

18 Persoonlijkheidsstoornissen

Leo Gualthérie van Weezel & Christien de Jong

CASUS MEVROUW DE VISSER

De 40-jarige mevrouw De Visser leeft een teruggetrokken en excentriek bestaan. Ze heeft alle vloeren uit haar huis gesloopt en woont op de betonnen vloer van haar keuken. In haar huiskamer heeft zich tussen de kale vloerbalken een alcoholische zwerfver genesteld. In het merkwaardige huishouden komt alleen de huisarts zo nu en dan langs. Hoewel hij de situatie verontrustend vindt, ziet hij geen reden om in te grijpen. Het is wachten op het moment dat het evenwicht tussen de twee mensen uit balans raakt.

Dat gebeurt als mevrouw De Visser bloed heeft gebrakt. In paniek valt de huisgenoot het spreekuur van de huisarts binnen en schreeuwt: "Tussen al dat bloed kan ik niet meer wonen!"

Tot verbazing van de huisarts is mevrouw De Visser bereid zich in het ziekenhuis te laten onderzoeken. Ook wil ze zich wel laten behandelen. Er zijn flarden van ziekte-inzicht, maar in een gesprek hierover vervliegt dit al snel in allerlei magische, onnavolgbare gedachten. Desondanks ondergaat mevrouw het onderzoek en de behandeling redelijk.

De situatie escaleert als mevrouw De Visser midden in de nacht voor zich uit mompelend over de gang zwerft en een sigaretje wil opsteken. De dienstdoende verpleegkundige wijst haar streng op het rookverbod op de afdeling. Vanaf dat moment wordt zij onrustig en zo agressief tegen de verpleegkundige dat deze in paniek alarm slaat.

nis'. Dit kan variëren van mensen die wat eigenzinnig zijn tot volledig in zichzelf gekeerde zwervers; van mensen die wat passief zijn tot mensen die zich hun leven lang laten verzorgen door instellingen en instituten; van mensen die fors van zich afbijten tot gewetenloze criminelen. In de DSM-5 (het diagnostisch handboek van de American Psychiatric Association, 2014) worden de extremen, de 'persoonlijkheidsstoornissen', beschreven in drie clusters. Cluster A omvat mensen die vaak eigenaardig en excentriek overkomen. Ook de paranoïde, de schizofrenie en de schizotypische persoonlijkheidsstoornissen zijn in dit cluster opgenomen. Cluster B omvat mensen die vaak dramatisch, emotioneel of wispelturig overkomen: het gaat om de antisociale, de borderline, de histrionische en de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Cluster C beschrijft mensen die zorgelijk en vreesachtig overkomen. Het cluster omvat de vermijdende, de afhankelijkke en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.

Wat betekent het nu voor mensen met dit soort stoornissen (of mildere trekken daarvan) om kanker te krijgen? En wat betekent het voor oncologische behandelaars om mensen met moeilijke persoonlijkheden als patiënt te hebben? Anders gezegd: hoe grijpen de twee diagnoses (comorbiditeit), de persoonlijkheidsstoornis en kanker, op elkaar in?

Om deze interferentie te illustreren is in dit hoofdstuk gekozen voor een klassieke aanpak. Aan de hand van een aantal vrij extreme voorbeelden wordt de interferentie belicht tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen en kanker, vanuit de veronderstelling dat deze illustraties in de praktijk tevens aanknopingspunten zullen bieden bij de benadering van minder uitgesproken situaties.

18.1 Inleiding

Ook mensen met een uitgesproken moeilijke persoonlijkheidsstructuur kunnen kanker krijgen. De wereldvreemden, de lastpakken, de verlegenen of de engerds. Mevrouw De Visser is een extreem voorbeeld van een 'vreemd' persoon. In het continuüm van aangepaste, gemiddeld reagerende mensen tot zeer gestoorde persoonlijkheden bestaat een rijk geschakeerde variatie.

Wie persoonlijkheden probeert te beschrijven, krijgt te maken met een continuüm dat reikt van enerzijds een bepaalde 'persoonlijkheidstrekk' tot anderzijds een uitgesproken 'persoonlijkheidsstoornis'.

18.2 Persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidstrekken

Kanker krijgen en voor oncologische behandeling een beroep moeten doen op de medische wereld vraagt veel van de psychologische vaardigheden van patiënten met betrekking tot hun cognitief functioneren, affectbeheersing, sociale interactiemogelijkheden en impulsbeheersing. Anders gezegd: je moet over een stevige geestelijke veerkracht beschikken om goed door het ziekteproces en de behandelingen heen te komen (hoofdstuk 20).

Wanneer het toch al beperkte aanpassingsvermogen van patiënten zo onder vuur ligt, zijn zowel

Tabel 18.1 Criteria persoonlijkheidsstoornis DSM-5.

I.	Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de betrokkene wordt verwacht. Dit patroon komt op ten minste twee van de volgende terreinen tot uiting: 1. Cognities (manieren van waarnemen en interpreteren van zichzelf, andere mensen en gebeurtenissen). 2. Affectiviteit (de variëteit, intensiteit, labiliteit en adequaatheid van de emotionele reacties). 3. Interpersoonlijk functioneren. 4. Impulsbeheersing.
II.	Het duurzame patroon is inflexibel en komt tot uiting in een breed scala van persoonlijke en sociale situaties.
III.	Het duurzame patroon veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
IV.	Het patroon is stabiel en van lange duur, en het begin ervan kan worden herleid tot op zijn laatst de adolescentie of de jonge volwassen leeftijd.
V.	Het duurzame patroon kan niet worden verklaard als een uiting of gevolg van een andere psychische stoornis.
VI.	Het duurzame patroon kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel (een drug of medicatie) of aan een somatische aandoening (zoals een schedeltrauma).

patiënten als medisch behandelaars gebaat bij zo eenvoudig mogelijke handvatten om de periode van diagnostiek en behandeling optimaal door te komen. Een uitgebreid onderzoek naar de diagnostiek van de persoonlijkheid van de patiënt is dan niet op zijn plaats. Anderzijds is enig inzicht in de ingewikkelde interferentie tussen de persoonlijkheid van de patiënt en de confrontatie met ziekte helpend. Doel van dit inzicht moet zijn om tot zo handzaam mogelijke adviezen te komen.

Binnen de psychiatrie bestaat al langere tijd onvrede over de diagnostische criteria voor persoonlijkheidsstoornissen. Enerzijds is er de wens om persoonlijkheidsstoornissen niet meer als vastomlijnde begrippen te beschouwen maar als dimensies op een continuüm. Anderzijds is er behoefte aan heldere criteria om een eenheid te krijgen voor met name onderzoek en de formulering van richtlijnen voor behandeling.

Ook in de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) heeft men nog geen bevredigende oplossing kunnen vinden voor dit dilemma. In de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen die nu in deel II van de DSM-5 nog als standaard geldt, is uiteindelijk weinig veranderd. In deel III van de DSM-5 is echter een alternatief model beschreven, waarmee wordt geprobeerd aan de bezwaren van de huidige classificatie tegemoet te komen. Het is nog onvoldoende gevalideerd, maar lijkt voor de persoonlijkheidsproblematiek in de psychosociale on-

cologie een gunstige ontwikkeling, omdat de mate van adaptatie een belangrijk aspect is (box 18.1).

BOX 18.1 HET ALTERNATIEVE DSM-5-MODEL¹

Vanuit verschillende theoretische referentiekaders zijn persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen beschreven. De categorale DSM-classificatie is de meest bekende. Deze beschrijft persoonlijkheidsstoornissen vanuit een atheoretisch perspectief.

Het cognitieve en gedragsmatige referentiekader gaat ervan uit dat positieve en negatieve leerervaringen in het leven de cognities en gedragsmatige reactiepatronen hebben gevormd, die hun weerslag vinden in adaptieve en disadaptieve 'schema's' (Beck et al., 2015). In reactie op stressvolle gebeurtenissen worden deze schema's geactiveerd.

Vanuit een psychodynamisch referentiekader worden drie kernconcepten centraal gesteld in de ontwikkeling van de persoonlijkheid (Ingenhoven, et al., 2018): *het Zelf*, dat zich manifesteert in de vorming van de identiteit en het vermogen tot zelfsturing; *het Interpersoonlijk functioneren*, zich uitend in het vermogen tot

¹ Voor een uitgebreide beschrijving van het Alternatieve DSM-5-model verwijzen we naar het *Handboek persoonlijkheidsstoornissen* (Ingenhoven et al., 2018).

empathie en intimiteit met belangrijke anderen. Zoals beschreven in hoofdstuk 20 blijken eerdere hechtingservaringen hierin bepalend te zijn. Het derde kernconcept is *het Probleemoplossend vermogen*: de afweer- en copingstrategieën die mensen zich eigen hebben gemaakt in het hanteren van stressvolle gebeurtenissen in hun leven.

De gangbare DSM-classificatie weerspiegelt weinig van deze theorievorming. Ook zijn er in de loop der jaren een aantal beperkingen aan het licht gekomen (Ingenhoven et al., 2018): in de huidige indeling blijken diagnoses elkaar vaak te overlappen, dekt de beschrijving van symptomen niet de lading van de problematiek, waardoor geregeld meerdere diagnoses tegelijk worden vastgesteld. In deze situaties wordt dan uiteindelijk gekozen voor de persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven. Naast het gebrek aan differentiatie in de diagnostiek ontbreekt ook een goede maat voor de ernst van de stoornis, die voor de indicatiestelling, het beloop en de prognose belangrijk is. Het Alternatieve DSM-5-model probeert een antwoord te zijn op deze knelpunten.

In het nieuwe model staat het begrip 'adaptatie' centraal: het vermogen van een individu om zich aan steeds veranderende omstandigheden aan te passen. In de rijke schakering van persoonlijkheden vinden we aan de ene kant van het continuüm de mensen die zich weten aan te passen aan de veranderingen in hun leven, aan de andere kant de mensen die daarin vastlopen.

Het Alternatieve DSM-5-model onderscheidt twee criteria, die samen bepalen hoe 'adaptief' of 'disadaptief' iemand is in zijn persoonlijkheidsfunctioneren. Het eerste criterium geeft een indruk van het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (criterium A). Het geeft een indruk van de *ernst* van de problematiek. Het persoonlijkheidsfunctioneren valt uiteen in twee van de kerncomponenten: *het Zelf* en *het Interpersoonlijk functioneren*. Beide aspecten zijn weer verder uitgewerkt: *het Zelf* omvat de aspecten 'identiteit' en het vermogen tot 'zelfsturing', dat tot uitdrukking komt in het hebben van een innerlijk kompas, dat richting geeft aan persoonlijke doelstellingen. Bij *het Interpersoonlijk functioneren* gaat het om het vermogen tot 'empathie' en 'intimiteit'. Beide kerncomponenten

worden in persoonlijkheidsonderzoek gewogen door deze te scoren op een schaal van 0 (gezond functioneren) tot 5 (extreme beperkingen).

Naast het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren (criterium A) wordt in kaart gebracht welke pathologische persoonlijkheidstrekken aanwezig zijn (criterium B). De trekken geven informatie over de *aard* van de persoonlijkheid. In het Alternatieve model zijn vijf domeinen onderscheiden die elk een persoonlijkheidstrekk omschrijven als een continuüm tussen twee polen:

- Negatieve affectiviteit versus Emotionele stabiliteit;
- Afstandelijkheid/Introversie versus Extraversie;
- Antagonisme/Vijandigheid jegens anderen versus Altruïsme;
- Ongeremdheid versus Conscientieusheid;
- Psychoticisme versus Openheid.

De diagnostische beoordeling van de persoonlijkheidstrekken die op basis van de vijf domeinen naar voren komen, leidt tot een gedifferentieerd profiel van sterke en kwetsbare kanten van de persoonlijkheid. Uiteindelijk worden zes typen persoonlijkheidsstoornissen geclassificeerd, die volgens de auteurs voldoende empirische evidentie bevatten dan wel klinisch bruikbaar zijn: de antisociale-, vermijdende-, borderline-, narcistische-, dwangmatige- en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis.

Om tot een gedifferentieerde psychiatrische beoordeling van de persoonlijkheid te komen zijn diverse semigestructureerde interviews en vragenlijsten ontwikkeld.

In de medische psychologie is de benadering om persoonlijkheidsproblematiek als een continuüm te beschrijven zeer handzaam. In de crisis van het ziek zijn kunnen persoonlijkheidstrekken zich aanscherpen en op het continuüm uitgroeien tot een 'stoornis'. De angst, de onzekerheid, de afhankelijkheid, de woede, kortom de stress die kanker teweegbrengt, moeten ook deze patiënten het hoofd zien te bieden. Daarvoor doen zij een appel op hun vertrouwde mogelijkheden om met problemen om te gaan, die mede door de specifieke persoonlijkheidstrekken worden bepaald. Een waardevolle aanvulling van het alternatieve model is de krachtige kan-

ten van patiënten in kaart te brengen, naast de kwetsbare, problematische aspecten van de persoonlijkheid.

Het uitgebreide persoonlijkheidsonderzoek, dat de diagnostisering op basis van het Alternatieve DSM-5-model vraagt, is in de medische context minder passend. In deze setting is het niet de bedoeling de persoonlijkheidsproblematiek te behandelen, maar moet een globale persoonlijkheidsdiagnostiek aanknopingspunten bieden om de complexe interferentie tussen persoonlijkheid en de stressoren ten gevolge van de ziekte en behandeling te begrijpen. Op basis van dat begrip kan naar passende interventies worden gezocht.

18.3 De interferentie tussen persoonlijkheid en ziekte

Vooral binnen het werkveld van de ziekenhuispsychiatrie is inzicht verkregen in de wijze waarop een persoonlijkheidsstoornis en een somatische ziekte op elkaar kunnen ingrijpen (Hunter & Maunder, 2001):

- 1 Het gedrag voortkomend uit een persoonlijkheidsstoornis kan van invloed zijn op het ontstaan van een ziekte. Zo kan alcoholisme mede de oorzaak zijn van keelkanker.
- 2 De persoonlijkheidsstoornis kan door de ziekte worden versterkt. Een paranoïde patiënt met kanker bijvoorbeeld kan ten gevolge van moeilijk te bestrijden pijnklachten zijn medische behandelaars nog dieper wantrouwen.
- 3 De persoonlijkheidsstoornis beïnvloedt de wijze waarop hulp wordt gezocht of de behandeling wordt ondergaan. De patiënt vertoont uitstelgedrag in het zoeken van hulp ('patient delay') of volgt voorschriften ten aanzien van de medische behandeling niet op (gebrek aan therapietrouw).
- 4 De persoonlijkheidsstoornis beïnvloedt de relatie tussen de patiënt en de medische behandelaars. De (positieve of negatieve) tegenoverdrachtsreacties van de behandelaar kunnen ervoor zorgen dat de patiënt niet optimaal wordt behandeld of bejegend.
- 5 De persoonlijkheidsstoornis kan de basis zijn voor symptomen die gediagnosticeerd worden als bijvoorbeeld 'nagebootste stoornis', 'somatisatie', 'automutilatie' en 'misbruik van medicatie'. We kunnen denken aan kankerpatiënten met een persoonlijkheidsstoornis bij wie zonder

aanwijsbare somatische oorzaak pijnklachten aanhouden.

18.4 Algemene richtlijnen voor het omgaan met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

Bij lichamelijk gezonde mensen is het doorgaans al niet eenvoudig om persoonlijkheidskenmerken en daaruit voortvloeiende copingstijlen te veranderen. Bij patiënten met kanker kan, onder de stress die de ziekte met zich meebrengt, de rigiditeit van deze stijlen nog eens toenemen.

Het doel van de behandeling moet dus niet zijn deze trekken te willen veranderen, maar er enige *flexibiliteit* in aan te brengen. Doel is dat de patiënt zich beter aan zijn situatie kan aanpassen én het behandelteam niet opbrandt in de omgang met de patiënt. Er is een aantal handvatten voor de behandeling te geven, zodat de medische behandeling zo goed mogelijk kan worden uitgevoerd én worden verdragen. De psycholoog/psychiater kan daarbij een faciliterende rol spelen.

Om te beginnen is vroege herkenning van patiënten met een pathologische persoonlijkheidsstructuur cruciaal. Zoals de voorbeelden illustreren, wordt door deze patiënten veel angst, woede en onmacht uitgeleefd in de relatie met naasten en medische behandelaars. Die belangrijke relaties kunnen daardoor onder druk komen te staan. Tijdig inschakelen van een psycholoog of psychiater kan helpen om alle betrokkenen door de ziekteperiode te loodsen. Zoals beschreven in hoofdstuk 20 is het belangrijk dat de psycholoog of psychiater daarbij een positie inneemt van meervoudige loyaliteit van waaruit hij de interacties kan overzien tussen patiënt, naasten en medische wereld, zich kan inleven in alle betrokken partijen en hen kan coachen in het gezamenlijke omgaan met de ziekte en de behandeling daarvan.

Dat kan op verschillende manieren: door medicatie voor te schrijven, begeleiding aan te bieden aan de patiënt en zijn of haar systeem, de medische staf te informeren over de betekenis en achtergrond van het pathologische gedrag en te adviseren over het management.

Informatie over de vermoede hechtingsgeschiedenis van de patiënt en het daaruit ontwikkelde hechtingsgedrag blijkt in de praktijk zinvol. Medische professionals kunnen met deze informatie in gedachten vaak weer enige empathie voelen voor de

verstorende reacties van de patiënt en zich minder persoonlijk geraakt voelen. Op grond van de hechtingstheorie, zoals beschreven in box 3 in hoofdstuk 20, zijn gerichte adviezen te geven over de omgang met deze patiënten (Maunder & Hunter, 2015). De kern daarin is voor deze patiënten een voldoende veilige setting te creëren, waarin zij door de medische behandeling kunnen worden geloodst.

Patiënten met een angstig-gepreoccupeerde hechtingsstijl zijn vaak gebaat bij een heldere structuur in geregelde momenten van aandacht (bijvoorbeeld elk twee uur een vijfminutengesprek met de verpleegkundige).

Bij patiënten met een vermijdende hechtingsstijl is het zaak zoveel mogelijk de afhankelijkheid van de medische hulpverleners te beperken en waar mogelijk hun autonomie te respecteren. Dit kan bijvoorbeeld door telkens te benadrukken dat de patiënt een keuze heeft.

Patiënten met een gedesorganiseerde hechtingsstijl hebben baat bij een professional die niet afhaakt op het grillige gedrag van de patiënt, dit met een zekere laconiekheid normaliseert tot begrijpelijke reacties op de stressvolle situatie, met voldoende distantie grenzen stelt en aanwezig blijft. De gevreesde afwijzing, die deze patiënten zo gewend zijn te krijgen, wordt zo hopelijk voorkomen.

Deze adviezen hebben alleen effect als deze plaatsvinden in het kader van een eenduidig behandel- en verpleegbeleid. Voor deze groep patiënten is het nog belangrijker dan voor andere dat er één aanspreekbare behandelende arts en verpleegkundige is, zodat miscommunicatie tussen patiënt en behandelaars en behandelaars onderling zoveel mogelijk wordt voorkomen. Ook zelfinzicht van de behandelaar, over de eigen persoonlijkheid en hechtingsstijl, kan helpen het behandelproces optimaal te laten verlopen (Sandars, 2009).

Ten slotte is het van belang zo nodig de ziekenhuisregels aan te passen aan de (on)mogelijkheden van de patiënt teneinde hem of haar erbij te helpen de behandeling te doorstaan, bijvoorbeeld door het bezoeken te verruimen en naasten die door de patiënt als betrouwbaar worden ervaren de gelegenheid te geven veel aanwezig te zijn en te blijven slapen.

BOX 18.2 CLUSTER A-PERSONLIJKHEIDSTOORNISSEN (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis

De paranoïde-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van wantrouwen en achterdocht jegens andere mensen, waarbij hun motieven worden geïnterpreteerd als kwaadwillend. Dit patroon begint reeds op jongvolwassen leeftijd en manifesteert zich in een breed scala van contexten. Mensen met deze stoornis gaan ervan uit dat andere mensen erop uit zijn om hen te gebruiken of te bedriegen, ook als er geen feitelijk bewijs voor is. Ze zijn onwillig om anderen in vertrouwen te nemen of toenadering te zoeken, vanuit de angst dat de ander dit tegen hen zal gebruiken. Mensen met deze stoornis koesteren wrok en zijn rancuneus en tonen geen bereidheid om anderen te vergeven in geval van een (in hun ogen) belediging, kwetsuur of kleinerende opmerking.

Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis

De schizoïde-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van afstandelijkheid in sociale relaties en een beperkt scala van emotionele expressies. Het verlangen naar intimiteit lijkt bij deze mensen geheel afwezig te zijn. Ook lijken ze vaak onverschillig voor goedkeuring of kritiek van anderen en ze lijken zich niet druk te maken over wat anderen van ze denken. Mensen met deze stoornis kunnen opvallend veel moeite hebben om hun boosheid te uiten, zelfs als ze direct en openlijk worden geprovoceerd. Dit draagt bij aan de indruk dat ze geen emoties hebben. Ze kiezen vaak voor solitaire activiteiten en ze leggen emotionele kilheid, ongehechtheid of een afgevlakte affectiviteit aan de dag.

Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

De schizotypische-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van direct gevoeld ongemak in intieme relaties, met cognitieve of perceptuele distorsies en excentriek gedrag. Mensen met een schizotypische-persoonlijkheidsstoornis hebben vaak betrekkingsideeën (die onderscheiden moeten worden van betrekkingswanen). Deze mensen kunnen erg bijgelovig zijn of excessief bezig zijn met paranormale verschijnselen, niet passend bij de normen van

de subcultuur waartoe zij behoren. Ze kunnen het gevoel hebben dat ze over bijzondere gaven beschikken, bijvoorbeeld gebeurtenissen aanvoelen. Ze zijn vaak achterdochtig en kunnen er paranoïde ideeën op na houden. Mensen met deze stoornis ervaren interpersoonlijke banden als problematisch en ze voelen zich in de omgang met andere mensen vaak niet op hun gemak.

18.4.1 Cluster A-persoonlijkheidsstoornissen: de paranoïde-, schizoïde- en schizotypische-persoonlijkheidsstoornis

Mevrouw De Visser, de casus waarmee dit hoofdstuk is begonnen, valt onder het diagnostische cluster A. In een voor de buitenwereld bizar, maar stabiel evenwicht met haar omgeving heeft deze vrouw zich jaren staande kunnen houden. Eigenlijk ondergaat ze haar oncologische behandeling boven de verwachting van de mensen die haar kennen, totdat een verpleegkundige ineens over een grens blijkt te zijn gegaan. Dan wordt zij agressief en, bij nadere beschouwing, vooral angstig.

Mensen met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis hebben een weinig samenhangend zelfbeeld en een extreem laag gevoel van eigenwaarde. Op de dimensie Interpersoonlijk functioneren lijken de vermijdende en gedesorganiseerde hechtingsstijlen op de voorgrond te staan. De buitenwereld, en daarmee ook het behandelteam, wordt primair als bedreigend ervaren. Bij de paranoïde persoonlijkheid komt dit tot uiting in een diep geworteld wantrouwen en achterdocht jegens anderen. Schizoïde en schizotypische patiënten leven doorgaans een geïsoleerd bestaan, waarin ze nauwelijks contact leggen met de buitenwereld. Duurzame intieme relaties komen in hun leven nauwelijks voor.

Patiënten met een cluster A-persoonlijkheid zijn uiterst gevoelig voor alles wat het kwetsbare zelfgevoel nog verder kan beschadigen. Als hij zich bedreigd voelt, zal de paranoïde patiënt vooral agressief en beschuldigend reageren. Schizoïde en schizotypische patiënten trekken zich terug en kunnen decompenseren, waarbij onrust, verwardheid en psychotische symptomen de uitingsvormen zijn.

Als deze mensen ziek worden en in een medische behandeling terechtkomen, is het van belang elke handeling uit te leggen teneinde de angst en het wantrouwen niet te vergroten. Voorts is het belangrijk dat deze patiënten leren beleven dat zij niet

weerloos zijn overgeleverd aan de ander, maar zelf controle kunnen uitoefenen op de wijze waarop zij hun leven invullen.

De dreiging van de confrontatie met kanker ligt voor deze groep patiënten vooral in het ontbreken van een verklaring voor de oorzaak van de ziekte en in het verlies van autonomie door de behandeling. Onmacht en een niet-passende manier van communiceren door de medische professionals kunnen het wantrouwen versterken. In de communicatie moet bijvoorbeeld niet een al te grote intimiteit worden nagestreefd; er moet zoveel mogelijk rekening gehouden worden met de bizarre gewoonten, waaraan een gevoel van autonomie wordt ontleend. De terechtwijzing van de verpleegkundige blijkt bij mevrouw De Visser zo'n kwetsbaar punt te raken.

Uit het voorbeeld blijkt hoe belangrijk het is artsen en verpleegkundigen te ondersteunen in hun omgang met deze patiënten. In hun contacten met de patiënt moeten zij een omgeving creëren waarin rust en tijd wordt genomen om het behandelbeleid uit te leggen en waarin de patiënt waar mogelijk autonomie kan worden geboden.

Voorts is het belangrijk de medische staf voor te lichten over het gedrag van deze patiënten: het kan in deze omstandigheid niet worden veranderd, wél kunnen de condities worden geschapen om de patiënt zo goed mogelijk door de medische behandeling te loodsen in een optimale relatie met de medische behandelaars.

Professionals die de patiënt al van voor de kanker kennen (zoals de huisarts of een ggz-behandelaar) kunnen ook adviseren bij de afweging of deze patiënten, gezien hun gebrekkige draagkracht, een medische behandeling aankunnen. Een ervaringsfeit uit de kliniek is dat een cluster A-persoonlijkheidsstoornis vaak geen contra-indicatie is voor oncologische behandeling. Tijdens de behandel fase blijken deze patiënten zich juist redelijk staande te kunnen houden. Zoals uit andere observaties in de psychiatrie ook bekend is, heeft de confrontatie met een reële bedreiging bij deze patiënten eerder een *re*-integrerend dan een *des*integrerend effect.

CASUS MENEER BATELING

De heer Bateling is 67 jaar en woont al dertig jaar op een chronisch-psychiatrische afdeling. Er is een coloncarcinoom vastgesteld, waarvoor hij in het ziekenhuis moet worden opgenomen. De staf van het psychiatrisch ziekenhuis heeft de verpleging uitvoerig geïnstrueerd over de coaching van deze

patiënt als hij angstig en verward is: een toestand die vooral in onzekere situaties kan optreden. De opname verloopt echter voorspoedig. Meneer Bateling is coöperatief, hoewel hij nauwelijks contact met zijn omgeving maakt. Pas tegen het eind, als hij lichamelijk weer enigszins is hersteld, komen de onrust en verwardheid weer naar voren. Zijn gedrag vraagt dan gerichte begeleiding, waar de somatische afdeling niet op is ingericht. Het is daarom een goed moment om hem weer terug te plaatsen naar het psychiatrisch ziekenhuis.

Helaas is het niet altijd zo dat een medische behandeling re-integrerend werkt. De persoonlijkheidsstoornis kan een adequate medische behandeling ook in de weg staan, waardoor de patiënt uiteindelijk komt te overlijden.

CASUS MEVROUW AARDING

De 60-jarige mevrouw Aarding wordt opgenomen met een anuscarcinoom. Tot dan toe heeft zij met medicatie en onder ambulante begeleiding van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige het geïsoleerde leven geleid van een schizotypische vrouw. Van eerdere medische ingrepen is bekend dat zij deze goed heeft kunnen ondergaan.

Toch kan zij, tegen de verwachting in, de operatie van het anuscarcinoom niet aan. Na de ingreep is ze angstig en afwerend in het contact. Ze hallucineert en kan niet van de wond afblijven, die als gevolg daarvan ernstig infecteert.

Antipsychotica helpen zo weinig dat zij extreem moet worden gesedeerd. Zij overlijdt ten slotte aan een infectie van het operatiegebied en een longontsteking die is opgetreden mede ten gevolge van de sederende medicatie.

In de afweging of patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis een medische behandeling kunnen verdragen, moet een tweetal factoren in de besluitvorming tegen het licht worden gehouden.

Ten eerste moet worden afgewogen hoe hard de indicatie voor de medische ingreep is. Wat staat de patiënt te wachten als de tumor onbehandeld gelaten wordt? Wat zijn de verwachtingen als de behandeling wel plaatsvindt? Het is belangrijk daarbij niet alleen te kijken naar de kans op overleving of le-

vensverlenging. Ook moet in overweging genomen worden wat het spontane beloop van de ziekte zal zijn zonder een (palliatieve) behandeling. Welke medische klachten (zoals pijn, benauwdheid of wonden) zijn er dan te verwachten? En hoe is het beloop als deze moeilijk te beheersen zijn? Het onbehandeld laten van sommige tumoren, zoals een anuscarcinoom, voorspelt een dramatische lijdensweg. Een operatieve ingreep kan het verdere beloop van het ziek- en sterfbed dragelijker en hanteerbaarder maken. De behandelindicatie is in dat geval dus een 'harde': los van eventuele curatieve opties is het, anticiperend op een palliatief beloop, van belang in te grijpen. Het zal dus steeds een punt van discussie zijn wat, gezien de situatie, de optimale behandeling is. Ook de mate waarin een bepaalde behandeling actieve medewerking of therapietrouw vraagt van de patiënt speelt een rol in de afweging.

Ten tweede moet worden ingeschat hoe groot het integratief vermogen van de patiënt is en hoeveel actieve medewerking er door hem geboden kan worden. Zoals gezegd desintegreren deze patiënten doorgaans niet verder door een medische behandeling, maar hun draagkracht blijft natuurlijk uiterst beperkt. Het is dramatisch om mee te maken hoe een patiënt als mevrouw Aarding uiteindelijk overlijdt door een vorm van zelfverwaarlozing ten gevolge van de interferentie tussen de ziekte en haar persoonlijkheidsstoornis. Het illustreert dat een cluster A-stoornis een zeer ernstige psychiatrische comorbiditeit kan betekenen, die niet zelden tot een vroegtijdige dood leidt.

18.4.2 Cluster B-persoonlijkheidsstoornissen: de antisociale-, borderline-, histrionische- en narcistische-persoonlijkheidsstoornis

De antisociale-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MENEER ROOVERS

De dag voor de operatie wordt de chirurg geconfronteerd met de heer Roovers, de partner van een patiënte met borstkanker. "Als je mijn vrouw niet beter maakt of ook maar iets aan haar verprutst, dan schiet ik je overhoop!" sist de man de arts toe.

BOX 18.3 ANTISOCIALE-PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De antisociale-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van gebrek aan respect voor en schending van de rechten van anderen. Voor deze classificatie moet een individu ten minste 18 jaar oud zijn en in de voorgeschiedenis enkele symptomen van een normoverschrijdend-gedragsstoornis hebben, begonnen voor de leeftijd van 15 jaar. Mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis slagen er niet in zich te voegen naar maatschappelijke normen over wat volgens de wet is toegestaan. Ze zijn onbetrouwbaar, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen of het duperen van anderen voor eigen gewin. Andere kenmerken zijn impulsiviteit of niet vooruit kunnen plannen, prikkelbaarheid en agressiviteit, roekeloze onverschilligheid voor eigen veiligheid of die van anderen, constante onverantwoordelijkheid (op het gebied van werk of financiële verplichtingen) en het ontbreken van berouw (American Psychiatric Association, 2014).

Mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis zijn impulsief en de drang naar directe behoeftebevrediging maakt dat zij slecht kunnen plannen. Frustraties, zoals angst, woede en tegenslag, worden snel uitgeleefd in ruzies en gewelddadig gedrag. De relaties met anderen zijn voornamelijk instrumenteel van aard en gericht op de eigen behoeftebevrediging. Het geweten is lacunair. Mensen met een antisociale persoonlijkheid zijn niet in staat zich te houden aan maatschappelijke verplichtingen en voelen geen spijt over het onrecht dat zij anderen aandoen. In relaties met anderen zijn deze mensen egocentrisch en tonen ze weinig respect voor de belevingswereld van de ander. De dynamiek in het contact wordt getypeerd door macht en dominantie (Ingenhoven et al., 2018). Als kind hebben deze mensen geleerd dat hun ouders afwezig, afstandelijk en onbetrouwbaar zijn en zij alleen op zichzelf kunnen vertrouwen. In het klimaat waarin zij opgroeiden, voerden emotionele kilte, manipulatie en bedreiging de boventoon. Volgens sommige theorieën doen deze mensen in het volwassen leven met anderen wat hun zelf als kind is aangedaan.

Het ondergaan van een behandeling voor kanker staat haaks op de vertrouwde copingstrategieën van mensen met deze persoonlijkheidsstructuur. Juist

kankerbehandelingen doen een beroep op het vermogen om, met het oog op de toekomst, frustraties als angst, bedreiging, tegenslag en pijn te verdragen. In de samenwerking met de medische behandelaars wordt een appel gedaan op wederzijds vertrouwen, veiligheid en eerlijkheid.

In het algemeen dient bij deze patiënten een duidelijk beleid met strenge regels te worden toegepast. De medische behandelaars moeten begripvol, maar autoritair in hun optreden zijn. Het is daarbij vooral van belang dat de patiënt de vragende partij blijft, die ervoor kan kiezen gebruik te maken van het hulpaanbod. Het is een beleid van 'graag of anders niet'. Elke vorm van bedreiging, manipulatie, onveiligheid of chantage moet in de kiem worden gesmoord. De patiënt moet duidelijk worden gemaakt dat dit gedrag hem in de medische wereld geen enkel voordeel of betere behandeling oplevert. In de oncologische praktijk is het beleid van 'graag of niet' niet altijd goed vol te houden, zeker wanneer er zich ernstige complicaties van behandelingen voordoen of er medische fouten zijn gemaakt. Dan kan de combinatie van de persoonlijkheid en de afhankelijkheid van de 'falende' medische wereld escaleren en vraagt de situatie om extra coaching om te voorkomen dat het behandelteam afbrandt.

Patiënten met een antisociale persoonlijkheid roepen doorgaans veel antipathie op bij artsen en verpleegkundigen. Ze zijn zeer bedreven in het uitspelen van tegenstellingen tussen individuele behandelaars. Daarom is het belangrijk dat de begeleiding van deze patiënten regelmatig in bredere kring wordt besproken en het gevoerde beleid wordt gepresenteerd als een gedeeld team- en afdelingsbeleid. Uitleg over de ontstaansgeschiedenis van dit soort gedrag en de achterliggende hechtingsstijl helpt medische behandelaars gemotiveerd te blijven deze patiënten een optimale behandeling te bieden, zeker wanneer de betekenisgeving gepaard gaat met handzame adviezen ten aanzien van de omgang met hen.

Bij een man als de heer Roovers, die de chirurg een pistool op het hoofd zet voor de operatie van zijn vrouw, valt het niet mee om als arts rustig te blijven. Wat kan de psycholoog of psychiater in zo'n situatie bieden? In een spoedoverleg met de psychiater bespreekt de chirurg de betekenis van het gedrag van de man. De heer Roovers is zeer angstig en eist de beste behandeling in een taal die bij zijn persoonlijkheid(ssstoornis) past. Om tot een voor de chirurg aanvaardbare werksituatie te komen, moet

eerst een 'vertaling' plaatsvinden van geweld naar angst. In het bijzijn van de patiënte en een verpleegkundige spreekt de chirurg rustig, maar beslist met de heer Roovers:

CASUS VERVOLG

"Ik begrijp dat u er een moord voor overhebt om uw vrouw het beste te geven. Maar als u mij bedreigt, kan ik uw vrouw niet opereren. Met een pistool in de nek opereer ik niet beter, maar slechter omdat ik word afgeleid. Die bedreiging moet u dus intrekken.

Haar situatie is inderdaad ernstig en een medische ingreep heeft altijd risico's. Ik kan u niet garanderen dat zij beter wordt, maar ik zal wel mijn uiterste best doen. Meer kan ik niet, maar ook niet minder: opereren is mijn vak.

U moet bedenken of u de operatie aan mij toevertrouwt, of dat u een andere chirurg zoekt. Dat staat u vrij. Ik ben natuurlijk bereid de operatie te doen, maar, nogmaals, alleen op voorwaarde dat u de bedreiging intrekt."

De borderline-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MEVROUW ALBERS

De 35-jarige mevrouw Albers wordt voor een gynaecologische tumor verwezen naar het ziekenhuis. Naar verwachting is de prognose goed als zij zich laat opereren. Maar mevrouw Albers weigert zich te laten behandelen. "De meeste kankerpatiënten laten zich door dokters behandelen en de meeste kankerpatiënten gaan dood," redeneert zij, "dus gaan ze dood aan het gif van die dokters."

Ze bezoekt een alternatieve genezer, die – net als zij – meent dat zij zelf over de krachten beschikt om haar ziekte te overwinnen. Gedurende jaren blijft ze, in een collusie met de 'genezer' die haar in haar borderlinebelevingswereld versterkt, van reguliere behandeling afzien. Ze ontkent de onmiskenbare progressie van de tumor, waaraan ze ten slotte overlijdt.

BOX 18.4 BORDERLINE-PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De borderline-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van instabiliteit in de interpersoonlijke relaties, van het zelfbeeld en van het affect, en duidelijke impulsiviteit. Mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis doen verwoede pogingen om (vermeende) verlating of afwijzing te voorkomen. Er is een patroon van instabiele en intense relaties. Er kan voorts sprake zijn van een identiteitsstoornis met een duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel. Mensen met deze persoonlijkheidsstoornis spreiden impulsief gedrag tentoon in ten minste twee leefgebieden (gokken, geld verkwisten, eetbuien, middelemisbruik, onveilige seks of promiscuïteit, roekeloos rijgedrag), wat schadelijk kan zijn voor de betrokkene zelf. Ze kunnen affectieve instabiliteit vertonen, welke wordt veroorzaakt door een opvallende reactiviteit van hun stemming (American Psychiatric Association, 2014).

Zoals beschreven in de definitie staat bij mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis de angst door anderen in de steek te worden gelaten op de voorgrond. Het zelfbeeld is wankel, relaties met anderen zijn intens, maar doorgaans instabiel, waarbij de ander ófwel geïdealiseerd ófwel gekleineerd wordt. De impulsiviteit komt vooral tot uiting in zelfdestructief gedrag.

Gabbard (2014) onderscheidt in navolging van Kernberg, die veel studie heeft gedaan naar de borderlinepersoonlijkheid, de volgende kenmerken:

- beperkte egofuncties, waaronder een gebrekkige impulscontrole, en een beperkte frustratie- en angsttolerantie;
- primair procesdenken, dat onder invloed van angst of heftige gevoelens toeneemt (magisch denken en het niet kunnen structureren, nuanceren en relativeren van gedachten);
- primaire afweermechanismen, waaronder ontkenning, splitsen van positieve en negatieve gevoelens, idealiseren, devalueren en het koesteren van almachtsfantasieën.

Bij mevrouw Albers lijkt de diagnose van de tumor zoveel angst op te roepen, dat haar neiging tot primair procesdenken toeneemt. De redenering dat de meeste kankerpatiënten naar artsen gaan, dood-

gaan, en dus aan die artsen zijn doodgegaan, kan magisch worden genoemd. De splitsing vindt plaats in het devalueren van de reguliere behandelaar en de idealisering van de alternatieve genezer. De inschatting van haar eigen helende krachten blijkt op almachtsfantasieën te berusten.

Aan de borderline-persoonlijkheidsstoornis ligt vaak een gedesorganiseerde hechtingsstijl ten grondslag. Zoals eerder beschreven zijn de ouders grillig, misbruikend en onvoorspelbaar geweest. Het kind heeft geleerd dat het wisselend steun krijgt, maar die steun was adequaat noch toereikend. In de ziekenhuissituatie eisen deze patiënten een goede hulpverlening, maar laten duidelijk merken dat ze er geen vertrouwen in hebben dat deze gegeven zal worden. Zij oefenen voortdurend druk uit met een afwijzende houding, omdat zij in de afhankelijkheid er bij voorbaat van uitgaan afgewezen te worden. Met deze houding stoten ze vaak wederom mensen van zich af.

De begeleiding van borderlinepatiënten tijdens het ziekteproces moet gericht zijn op het aanbrengen van een stabiele structuur in het alledaagse leven met de ziekte. Er moet duidelijkheid worden geboden met betrekking tot het behandelbeleid: hoe met eventuele complicaties en bijwerkingen moet worden omgegaan en bij welke hulpverlener de patiënt bij problemen terecht kan. Het is belangrijk binnen deze structuur de keuzevrijheid van de patiënt te benadrukken. Zo wordt de angst voor hen enigszins hanteerbaar.

Borderlinepatiënten kunnen met hun eisende en afwijzende gedrag veel antipathie wekken bij het behandelteam. Maar ook komt het voor dat behandelaren juist erg op hen gesteld raken door de grote lijdensdruk die deze mensen ondervinden. Belangrijk is in de relatie met deze patiënten het hulpaanbod te doseren: niet te veel te willen geven, maar ook niet te weinig.

Hulpverleners moeten leren de idealisering en de verguizing met enige distantie te weerstaan, te begrijpen en, vooral, de patiënt niet af te wijzen. De psycholoog kan helpen, in het contact met de patiënt en in de coaching van het behandelteam, de woedende reacties van deze patiënten te herlabelen als angst en deze te normaliseren als een heftige, maar begrijpelijke reactie op de bedreigende situatie.

Het is bij deze patiënten vaak lastig de juiste woorden te vinden om hen te confronteren met hun zelfdestructieve gedrag. Bij mevrouw Albers leidde elke kritische reactie uit haar omgeving alleen maar tot het verstevigen van de relatie met haar alterna-

tieve genezer. Bij een andere patiënt die na een lymfeklierdissectie ondanks herhaalde waarschuwingen zonder handschoenen in de rozentuin bleef werken en zich zo steeds terugkerende ontstekingen op de hals haalde, vond de behandelaar uiteindelijk toch de juiste laconieke toon waardoor haar gedrag veranderde ('U vindt het kennelijk prettiger om infecties te krijgen dan goede handschoenen aan te schaffen. Tja, zo moet toch iedereen zijn eigen afwegingen maken in het leven'). Of waren het de infecties, die als aversieve prikkel de verandering bewerkstelligden?

De histrionische-persoonlijkheidsstoornis

BOX 18.5 HISTRIONISCHE-PERSONLIJKHEIDSSTOORNIS

De histrionische-persoonlijkheidsstoornis (voorheen: theatrale-persoonlijkheidsstoornis) kenmerkt zich door een patroon van excessieve emotionaliteit en aandacht vragen. Mensen met een histrionische-persoonlijkheidsstoornis voelen zich ongemakkelijk als ze niet in het centrum van de belangstelling staan. Ze kunnen op levendige wijze en met gevoel voor dramatiek de aandacht op zichzelf vestigen. Het uiterlijk en het gedrag van deze mensen kenmerkt zich vaak door ongepaste seksuele verleiding of is seksueel uitdagend. Hun spreekstijl is vaak buitensporig expressionistisch, details worden achterwege gelaten. Ze kunnen zeer suggestibel zijn en overmatig goed van vertrouwen (American Psychiatric Association, 2014).

Mensen met een histrionische (voorheen genoemd: theatrale) persoonlijkheid reageren met buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen in het contact met anderen. De identiteit is zwak ontwikkeld, het kwetsbare gevoel van eigenwaarde wordt gecompenseerd door de voortdurende behoefte in het centrum van de belangstelling te staan. Het aandacht vragen gebeurt vaak in vormen van ongepast verleidelijk of seksueel uitdagend gedrag. Positieve en negatieve gevoelens jegens één persoon worden gesplitst. Het gevolg is dat de ene persoon enorm wordt geïdealiseerd en de andere gedenigreerd en verguisd. Als deze patiënten kanker krijgen zal, door de angst die de ziekte oproept, dit gedrag nog opvallender naar voren komen.

Bij deze groep ligt vaak een angstig-gepreoccupeerde en/of gedesorganiseerde hechtingsstijl ten grondslag aan de stoornis. De belangrijke verzorgers reageerden soms wel, soms niet responsief en vaak alleen op heftige emoties. Het kind wordt hierdoor angstig en afhankelijk en leert impulsief aandacht te trekken door heftige emoties en gedrag op een dwangmatige manier te uiten. In medische situaties zullen deze mensen voortdurend aandacht vragen van de hulpverleners; alleen in hun nabijheid voelen ze zich veilig.

Voor artsen en verpleegkundigen is de omgang met deze patiënten ingewikkeld. Een afdeling of polikliniek is niet ingesteld op patiënten die buitensporig aandacht vragen. De snel wisselende emoties en dramatische presentatie ervan maken het lastig in te schatten wanneer werkelijk hulp noodzakelijk is. Ook de splitsing van positieve en negatieve gevoelens is moeilijk te hanteren en kan onderlinge conflicten in het behandelteam teweegbrengen. Behandelaren die door de patiënt geïdealiseerd worden, kunnen zich geveild voelen en geneigd zijn deze 'bijzondere' patiënt extra aandacht te geven. Wie zich gedenigreed voelt – meestal behandelaren van wie de patiënt minder of niet afhankelijk is – kan juist afhaken in het contact.

De psycholoog kan helpen om met het behandelteam een eenduidig beleid te formuleren en één front te vormen in de omgang met de patiënt. Uitleg over de genoemde copingmechanismen en achterliggende hechtingsstijl zal helpen om deze patiënten optimale aandacht te geven. Een beleid van heldere structuur en het op geregelde momenten geven van aandacht is bij deze patiëntengroep zinvol. Zij ondervinden dan dat zij hoe dan ook aandacht krijgen, en niet (of niet alleen) als zij heftig reageren.

De narcistische-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MENEER VAN RAAMSDONK

De 70-jarige heer Van Raamsdonk dwingt bij iedereen respect af door de professionele successen die hij in zijn leven heeft geboekt. Als bij hem darmkanker wordt vastgesteld, wil hij per se in het academisch ziekenhuis worden opgenomen. Meteen al bij opname ontstaat een conflict met de dienstdoende verpleegkundige, die aan zijn eis een eenpersoonskamer te krijgen niet direct kan voldoen. Ook door zijn oncoloog wil hij als 'vip' worden begijend. Maar als de behandeling minder is aange-

slagen dan verwacht, maakt meneer zonder zijn arts daarvan op de hoogte te stellen een afspraak met de baas, de hoogleraar. De gekwetstheid van de oncoloog over de gang van zaken lijkt de heer Van Raamsdonk voldoening te geven. Het is alsof iets van zijn geschonden zelfbeeld is hersteld.

BOX 18.6 NARCISTISCHE-PERSONLIJKHEIDSTOORNIS

De narcistische-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van grandiositeit, behoefte aan bewondering en een gebrek aan empathie. Mensen met een narcistische-persoonlijkheidsstoornis hebben een opgeblazen gevoel van de eigen belangrijkheid en ze geloven dat ze superieur, speciaal of uniek zijn. Ze hebben over het algemeen buitensporig veel bewondering nodig; hun gevoel van eigenwaarde is bijna altijd zeer fragiel. Het ontbreekt hen aan inlevingsvermogen en ze hebben er veel moeite mee te erkennen dat anderen wensen, ervaringen en gevoelens hebben die verschillen van die van henzelf. Ze zijn vaak afgunstig op anderen en ze misgunnen anderen hun successen of bezittingen, en hebben het gevoel dat zijzelf die prestaties, bewondering of privileges verdienen (American Psychiatric Association, 2014).

Het Alternatieve DSM-5-model kenmerkt mensen met een narcistische-persoonlijkheidsstoornis door een 'wisselend en kwetsbaar gevoel van eigenwaarde, met pogingen dat te reguleren door aandacht en goedkeuring te zoeken, gepaard gaand met openlijke ofwel bedekte grandiositeit' (Ingenhoven et al., 2018). Gabbard (2014) onderscheidt het 'vanzelfsprekende type' en het 'hypervigilante type'. Mensen met het eerste type, ook naar voren komend in de definitie, presenteren zich in het leven met grootheid en behoefte aan bewondering. In de relaties met anderen plaatsen zij zichzelf voortdurend in het middelpunt van de belangstelling, empathie voor de gevoelens en behoeften van anderen is hun vreemd. Het hypervigilante type is vooral overgevoelig voor de reacties van anderen en probeert het kwetsbare gevoel van eigenwaarde te compenseren door telkens waardering en bewondering te ontlokken aan anderen.

Bij deze groep is de hechtingsstijl te vinden in de vermijdende hoek. Ziekte, aftakeling en afhankelijkheid betekenen verlies van controle en zijn verbonden met afwijzing. Het zelfbeeld wordt met de ziekte zó bedreigd, dat de angst die dit oproept moet worden gepareerd met een nog sterkere behoefte zichzelf in het centrum van de aandacht te plaatsen en anderen neerbuigend te bejegenen. De arrogante houding naar anderen leidt doorgaans tot veel wrijving in het contact met de behandelaars. Met name behandelaars van wie de patiënt zich minder afhankelijk voelt (zoals de verpleging) worden vaak denigrerend benaderd.

Bij veel mensen met een narcistische-persoonlijkheidsstoornis bepaalt het uiterlijk een belangrijk deel van het zelfgevoel. Als door de kankerbehandelingen het uiterlijk wordt geschonden, wordt dit als onverdraaglijk ervaren en kunnen enorme aanpassingsproblemen ontstaan. Zoals bij mevrouw De Klerk.

CASUS MEVROUW DE KLERK

Mevrouw De Klerk heeft altijd genoten van haar enorme borsten. Achter de toog van het café dat ze runde, sprong haar buste in de diep uitgesneden jurken direct in het oog. "Met mijn borsten heb ik me altijd superieur gevoeld", zegt ze. Haar borsten zijn haar ook tot troost in sombere momenten. Dan geven hun bewegingen haar weer de zekerheid uniek te zijn. Als zij een borstamputatie heeft ondergaan, heeft ze het gevoel dat er niets meer van haar over is. Ze sluit zich op, raakt ernstig depressief en suïcidaal.

18.4.3 Cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: de vermijdende-, afhankelijke- en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

De vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MEVROUW VLIEDSTRA

De 53-jarige mevrouw Vliedstra komt met een spontane fractuur van haar bovenarm op de eerste hulp van het ziekenhuis. Tijdens een ongelukkige beweging op haar werk op de debiteurenafdeling van een verzekeringskantoor is ineens een heftige pijn ontstaan. Op aandringen van haar collega's is ze uiteindelijk naar de eerste hulp gebracht.

De arts die haar onderzoekt, valt meteen de afwijkende vorm van haar borst op. Al langere tijd moet patiënte de afwijking niet hebben willen onderkennen. Een al zeer progressief mammacarcinoom komt aan het licht. Mevrouw Vliedstra schrikt enorm van de ontsteltenis van de arts over dit duidelijke uitstelgedrag. In het verdere beloop van de ziekte blijft ze verlegen en vraagt nooit aandacht voor haar symptomen. Steeds lijkt ze bang de ander tot last te zijn. Een gesprek over haar slechte prognose weet ze telkens effectief uit de weg te gaan.

BOX 18.7 VERMIJDENDE-PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

De vermijdende-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van sociale geremdheid, gevoelens van tekortschieten en hypersensitiviteit voor een negatief oordeel. Mensen met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis vermijden beroepsmatige activiteiten met veel contacten met anderen, vanwege vrees voor kritiek, afkeuring of afwijzing. Ze zijn onwillig betrokken te raken met mensen, tenzij ze er zeker van zijn dat ze aardig gevonden zullen worden. Ze gedragen zich gereserveerd in intieme relaties uit angst voor schut gezet te worden. Ze zijn bovenmatig bezig met de gedachte in sociale situaties te zullen worden bekritiseerd of afgewezen. Ze zijn in contact geremd en ze beschouwen zichzelf als sociaal onbeholpen (American Psychiatric Association, 2014).

Mensen met een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis zijn geremd in gezelschap en uiterst gevoelig voor een negatief oordeel van anderen. Gepreoccupeerd met de angst door anderen bekritiseerd, vernederd, uitgelachen of afgewezen te worden gaan zij, om geen risico te lopen, liefst het contact met anderen uit de weg. Zij beleven zichzelf als sociaal onbeholpen, minderwaardig en onaantrekkelijk.

Door dit extreem subassertieve, verlegen en angstige gedrag durven mensen met deze vermijdende hechtingsstijl doorgaans geen aandacht voor zichzelf te vragen. Ze maken zichzelf als het ware onzichtbaar, uit vrees de ander tot last te zijn.

Als deze mensen kanker krijgen, is de kans groot dat zij geen adequate hulp voor zichzelf durven vragen. Het gevolg is vaak dat zij langdurig met klachten blijven lopen zonder naar de huisarts te gaan ('patient delay'). Ook in het verdere beloop van het ziekteproces kunnen patiënten als mevrouw Vliedstra slecht aan de bel trekken bij symptomen en klachten. Zij lijden lang in stilte en doen pas een appel op anderen als het water hun tot aan de lippen is gestegen, zoals bij pijnklachten.

Als bij deze patiënten in de voorlichting of communicatie rond hun ziekte iets misgaat, laten zij – niet in staat adequaat voor zichzelf op te komen – deze misverstanden vaak langdurig bestaan.

Het ontwijkende gedrag kan bij naasten en betrokken hulpverleners veel onmacht en irritatie oproepen. Overgevoelig voor elke zweem van kritiek als zij zijn, trekken deze patiënten zich gekwetst nog verder terug.

Hulpverleners dienen bij deze patiënten extra alert te zijn op dergelijke reacties. Een niet-kritische, empathische houding biedt de mogelijkheid een vertrouwensrelatie met hen op te bouwen. Voorts is het van groot belang deze patiënten duidelijk te instrueren bij welke symptomen en klachten zij om hulp moeten vragen.

De afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MENEER KUIT

De heer Kuit is 54 jaar en is ruim 20 jaar geleden behandeld voor een testiscarcinoom. Al die jaren is hij onder controle gebleven van de internist-oncoloog die hem destijds de chemotherapie voorschreef. De angst bij deze patiënt voor een recidief en de reactie van de oncoloog hierop hebben een patroon doen ontstaan waarin de oncoloog de belangrijkste steun en toeverlaat is geworden in zijn leven. Dit geldt helemaal sinds meneer Kuits ouders zijn overleden, nu acht jaar geleden.

Met vermoedens van een recidief komt hij regelmatig extra op het spreekuur. Het consult verloopt doorgaans volgens eenzelfde patroon. Op de levensvragen van meneer Kuit antwoordt de oncoloog met praktische adviezen. Op verzoek van de patiënt worden vaak ook de psychofarmaca iets bijgesteld. Gesterkt door de wijze raad verlaat meneer Kuit dan weer de spreekkamer. Een vaste gewoonte is ook de fles goede wijn geworden, die de

oncoloog rond de kerstdagen geroerd van deze dankbare man in ontvangst neemt.

Binnenkort gaat de oncoloog echter met pensioen. Een probleem doemt voor hem op. Zal deze patiënt niet in paniek raken als hij hoort van zijn vertrek? De oncoloog besluit de ziekenhuispsycholoog te consulteren.

BOX 18.8 AFHANKELIJKE-PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

De afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van onderdanig en aanklampend gedrag dat samenhangt met een excessieve behoefte om te worden verzorgd. Mensen met een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis hebben grote moeite met het nemen van alledaagse beslissingen zonder een buitensporige hoeveelheid advies en geruststelling van anderen. Ze hebben er vaak moeite mee om te laten blijken dat ze het niet eens zijn met een ander, vanwege hun angst om steun of goedkeuring te verliezen. Ze hebben vaak moeite om zelfstandig met een project te beginnen of zelfstandig activiteiten te verrichten. Ze kunnen erg ver gaan om zich te verzekeren van de zorg en steun van anderen. Als een hechte relatie stukloopt, kunnen mensen met deze persoonlijkheidsstoornis de sterke drang voelen op zoek te gaan naar een andere relatie die zal voorzien in de zorg en steun waar ze zo naar verlangen (American Psychiatric Association, 2014).

Mensen met een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis worden gekenmerkt door een buitensporige behoefte verzorgd te worden. In het contact met anderen zijn zij onderdanig en aanklampend, altijd angstig in de steek gelaten te worden.

In de voorgeschiedenis van deze patiënten is vaak elke stap naar onafhankelijkheid door de ouderlijke verzorgers subtiel en indringend geboycot. Op eigen benen staan is daardoor uiterst bedreigend geworden. De hechtingsstijl is angstig-gepreoccupeerd. In het volwassen leven durven zij niet te vertrouwen op hun eigen kracht, maar zijn voortdurend op zoek naar advies en geruststelling door anderen, die zij proberen verantwoordelijk te laten zijn voor belangrijke beslissingen in hun leven.

Hoe reageren deze mensen als ze kanker krijgen? Het voorbeeld van meneer Kuit laat zien hoe ingewikkeld de coaching van deze patiënten is. In de regel vereist een behandeling voor kanker enerzijds het vermogen om een deel van de autonomie tijdelijk op te geven en zich over te geven aan de medische behandelaars. Anderzijds is een gezonde autonomie noodzakelijk om zich weer los te kunnen maken van diezelfde behandelaars en op eigen kracht het leven te hervatten.

Patiënten met een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis zullen onder de dreiging van hun situatie nog sterker leunen op anderen. Zo kan het bij deze patiënten gebeuren dat de naaste familie – en niet de patiënt zelf – beslist dat een dieet is aangewezen of de behandeling moet worden voortgezet.

Ook de medische behandelaars kunnen, zoals in het voorbeeld van meneer Kuit, overbetrokken raken bij deze patiënten. Het risico is groot dat zij zich meer verantwoordelijk voelen dan zij daadwerkelijk zijn. De dankbare onderdanigheid van deze patiënten versterkt het bevredigende gevoel van de arts belangrijk te zijn voor de patiënt; een gevoel dat aansluit bij de basismotivatie van de meeste zorgverleners, namelijk iets te kunnen betekenen voor anderen. Zo kan een wat bizarre afhankelijkheidsrelatie ontstaan, die niet altijd gemakkelijk te verbreken is.

Het komt ook voor dat het afhankelijke, aanklampende gedrag juist ergernis opwekt, bijvoorbeeld bij de verpleegkundige van een verpleegafdeling, die doorgaans niet is toegerust op aandachtvragende patiënten wanneer de somatische toestand dat niet rechtvaardigt.

Ook bij deze patiënten is het gewenst om heldere afspraken te maken over geregelde momenten van aandacht. De ervaring dat er op gezette tijden aandacht voor hen is en niet alleen wanneer zij aanklampend reageren, zal hen goed doen. Zo nodig kan in overleg medicatie gegeven worden om de heftigheid van de onrust te dempen.

Belangrijk is aandacht aan het team te besteden en te voorkomen dat dit niet uit elkaar gespeeld wordt. Behandelaars kunnen immers uiteenlopend reageren op de zorg afdwingende patiënt: sommigen zullen de verzorgende rol innemen, anderen gaan zich ergeren. Hierdoor kunnen onderling verwijten ontstaan: zo kan de 'helper' het verwijt krijgen dat hij te veel aandacht aan de betreffende patiënt besteedt waardoor ander werk en patiënten erbij inschieten.

Vooraf de afbouw van het contact met de medische behandelaars vergt bij deze patiënten aandacht. Het is belangrijk met henzelf goed door te spreken en met de huisarts goed af te stemmen welke lichamelijke reacties normaal zijn en bij welke symptomen en klachten zij een appel kunnen doen op medische hulpverleners. Het kan helpen deze boodschap op schrift mee te geven, zodat deze patiënten, eenmaal thuis op zichzelf teruggeworpen, toch de zorg van hun behandelaar bij zich hebben.

De dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

CASUS MENEER WINTER

De heer Winter is 66 jaar en is na veertig jaar trouwe dienst als boekhouder op de financiële afdeling van een groot bedrijf vorig jaar met pensioen gegaan. Hij is opgenomen op de longafdeling in verband met het ophoesten van bloed en een verdachte vlek op de longfoto. De verpleging vindt het moeilijk met hem om te gaan. Hij is nors en heeft veel kritiek op hun doen en laten, bijvoorbeeld als de medicatie een kwartier te laat wordt gebracht of zijn maaltijd niet precies is zoals hij heeft besteld. Als zijn vrouw op een dag vergeten is om scheerzeep mee te nemen, krijgt hij een woede-uitbarsting.

In een gesprek met de psycholoog wordt duidelijk dat de heer Winter thuis een stipte dagstructuur aanhoudt. Hoewel hij met pensioen is, staat hij elke ochtend om zeven uur op en deelt zijn dag volgens precieze tijden in. De onzekerheid van het diagnostisch proces en de wat losse afdelingsstructuur maken hem uiterst gespannen.

BOX 18.9 DE DWANGMATIGE-PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS

De dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door een patroon van gepreoccupeerd bezig zijn met ordelijkheid, perfectionisme en controle. Mensen met een dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis proberen een gevoel van controle te houden door gepreoccupeerd bezig te zijn met details, regels, lijstjes, orde, organisatie of schema's. Hierbij verliezen ze het eigenlijke doel van de activiteit uit het oog.

Ze zijn zo buitensporig toegewijd aan hun werk en productiviteit dat ze geen tijd meer hebben voor ontspannende activiteiten en het onderhouden van vriendschappen. Deze mensen kunnen buitensporig consciëntieus, scrupuleus en rigide zijn in zaken van moraliteit, ethiek of waarden. Ze hebben vaak erg veel moeite om versleten en waardeloze spullen weg te gooien, want je weet maar nooit of je het een keer zou kunnen gebruiken. Ze zijn voorts onwillig om taken aan anderen te delegeren of met anderen samen te werken. Ze willen dat de dingen op hun manier gebeuren en dat mensen meegaan in hun manier van denken en werken. Ze kunnen overdreven zuinig en gierig zijn (American Psychiatric Association, 2014).

In het leven van mensen zoals meneer Winter staan een rigide ordelijkheid, perfectionisme en een grote behoefte aan controle centraal. Het zijn de kenmerken van de dwangmatige persoonlijkheid. Op zich zijn deze eigenschappen, in milde vorm, niet negatief. In een aantal beroepen, zoals dat van meneer Winter, zijn deze kwaliteiten zelfs noodzakelijk en effectief. Pas als de karaktereigenschappen de persoon in kwestie in zijn functioneren gaan blokkeren, is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis.

Welke problematiek ligt ten grondslag aan deze persoonlijkheid? Daar is geen eensluidende theorie over. Een opvatting is dat dwangmatige mensen in wezen uiterst onzeker zijn over zichzelf. Net als bij de andere persoonlijkheidsstoornissen zijn zij vaak als kind emotioneel verwaarloosd. Het verlangen naar liefde en aandacht en de woede over het ontbreken hiervan proberen zij te bedwingen door hun leven zoveel mogelijk onder controle te houden, volledig onafhankelijk en zelfstandig te zijn (Gabbard, 2014).

De emotionele afwijzing die zij zelf in de vroege hechting hebben ondervonden, leven ze vaak uit in de relaties met anderen. Ook hun naaste omgeving moet voldoen aan hun perfectionistische eisen en wordt daarmee nogal eens dogmatisch, dwingend en controlerend geconfronteerd.

Als deze mensen kanker krijgen, worden ze plotseling geconfronteerd met datgene wat ze hun leven lang hebben geprobeerd te vermijden: onzekerheid en controleverlies. De enorme angst die dit oproept, proberen sommigen te pareren door zich vast te bijten in allerlei regels en details rond de behandeling en verpleging, die op zich genomen

weinig relevant zijn. In de vermijdende hechtingsstijl is het een poging om zoveel mogelijk controle te herwinnen. Voor meneer Winter is het exacte tijdstip van medicatie van levensbelang geworden. Bij andere patiënten kan de vrees om de controle te verliezen zich uiten in heftige paniekaanvallen.

In de coaching van deze patiënten blijkt het nuttig te zijn om uitleg te geven over de tegenstrijdige opgave waarvoor deze patiënten gesteld worden: enerzijds controle proberen te krijgen op hun situatie, anderzijds ondermijnd worden door een ziekte en behandeling, waarop juist zo moeilijk greep te krijgen is. Het normaliseren van het heftige gedrag als een begrijpelijke reactie op deze moeilijke opgave helpt vaak. Tezamen met deze uitleg kan vervolgens met de patiënt worden overlegd rond welke aspecten van zijn situatie hij wél zelf de regie in handen kan nemen.

CASUS VERVOLG

Met de heer Winter wordt in overleg met de longarts afgesproken de geplande bronchoscoopie te vervroegen en de verdere onderzoeken poliklinisch te verrichten. Wanneer hij weer thuis is, kan hij weer over een deel van zijn leven zelf de regie voeren.

Een week later is de heer Winter tot rust gekomen en presenteert hij zich weer als de wat onderdanige en beheerste man die hij altijd was.

18.5 Samenvatting en conclusies

Een medische behandeling kan optimaal verlopen wanneer het contact tussen een patiënt en zijn behandelaars optimaal is. De patiënt voelt zich dan zo veilig, begrepen en gesteund als mogelijk. De behandelaar voelt zich competent en vakkundig en weet zijn diensten gewaardeerd. Zo'n optimaal contact ontstaat vaak met patiënten met een flinke dosis psychische gezondheid, een flexibel en ruimer 'window of tolerance' (hoofdstuk 20) en een groot draagvermogen. Zij kunnen efficiënt gebruikmaken van de aangeboden behandeling en zorg.

De communicatie is echter bedreigd bij patiënten met speciale karaktertrekken. Persoonlijkheidsstoornissen zijn daar het extreme voorbeeld van. Ze kunnen zó uitgesproken zijn dat er bemiddeld moet worden door bijvoorbeeld een psycholoog om de

vertaalslag te maken naar het gedrag dat het behandelcontact zo bemoeilijkt. Het gedrag moet voor de medische behandelaars begrijpelijk worden gemaakt en er moeten adviezen gegeven worden hoe de patiënt te benaderen om het contact te optimaliseren.

Vaak echter is de stoornis niet zo uitgesproken. De communicatieproblemen ontstaan sluipend en zijn lang impliciet. Het gaat dan om patiënten die irritatie oproepen of extra zorg verlangen, om patiënten die te weinig of juist te veel zorg dreigen te krijgen. Vanuit de behandelaars gezien gaat het om patiënten die een zware emotionele belasting kunnen vormen doordat zij positieve en negatieve tegenoverdrachtsgevoelens bij hen oproepen.

Het patiëntenperspectief is anders. Voor hen gaat het erom hoe ze hun hoofd boven water houden in een angstige, levensbedreigende situatie waarbij hun labiele gevoel van autonomie en de integriteit van hun lichaam en geest worden aangetast. Alle hen ter beschikking staande aanpassingsmogelijkheden zullen zij moeten mobiliseren om te overleven. De scherpe kanten van het karakter worden dan meestal scherper: de lastpakken worden lastiger, de afhankelijkken afhankelijker. Hun toch al beperkte draagvermogen (hun smalle 'window of tolerance') zal onder druk van de ziekte en de behandelingen dikwijls nog verder vernauwen. Behandelaars die iets begrijpen van dit gedrag en ermee om kunnen gaan, kunnen de patiënt vaak helpen zijn wereld iets minder bedreigend te maken. Uit ervaring blijkt de hechtingstheorie bij medische professionals een goed referentiekader te zijn om deze empathie te kunnen opbrengen.

Voor de patiënt is het een zegen zo'n behandelaar te treffen. De behandelaar zal zich tevreden en competent voelen wanneer een behandeling bij een patiënt met een moeilijke persoonlijkheid optimaal is verlopen. De psycholoog kan op zijn beurt tevreden zijn dat die vanuit zijn helikopterpositie heeft kun-

nen bemiddelen bij het verbeteren van het contact tussen de patiënt en zijn behandelaars.

Aanbevolen literatuur

- Baars, J. (2014). Persoonlijkheidsstoornissen. In A. Savenije, M. J. van Lawick & E. T. M. Reijmers (Red.), *Handboek Systeemtherapie, 2e herz. dr.* (pp. 747-758). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ingenhoven, T. J. M., Berghuis, J. G., Colijn, S., & Van, H. L. (2018). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: De Tijdstroom.

Websites

- www.thuisarts.nl/persoonlijkheidsstoornis

Referenties

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition. Amsterdam: Boom Psychologie.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders, Third Edition*. New York: Guilford Press.
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice, 5th edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theories to understand illness behaviour. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177-182.
- Ingenhoven, T. J. M., Berghuis, J. G., Colijn, S., & Van, H. L. (2018). *Handboek persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: De Tijdstroom.
- Maunder, R., & Hunter, J. J. (2015). *Love, fear and health: How our attachments to others shape health and healthcare*. Toronto: University of Toronto Press.
- Sanders, J. (2009). The use of reflection in medical education, AMEE guide, No. 44. *Medical Teacher*, 31, 685-695.

