).

Bij de bespreking van het profiel reageert G met herkenning op de prikkelbehoefte en de geringe controle daarover: 'opeens ben ik hem aan het sms'en'. Deze prikkelhonger duid ik aan als een eigenschap die waarschijnlijk niet te veranderen is, maar wel anders gehanteerd kan worden. G is bang dat bij niet toegeven daaraan het sombere lege gevoel terug zal komen. Pratend daarover beseft zij dat zij na toegeven aan de uitstap met haar minnaar achteraf vaak een wrokkig en ontevreden gevoel ervaart. Ik leg haar voor dat andere hantering ook voldoening op kan leveren; mogelijk kan zij door registratie van de mate van spanning en onrust leren de situaties waarin de onrust opkomt beter te herkennen. Dit kan haar helpen alternatieve keuzes te maken (directe interne structurering). Deze benadering spreekt G aan, en zij gaat ermee aan de slag. Na enkele sessies lukt het G beter de verschillende gradaties van spanning te herkennen en beseft zij op welk moment (spanningsniveau) zij nog in staat is alternatieve gedragskeuzes te overwegen. De alternatieven zijn onder meer wandelen met vriendinnen, cursus volgen en initiatief nemen op haar werk. Zij beëindigt de relatie met haar minnaar. In de therapie reflecteert zij op de voorbije relatie met hem. Zij beseft dat zij geen relatie met hem wil, maar dat het contact vooral dient om zich als vrouw geslaagd te voelen, en te triomferen. Dit biedt de mogelijkheid vanuit een inzichtgevend kader de emotionele achtergrond van haar onzekerheid als vrouw te bespreken. G ontdekte aan het begin van haar puberteit dat vader al enkele jaren een buitenechtelijke relatie onderhield. Bovendien werden in het gezin van herkomst weinig grenzen gesteld. Vanuit haar belevingswereld als kind krijgt zij ook oog voor de gevoelswereld van haar kinderen, en beseft zij dat de kinderen de geheimen in het gezin aanvoelen. Daarbij aansluitend geef ik in de vorm van psycho-educatie een verklaring voor haar gedrag en uitleg over de belevingswereld van kinderen.

Na 50 zittingen komen wij tot een afronding van de behandeling. G is er trots en tevreden over haar onrust en behoefte aan prikkels anders te hanteren en meer inzicht te hebben in haar onzekerheid als vrouw. Driekwart jaar later laat zij mij weten dat dit resultaat stabiel is. Zij wil met haar partner in relatietherapie om de relatie meer inhoud te geven, en vraagt mij tot wie zij zich kan wenden.

### **Terugblik**

Bij G was zowel sprake van deficit als conflictpathologie. In de voorgaande relatietherapie is het deficit (prikkelhonger, 15 en acting out, 18) vermoedelijk niet onderkend. Het advies van therapeut J de buitenechtelijke relatie te laten voortduren hielp G niet deze gedragspatronen onder ogen te zien en ze te leren hanteren.

De huidige behandeling sloot in eerste instantie aan bij het defect (niveau fragmen-

tatie) van G. Pas toen zij dit gebrek kon accepteren en hanteren kwam zij toe aan de bewerking van haar minderwaardigheidsgevoelens (niveau rivaliteit, verzet en symbiose). Vanuit haar impasse kwam zij tot een uitweg.

## Kennen is herkennen

Enkele jaren geleden bezocht ik met een vriend een middeleeuwse kathedraal in Frankrijk. Hij volgde een cursus middeleeuwse architectuur en wees me op details die mij ontgingen, zoals de vorm van de ramen, de inrichting van het koor, het gebruik van de materialen en de verschillende soorten decoraties. Kennis van de veelheid aan verschijnselen die in het ontwikkelingsprofiel zijn samengebracht leidt tot herkenning van de diversiteit aan gedragingen, betere inschatting van de vermogens van de patiënt en van de behandelmogelijkheden. Bij de eindevaluatie van de cursus in het ontwikkelingsprofiel merken deelnemers vaak op dat zij beseffen veel patiënten te overschatten in hun mogelijkheden. Dit leidt tot frustraties bij de patiënt en onmachtgevoelens bij de therapeut. Onderkenning van de onvermogens doet recht aan de patiënten en geeft rust in de behandeling. De patiënt ontsnapt aan de impasse en zet zijn onmacht om in kracht.

## Correspondentieadres

Quin van Dam

E-mail: [quinvandam@zonnet.nl](mailto:quinvandam@zonnet.nl)

## Noot

- 1 Weergave en bewerking van een workshop gegeven op het VCgP-congres 'Onmacht en kracht' op 23 april 2010 te Arnhem.

## Literatuur

- Abraham, R.E. (1997). *Het ontwikkelingsprofiel, een psychodynamische diagnose van de persoonlijkheid*. Assen: Van Gorcum.
- Abraham, R.E. (red.) (2005). *Het ontwikkelingsprofiel in de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Abraham, R.E., Van, H.L., Foeken, I. van, Ingenhoven, T.J.M., Tremonti, W., Pieper-de Vries, I., e.a. (2001). The developmental profile. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 457-473.
- Gabbard, G.O. (2010). *Psychodynamische psychotherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnonwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. London, New York: W.W. Norton & Company.