



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Elf persoonlijkheidsstoornissen in een harde kaft

Kees van der Velden

Naar aanleiding van: J.J.L. Derksen (1993). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen; diagnostiek en behandeling van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom. Prijs f 69,-. Harde kaft en ook een leeslint; 286 bladzijden.

Wie lijdt nu eigenlijk aan de aandoening persoonlijkheidsstoornis? Over deze vraag heb ik lang en diep mogen nadenken. Mijn slotsom luidde: de medemens die op hinderlijke wijze anders is dan u, hulpverlener, puntenverzamelaar, geregistreerd psychotherapeut.

J.J.L. Derksen schreef een tamelijk dik boek – zeker met die harde kaft is het dik – over de mensen aan wie hij zich ergerde of die er op een andere wijze in slaagden zijn stemming ongunstig te beïnvloeden. Hij zag ze in zijn functie van psycholoog ‘in de eerste lijn’, soms om ze bij te staan, meestal om ze te beoordelen op hun geschiktheid om te werken. Helaas verzuimde hij amnestische inlichtingen in te winnen bij betrouwbare mensen uit de omgeving van zijn patiënten, ook ondernam hij geen pogingen de aan zijn oordeel onderworpenen wat beter te leren kennen – bijvoorbeeld door een gesprek of vijf aan hun wel en wee te wijden – en hij vervolmaakte zijn klinisch onderzoek met meetinstrumenten die jammer genoeg geen aangevoeld verband houden met het thema persoonlijkheidsstoornissen (zie Van den Brink, 1994). Over de vraag of de door hem beschreven zieken mogelijk aan een stoornis op As I leden in plaats van aan een stoornis op As II boog hij zich niet; nu ja, hij bukte af en toe een beetje.

In het nog geen pagina tellende voorwoord komt achtmaal het woord ‘mijn’ voor, zevenmaal ‘me’ of ‘mij’ en elfmaal het mooie woordje ‘ik’. In de literatuurlijst wordt vierentwintig maal naar een publikatie verwezen waarvan Derksen de eerste of enige auteur is. Freud moet het met tien verwijzingen doen, Millon mag zich getroost weten met negen referenties, Gunderson met zeven en Kernberg met zes.

Deze gegevens suggereren een robuust ontwikkeld zelfrespect bij de auteur, en het is voor de lezer verleidelijk de persoon Derksen in verband te brengen met een persoonlijkheidsstoornis uit het beruchte cluster B. Toch is dit niet juist. Van den Brink en Van der Velden (1994) wijzen erop dat de patiënt met een zogenoemde narcistische persoonlijkheidsstoornis niet in de eerste plaats door ijdelheid wordt gekenmerkt, zoals in DSM-IV wordt verondersteld, maar door een schrijnend tekort aan zelfkritiek, en het is inderdaad zelfkritiek waar het Derksen aan ontbreekt.

Neem de volgende zin: ‘Een narcistische stoornis kan nauwelijks opvallen indien de persoon in kwestie in het maatschappelijk leven een positie heeft bereikt die dit type gedrag mogelijk maakt of zelfs eist, zoals bijvoorbeeld een generaal in het leger’. Derksen had echt Von Clausewitz niet hoeven bestuderen om te begrijpen dat een narcistische generaal een gevaar is voor leger en land, en onmiddellijk ontslagen moet worden. Op dit narcisme komen we terug.

Eerst wil ik er op wijzen dat ik Derksen niet ken, dat hij mij nooit enig kwaad heeft gedaan en dat ik zijn boek pas bespreek nadat hij heel wat exemplaren van heeft kunnen verkopen, wat eigenlijk heel aardig maar misschien ook wel verschrikkelijk fout is. (Er bestaat ook een Amerikaanse uitgave van dit werk.) Wel moet ik toegeven dat

ik aan zijn redeneringen meestal geen touw kan vastknopen, maar of dit dommigheid is?

Lees met mij mee: 'Deel I van dit boek is als volgt opgebouwd. Dit hoofdstuk begint met een analyse van de hulpvraag van de patiënt. Die hulpvraag geeft tenslotte het startsignaal voor de gehele gezondheidszorg. De werkwijze van de clinicus wordt er in hoge mate door beïnvloed. In deze hulpvraag kunnen we verschuivingen waarnemen. In veel gevallen wordt hij behandeld met psychotherapie. Deze psychotherapie kent allerlei uitgangspunten, strategieën en technieken' (p. 17). Wat staat hier nu eigenlijk? Ik meen: 'Onze medemensen hebben moeilijkheden met zichzelf en elkaar die zij niet goed kunnen oplossen. Met diverse vormen van psychotherapie wordt getracht tot een oplossing van deze moeilijkheden te komen'. Of ik de bedoelingen van de auteur hiermee recht doe? Ik zou het niet weten, want wat 'tenslotte' een 'startsignaal' is weet ik niet – 't lijkt me wel laat om aan de finish een startsignaal te geven – zomin als mij duidelijk is wat de 'gehele gezondheidszorg' omvat; dat de werkwijze van 'de clinicus' door het 'startsignaal' van de 'hulpvraag' wordt beïnvloed is me nooit gebleken, zomin als mij iets is opgevallen over 'verschuivingen' in de 'hulpvraag', maar misschien ben ik daarvoor nog te jong.

Derksen onderscheidt elf soorten persoonlijkheidsstoornissen, precies zoveel als er in DSM-IV onderscheiden worden. Wonderlijk, hè? Meer zijn er vooralsnog blijkbaar niet. De meest surrealistische persoonlijkheidsstoornis is wel nummer elf:

'Persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven.' Derksen presenteert in alle ernst een casus van iemand die aan deze aandoening lijdt. ('Dokter, wat mankeer ik?' 'U lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven, mevrouw.') Zijn vertaling van een criterium voor de theatrale persoonlijkheidsstoornis lijkt evenzeer aan de kunstgeschiedenis ontleend. Volgens DSM-IV is de manier van praten van de lijder aan de theatrale persoonlijkheidsstoornis 'excessively impressionistic'. Derksen maakt hiervan: 'heeft een spreekstijl met een overdaad aan expressionisme'. Het onderscheid tussen Monet en Van Gogh is Derksen blijkbaar ontgaan. (Wanneer dergelijke grove fouten niet het hele boek zouden ontsieren zou ik er echt geen melding van hebben gemaakt. Er zijn wel andere manieren om de lachers op de hand te krijgen.)

Nogmaals narcisme

Laten we nu eens zien hoe Derksen bijvoorbeeld de narcistische persoonlijkheidsstoornis behandelt (hoofdstuk 9, p. 75; dit voorbeeld wordt ook besproken door Van den Brink (1994), zij het wat beknopter). Derksen beschrijft een 46-jarige leraar biologie, die drie jaar eerder door een hartinfarct werd getroffen en aansluitend een *by pass*-operatie onderging. 'Cardiaal is de leraar daarna goed hersteld', weet Derksen. Waarom moet deze leraar bij Derksen komen? Omdat hij 'tegen alles en iedereen te hoop zou lopen'. We moeten dus aannemen dat deze leraar na infarct en operatie een querulant is geworden. Oké, dit kan – al wijst zo'n plotselinge verandering natuurlijk juist *niet* op een persoonlijkheidsstoornis, die immers geacht wordt ver voor je 43-ste te debuteren. De vraag waarvoor Derksen geplaatst wordt, luidt: 'Zou hij geheel of gedeeltelijk kunnen werken?' Onder het hoofd 'Eerste indruk' lezen we: 'De leraar is een normaal verzorgde, corpulente en forst gebouwde man, wiens geschatte leeftijd overeenkomt met zijn kalenderleeftijd'. Wat de gevolgen voor zijn arbeidsgeschiktheid zouden zijn wanneer

de leraar er slordig of juist zeer verzorgd uit zou hebben gezien vermeldt Derksen niet, zomin als hij noemt welke gevolgen een slanke of gedrongen gestalte voor de arbeidsgeschiktheid zou hebben. De implicaties van een er ouder of jonger uitzien dan de kalenderleeftijd laat ik, om niet vervelend te worden, onbesproken. 'De oriëntatie in tijd, plaats en persoon is ongestoord', vervolgt Derksen. Dit is een nuttige vaststelling, want een leraar die niet weet in welke tijd hij leeft, waar hij zich bevindt en met wie hij van doen heeft, dient onverwijld naar de neuroloog verwezen te worden en is vooralsnog voor 100% arbeidsongeschikt. 'Zijn bewustzijn is helder.' Een goed teken, want van een schemerende of comateuze docent steekt de leerling weinig op. Qua lichaamsbouw, oriëntatie en bewustzijn zou de man dus gerust voor de klas kunnen staan, maar hiermee zijn we er niet. Wij komen nu aan Derksens meer persoonlijk getinte indrukken.

'Zijn affect wordt sterk onderdrukt en is moeilijk rechtstreeks invoelbaar.' Hoe stelde Derksen vast dat er een 'affect' was wanneer het zo 'sterk' werd 'onderdrukt'? Misschien bedoelt Derksen dat het 'affect' net niet sterk genoeg werd onderdrukt. Hij stelde vermoedelijk nog juist op tijd de aanwezigheid van 'affect' vast, maar welk soort 'affect' hij betrapte, zal hem zijn ontgaan, althans hij vermeldt het niet. Misschien ging het allemaal te snel, vandaar waarschijnlijk ook dat het 'moeilijk rechtstreeks invoelbaar' was, dit onderdrukte, en daardoor onbekende 'affect'. Theoretisch is trouwens ook denkbaar dat het 'affect' niet werd 'onderdrukt', maar dat het zich schuilhield, bijvoorbeeld uit angst voor Derksens doordringende klinische blik, en daarmee verhinderde dat Derksen het 'moeilijk rechtstreeks' kon invoelen. Het 'affect' vond het misschien eng om 'rechtstreeks' ingevoeld te worden. Maar met deze speculatie besef ik tekort te doen aan Derksens welhaast occulte, althans helderziende waarneming van het onderdrukken zelf. (Heeft u er eigenlijk ooit over nagedacht wat je voor zo'n bepaling van arbeidsgeschiktheid allemaal moet kunnen?)

Derksen tracteert ons vervolgens op een verrassing: 'Hij (de biologieleraar dus) toont een enigszins geforceerde positieve stemming (...)' Verdraaid!, het affect was blijkbaar toch niet zo heel erg onderdrukt als we moesten aannemen, want het blijkt 'enigszins geforceerd positief.' Het was dus die 'enigszins geforceerd positieve stemming' die 'moeilijk rechtstreeks invoelbaar' was voor Derksen! Derksen kan zo'n affect dus wel degelijk vaststellen, zoals we zagen zelfs in onderdrukte toestand, maar hij kan het moeilijk invoelen. Misschien zou hij zelf gewoon in z'n piepzak zitten na zo'n vroeg infarct en zou hij zich afvragen hoe lang hij nog te gaan heeft en welke idealen hij mogelijk beter kan doorstrepen, om zich hier meteen tegen te verzetten.

Wat zou een 'enigszins geforceerde positieve stemming' zijn? Misschien moet ik hier bekennen dat ik weleens somber ben – het bespreken van een boek als dit is bijvoorbeeld geen pretje! –, maar niet wil dat mijn collega's of degenen die ik liefheb hierover vragen stellen of hinder ondervinden van mijn somberheid. Wanneer dit gebeurt speel ik een beetje toneel, forceer ik mijzelf, zo u wilt, maar mijn stemming blijft onverminderd somber. Mogelijk – ik gis maar – was onze biologieleraar somber of juist opstandig, en trachtte hij dit 'affect' te verbergen om de medemens niet te belasten, om de kans op afkeuring te verkleinen, om schaamte over de droevige stemming te verbergen – ik weet het ook niet precies. Mijn ervaring is in elk geval dat je jezelf beter 'geforceerd positief' kunt gedragen dan dat je rechtstreeks uiting geeft aan je misnoedigheid. In het laatste geval zullen je vrienden je troosten, maar je rivalen of vijanden, die allang wachtten tot je het niet meer vol zou houden, zullen zonder al te veel scrupules –

hoogstens met een ‘geforceerd aandoend medelijden’ – van de gelegenheid gebruikmaken om van je zwakheid te profiteren en hun eigen positie te verbeteren, ten koste van jou. Hoe moet je, dit wetende, een keurend psycholoog zien? Hij is sterk, jouw toekomst is van zijn oordeel afhankelijk. Als je je zelfrespect opgeeft en je onmacht ongegeneerd toont, krijg je de diagnose ‘afhankelijke’ of ‘ontwijkende persoonlijkheidsstoornis’. Doe je dit met enige verve, dan volgt de toevoeging ‘met theatrale trekken’. Zet je je beste beentje voor, dan wacht je de conclusie ‘narcistische persoonlijkheidsstoornis’.

Zelf zou ik me, als 46-jarige hartpatiënt, niet meteen op m'n gemak voelen bij een psycholoog die over mijn toekomst beslist. Of dit verstandig is? Jazeker, want lees het vervolg. Derksen stelt vast dat onze leraar tracht ‘een (narcistisch aanvoelende) neiging een zekere gelijkwaardigheid in de interactie aan te brengen’. Afgezien van het occulte, zo u wilt schizotypische, taalgebruik, is duidelijk dat de biologieleraar teveel praatjes had. Hij had moeten begrijpen dat Derksen de baas was, en niet hij, en dat van ‘gelijkwaardigheid’ geen sprake kon zijn. We hebben onze punten toch niet voor niets verzameld! Onze geschriften worden toch niet voor niets in Amerika verspreid? Kom zeg, doe ‘normofoor’, ik bedoel: doe normaal.

Nu volgt geruststellende informatie: ‘Hij onderhoudt goed oogcontact en zijn mimiek is voldoende beweeglijk’. Goddank. Stel je nu toch voor welke gevolgen het zou hebben wanneer de mimiek *onvoldoende* beweeglijk zou zijn geweest: een katatone leraar voor de klas! Onverantwoord. Of wanneer de mimiek te beweeglijk zou zijn geweest! Geen gezicht. (Wat een ‘goed oogcontact’ inhoudt kan ik u niet vertellen. Zelf staar ik nogal eens naar de vloer, wanneer ik nadenk, maar of dit nu direct op een As-II-stoornis wijst – ik zou het niet weten. 't Lijkt in ieder geval niet in orde te zijn.)

En nu volgt er weer iets ergs: ‘Er komt geen diepgaande contactgroei tot stand’. Hemel! Je bent 46, je hebt een infarct doorgemaakt, de school waar je werkt is niet tevreden over hoe je werkt (je loopt immers tegen ‘alles en iedereen te hoop’), je wordt naar een psycholoog gestuurd die jou even zal beoordelen, en dan wordt je geacht ‘diepgaande contactgroei’ tot stand te laten komen! Enkele zinnen later wordt vastgesteld dat ‘geen doorvoeld begrip voor zijn emotionele leven’ ontstaat. We nemen aan dat dit een juiste vaststelling is. Vraag: Aan wie ligt dit? Aan de zieke?, aan de onderzoeker? 't Is niet goed uit te maken wat het juiste antwoord is, maar dat de onderzoeker niet bij machte is zich in de patiënt en diens omstandigheden te verplaatsen werd hierboven al duidelijk gemaakt. (Het zou niet verbazen wanneer Derksen het de taak van de patiënt zou vinden zich in de sores van de beoordelaar te verdiepen, maar hiervan wordt geen melding gemaakt.)

We vervolgen onze deprimerende reis. Onder het hoofdje ‘Symptomatologie en persoonlijkheid’ wordt als eerste vermeld: ‘Actuele klachten worden door hem in wezen niet genoemd’. Wat betekent dit? Heeft hij nu wel of geen klachten? We komen er niet achter. Ze worden ‘in wezen’ niet genoemd. Dan: ‘Soms heeft hij last van tachycardie’. Dit lijkt me ‘in wezen’ wel een actuele klacht, zeker bij iemand die een infarct en een *by pass*-operatie heeft doorgemaakt, die vijf soorten medicijnen gebruikt vanwege de cardiale narigheid, en bovendien geplaagd wordt door een hoge bloeddruk (met dit nieuwtje komt Derksen twee pagina's verder, onder het hoofdje Biografie, op de proppen). Waarmee brengt onze leraar zijn tachycardie in verband? Hij ‘brengt ze gedeeltelijk in verband met zijn rugproblemen’. We worden geacht nu te geloven dat

we te maken hebben met een leraar biologie, die zijn hart niet in de borstkas draagt, evenmin op de tong, maar op de rug. Afkeuren, deze man, zeker voor het vak biologie. 'De klachten boezemen hem geen angst in en hij zegt "eraan gewend te zijn."' Hieraan voegt hij (de leraar) toe: 'Je hebt natuurlijk wel de kans vroeger dood te gaan'. De mogelijkheid dat onze leraar hier precies zegt waar het om gaat, blijft onbesproken, zoals ook de mogelijkheid dat onze leraar iets te verwerken heeft (op As I, V-code, Derksen!). Nee hoor, hij is cardiaal prima in orde, meent de allesweter.

't Is een beschamend verhaal, en ons mededogen gaat uit naar de leraar, die gelukkig heeft weten te voorkomen dat er 'diepgaande contactgroei' tot stand kwam. We wensen hem sterkte toe, en we wensen hem ook een psycholoog of psychiater of maatschappelijk werker toe die enige kennis heeft van de gevolgen van een vroeg optredend hartinfarct voor stemming en gedrag en de diagnose narcistische persoonlijkheidsstoornis in reserve houdt voor het geval Saddam Hoesein het spreekuur mocht bezoeken. (Dan wel aan de 'antisociale trekken' denken, graag.)

Een bespreking van de tien overige klinische vignetten wordt u bespaard: ze zijn van hetzelfde niveau.

De gehele persoonlijkheid

Wat 'een persoonlijkheid' is? Ik zou het niet weten, laat staan wat een 'persoonlijkheidsstoornis' is. 't Is als met de begrippen 'lichaam' en 'lichamelijke ziekte'. Ze omvatten teveel. Therapeutische interventies die gericht zijn op de 'gehele persoonlijkheid', lijken me verwant aan therapeutische ingrepen die tot doel hebben het 'gehele lichaam' te genezen. De dokter die een patiënt met een keelontsteking een antibioticum voorschrijft doet dit niet om het 'gehele lichaam' te genezen, maar om de keelontsteking te verhelpen. Wie last heeft van aambeien heeft weinig aan een specialist die beoogt het 'gehele lichaam', dus ook haarroos, zweetvoeten, cardiale klachten en een slechte adem met één grandioze ingreep te behandelen.

Derksen richt zijn interventies wèl op 'de gehele persoonlijkheid', als schoten hagel. 'Ontdekkende gesprekstherapie' is vooral gericht 'op beïnvloeding van de persoonlijkheid van de patiënt (...)' (p. 17). Kenmerkend voor een persoonlijkheidsstoornis zou zijn dat deze zich uit in 'vage klachten' (p. 18). Er volgt een voorbeeld (p. 18): 'Ik heb gebrek aan zelfvertrouwen, ik durf niet goed contacten te leggen en ik ben bang om promotie te maken'. Zij dit 'vage klachten'? Ik zou denken dat we hier met een angst- en/of stemmingsstoornis te maken hebben, en dat we dié moeten behandelen in plaats van de 'gehele persoonlijkheid'. Volgend voorbeeld (ook p. 18): 'Ik pieker en ik twijfel bij alles', 'Ik kan over niets een beslissing nemen en dat is al zo lang ik me het kan herinneren'. Bij twijfelzucht en tobben denken we, hoop ik, toch allereerst aan een depressie of dwangstoornis. 't Zelfde geldt voor het onvermogen knopen door te hakken, al zorgt de toevoeging dat de patiënt hier zijn leven lang al last van heeft, zolang hij zich kan herinneren, dus laten we zeggen van zijn derde of vierde af, voor enige verwarring. (Ik vrees dat Derksen deze toevoeging verzonnen heeft. Maar laten we vooral blijven uitgaan van de goede trouw van de auteur en simpelweg vaststellen dat ik geen enkele patiënt ooit heb horen beweren dat hij sinds zijn peutertijd aan twijfelzucht lijdt. Laten we aannemen dat ik niet goed naar mijn patiënten heb geluisterd.) Maar wat behandelen we bij de patiënt die piekert en twijfelt? Het piekeren

en twijfelen natuurlijk, en niet diens 'persoonlijkheid', al is het best mogelijk dat de patiënt zich na een geslaagde behandeling 'een ander mens' voelt.

Somberheid, piekeren, twijfelen, een tekort aan zelfvertrouwen – 't zijn volgens Derksen de typische kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, maar wat is nu het wonderlijke? 'Het "lijden aan je persoonlijkheid" voelen veel mensen niet direct' (ook p. 18). Zouden de somberheid, het piekeren, het twijfelen, het tekort aan zelfvertrouwen dan misschien *indirect* ervaren worden? Dit maakte ik nog niet mee.

In een poging klaarheid te scheppen verklaart Derksen: 'In een psychotherapeutische behandeling (moet zijn: psychotherapie, vdV) kunnen we geen helder onderscheid maken tussen het verloop bij een symptoomstoornis en bij een persoonlijkheidsstoornis' (p. 20), en 'De psychotherapeutische beïnvloeding van de gehele persoon domineert de oriëntatie ten opzichte van symptomen. Een vooronderstelling in dit verband is dat de reductie van symptomen een gevolg zal zijn van de beïnvloeding van de persoonlijkheid als geheel' (p. 21). Nog helderder: 'Een angst om alleen over straat te lopen die het gevolg is van een poging tot aanranding, is in dit opzicht ook geheel anders van structuur dan een straatvrees die zich al vanaf de kindertijd heeft ontwikkeld en geen duidelijke traumatische oorsprong kent. Bij dit laatste type angst komen we in de classificatie volgens DSM al snel bij de persoonlijkheid terecht, die op de clinicus dan een onzelfstandige, onvoldoende gesepareerde indruk maakt' (p. 34). Bent u wijzer geworden? In het eerste geval gaat het om een post-traumatische stressstoornis, zo lijkt het, in het tweede geval om agorafobie, maar heeft u weet van een agorafobie die in de kindertijd debuteert? Ik heb wel van separatie-angst bij kinderen gehoord, maar wat schieten we ermee op die met agorafobie bij adolescenten en volwassenen te verwarren? Al Derksens verhelderingen, verduidelijkingen, toelichtingen en voorbeelden voeren slechts tot één resultaat bij de lezer: wanhoop, de neiging met meubilair te gooien of snikkend bij te komen in de schoot van de geliefde. Ik houd ermee op.

Beste studenten, lieve kinderen, ik weet dat sommigen van jullie verplicht zijn dit boek te lezen. Ik heb geen goed advies, maar wel een troost: als jullie het niet begrijpen ligt het echt niet aan jullie, en wees er maar trots op als je voor het tentamen over dit een drie, kan het zijn een twee of één haalt. Nu alvast gefeliciteerd!

Referenties

- Brink, W. van den (1994). Bespreking van Derksens Handboek persoonlijkheidsstoornissen in het *Tijdschrift voor psychiatrie*, 36, Boeken 2.
- Brink, W. van den & Velden K. van der (1994). Persoonlijkheidsstoornissen. In: Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., Emmelkamp, P.M.G. (red.) *Handboek psychopathologie deel I; tweede druk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.