

De patiënt met een persoonlijkheidsstoornis en het mentaliserend vermogen van de psychiater

H.D. PHILIPSZOON

SAMENVATTING Voor psychiaters is het contact met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen regelmatig lastig vanwege de moeilijke relatie met hen. Daarbij spelen psychodynamische kenmerken van de patiënt een rol, zoals gebruik van onrijpe afweermechanismen en een matig ontwikkeld mentaliserend vermogen. Deze fenomenen kunnen het mentaliserend vermogen van de psychiater tijdelijk verstoren, waardoor diens vaardigheid om problemen in de therapeutische relatie te herstellen vermindert. Met een patiëntenvignet wordt dit geïllustreerd. Door het herkennen van een tijdelijk gebrek aan mentaliseren bij de psychiater kan dit gecorrigeerd worden. Daardoor kan het contact tussen psychiater en patiënt of, als parallelproces, tussen psychiater en aios constructiever verlopen en kunnen vervolgens therapeutische interventies adequater ingezet worden.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 717-721

TREFWOORDEN mentaliseren, persoonlijkheidsstoornissen, therapeutische relatie



ARTIKEL



(Comorbide) persoonlijkheidsstoornissen komen regelmatig voor. In de bevolking is de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen gemeten volgens de DSM ongeveer 13%. Bij patiënten die onder behandeling zijn binnen de psychiatrie ligt dit percentage op 49%. Er is veel comorbiditeit, onder andere met depressieve en angststoornissen (Andrea & Verheul 2017). Als gevolg hiervan heeft iedere psychiater in de dagelijkse praktijk regelmatig met deze patiëntenpopulatie te maken.

Behandelaars ervaren het contact met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen regelmatig als lastig vanwege de ingewikkelde relatie die zich voordoet tussen hen en de patiënt. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen kunnen onder andere gekenmerkt worden door het gebruik van onrijpe afweermechanismen (Gabbard 2010) en een matig ontwikkeld mentaliserend vermogen (Bateman & Fonagy 2012). Deze fenomenen kunnen tegenoverdracht bij de psychiater oproepen (Gabbard 2010) en zijn of haar mentaliserend vermogen tijdelijk verstoren (Bateman & Fonagy 2012). Dit laatste houdt in dat de psychiater tijdelijk niet kan reflecteren, waardoor de vaardigheid om problemen in de therapeutische relatie te herstellen vermindert. In het volgende vignet illustreer ik dit. Het vignet

is gefingeerd en werd samengesteld uit verschillende deelervaringen.

VIGNET

Midden in de nacht werd ik als achterwacht gebeld door mijn aios. Zij was op de SEH bij patiënt A, een 31-jarige vrouw die zich eerder die nacht diep in haar bovenarm gesneden had. De wond was gehecht en de dienstdoende aios was erbij gehaald. Patiënte was in alle staten en vertelde dat haar superlieve vriend het had uitgemaakt, want hij zou verleid zijn door een nare vrouw. Ze vond dat de aios ervoor moest zorgen dat hij bij haar terugkwam.

Patiënte had vaker geautomutileerd, maar nooit zo erg als nu. Eerder werd ze er rustiger van, maar nu niet. Eigenlijk was er geen andere oplossing dan de terugkeer van haar vriend. De aios kon nog uit patiënte krijgen dat ze altijd problemen met vriendjes had en nooit een baan kon behouden. Maar ze wilde niet verder praten, want dat had toch geen zin en zo'n vreemde dokter vond zij niet te vertrouwen.

De aios klonk enorm gestrest aan de telefoon. Wat moest ze doen? Zou ze de ex-vriend bellen? Ze vroeg of ik een idee had. Ik merkte weinig empathie bij mezelf en dacht: 'Ach

ja, weer zo'n situatie waar een aios niet goed tegen kan, het zal wel loslopen'. Tegen mijn aios deed ik - tegen mijn gewoonte in - rationeel en weinig meelevend.

Persoonlijkheidsstoornissen en afweermechanismen

Persoonlijkheidsstoornissen worden zowel op descriptieve als op psychoanalytische, hermeneutische wijze beschreven. Het DSM-systeem is een voorbeeld van de descriptieve manier, waarbij de stoornis beschreven wordt aan de hand van waarneembare kenmerken. Voor alle persoonlijkheidsstoornissen volgens het DSM-systeem geldt dat ze aan algemene criteria moeten voldoen, namelijk een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van betrokkene wordt verwacht. Dit patroon veroorzaakt lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen (American Psychiatric Association 2014). Uit de beperkte gegevens van patiënte leek zij hieraan te voldoen: ze had altijd problemen met intieme relaties en met werk.

Een veelgebruikt psychoanalytisch systeem is de indeling die Otto Kernberg maakte (Kernberg 1976). In deze indeling onderscheidt hij een neurotische, borderline- of psychotische persoonlijkheidsorganisatie. Bij de neurotische persoonlijkheidsorganisatie maakt iemand vooral gebruik van neurotische afweermechanismen, zoals verdringen, rationaliseren, verschuiven en overdekken door het tegendeel. De persoon tempert zijn of haar intense gevoelens met cognitie.

Bijvoorbeeld: Ik heb zo'n situatie met patiënte en een aios al vaker meegemaakt en weet rationeel wat er moet gebeuren. Ik voel hier weinig bij. Bij rijpere afweermechanismen, zoals humor, anticiperen of sublimeren, worden gevoelens niet afgesplitst of getemperd, maar realiseert de persoon zich de lastige situatie met de bijbehorende negatieve gevoelens (Gabbard 2010).

Afweermechanismen bij borderlinepersoonlijkheidsorganisatie

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM hebben meestal een borderlinepersoonlijkheidsorganisatie. Met andere woorden: niet alleen de borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft deze organisatie. Personen met een dergelijke persoonlijkheidsorganisatie gebruiken volgens de indeling van Kernberg onrijpe afweermechanismen, zoals splitsen, idealiseren, projecteren en projectieve identificatie. Bij idealisatie worden alleen perfecte eigenschappen aan de ander toegeschreven als een manier om negatieve gevoelens te vermijden. Bijvoorbeeld: patiënte beschreef haar vriend als superlief. Bij projectieve identifi-

AUTEURS

DORIEN PHILIPSZOON, psychiater en psychoanalytisch psychotherapeut, Dagkliniek Psychiatrie, Zaans Medisch Centrum en in eigen praktijk te Amstelveen.

CORRESPONDENTIEADRES

H.D. Philipszoon, Keizer Karelweg 400, 1181 RK Amstelveen.
E-mail: dorienph@xs4all.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-2018.

catie wordt het nare af te weren gevoel als het ware in de ander gestopt. De ander gaat voelen wat de persoon niet kan voelen. Bijvoorbeeld: de aios was erg gestrest van patiënte geworden en ze voelde zich wanhopig. Dit lijkt hetzelfde wanhopige gevoel wat patiënte voelde en wat de aios vervolgens door projectieve identificatie ervoer. De wanhoop van patiënte was ondragelijk en 'moest eruit'. Volgens Fonagy zou het ondragelijke gevoel van patiënte een zogenaamd alien self kunnen zijn, een niet te verdragen stukje zelf dat waarschijnlijk op vroege leeftijd door herhaalde traumatische ervaringen ontstaan is (Bateman & Fonagy 2012). Dit alien self ondermijnt de coherentie van het zelf en moet daarom verwijderd worden. Dit kan bijvoorbeeld door het projecteren ervan in een andere persoon of door het alien self er letterlijk uit te snijden door automutilatie. Anders gezegd: het verwijderen van het alien self gebeurt niet met een manipulatieve bedoeling, maar is noodzakelijk voor de patiënt, omdat de emotionele pijn veroorzaakt door het alien self onverdraaglijk is.

Mentaliseren

Mentaliseren is het vermogen om eigen gedrag en dat van anderen te zien als voortkomend uit gevoelens, wensen en intenties. Als iemand mentaliseert, beseft deze dat hij of zij en de ander allebei personen zijn met eigen wensen, gevoelens en bedoelingen, die niet overeen hoeven te komen (Bateman & Fonagy 2012).

Het mentaliserend vermogen kan alleen voldoende tot ontwikkeling komen in een veilige gehechtheidsrelatie, waarin congruent en gemarkeerd gespiegeld wordt. In een normale situatie gebeurt dit in de interactie tussen de primaire verzorger en de baby.

Als zowel moeder als vader vooral inadequaat spiegelt en er geen andere belangrijke verzorger is die wel goed spiegelt, kan het mentaliserend vermogen zich onvoldoende ontwikkelen. De persoon zal de psychische realiteit vaak op een primitieve manier ervaren en functioneren in

zogenaamde prementaliserende modi. Dit is ook het geval bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Er zijn drie prementaliserende modi: de teleologische modus, de modus van psychische equivalentie en de alsof-modus.

Bij de teleologische modus worden acties en gedrag begrepen in termen van fysieke gevolgen: er moet iets gebeuren, dat is de enige manier om gevoelens te veranderen. In het vignet zat patiënte in deze modus: 'Als Jan niet terugkomt, kan ik niet meer leven'. Ook de aios lijkt, aangestoken door patiënte, te functioneren in deze modus: 'Ik moet Jan hier krijgen, zal ik hem bellen?'

Bij de modus van psychische equivalentie worden realiteit en fantasie gelijkgesteld: 'wat ik denk, is waar'. Dan zijn traumatische herinneringen bijvoorbeeld zo bedreigend, ondanks dat het gedachten zijn en nu geen realiteit meer. Bij de alsof-modus ontbreekt het verband tussen realiteit en fantasie, het gevoel is losgekoppeld van de werkelijkheid. In het vignet lijkt de psychiater in deze modus te zitten: ik voel weinig, rationaliseer en ben weinig empathisch.

Tijdelijk onvermogen tot mentaliseren

Mentaliserend vermogen is een dynamische capaciteit. Iedereen kan zijn of haar mentaliserend vermogen tijdelijk verliezen en terugkeren naar een prementaliserende modus, met name bij stress, pijn en vermoeidheid, of als een 'gevoelige plek' wordt geraakt. Bij personen met een matig ontwikkeld mentaliserend vermogen zal dit sneller gebeuren dan bij personen bij wie dit vermogen goed ontwikkeld is.

Iedere psychiater of andere hulpverlener verliest wel eens zijn of haar mentaliserend vermogen. In allerlei situaties, zoals contact met suïcidale patiënten, met patiënten die projectieve identificatie gebruiken, in stressvolle teamvergaderingen, et cetera, kan hij of zij terecht komen in een prementaliserende modus. Zoals eerder gezegd, is dit een normaal verschijnsel. In het vignet is dit duidelijk het geval bij de aios. Maar iets minder duidelijk gebeurt dit ook bij mij als achterwacht door het machteloze gevoel dat mijn aios op mij overbrengt, waardoor ik mijn gevoel afsplits en in de alsof-modus terechtkom.

Het is van belang dat je een tijdelijk verlies van mentaliseren herkent en er zo goed mogelijk mee omgaat. Maar hoe doe je dat?

Hoe omgaan met tijdelijk onvermogen tot mentaliseren bij de psychiater?

In het algemeen is het bij ieder patiëntencontact nuttig om jezelf met een niet-wetende houding te bevragen. Bijvoorbeeld met vragen als: 'Wat gebeurt er nu? Wat voel ik, wat denk ik, wat wil ik doen?' En dan na te gaan of je voelen,

denken en handelen adequaat en rationeel is of te maken heeft met één van de prementaliserende modi. Er is een aantal signalen voor het functioneren in prementaliserende modi en het tijdelijk verlies van mentaliseren. Als je in een teleologische modus zit, wil je vaak iets doen. Als je boos wordt op je patiënt kan dat een signaal zijn dat je in de modus van psychische equivalentie functioneert. In de alsof-modus kun je je verveeld voelen of alles overdreven vinden.

Als je je realiseert dat je niet mentaliseert, dus als je hierover kunt nadenken, heb je je mentaliserend vermogen meestal weer terug. Maar als je bijvoorbeeld voelt dat je echt iets moet doen, maar tegelijkertijd ook voelt dat dat niet helemaal klopt, kan je met de niet-wetende, nieuwsgierige attitude interventies uit op mentaliseren gebaseerde therapie (MBT) op jezelf toepassen (Philipszoon 2015). Je kunt bijvoorbeeld nogmaals aan jezelf vragen 'Wat gebeurt er nu? Ben ik zo in de war? Waarom voel ik geen empathie? Hoe zou dat komen?'

Je kunt ook de interventie 'Stop en sta stil' gebruiken, waarbij je het gesprek even stopzet en zegt: 'Wacht even, ik begrijp even niet wat er nu gebeurt'.

Als dit onvoldoende helpt, is het soms nodig om het gesprek met de patiënt of de aios tijdelijk stop te zetten en zelf na te denken of te overleggen met een collega. Dit lijkt tijdrovend en omslachtig, zeker in een SEH-situatie, maar het levert juist winst op, omdat er dan een doordacht beleid gemaakt kan worden met een grotere kans op slagen dan bij een impulsief verzonnen strategie het geval zal zijn.

VERVOLG VIGNET

Terug naar de SEH. Patiënte en de aios waren overstuur, zaten in de teleologische modus en hadden geen adequaat contact. Aan de telefoon had ik alles onder controle, maar ik miste mijn gewone meelevende gevoel en had eigenlijk geen goed contact met de aios. Ik zei tegen haar: 'Ik moet even nadenken' en was een tijdje stil.

Ik dacht: 'Wat is er nu eigenlijk aan de hand? Wat voel ik? Waarom voel ik zo weinig? Ben ik misschien aan het rationaliseren, wat ik wel vaker doe als ik iets te spannend vind?' (ik was dus met niet-wetende nieuwsgierige houding mezelf aan het bevragen). 'Oh ja, dit is eigenlijk wel een spannende situatie en ik erger me aan mijn aios en aan patiënte, wat stellen zij zich allebei regressief en afhankelijk op. Maar misschien zijn ze allebei echt in paniek? Misschien is patiënte door het weggaan van haar vriend wanhopig geworden en kan ze niet meer reflecteren. En misschien is mijn aios door stress en projectieve identificatie door patiënte ook tijdelijk haar mentaliserend vermogen kwijt'.


Terwijl ik dit overdacht, kwam mijn mentaliserend vermogen vanzelf terug en kon ik weer goed contact maken. Ik

zei tegen mijn aios: 'Wat een lastige situatie. Voor patiënte en ook voor jou. Hoe gaat het eigenlijk met jou?' De aios kon door deze vraag beginnen met nadenken over hoe ze zich voelde en wat er aan de hand was. En ook zij kreeg op deze manier haar mentaliserend vermogen terug. Het contact tussen mijn aios en mij was hersteld en samen konden we nadenken over patiënte en wat het beste beleid zou kunnen zijn. Mijn aios zou, nu zijzelf weer mentaliseerde, nogmaals met patiënte praten met een niet-wetende, nieuwsgierige houding.

Dit lukte. Het lukte ook om patiëntes verdrietige situatie met haar op een adequate manier te bespreken en een afspraak te maken voor de volgende dag bij de crisisdienst voor verdere hulp. De acute situatie werd gesust en escaleerde op dat moment niet verder.

CONCLUSIE

Iedere psychiater treft regelmatig patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in het dagelijkse werk. In deze bijdrage beschreef ik de potentieel ingewikkelde relatie patiënt – aios – supervisor aan de hand van verschillende psychodynamische kenmerken van deze patiëntenpopulatie, namelijk het gebruik van onrijpe afweermechanismen en een matig ontwikkeld mentaliserend vermogen. Tevens gaf ik praktische tips hoe om te gaan met deze fenomenen, zodat de psychiater zich in de praktijk makkelijker realiseert wat er tussen hem of haar en de patiënt of als parallelproces tussen hem of haar en de aios gebeurt en wat hij of zij zou kunnen doen om het contact te verbeteren en plezieriger te maken.

 Mevrouw M. Deben-Mager, psychiater, gaf waardevol commentaar op het manuscript van dit artikel.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Amsterdam: Boom; 2014.
- Andrea H, Verheul R. Categoriele classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In: Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM, red. Handboek persoonlijkheidspathologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017. p. 89-117.
- Bateman AW, Fonagy P. Handbook of mentalizing in mental health practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.
- Gabbard G. Psychodynamische therapie in de praktijk, een heldere en toegankelijke werkwijzer. Amsterdam: Hogrefe; 2010.
- Kernberg OT. Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. J Am Psychoanalytic Assoc 1976; 24: 795-829.
- Philipszoon HD. Mentaliseren en op mentaliseren gebaseerde therapieën: MBT. Tijdschrift voor Psychoanalyse 2015; 4: 251-63.

SUMMARY

The patient with a personality disorder and the mentalizing capacity of the psychiatrist

H.D. PHILIPSZOON

Contact with patients with a personality disorder can be difficult due to the complicated relationship between them and the psychiatrist. Psychodynamic characteristics of the patient seem to influence this process, such as the use of primitive defence mechanisms and a moderately developed mentalizing capacity. These might temporarily disrupt the mentalizing capacity of the psychiatrist, diminishing the psychiatrist's ability to solve problems in the therapeutic relationship. This is illustrated using a patient vignette. The process can be corrected by recognizing the temporary lack of mentalizing abilities of the psychiatrist. As a result contact between psychiatrist and patiënt (or between psychiatrist and resident) will be more constructive, and therapeutic interventions can be applied more adequately.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)10, 717-721

KEY WORDS mentalizing, personality disorders, therapeutic relationship