

Analytisch-residentiële behandeling van maligne narcisme

K. MICHIELS, R. VERMOTE

SAMENVATTING De diagnose ‘maligne narcisme’ plaatst grote vraagtekens bij de analytische behandelingsmogelijkheden van een patiënt, zeker bij groepstherapie. De prognose is niet zo gunstig, omdat er een neiging is tot destructie van al het goede, inclusief de therapeutische relatie. Deze destructiviteit kan tevens de behandeling van medepatiënten ernstig ondermijnen. In dit artikel wordt echter met een gevalbeschrijving geïllustreerd dat langdurige analytisch-residentiële therapie succesvol kan zijn. Een theoretische achtergrond wordt geschetst om de behandeling begrijpelijk te maken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 59-64]

TREFWOORDEN groepstherapie, maligne narcisme, psychoanalyse

GEVALSBESCHRIJVING

Een 25-jarige jongeman wordt na een eenmalige consultatie bij een psychiater doorverwezen naar het UC Sint-Jozef te Kortenberg wegens een depressief beeld met ernstige suïcidedreiging en een onderliggende narcistische problematiek.

Patiënt heeft het tijdens de observatiegesprekken op de opnameafdeling over klachten van aanhoudende neerslachtigheid, lusteloosheid, levenloosheid en concrete suïcidedachten. Als uitlokkende factoren vermeldt hij het beëindigen van zijn studies en een relatiebreuk. Hij beschrijft hoe hij in alles steeds de perfectie nastreeft. Hij heeft het gevoel dat hij zichzelf progressief verliest, alleen maar op routine functioneert en nog nauwelijks beslissingen kan nemen. Hij klaagt over een totaal gebrek aan persoonlijkheid of gevoelens omdat hij altijd aan de verwachtingen van anderen wil voldoen zodat ze hem gaan bewonderen. Dit veroorzaakt een grote lijdensdruk. Omdat hij mensen nodig heeft, doet hij alsof hij hen graag ziet, maar hij ervaart dit zelf als een kunstmatig

gevoel. Hij scheidt er plezier in mensen te manipuleren. Zo maakte hij het zijn vriendin op het einde van de relatie opzettelijk moeilijk zodat zij de relatie zonder verdriet kon verbreken. Hij voelt zich bovendien op intellectueel vlak zo ver boven zijn omgeving staan dat er geen contact meer mogelijk lijkt.

Hij spreekt over sadistische neigingen zoals het genoegen dat hij beleeft wanneer extreem rechtse of terroristische daden autoriteiten omverwerpen. Hij vindt zichzelf ziek omdat hij dergelijke gedachten heeft. Hij maakt in zijn bewondering geen onderscheid tussen geniaal bedachte criminele daden of baanbrekende wetenschappelijke ontdekkingen. Hij beschrijft bizarre ideeën zoals zijn ‘visioenen’ over hoe het leven er binnen 1000 jaar zal uitzien en fantaseert over het creëren van architectuur met een ultieme emotionele impact met als inspiratiebron de Duitse bunkers uit de Tweede Wereldoorlog.

Patiënt beëindigde zijn hogere studies met uitstekende cijfers. Aanvullend deed hij een specialisatiejaar omdat hij vond dat hij niet goed ge-

noeg was voor de hem aangeboden functie in een gerenommeerd bedrijf. Hij ging daar na zijn specialisatiejaar aan het werk maar kon zich niet afgrenzen, omdat hij ook hier de perfectie nastreefde. Hij won verschillende artistieke wedstrijden. Hij ontwierp ook zijn slaapkamer die hij inrichtte als een mausoleum waarbij hij al zijn kostbare voorwerpen, waaronder een gestolen Esso-tijger, om zich heen stalde.

Er wordt een psychodiagnostisch onderzoek afgenomen. Patiënt situeert zich op hoogbegaafd niveau. Er is sprake van ernstig verstoorde ik-functies, niet typisch voor een schizofreen proces. De afgrenzing faalt dramatisch en agressieve impulsen komen direct en openlijk naar voren. Er is een hoge mate van destructiviteit, desintegratie en devitalisatie.

Er is wel sprake van een identiteit. In zijn objectrelaties komt hij tot differentiatie en triangulariteit. Hij vraagt zich voortdurend af of hij zich naar de verwachtingen van anderen moet plooiën, maar blijkt niet stenisch genoeg en neemt afstand van zijn identiteit. Hierdoor voelt hij zich gekwetst en krypt hij een gigantische frustratie op die zich uit in een haat tegen autoriteit. Hij vlucht in een megalomane, morbide fantasie.

Patiënt is zeer egocentrisch in zijn objectrelaties. Hij zegt niets over het emotionele maar gaat onmiddellijk tot actie over. Vanwege de zeer problematische agressiehuishouding bestaat een groot gevaar op agressieve acting-out, naar de omgeving of naar zichzelf in de vorm van suïcide.

Samenvattend is er sprake van een narcistische kern, gepsychopathiseerde elementen en een falende realiteitstoetsing.

Patiënt formuleert een hulpvraag waarbij hij op een meer eerlijke en bevredigende manier met anderen wil omgaan. Hij verwacht een kritische tegenspreker die in een intellectueel discours zijn overtuigingen ontkracht. Als alternatief ziet hij of een zwervend bestaan of suïcide. De suïcidedreiging maakt een ambulante therapie onmogelijk en we stellen een langdurige analytisch-residentiële groepstherapie voor met de duidelijke afspraak dat exploitatie van medepatiënten of zelfdestruc-

tief gedrag leidt tot onmiddellijke stopzetting van de therapie. Dit is een eerste interventie om zijn destructie tegen te houden.

THEORETISCHE ACHTERGROND

De analytisch-residentiële behandeling steunt op drie pijlers (Vermote e.a. 2004; Vermote & Vansina-Cobbaert 1998). Ten eerste poogt men een dragende basale ervaring te bieden waardoor de patiënt zich voldoende veilig kan voelen om zijn kwetsbaarheden te tonen. Deze veiligheid wordt gegarandeerd door een duidelijk kader, beperking van (zelf)destruïctief gedrag en de ervaring dat groepstherapeuten op een empathische wijze met gevoelens omgaan, deze (ver)dragen en interpreteren zodat de angst afneemt.

Ten tweede probeert men primitieve defensiemechanismen tegen te gaan en tot goed geïntegreerde objecten te komen. Onbewuste herhalingen van pathogene gedrags- en denkpatronen op de afdeling worden doorgewerkt.

Ten derde probeert men denk- en gevoelswereld van de patiënt meer in overeenstemming te brengen met de realiteit (mentalísatie).

Persoonlijkheidsstoornissen (PSS) kunnen geplaatst worden op een continuüm van meer neurotische tot bijna psychotische pathologie. Hierbij is er gradueel sprake van grotere hiaten in het gevoel van basale veiligheid, meer gespleten innerlijke objecten, een slechtere realiteitstoetsing en een verminderde mogelijkheid tot mentaliseren (Vermote 2000). In het midden van dit spectrum ligt de narcistische PSS. De antisociale PSS ligt dicht bij de psychotische zijde met nog meer gespleten en agressieve innerlijke objecten, een grotere vervorming van de realiteit en zeer geringe mentalísatie waarbij er bijna geen contact meer met de emotionele realiteit bestaat. Bovendien is hier een ernstige superegopathologie aanwezig.

Kernberg (1984, 1989b) plaatst maligne narcisme tussen de narcistische en de antisociale persoonlijkheid. Hij beschouwt dit als een narcistische persoonlijkheidsproblematiek waarbij er naast de splitsing van de innerlijke objecten ook

een idealisatie van en identificatie met agressieve deelobjecten optreedt, als verdediging tegen een gevoel van zwakte. Dit leidt tot antisociaal gedrag, egosyntone agressie (via een bewuste ideologie of autodestructief gedrag) en een paranoïde oriëntatie. Vergeleken met de antisociale PSS is het defect in de superego-ontwikkeling minder groot en blijven schuldgevoelens en loyaliteit aanwezig wat een therapeutische relatie mogelijk maakt.

Kernberg (1984, 1989a) acht het van cruciaal belang het destructieve gedrag van de patiënt naar zichzelf, de omgeving of de analyse te beperken, zelfs wanneer dit ten koste gaat van de therapeutische neutraliteit. Daarnaast moet oneerlijkheid systematisch geanalyseerd en geconfronteerd worden. Verder verloopt de behandeling zoals bij elke narcistische problematiek, waarbij men aandacht besteedt aan het feit dat men niet in staat is zich afhankelijk van de analyticus op te stellen en men defensiemechanismen zoals splitsing en almachtsfantasiën duidt in de overdracht.

Rosenfeld (1971, 1987) spreekt van 'destructief narcisme', een vorm van 'thick-skinned' narcisme waarbij de patiënt agressieve delen van zichzelf idealiseert, deze in externe objecten projecteert en er zich mee identificeert, waardoor een gevoel van onnipotente controle ontstaat. Elke liefdevolle relatie wordt met plezier vernietigd als verdediging tegen afhankelijkheid. Patiënt verbergt vaak zijn destructieve wensen, maar het onderkennen ervan is zeer belangrijk, aangezien hij eveneens de wens heeft de analyticus/analyse te vernietigen. Door zich bewust te worden van de agressieve impulsen zal de invloed ervan op patiënt en analyticus afnemen. Rosenfeld onderzoekt ook positieve aspecten van het narcisme om te voorkomen dat het zelfbeeld te veel wordt aangetast en om ervoor te zorgen dat de analyticus niet dezelfde functie gaat vervullen als het zeer destructieve superego.

Bateman (1998) stelt bij thick-skinned narcisme het overleven van de analyticus centraal. De analyticus moet zijn capaciteit tonen om over de ervaringen van de patiënt te kunnen nadenken zelfs al leidt dit in het begin tot een constante dialoog tussen analyticus en patiënt.

Rush (2000) bespreekt twee aspecten bij destructief narcisme: enerzijds de identificatie met het agressieve object dat als onnipotent beleefd wordt, anderzijds het slachtoffer van dit geïnternaliseerde object. Het is vaak het slachtoffer dat de analyse ondergaat met symptomen van depressiviteit, suicidaliteit of autodestructief gedrag. Het is echter van cruciaal belang de onbewuste agressor eveneens te onderkennen. Destructieve elementen worden geanalyseerd zodat hun invloed kan afzwakken en positieve objecten versterkt zodat ze de destructiviteit kunnen doorbreken en neutraliseren.

Green (2002) spreekt van negatief narcisme waarbij destructieve aspecten domineren en een universele minachting centraal staat die leidt tot een verarming van het subject, bijna tot vernietiging ervan. Affecten zijn afgevlakt en pijn, droefheid en doodsheid vormen de algemene toonaard. Een overdrachtsrelatie wordt moeilijk bereikt door het gevoel dat liefde voor de analyticus tot niets leidt. Green besteedt voornamelijk aandacht aan zelfdestructieve impulsen die hieruit kunnen voortvloeien.

THERAPIEVERLOOP

In de eerste maanden trekt patiënt zich terug in zijn narcistische wereld waar anderen een beperkte rol spelen. Hij is observator van de groep en spreekt alleen als hij rechtstreeks wordt aangesproken. Hij minimaliseert zijn problemen en kiest ervoor te luisteren naar anderen. Hij gedraagt zich als de 'ideale' patiënt en vindt de afdeling 'fantastisch'. De groepsleden raken erg geboeid door zijn bijna mysterieuze aanwezigheid: hij is 'de speciale'. Wanneer hij zich slechter voelt, trekt hij zich terug in zijn kamer. Hij schermt zijn denk- en gevoelswereld bijna volledig af. Wanneer hij spreekt, gebeurt dit met complexe metaforen die hij zo ver doortrekt dat hij zichzelf erin verliest en de terugkoppeling naar de realiteit niet meer kan maken. Hij heeft bizarre ideeën zoals zijn fantasie om te versmelten met de kosmos, of morbide fantasieën die hij beschrijft zonder terughoudend-

heid en zonder blijk van enig besef van de impact hiervan op anderen. In de beeldende therapie schildert hij personen zonder gezicht. Om een gevoel van basale veiligheid tot stand te brengen, interveniëren we weinig en geven we hem zoveel mogelijk ruimte. We werken voornamelijk in het hier en nu en stimuleren zijn realiteitszin.

Hij wil dat er op de afdeling een goede sfeer heerst. Hij zegt te genieten van de warmte die hij ervaart en deze nodig te hebben om de gevoelige jongen te kunnen zijn die hij eigenlijk is. De relatieve afwezigheid van verwachtingen maakt dat hij zijn identiteit niet moet aanpassen aan de omgeving. Dit is een nieuwe, veranderende ervaring. Langzamerhand komt hij meer uit zijn isolement en begint hij te praten over zijn kindertijd. Zijn vader was afwezig en met andere gezinsleden zegt hij evenmin een emotionele band gehad te hebben. Er manifesteert zich een immense kwaadheid naar zijn ouders vanwege hun hoge verwachtingen waardoor hij onvoldoende ruimte kreeg voor zijn gevoelens of identiteit. Hij krijgt destructieve fantasieën waarbij hij zich bijvoorbeeld inbeeldt hun huis en tuin in brand te steken. In het begin ontbreekt elk gevoel van liefde, maar later brengt hij toch enig begrip op voor de goede bedoelingen die vermoedelijk achter dit strenge verwachtingspatroon schuilgingen. In de beeldende therapie worden de kleuren van zijn 'gezichtsloze portretten' zachter. Onze interventies zijn gericht op het inleven in zijn kwetsbaarheid, het beperken van de destructie en het duiden van splitsingsmechanismen.

Wanneer een medepatiënte vertelt hoe ze op gruwelijke wijze getraumatiseerd werd door haar criminele vader, schrikt patiënt hevig van zijn eigen agressieve fantasieën en idealisatie van perfect uitgevoerde moorden. Hij ervaart dit als een keerpunt omdat hij opeens geconfronteerd wordt met het effect van agressie op anderen waar hij eerder weinig bij had stilgestaan. In de beeldende therapie schildert patiënt een zeer agressieve, getormenteerde gelaatsuitdrukking. We confronteren hem herhaaldelijk met zijn idealisatie van agressie.

Vervolgens besteedt patiënt veel aandacht aan zijn interacties met anderen en zoekt hij vaker de gemeenschappelijke ruimtes op de afdeling op. In het begin observeert hij alleen, maar vervolgens laat hij zich betrekken bij het groepsgebeuren en gaat diepere contacten aan. Anderen krijgen meer betekenis.

In de therapieën spreekt hij over meer gewone ervaringen en laat hij zijn complexe beeldspraak achterwege. Zijn leven speelt zich meer in het heden af en niet hoofdzakelijk in een door woede, minachting of onverschilligheid gekleurd verleden of een extreem narcistisch gefantaseerde toekomst. De controle die hij eerder over zichzelf of de groep uitoefende, laat hij geleidelijk aan wat varen. Hij spreekt nog steeds weinig over zijn gevoelens, maar hij is duidelijk meer spontaan en emotioneel aanwezig. Zijn vermogen tot mentalisatie is toegenomen.

Als de opname op zijn einde loopt, wordt patiënt weer depressiever. De depressiviteit is echter niet meer een destructie tegen het zelf gericht maar een reactie op het afscheid van iets dat als goed ervaren wordt. De realiteit en haar verwachtingen beangstigen hem. Hij wil dan ook na een rustperiode werk zoeken ver beneden zijn intellectueel niveau. In de beeldende therapie schildert patiënt nu figuren met een aangezicht, enigszins mysterieus en verdrietig maar onmiskenbaar emotioneel aanwezig. De ander heeft een gelaat gekregen. We helpen hem bij zijn depressiviteit en ondersteunen zijn zelfbeeld.

Patiënt krijgt na zijn ontslag psychiatrische begeleiding, naast zijn ambulante psychoanalytische therapie. In het begin imiteert hij thuis het therapieschema enkele uren per dag met 'meditatie' en 'beeldende therapie'. Het is alsof hij geen afscheid kan nemen van de afdeling, uit angst dat het goede dat hij daar ervaren heeft weer vernietigd wordt. Nadat hij hiermee is geconfronteerd, ontwikkelt hij realistische toekomstperspectieven en vindt hij weer werk naar zijn kunnen.

CONCLUSIE

Vanwege suïcidedreiging kan residentiële behandeling van patiënten met maligne narcisme noodzakelijk zijn, waarbij de nadruk ligt op het bereiken van een doorleefd inzicht in de persoonlijkheidsproblematiek. De hier beschreven patiënt heeft een basaal gevoel van veiligheid ervaren en geïnternaliseerd. Zijn vermogen tot mentalisatie is duidelijk toegenomen waarbij hij minder rationaliseert en meer in contact komt met zijn eigen gevoelens. Anderen hebben een grotere betekenis verworven en zijn empathie is toegenomen met minder manipulerende relaties tot gevolg. De omnipotentie van zijn destructie is verminderd en het geloof in het bestaan en overleven van een goed object gegroeid. Intensieve ambulante analytische therapie is noodzakelijk om deze ontwikkeling voort te zetten.

LITERATUUR

- Bateman, A.W. (1998). Thick- and thin-skinned organisations and enactment in borderline and narcissistic disorders. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 13-25 (of 631-638).
- Green, A. (2002). A dual conception of narcissism: positive and negative organizations. *Psychoanalytic Quarterly*, 71, 631-649.
- Kernberg, O.F. (1989a). An ego psychology object relations theory of the structure and treatment of pathologic narcissism. An overview. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 723-729.
- Kernberg, O.F. (1989b). The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 553-570.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven: Yale university Press.

- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: an investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 169-178.
- Rosenfeld, H. (1987). *Impasse and interpretation*. London: Tavistock publications.
- Rush, S. (2000). At one with death: destructive narcissism. *Psychoanalytic Quarterly*, 69, 711-740.
- Vermote, R. (2000). Psychoanalytische en psychiatrische diagnostiek bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 667-674.
- Vermote, R., & Vansina-Cobbaert, M.J. (1998). A psychoanalytic hospital unit for people with severe personality disorders. In J. Pestalozzi, R.D. Hinshelwood, D. Houzel e.a. (Red.), *Psychoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings*. London: Karnac Books.
- Vermote, R., Vertommen, H., Corveleyn, J., e.a. (2004, maart). The Kortenberg-Louvain process-outcome study. Paper en poster gepresenteerd op het 43ste IPA congres 'Working at the frontiers'. New Orleans.

AUTEURS

- K. MICHIELS is psychiater en verbonden aan het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg, België.
- R. VERMOTE is psychiater-psychoanalyticus en diensthoofd Klinische Psychoanalytische Psychotherapie in het Universitair Centrum Sint-Jozef te Kortenberg, België.
- Correspondentieadres: mevr. K. Michiels, Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg, België.
E-mail: kathleen.michiels@uc-kortenberg.be

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-2-2005.

SUMMARY

Analytic in-patient treatment of malignant narcissism. A case study – K. Michiels, R. Vermote –

It is extremely doubtful whether a patient diagnosed with malignant narcissism will respond positively to analytic therapy, particularly group therapy. The prospects for recovery are not favourable because a patient with malignant narcissism has a tendency to destroy everything that is good, including the therapeutic relationship, and this destructiveness can seriously undermine the treatment of other patients. Nevertheless, in this article a case is presented that illustrates that long-term analytic in-patient treatment can be successful. The theoretical background to the diagnosis is outlined so that readers will be able to understand the nature of the treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 48(2006)1, 59-64]

KEY WORDS group therapy, malignant narcissism, psychoanalysis