

De narcistische persoonlijkheidsstoornis

Samenvatting

In dit hoofdstuk worden de volgende onderwerpen bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis behandeld: de (verplichte) classificatie volgens DSM-5, screening in vijf stappen, en de diagnostiek volgens het nieuwe dimensionele model van DSM-5*, screening en verdiepend testen in zeven stappen, leidend tot zowel een geïndividualiseerd niveau van persoonlijkheidsdisfuncties als een geïndividualiseerd patroon van pathologische trekken. Deze worden samengevat in een geïndividualiseerde diagnose en holistische theorie of probleemsamenhang van de individuele patiënt. Deze holistische theorie met daarin de functieanalyses van het kerngedrag en symptoomgedrag van de individuele patiënt is de verbindende schakel tussen diagnose en behandelplan van de cognitieve gedragstherapie.

Ook wordt veel aandacht gegeven aan de stoornissen en *valkuilen in de therapeutische relatie*, en hoe deze concreet *zelf te analyseren en te hanteren* zijn. Er worden concrete voorbeelden gepresenteerd van casuïstiek, testuitkomsten en zelfanalyses, en figuren van functieanalyse, behandelplan en de *functieanalyse van de therapeutische relatie*. Overzichtelijke kaders vatten de klinische en wetenschappelijke kennis over de narcistische persoonlijkheidsstoornis samen.

10.1 Classificatie volgens DSM-5, categoriaal model – 345

- 10.1.1 Stap 1: opvallendste indruk – 345
- 10.1.2 Stap 2: screening op DSM-5-criteria – 346
- 10.1.3 Stap 3: screening op cognities en kerngedrag volgens Beck – 347
- 10.1.4 Stap 4: interactiediagnose van het kerngedrag – 348
- 10.1.5 Stap 5: de DSM-5-classificatie vaststellen met delen van de SCID-II – 349

10.2 Diagnostiek volgens DSM-5*, dimensioneel model – 349

- 10.2.1 De fase van diagnostiek – 349
- 10.2.2 Stap 1: opvallendste indruk en trekken – 350
- 10.2.3 Stap 2a: globale screening op disfunctioneren wat betreft identiteit, zelfsturing, empathie en intimiteit – 350

- 10.2.4 Stap 2b: globale screening op pathologische en algemene trekken – 351
- 10.2.5 Stap 3a: screening op cognities en kerngedrag volgens Beck – 352
- 10.2.6 Stap 3b: topografische analyses van het kerngedrag door zelfobservatie van patiënt met G-schema – 353
- 10.2.7 Stap 4a: interactiediagnose van het kerngedrag – 354
- 10.2.8 Stap 4b: zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie – 354
- 10.2.9 Stap 5: verdiepend testen van facettenpatroon, temperament en copingstijl – 354
- 10.2.10 Stap 6a: vaststellen van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren met de NPFS** – 355
- 10.2.11 Stap 6b: vaststellen van pathologische trekken met de uitvoerige PID-5** – 355
- 10.2.12 Stap 7: geïndividualiseerde DSM-5*-diagnose geïntegreerd in getoetste holistische theorie – 356

- 10.3 Functieanalyse en betekenisanalyse van het kerngedrag – 359**

- 10.4 Cognitieve gedragstherapie, behandelplan en proces – 362**

- 10.5 Zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie – 363**

10.1 Classificatie volgens DSM-5, categoriaal model

Voor de noodzakelijke DSM-5-classificatie kunnen we de vijf stappen uit het kader overwegen.

Categoriale classificatie van DSM-5 in vijf stappen:

1. opvallendste indruk;
2. screening op DSM-5-criteria;
3. screening op cognities en kerngedrag volgens Beck;
4. interactiediagnose van het kerngedrag;
5. de DSM-5-criteria en -classificatie vaststellen met delen van de SCID-II.

10.1.1 Stap 1: opvallendste indruk

De DSM-5 geeft als korte definitie van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (APA, 2013; 2014): *een patroon van grandiositeit, behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie.*

Samengevat is de opvallendste indruk van de narcistische persoonlijkheidsstoornis *superieur en grandioos.*

Marianne van Lier

Marianne van Lier studeert economie en meldt zich aan met een sociale fobie. Zowel op de universiteit als op haar woonafdeling durft ze zich niet onder de mensen te begeven. Opvallend is dat ze wel presentaties durft te houden. Verder heeft ze pijn in haar nek, schouders en maag, en kan ze zich slecht concentreren. Patiënt studeert hard en dat gaat haar goed af; ze is echter alleen tevreden met negens en tiens. Ze fantaseert vaak over cum laude promoveren en aan een buitenlandse topuniversiteit werken. Toen ze zestien jaar was, heeft ze anorexia nervosa gehad. Ze maakt een boze, maar ook arrogante indruk.

De therapeut voelde dat de boosheid en de kritiek naar hemzelf toekwamen. Hij probeerde die af te wenden door patiënt complimenten te maken. De therapeut vond haar kwetsbaar en erg depressief. Nadat de therapeut haar de opdracht had gegeven om anderen meer open tegemoet te treden en vaker sociaal contact te maken, sloeg haar stemming om. Zij zag haar medestudenten als jaloers op haar grote talenten. Ze had veel kritiek op de therapeut en devalueerde hem. De therapeut werd onzeker en ging zich verontschuldigen. De patiënt stopte de therapie en loste haar probleem op door weer thuis te gaan wonen en antidepressiva te nemen. Zij was teleurgesteld dat ze niet binnen enkele zittingen genezen was. De therapeut had te laat in de gaten dat de sociale fobie bij patiënt secundair was aan de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Op deze casus worden de vijf classificatiestappen toegepast.

De opvallendste indruk is superieur en grandioos. De hypothese op grond hiervan is narcistische persoonlijkheidsstoornis. Dit is de *eerste* stap van de classificatiefase.

■ **Tabel 10.1** Uitslag van de VKP bij een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis.

cluster A		cluster B	
paranoïde	2	antisociale	1
schizoïde	2	borderline	3
schizotypische	0	histrionische	3
		narcistische	5 ←
cluster C		cluster AG	
vermijdende	2	passief-agressieve	2
afhankelijke	1	depressieve	2
dwangmatige	1		

← betekent uitslag zoals verwacht volgens profiel
< betekent punt van aandacht

10.1.2 Stap 2: screening op DSM-5-criteria

Klinisch oordeel:

De onderzoeker vormt zich een indruk van het disfunctioneren in de vorm van subjectief lijden en/of objectieve beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren van de patiënt. Hij loopt de DSM-5-criteria (APA, 2014) na.

Volgens de criteria is bij mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vanaf de vroege volwassenheid sprake van grootse fantasieën en gedragingen, een uitzonderlijke behoefte bewonderd te worden en gebrek aan empathie. Ze vinden zichzelf enorm belangrijk en overdrijven hun prestaties en talenten. Velen fantaseren over onbegrensd succes voor henzelf, over macht, genialiteit, schoonheid of de 'perfecte' romance. Ze beschouwen zichzelf als zo bijzonder en uniek, dat zij eigenlijk alleen het omgaan met vergelijkbare bijzondere mensen gepast vinden. Meestal menen zij ook recht te hebben op een speciale behandeling en als vanzelfsprekend behoren anderen aan hun verwachtingen tegemoet te komen. Zij voelen zich snel jaloeers en zien bij anderen snel jaloezie. Ze gedragen zich vaak arrogant en uit de hoogte, terwijl ze anderen misbruiken voor hun eigen doeleinden. Zie voor de volledige criteria de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA, 2014).

*Zelfoordeel met tests**:*

VKP en PDQ-4+.

■ **Commentaar**

Op de VKP behaalt Marianne vijf criteria op de vragen naar de narcistische persoonlijkheidsstoornis (■ tabel 10.1). De hypothese op grond van de opvallendste indruk en van de VKP is narcistische persoonlijkheidsstoornis.

** Alle genoemde tests en DSM-5-instrumenten worden behandeld in ► par. 1.9; de verkrijgbaarheid van de tests en instrumenten is te vinden op ► www.adriaansprey.nl.

10.1.3 Stap 3: screening op cognities en kerngedrag volgens Beck

Klinisch oordeel:

Bij vijf persoonlijkheidsstoornissen zijn empirisch de vijf meest discriminerende items van de PBQ-test onderzocht (Beck e.a., 2004). Ik noem deze vijf automatische gedachten 'de top vijf'. Deze vijf items zijn snel te scoren in een klinisch interview of met een zelftest (appendix B). Het aantal mogelijke persoonlijkheidsstoornissen als hypothese wordt zo uiterst efficiënt uitgedund of bevestigd. Het vaststellen van de aanwezigheid van vele van de voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis kenmerkende cognities maakt de kans op deze diagnose veel groter. Ook de differentiaaldiagnose van andere hypothesen, bijvoorbeeld de borderline persoonlijkheidsstoornis, wordt zo snel helder.

Wel dient men er kritisch op bedacht te zijn dat het aantreffen van vele kenmerkende narcistische cognities (nog) niet hetzelfde is als voldoen aan het aantal vereiste DSM-5-criteria door middel van de SCID-II (stap 5). Voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis gaat het om de 'top vijf'-items in het kader.

De vijf meest onderscheidende automatische gedachten van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (Beck e.a., 2004):

1. Ik ben niet gebonden aan de regels, die wel gelden voor anderen.
2. Ik heb alle reden om een grootse toekomst tegemoet te zien.
3. Omdat ik boven anderen uitsteek, heb ik recht op een voorkeursbehandeling.
4. Anderen verdienen de bewondering of rijkdom niet die ze krijgen.
5. Aangezien ik zo talentvol ben, moeten anderen zich aanpassen ter ondersteuning van mijn carrière.

Marianne van Lier scoort respectievelijk één, half, één, één, één en één op de items 1 t/m 5, in totaal 4,5. Ter bevestiging of als de score minder uitgesproken is, kunnen we de uitgebreide versie van veertien items afnemen.

De automatische gedachten van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (Beck e.a., 1990):

1. Ik ben een erg bijzonder persoon.
2. Omdat ik boven anderen uitsteek, heb ik recht op een voorkeursbehandeling.
3. Ik ben niet gebonden aan de regels, die wel gelden voor anderen.
4. Het is erg belangrijk om erkend, geprezen en bewonderd te worden.
5. Als anderen geen respect tonen voor mijn speciale status, moeten ze daarvoor 'bestraft' worden.
6. Anderen moeten in al mijn behoeften voorzien.
7. Anderen moeten erkennen hoe bijzonder ik ben.
8. Het is onverdraaglijk als ik het respect dat mij toekomt niet krijg, of als ik niet krijg waar ik recht op heb.
9. Anderen verdienen de bewondering of rijkdom niet die ze krijgen.

10. Anderen hebben niet het recht mij te bekritisieren.
11. Behoeften van anderen mogen die van mij niet dwarsbomen.
12. Aangezien ik zo talentvol ben, moeten anderen zich aanpassen ter ondersteuning van mijn carrière.
13. Alleen mensen die zo briljant zijn als ik begrijpen mij.
14. Ik heb alle reden om een grootse toekomst tegemoet te zien.

De hypothese narcistische persoonlijkheidsstoornis wordt als *derde* stap ook getoetst aan de herziene tabel van Beck (appendix A). Het kerngedrag van Marianne is anderen devalueren en zichzelf verheffen. Haar kerngevoel is enerzijds trots, anderzijds jaloezie op haar vriendin. Haar beeld van anderen is dat zij minder zijn en haar behoren te bewonderen. Zij vindt zichzelf uniek en boven anderen verheven.

Kerngedrag en kerncognities bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in **■** tabel 10.2. Het kerngedrag is bij persoonlijkheidsstoornissen dé eenheid van functieanalyse. Het moet hoogfrequent, transsituationeel en transtemporeel zijn. De functieanalyse wordt verderop getoond (**■** figuur 10.2) en besproken. Het vaststellen van hoogfrequent kerngedrag – in dit geval devalueren en zichzelf verheffen – is zeer belangrijk, omdat dit leidt tot de functieanalyse en daarmee meteen tot een cognitief-gedragstherapeutisch (deel)behandelplan. Daarmee is het classificeren volgens de DSM-5 een nuttige opstap tot de functieanalyse van het kerngedrag en het behandelplan.

*Zelfoordeel met tests**:*

PDBQ

10.1.4 Stap 4: interactiediagnose van het kerngedrag

Klinisch oordeel:

De onderzoeker kijkt ook naar het interpersoonlijke kerngedrag en de interactievoorkeurspositie en de wijze van hechting van de narcistische patiënt. Deze is onthecht

■ Tabel 10.2 Kerngedrag en kerncognities bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

kerngedrag	1. devalueren
	2. zichzelf verheffen
kerngevoel	trots, woede, jaloezie, depressie
zelfbeeld	uniek, bijzonder, superieur
beeld van anderen	minderwaardig, bewonderend
kernreinforcement	(zelf-)bewondering
kernthema	angst voor vernedering en gewoon zijn

(afwijzend-vermijnd) en stelt zich boven/tegen op. De diagnosticus kijkt naar situaties en interactiestoornissen binnen, maar vooral ook buiten de therapeutische relatie.

Interactievoorkeurspositie van de narcistische persoonlijkheidsstoornis
boven/tegen en onthecht (afwijzende/vermijdende hechting)

*Zelfoordeel met tests**:*

De verschillende hechtingsstijlen zijn te onderzoeken met de RQ-test en de interactieposities met de CBS360, de NIAS en de IMI-CS.

10.1.5 Stap 5: de DSM-5-classificatie vaststellen met delen van de SCID-II

Voor de DSM-5-classificatie narcistische persoonlijkheidsstoornis worden bij Marianne van Lier met het specifieke deel van de SCID-II (Weertman e.a., 1996) voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis de criteria 1, 2, 4, 7 en 8 bevestigd.

Het vastgestelde kerngedrag van devalueren en zichzelf verheffen is de eenheid van functieanalyse en voor het behandelplan (► par. 10.3 en 10.4).

10.2 Diagnostiek volgens DSM-5*, dimensioneel model

10.2.1 De fase van diagnostiek

Na de verplichte classificatie biedt het dimensionele model van de DSM-5* (APA, 2013; 2014) verrijkende mogelijkheden voor de diagnostiekfase. DSM-5* met ster (*) geeft steeds aan dat het dimensionele model van deel III wordt behandeld. Voor de fase van diagnostiek (zie ook toelichting ► par. 1.3.9) doorlopen we zeven stappen (zie kader).

Diagnostiek van persoonlijkheidsdisfunctioneren en pathologische trekken volgens DSM-5* (dimensioneel model) in zeven mogelijke stappen:

1. opvallendste indruk en trekken
2. a. globale screening op de ernst van persoonlijkheidsdisfunctioneren
b. globale screening op pathologische en op algemene trekken
3. a. screening op cognities en kerngedrag volgens Beck
b. topografische analyse van het kerngedrag door zelfobservatie patiënt
4. a. interactiediagnose van het kerngedrag
b. zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie
5. (facultatief) verdiepend testen van facettenpatroon, temperament en copingstijl
6. a. vaststellen van beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren met de NPFS
b. vaststellen van pathologische trekken met de uitvoerige PID-5
7. geïndividualiseerde DSM-5*-diagnose geïntegreerd in getoetste holistische theorie

10.2.2 Stap 1: opvallendste indruk en trekken

De opvallendste indruk van de narcistische persoonlijkheidsstoornis is *superieur en grandioos*.

De DSM-5* geeft als kenmerkende trekken van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (APA, 2013): *wisselende en kwetsbare zelfwaardering, met pogingen tot regulatie door het zoeken van aandacht en bijval, samengaand met openlijke of bedekte grandiositeit*.

10.2.3 Stap 2a: globale screening op disfunctioneren wat betreft identiteit, zelfsturing, empathie en intimiteit

Klinisch oordeel:

In de DSM-5* wordt begonnen met het algemene criterium A, het klinisch beoordelen van het disfunctioneren van de persoonlijkheid. Een eerste globale klinische beoordeling berust mede op het huidige functioneren en de leergeschiedenis van de patiënt.

De clinicus geeft globaal taxerend een plus, een min of een gemiddelde score aan vier gebieden van de patiënt. Deze vier gebieden zijn: 1. identiteit of zelfbeeld; 2. zelfsturing; 3. empathie; en 4. intimiteit. Een voorbeeld hiervan voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis staat in **■** tabel 10.3.

Bij twee of meer negatieve scores is de kans op een persoonlijkheidsstoornis groot. Als de scores voor drie of vier gebieden positief uitvallen is de kans op een persoonlijkheidsstoornis klein en dienen we te spreken van bijvoorbeeld narcistische trekken die in de therapie van belang zijn, maar niet voldoende onaangepast of disadaptief om van een persoonlijkheidsstoornis te kunnen spreken. Bij twijfel kan ook overwogen worden met een naar stap 6a over te gaan en de *gehele* NPFS** af te nemen.

Kenmerkend disfunctioneren bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis (APA, 2014)

Er is sprake van ten minste matige persoonlijkheidsproblematiek. Deze kan tot uitdrukking komen op twee of meer van de volgende terreinen:

1. *Identiteit*, waaronder overdreven zelfinschatting, opgeblazen of minderwaardig, of wisselend tussen deze uitersten.
2. *Zelfsturing*, waaronder afstemming van doelen op het verkrijgen van bijval en waardering van anderen.
3. *Empathie*, waaronder beperkt vermogen om de gevoelens van anderen te herkennen.
4. *Intimiteit*, waaronder beperkte wederkerigheid onder andere ten gevolge van een geringe oprechte belangstelling voor anderen.

Zie voor de volledige criteria de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA, 2014).

■ **Tabel 10.3** Globaal persoonlijkheidsdisfunctioneren bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

1. Identiteit	-/g
2. Zelfsturing	-
3. Empathie	-
4. Intimiteit	-

*Zelfoordeel met tests**:*

De patiënt kan gescreend worden door afname van de Rosenberg voor het zelfbeeld, de SD-schaal van de TCI voor de zelfsturing, de EQ voor de empathie en de RQ voor de hechting. Zo nodig kan een *anderoordeel* worden gevraagd van een niet-belanghebbende ander met voldoende observatiemogelijkheden en een goede emotionele intelligentie.

10.2.4 Stap 2b: globale screening op pathologische en algemene trekken

DSM-5* en screenen op pathologische trekken

Klinisch oordeel:

In het klinisch oordeel dient sprake te zijn van twee pathologische persoonlijkheidstrekken: grandiositeit en aandacht zoeken (beide facetten van Antagonisme) (APA, 2014). In stap 6b worden ze verder uitgewerkt.

*Zelfoordeel en anderoordeel met tests**:*

Met behulp van de PID-5, korte versie is een snelle screening mogelijk. In het kader worden enkele items voor het domein Antagonisme genoemd.

Bij differentiaaldiagnostiek en meerdere hypothesen kan beter de hele verkorte versie (25 items) gebruikt worden (► par. 1.9.8) of de uitvoerige versie met 220 items (zie ook stap 6b). Zo nodig kan een anderoordeel gevraagd worden met de informantaversie van de PID-5 (APA, 2013).

Voorbeelditems van de verkorte PID-5 bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis:

Antagonisme

Ik snak naar aandacht.

Ik heb vaak te maken met mensen die minder belangrijk zijn dan ik ben.

Het vijffactorenmodel en screenen op algemene trekken

Klinisch oordeel

Met het vijffactorenmodel als referentiekader is een snelle en efficiënte klinische beoordeling mogelijk van de *algemene* trekken van de patiënt. De clinicus geeft globaal taxerend een plus, een min of een gemiddelde score aan de vijf factoren van de patiënt.

Deze vijf factoren zijn neuroticisme (lage emotionele stabiliteit), extraversie, openheid voor nieuwe ervaringen (intellectuele autonomie), altruïsme (vriendelijkheid) en consciëntieusheid (ordelijkheid). Zo krijgen we een vijffactorenprofiel. In paragraaf 11.2 staan twee voorbeelden van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis en hoe je deze screeningsmethode van het vijffactorenprofiel bij *iedere* casus kunt toepassen.

Vijffactorenprofiel van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (Samuel & Widiger, 2008):

A-

*Zelfoordeel en anderoordeel met tests**:*

Zelfoordeel door de patiënt op de vijf factoren met de tests NEO-PI-3 of FFPI-II (► par. 1.9.4). Zo nodig kan een anderoordeel van een niet-belanghebbende ander gevraagd worden.

10.2.5 Stap 3a: screening op cognities en kerngedrag volgens Beck

Klinisch oordeel en zelfoordeel:

Bij vijf persoonlijkheidsstoornissen zijn empirisch de vijf meest discriminerende items van de PBQ onderzocht (Beck e.a., 2004). Ik noem deze vijf automatische gedachten ‘de top vijf’.

Deze vijf items zijn snel te scoren in een klinisch interview of met een zelftest (appendix B). Tijdens de classificatiefase (► par. 10.1.3) werd deze vorm van screening al toegepast en het resultaat kan hier in stap 3a worden overgenomen. Voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis gaat het om de ‘top vijf’-items in het kader.

De vijf meest onderscheidende automatische gedachten van de narcistische persoonlijkheidsstoornis (Beck e.a., 2004):

1. Ik ben niet gebonden aan de regels, die wel gelden voor anderen.
2. Ik heb alle reden om een grootse toekomst tegemoet te zien.
3. Omdat ik boven anderen uitsteek, heb ik recht op een voorkeursbehandeling.
4. Anderen verdienen de bewondering of rijkdom niet die ze krijgen.
5. Aangezien ik zo talentvol ben, moeten anderen zich aanpassen ter ondersteuning van mijn carrière.

Ter bevestiging of als de score minder uitgesproken is kunnen we de uitgebreide veertien items afnemen. Ter uitsluiting van andere hypothesen (differentiaaldiagnostiek) gebruiken we daarbij ook de items van andere in aanmerking komende persoonlijkheidsstoornissen (zie hiervoor appendix B). Op een dieper niveau dan de kenmerkende automatische gedachten liggen de basale aannames of kerncognities, zoals bijvoorbeeld zelfbeeld en beeld van anderen (zie appendix A). Deze worden nogmaals weergegeven in ■ tabel 10.4.

■ **Tabel 10.4** Kerngedrag en kerncognities bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

kerngedrag	1. devalueren
	2. zichzelf verheffen
kerngevoel	trots, woede, jaloezie, depressie
zelfbeeld	uniek, bijzonder, superieur
beeld van anderen	minderwaardig, bewonderend
kernreinforcement	(zelf-)bewondering
kernthema	angst voor vernedering en gewoon zijn

Het kerngedrag is bij persoonlijkheidsstoornissen dé eenheid van functieanalyse. Het moet hoogfrequent, transsituationeel en transtemporeel zijn. Het vaststellen van hoogfrequent kerngedrag, in dit geval devalueren en zichzelf verheffen, is zeer belangrijk, omdat dit leidt tot de functieanalyse en daarmee meteen tot een cognitief gedragstherapeutisch (deel)behandelplan. De functieanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis is te vinden in ► par. 10.3 en ■ figuur 10.2.

*Zelfoordeel met tests**:*

PDBQ

10.2.6 **Stap 3b: topografische analyses van het kerngedrag door zelf-observatie van patiënt met G-schema**

Wanneer het kerngedrag van devalueren en zichzelf verheffen als hoogfrequent wordt beoordeeld, wordt dit met de patiënt besproken. De therapeut vraagt hem om de frequentie van het kerngedrag bij te houden en de situaties waarin dit al dan niet optreedt. Dit worden topografische analyses genoemd. In het Grieks betekent 'topografisch': de plaats beschrijvend.

De methode hiervoor is het G-schema: Gebeurtenis (situatie) > Gedachten > Gevoelens > Gedrag > Gevolgen (J.S. Beck, 1995). Het is aan te bevelen dit schema aan het eind van ieder dagdeel op te schrijven of in de smartphone in te typen. Zelfobservatie en zelfreflectie zijn belangrijke vaardigheden die de patiënt in de therapie moet aanleren. De voorbeelden van het kerngedrag in concrete situaties met bijbehorende gedachten, gevoelens en gevolgen geven een breed beeld van de ervaringen, het doen en laten, en de frequentie van het kerngedrag van de patiënt.

Door in te zoomen op enkele specifieke G-schema's die optreden bij sterke gevoelens (de patiënt geeft zichzelf een cijfer van 0-10 voor de sterkte van zijn gevoel) vormen patiënt en therapeut zich een beeld van de individuele functie en betekenis van het kerngedrag en het kerngevoel.

In ► par. 11.2 staat een voorbeeld van een topografische analyse bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

10.2.7 Stap 4a: interactiediagnose van het kerngedrag

Klinisch oordeel:

De onderzoeker kijkt ook naar het interpersoonlijke kerngedrag, de interactievoorkeurspositie en wijze van hechting van de narcistische patiënt. Deze is onthecht (afwijzend-vermijdend) en stelt zich boven/tegen op. De diagnosticus kijkt zowel naar situaties en interactiestoornissen binnen als ook buiten de therapeutische relatie.

Tijdens stap 4 van de classificatiefase (► par. 10.1.4) werd deze vorm van screening al toegepast en het resultaat kan hier in stap 4a worden overgenomen.

Interactievoorkeurspositie van de narcistische persoonlijkheidsstoornis
boven/tegen en onthechting (afwijzende/vermijdende hechting)

*Zelfoordeel met tests**:*

Zelfoordeel door patiënt over interactiepositie met test CBS360 en NIAS en over eigen hechting met test RQ.

10.2.8 Stap 4b: zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie

Als de therapeut zich *overmatig* onzeker, geïrriteerd, ontmoedigd of betrokken voelt als reactie op het kerngedrag van de narcistische patiënt, is het tijd voor zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie (► par. 10.5, ■ figuur 10.4, 10.5 en 10.6). Voor ander kerngedrag dan devalueren en zichzelf verheffen zie appendix A. Dit andere kerngedrag kan de hypothese van narcistische persoonlijkheidsstoornis weerspreken en zo helpen bij de differentiaaldiagnostiek.

*Zelfoordeel met tests**:*

Door de therapeut van eigen reactie in de therapeutische relatie met de test IMC-CS.

10.2.9 Stap 5: verdiepend testen van facettenpatroon, temperament en copingstijl

Wanneer de therapeut de tijd en de mogelijkheid heeft om verdiepend te (laten) testen, is deze stap een extra mogelijkheid om de hypothese te toetsen.

De diagnose narcistische persoonlijkheidsstoornis is een hypothese die als vijfde stap mede gevormd, verfijnd en bevestigd of gefalsificeerd kan worden door de profielen van psychologische tests. De aanbevolen tests werden niet afgenomen vanwege weigering van de patiënt. Het niet getest willen worden kan een aanwijzing zijn voor een narcistische persoonlijkheidsstoornis.

■ **Tabel 10.5** De narcistische persoonlijkheidsstoornis en profielen van psychologische tests.

vijffactorenprofiel			A-	
NEO-facetten	n+2		A- 2,5; a- 1,3,4	
PID-5-domeinen			ANT+	
TCI (temperament)	NS+	HA+	RD+PER-/+	SD- CO- STR-
UCL (coping)	S-	PR-	E+	G+

De profielen van psychologische tests die indicatief zijn voor de diagnose van een narcistische persoonlijkheidsstoornis zijn weergegeven in ■ tabel 10.5.

10.2.10 Stap 6a: vaststellen van beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren met de NPFS**

In ► par. 1.9.1 is het semigestructureerde klinische interview de NPFS besproken. De clinicus kan door het afnemen van de Niveaus van Persoonlijheidsfunctioneren Schaal (NPFS) geen (0), lichte (1), matige (2), ernstige (3) of extreme (4) beperkingen in het persoonlijkheidsfunctioneren vaststellen. Deze komen tot uiting in kenmerkende beperkingen – minimaal matige – op twee of meer gebieden. Er is dan vastgesteld dat er een persoonlijkheidsstoornis is, en er is een individueel dimensioneel patroon van de ernst van het disfunctioneren bepaald. Dit vaststellen is een vorm van beschrijvend toetsen, net als stap 6b.

De in stap 2a met behulp van het klinisch oordeel gevormde hypothesen over disfunctioneren worden in deze stap met de NPFS aan een grondige toetsing onderworpen.

Deze vier gebieden zijn: 1. zelfbeeld/identiteit, 2. zelfsturing, 3. empathie en 4. intimiteit.

In deel III van de DSM-5* (APA, tabel 2, 2014) worden deze vijf niveaus van functioneren in het algemeen beschreven in de Niveaus van Persoonlijheidsfunctioneren Schaal (NPFS). Hier volgt een voorbeeld van identiteit (APA, 2014).

Identiteit:

- overmatige vergelijking met anderen om de eigenheid te bepalen en het gevoel van eigenwaarde te reguleren;
- overdreven zelfbeeld, opgeblazen of minderwaardig, of wisselingen tussen deze extremen;
- de emotieregulatie weerspiegelt de fluctuaties in het gevoel van eigenwaarde.

10.2.11 Stap 6b: vaststellen van pathologische trekken met de uitvoerige PID-5**

In stap 2b hebben we al gescreend met de *korte* PID-5, namelijk in ieder geval de subschaal Antagonisme. Dit heeft de hypothese van narcistische persoonlijkheidsstoornis meer of

minder waarschijnlijk gemaakt. Voor de definitieve toetsing is de *uitvoerige* PID-5 ontworpen. In het kader staan enkele items als voorbeeld (APA, 2013).

Voorbeelden van enkele ‘narcistische’ items van de uitvoerige PID-5:

Grandiositeit

Ik heb veel meer bereikt dan bijna iedereen die ik ken

Ik verdien een bijzondere behandeling

Ik heb vaak te maken met mensen die minder belangrijk zijn dan ik ben

Aandacht zoeken

Ik houd ervan om uit te steken boven de massa

Mijn gedrag is vaak brutaal en trekt de aandacht van mensen

Met de afname van de uitvoerige PID-5 vinden we een specifiek en geïndividualiseerd patroon van pathologische trekken. We bepalen dan of deze passen bij het *kenmerkende* profiel behorend bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis of dit patroon van trekken weer spreken. Klopt het patroon dan hebben we de diagnose van narcistische persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Een alternatief is dat er een trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis gevonden wordt, onder conditie dat zowel stap 6a een persoonlijkheidsstoornis als uitslag geeft als dat er ten minste één pathologische trek gevonden wordt. Daarnaast is geen persoonlijkheidsstoornis of een andere ‘prototypische’ persoonlijkheidsstoornis ook een mogelijkheid.

DSM-5*-beschrijving van kenmerkend patroon van pathologische trekken bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis (APA, 2014):

1. *Grandiositeit* (een facet van Antagonisme), waaronder gevoelens recht te hebben op een voorkeursbehandeling.
2. *Aandacht zoeken* (een facet van Antagonisme), waaronder het zoeken van bewondering.

Zie voor het volledige patroon de Nederlandse vertaling van de DSM-5 (APA, 2014).

10.2.12 Stap 7: geïndividualiseerde DSM-5*-diagnose geïntegreerd in getoetste holistische theorie

■ Figuur 10.1 laat snel en overzichtelijk zien of er al dan niet een narcistische persoonlijkheidsstoornis als diagnose is vast te stellen en welk individueel profiel van zowel disfunctioneren als van pathologische trekken er is gevonden.

De diagnostische data van de zeven stappen worden vervolgens geïntegreerd in een holistische theorie. Een voorbeeld daarvan bij de vermijdende persoonlijkheidsstoornis is weergegeven in ► par. 11.2.

10.2 • Diagnostiek volgens DSM-5*, dimensioneel model

A Beperkingen in persoonlijkheidsfuncties? Is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis?						
		Geen ←-----→ Zeer ernstige beperkingen				
		geen	lichte	matige	ernstige	extreme
	<i>ZELF</i>					
1	identiteit	0	1	2	3 x	4
2	zelfsturing	0	1	2 x	3	4
	<i>INTERPERSOONLIJK</i>					
3	empathie	0	1	2	3 x	4
4	intimiteit	0	1	2	3 x	4
	≥ 2 van de 4	Score ≥ 2				
<p><i>Conclusie:</i></p> <p><input type="checkbox"/> geen persoonlijkheidsstoornis (<i>één of geen beperkingen in persoonlijkheidsfuncties op niveau 2, 3 of 4</i>)</p> <p><i>x diagnose van persoonlijkheidsstoornis (twee of meer beperkingen in persoonlijkheidsfuncties op niveau 2, 3 of 4)</i></p>						
B Typering van de persoonlijkheidsproblematiek op basis van 25 pathologische trekken						
N	<i>NEGATIEVE AFFECTIVITEIT</i> (vs. Emotionele stabiliteit)					
A	<input type="checkbox"/> emotionele instabiliteit					
F	<input type="checkbox"/> ongerustheid					
	<input type="checkbox"/> separatieangst					
	<input type="checkbox"/> submissiviteit					
	<input type="checkbox"/> vijandigheid*					
	<input type="checkbox"/> perseveratie					
	<input type="checkbox"/> depressiviteit*					
	<input type="checkbox"/> achterdocht					
	<input type="checkbox"/> ingeperkte affectiviteit* (<i>tegenpool van NAF</i>)					
A	<i>AFSTANDELIJKHEID</i> (vs. Extraversie)					
F	<input type="checkbox"/> sociale teruggetrokkenheid					
S	<input type="checkbox"/> vermijding van intimiteit					
	<input type="checkbox"/> anhedonie					
	<input type="checkbox"/> depressiviteit*					
	<input type="checkbox"/> ingeperkte affectiviteit*					
	<input type="checkbox"/> achterdocht*					
A	<i>ANTAGONISME</i> (vs. Altruïsme)					
N	<input type="checkbox"/> manipulatief gedrag					

■ **Figuur 10.1** Voorbeeld van een DSM-5* diagnosechecklist bij een narcistische persoonlijkheidsstoornis, gebaseerd op de DSM-5 (APA, 2014).

T	<input type="checkbox"/> onbetrouwbaarheid x grandiositeit x aandacht zoeken <input type="checkbox"/> ongevoeligheid <input type="checkbox"/> vijandigheid*
O	<i>ONGEREMDHEID</i> (vs. Consciëntieusheid)
N	<input type="checkbox"/> onverantwoordelijk gedrag
G	<input type="checkbox"/> impulsiviteit <input type="checkbox"/> afleidbaarheid <input type="checkbox"/> riskant gedrag <input type="checkbox"/> rigide perfectionisme (<i>tegenpool van ONG</i>)
P	<i>PSYCHOTICISME</i> (vs. Luciditeit)
S	<input type="checkbox"/> ongewone overtuigingen en ervaringen
Y	<input type="checkbox"/> excentriciteit <input type="checkbox"/> cognitieve en perceptuele disregulatie
	*dubbel voorkomende trek
<p><i>Duid de kenmerkende pathologische trekken (5 domeinen en 25 facetten) aan om de gevonden (zie A) persoonlijkheidsstoornis individueel te typeren.</i></p> <p><i>Als een kenmerkend trekkenpatroon gevonden wordt, stel dan de diagnose van een van de zes prototypische persoonlijkheidsstoornissen, eventueel met extra atypische trek(ken).</i></p> <p><i>Wordt geen kenmerkend trekkenpatroon gevonden, maar wel één of meer pathologische trekken, stel dan de diagnose trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis (TGPS).</i></p>	
<p><i>Conclusie:</i></p> x 'zuivere' prototypische narcistische persoonlijkheidsstoornis <input type="checkbox"/> prototypische persoonlijkheidsstoornis met extra 'atypische' trekken <input type="checkbox"/> trekgespecificeerde persoonlijkheidsstoornis <input type="checkbox"/> geen persoonlijkheidsstoornis	

■ **Figuur 10.1** Vervolg


10.3 Functieanalyse en betekenisanalyse van het kerngedrag

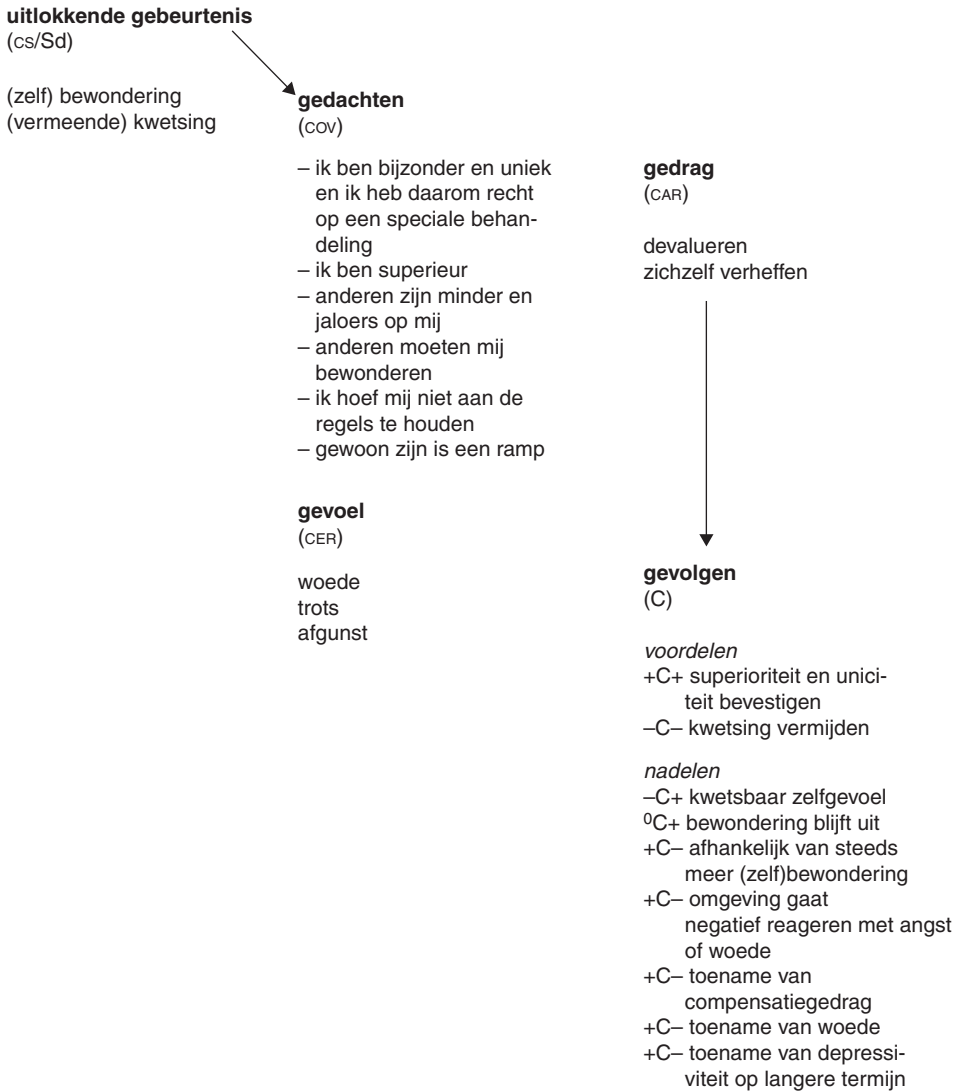
De ander devalueren en/of gebruiken en zichzelf verheffen is het kerngedrag van een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. In feite gaat het om twee kanten van dezelfde medaille: wanneer de narcistische patiënt ‘in ruste’ is, gebruikt hij de ander voor bewondering, maar voelt de narcistische patiënt zich gekwetst (en dat gebeurt buitenproportioneel snel) dan gaat hij in de aanval en begint te devalueren, rivaliseren en kwetsen.

De heer Alári

De heer Alári is een asielzoeker van hoge afkomst. Na de burgeroorlog in zijn land zijn zijn ouders vermist en ook zijn broers zijn onvindbaar. Hij heeft geen sociale contacten en ook geen vrienden. Zijn landgenoten die ook in het asielzoekerscentrum zitten, ziet hij als minderwaardig. Hij voelt zich als asielzoeker gekleineerd en zonder respect behandeld. Hij komt in behandeling voor dwangklachten en nachtmerries. Hij heeft traumatische situaties meegemaakt, heeft gevangengezeten en is gemarteld. Door zijn eisende opstelling (boven/tegen-positie) krijgt hij steeds weer conflicten met behandelende hulpverleners. Hij heeft er vele versleten. Patiënt wil van hen een bijzondere behandeling en heeft een hekel aan regels en procedures. Zo wil hij niet in de wachtkamer wachten maar loopt op de afgesproken tijd meteen de spreekkamer binnen. Hij vindt dat hij zich niet aan de regels hoeft te houden omdat hij zo speciaal, bijzonder en uniek is. Ook maakt hij het de therapeut moeilijk om kritiek op hem te hebben. In zijn gedrag wisselt hij tussen devalueren en gebruiken. Zijn gevoel is beurtelings woede en trots. Wanneer hij de verwachte en geëiste bewondering niet krijgt, devalueert hij zijn omgeving.

De heer Alári is iemand met een vooral gekwetste narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wanneer de patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vernederd wordt, roept dat bij hem een gevoel van woede en jaloezie op en gedachten dat hij uniek en bijzonder is en recht heeft op een speciale behandeling. Hij ziet anderen als afgunstig en als mensen die hem moeten bewonderen. Zelf hoeft hij zich niet aan regels te houden en anderen mogen ook geen kritiek op hem hebben. Deze gedachten en dit gevoel leiden tot gedrag van devalueren, de competitie aangaan of rivaliseren, en bij zich gekwetst voelen terugkwetsen.

De gevolgen zijn enerzijds dat hij zijn uniciteit en superioriteit bevestigd ziet, anderzijds dat zijn kwetsing vermindert. Toch zitten er veel nadelen aan dit gedrag van devalueren en rivaliseren, namelijk dat hij er een kwetsbaar zelfgevoel aan overhoudt, waardoor voortdurend meer compensatie nodig is. Ook gaat de omgeving negatief reageren. Hij is soms bang en soms woedend, hij voelt zich afgewezen, en de bewondering blijft in toenemende mate uit. Hierdoor neemt de woede bij patiënt toe en op langere termijn ook de depressiviteit. Na langdurige vernedering en het voortdurend uitblijven van bewondering kan een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis depressief worden. Deze specifieke patiënt is een illustratie van de veralgemeniseerde functieanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, die in  figuur 10.2 is uitgewerkt.




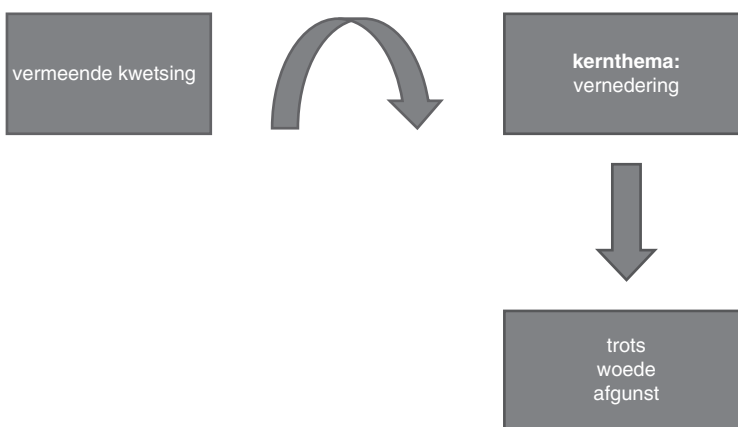
■ **Figuur 10.2** Functieanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

Boudewijn Kruijck

Boudewijn Kruijck is een twee jaar geleden afgestudeerde academicus. Hij komt in behandeling voor een gegeneraliseerde angststoornis, hij is moe, lichamelijk gespannen en piekert chronisch over bijna alles. Zijn zelfbeeld is kritisch. Hij heeft het gevoel veel te kunnen, een grootse toekomst tegemoet te gaan, maar dat niet in de praktijk te bewijzen. Hij vindt zichzelf serieus, en hij houdt van filosofische en diepe gesprekken.

Wanneer hij solliciteert, wordt hij telkens niet aangenomen en dat geeft hem steeds weer een gevoel van vernedering. Wanneer de therapeut in een rollenspel kijkt naar zijn opstelling, is zijn gedrag ronduit devaluerend. Hij stelt zich uit de hoogte op en neemt tegenover de mensen uit de sollicitatiecommissie de houding aan van 'het is toeval dat jullie aan de andere kant van de tafel zitten, ik had er evengoed kunnen zitten. Toevallig zijn jullie binnen en ben ik nog buiten.' Hij komt bijzonder kritisch over. Hij wil zelfs na afwijzing gaan klagen over de procedure. Omdat deze interactie zich de laatste twee jaar zo vaak heeft herhaald bij het solliciteren, is hij ook depressief geworden. Hij staat meer open voor feedback van de therapeut. Deze bespreekt het gedrag en de betekenis van het devalueren. De door patiënt niet verwachte vernedering bij het solliciteren roept een kernthema van vernedering op. Patiënt reageert met trots, maar ook met jaloezie, en vanuit dit gevoel gaat hij de ander devalueren. Bewondering die hij voor zichzelf koestert, remt het kernthema van de vernedering. Een van de gevolgen van het devalueergedrag is dat de omgeving negatief gaat reageren. De sollicitatiecommissie zit niet te wachten op een lastige medewerker, die ook sterk narcistisch is, en gebruikt haar macht om hem af te wijzen. De waardering en bewondering voor de talenten die deze academicus zeker bezit, blijven uit en zijn woede, frustratie, en ook depressiviteit op lange termijn nemen toe (zie functieanalyse). In gedachten vindt hij dat anderen hem moeten bewonderen en geen kritiek op hem mogen hebben. Ook vindt hij zichzelf zo bijzonder dat hij recht heeft op een speciale behandeling en net zo goed zonder sollicitatieprocedure aangenomen zou kunnen worden.

Boudewijn Kruik is een illustratie van de veralgemeniseerde betekenisanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis, die in  figuur 10.3 is uitgewerkt.



 **Figuur 10.3** Betekenisanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

10.4 Cognitieve gedragstherapie, behandelplan en proces

Wanneer we de functieanalyse van de narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben gemaakt, kunnen we aansluitend een behandelplan maken met doelen en technieken.

In **▣** tabel 10.6 staan de vijf aangrijpingspunten van het cognitief-gedragstherapeutische model beschreven met specifieke therapiedoelen voor de patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Verder staan per therapiedoel specifieke technieken vermeld die daarbij kunnen worden ingezet (zie ► H. 2 voor een algemene beschrijving). Deze concrete en specifieke therapiedoelen en technieken zijn op te vatten als suggesties voor het maken van een behandelplan. Een belangrijk onderdeel van het therapieplan is dat de patiënt leert om gewoon te zijn en gewoon mee te doen met anderen, en op constructieve kritiek open te reageren, zonder dat de verwachte ramp van waardoeloesheid optreedt.

Bij de cognitieve gedragstherapie van een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis volgen we het gedragstherapeutische proces in zeven fasen (Brinkman, 1978 en Schacht e.a., 2007).

Voor een uitgebreidere beschrijving van het proces, ► par. 1.11.

De therapeut maakt een schema van de voorlopige holistische theorie of probleem-samenhang: hoe de symptomen (bijvoorbeeld depressieve stoornis) en de problemen in

▣ Tabel 10.6 Het behandelplan bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

aangrijpingspunt	therapiedoelen	technieken
uitlokkende gebeurtenis (CS/Sd)	kwetsing vernedering	graduele blootstelling voorlopige vermijding stopmechanisme
gedachten (COV)	<ul style="list-style-type: none"> – ik ben goed zoals ik ben, ook als ik gewoon ben – ik ben goed zoals ik ben, ook bij kritiek of kwetsing – gewoon zijn heeft voordelen – anderen zijn gelijkwaardig – als anderen kritisch of jaloeers zijn, voelen zij zich gekwetst – anderen mogen kritiek hebben, daar kan ik misschien van leren 	continuümtechnieken cognitief dagboek historische toets
gevoel (CER)	angst voor vernedering en gewoon zijn	neerwaartse-pijltechniek
	woede voelen en ombuigen tegenthema: zelfacceptatie	COMET relaxatie hypnose EMDR
gedrag (CAR)	wederkerig gedrag gewoon doen/zijn terugkwetsen en devalueren verminderen assertief worden zonder te kwetsen	gedragsexperimenten rollenspel zelfcontroletechnieken assertiviteitstraining
gevolgen (C)	nadelen vergroten voordelen verkleinen	bewustmaken en andere (zelf) reinforcement

werk of relaties (bijvoorbeeld angst en ergernis bij de omgeving vanwege het devalueergedrag) met de persoonlijkheidsstoornis en de jeugdervaringen samenhangen. Hij confronteert de patiënt hiermee op empathische wijze.

Aan het eind van de diagnostische fase (► par. 10.2) is de holistische theorie verder getoetst en kunnen zowel kerngedragingen als symptoomgedragingen als probleem geselecteerd worden met de indicatiecriteria voor symptoomgedrag en/of kerngedrag en met de vier criteria van Brinkman (► par. 2.3).

Van de kerngedragingen en symptoomgedragingen worden functieanalyses gemaakt en op grond daarvan worden (deel)behandelplannen en de geplande volgorde vastgesteld. Voor symptoomgedragingen worden de richtlijnen en protocollen (Keijsers e.a., 2011) benut. ■ Tabel 10.6 is een voorbeeld van een behandelplan bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis, dat niet bedoeld is als verplicht protocol, maar als inspiratie voor de vele mogelijke doelen en technieken bij de vijf factoren.

Bij de probleemselectie heeft een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vaak moeite om de voordelen van gewoon zijn en gewoon meedoen met anderen als behandeldoel te kiezen, omdat hij zich zo snel gekwetst voelt en zich zo sterk moet bewijzen als uniek en bijzonder.

De gedragstherapeut zal de patiënt verder moeten motiveren met behulp van de basisonvraag en de functieanalyse van het devalueren en zichzelf verheffen, en daarbij de voor- en nadelen van dit kerngedrag betrekken. Vaak is het dan nodig om als doel eerst symptoomgedragingen, bijvoorbeeld een meer perifere dysthyme of depressieve stoornis, te kiezen met op de achtergrond de narcistische persoonlijkheidsstoornis.

10.5 Zelfanalyse en functieanalyse van de therapeutische relatie

Na de functieanalyse en de betekenisanalyse van de individuele patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis bekijkt de therapeut ter aanvulling de functieanalyse van de therapeutische relatie en zijn eigen reactie. Het instrument van de therapeut is zijn eigen gevoel: roept de patiënt bij hem een gevoel op van onzekerheid, ergernis of ontmoediging? Voelt de therapeut zich schuldig, bezorgd, of juist opgewekt en gecharmeerd of jaloers? Alle door de patiënt met de narcistische persoonlijkheidsstoornis opgewekte gevoelens en het automatisch reageren met (tegen)gedrag door de therapeut zijn diagnostisch van waarde en kunnen met behulp van zelfanalyse en reflectie leiden tot verandering van het gedrag van de therapeut.

Er volgen nu drie casussen ter illustratie van de zelfanalyse van de therapeut bij de drie belangrijkste *valkuilen* in de therapeutische relatie: de onzekere therapeut, de geïrriteerde therapeut en de ontmoedigde therapeut.

Tjeerd van Rijn

Tjeerd van Rijn is een hoge manager van middelbare leeftijd. Na zijn vakantie zit hij nu enkele maanden in de ziektewet omdat hij een beetje moe is. Hij heeft verschijnselen van een burn-out, voelt zich uitgeput en is emotioneel labiel. Hij blijkt altijd bijzon-

der hard gewerkt te hebben en zeer hoge eisen aan zichzelf en zijn medewerkers te hebben gesteld. In zijn leergeschiedenis valt op dat zijn vader als beroepsmilitair getraumatiseerd is in een Indisch kamp en dat hij patiënt altijd gekleineerd heeft. De competitie met zijn vader heeft hij nooit kunnen winnen. In zijn privé- en beroepsleven kon hij altijd wél winnen omdat hij verbaal erg sterk is. Door zijn moeder werd hij nooit geknuffeld; de relatie met haar is altijd afstandelijk gebleven. Patiënt begrijpt dat hij zo hard werkt om complimenten te krijgen en dat hij eigenlijk waardering wil. Ook vermijdt hij de gevoelens van vernedering, die een kernthema geworden zijn. In de therapie begint hetzelfde probleem van devalueren van de therapeut door de patiënt zich af te tekenen.

De therapeut wordt *onzeker* en geïrriteerd en besluit tot een zelfanalyse op basis van de situatie dat deze patiënt vaak te laat komt, tijdens de sessie mobiele telefoongesprekken voert en dat volkomen vanzelfsprekend vindt. De zelfanalyse is als volgt.

Situatie (A):

Patiënt komt eerst te laat en neemt ruim de tijd om zijn mobiele telefoon te beantwoorden.

Gedachten van de therapeut (B): zie ■ tabel 10.7.

Gevoel van de therapeut (C):
onzekerheid.

Gedrag van de therapeut (C):

op verontschuldigende wijze het mobiel telefoneren van patiënt bespreken.

Alternatieve en evenwichtige gedachten (E) van de therapeut (waar en helpend):

1. Hij loopt wel over me heen, maar dit hoort bij het devalueergedrag van zijn narcistische persoonlijkheidsstoornis.
2. Hij is er niet op uit mij te misbruiken; ik moet me minder gaan uitsloven en meer met hem zijn patroon bespreken.
3. Bij bespreking van zijn patroon word ik wel serieus genomen.
4. Ik ben een redelijk goede therapeut met verstand van persoonlijkheidsstoornissen.

Doel van de therapeut (G):

- zich minder onzeker en meer ontspannen voelen;
- de techniek van de empathische confrontatie toepassen.

■ Tabel 10.7 Toetsing van de gedachten van de onzekere therapeut.

	Gedachten van de therapeut (B)	toetsing (D)	
1	Hij loopt over me heen.	waar	niet helpend
2	Ik sloof me uit en hij gebruikt me.	niet waar	niet helpend
3	Ik word niet serieus genomen.	waar	niet helpend
4	Ik ben geen goede therapeut.	niet waar	niet helpend

■ Commentaar

Uit onzekerheid besprak de therapeut de grensoverschrijdingen van de patiënt niet en gaf hij hem te veel ruimte. Hij trok te laat een grens, rekening houdend met de gevoeligheid voor vernedering die de patiënt als kernthema in zijn leven had opgebouwd en die zich ook in de therapie uitte. Toen de therapeut door middel van deze zelfanalyse een ander gevoel en andere gedachten had ontwikkeld, kon hij zich ook empathisch confronterend opstellen. De therapeut vertelde de patiënt dat hij zich niet serieus genomen voelde. Dit verraste de patiënt, hij was oprecht verbaasd. De therapeut schoot niet in verontschuldiging of terugkwetsen, maar koos de derde weg, die van verheldering. Hij probeerde de patiënt duidelijk te maken dat zijn dominante gedrag een vermindering kon zijn van de vroegere vernedering en dat hij in elke situatie, dus ook in de therapie, overmatig dominant de regie en de controle wilde hebben. De therapeut liet zich ook als kwetsbaar zien door op een niet-verwijtende wijze te bespreken dat hij zich niet serieus genomen voelde. Dit was iets wat de patiënt nog nooit van iemand te horen had gekregen en waarvan hij zich meestal ook niet bewust was. Bij een beginnend bewustzijn van dit kernthema schoot hij in dominant gedrag. In ■ figuur 10.4 is de valkuil van de onzekere therapeut afgebeeld.

Anton Visser

Anton Visser is een patiënt die voor zijn werk steeds zeer moeilijke klussen doet en op het laatste moment uitgebreide onderzoeksverslagen moet schrijven. Hij voelt zich hierdoor bijzonder en speciaal, en gaat gretig in op projecten die voor zijn collega's te moeilijk zijn gebleken. Zo raakt hij overbelast en ontwikkelt hij panieklachten en een reisfobie. De therapeut richt zich bij de behandeling in eerste instantie te veel op zijn angst- en burn-outklachten en heeft te weinig oog voor zijn leergeschiedenis en zijn narcistische persoonlijkheidsstoornis. De therapeut trapt in de valkuil van terugkwetsen en escalatie. Patiënt verbreekt het contact naar aanleiding van het feit dat de therapeut niet ingaat op zijn eis van een gesprek buiten werktijd, en wel op korte termijn. Patiënt schrijft het mislukken van zijn werkhervatting, dat voor hem erg vernederend is, toe aan het falen van de therapeut.

Achteraf maakt de *geïrriteerde* therapeut de volgende zelfanalyse.

Situatie (A):

Patiënt klaagt de therapeut aan vanwege het mislukken van zijn werkhervatting.

Gedachten van de therapeut (B): zie ■ tabel 10.8.

Gevoel van de therapeut (C):

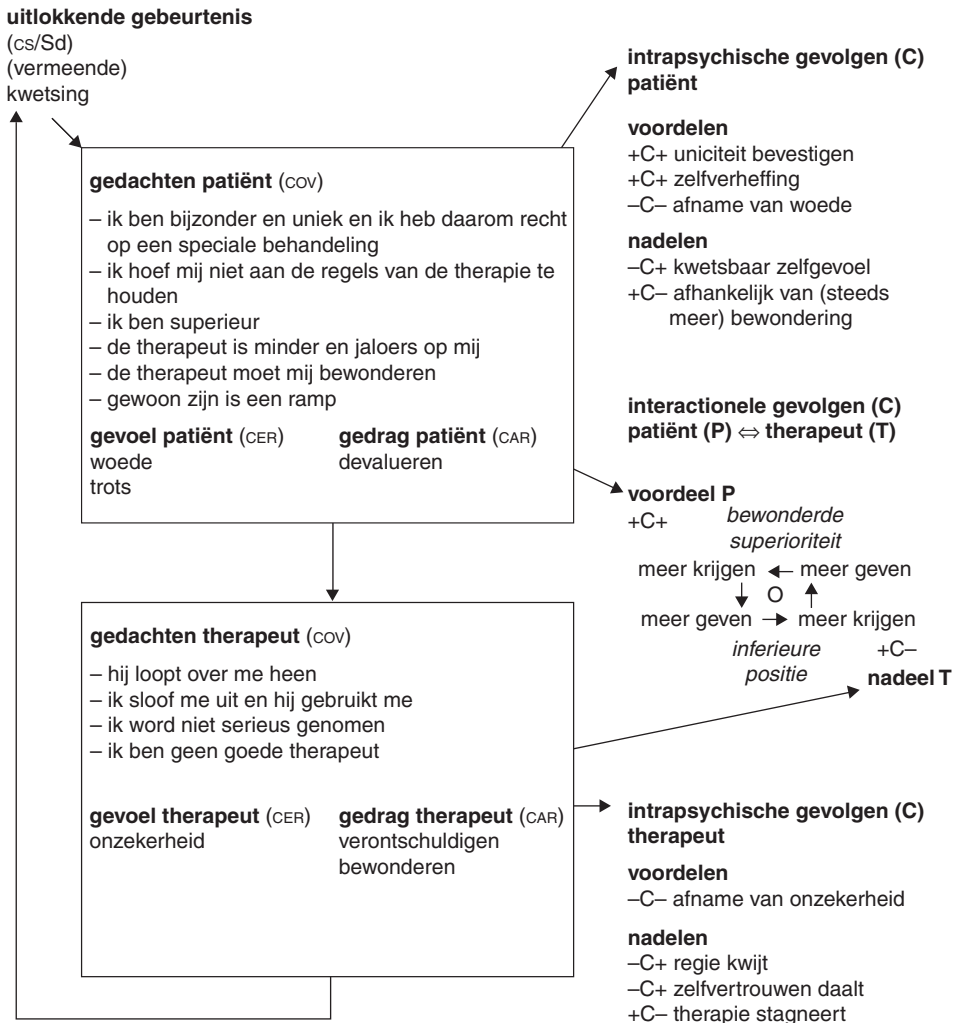
irritatie.

Gedrag van de therapeut (C):

de patiënt terugkwetsen.

Alternatieve en evenwichtige gedachten (E) van de therapeut (waar en helpend):

1. Hij is te sterk gekwetst om zijn eigen aandeel te accepteren.
2. Hij koos inderdaad zelf voor werkhervatting.
3. De patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis wil alleen maar de voordelen en zeker geen kwetsende mislukking.



■ **Figuur 10.4** Functieanalyse van een valkuil in de therapeutische relatie bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis: de onzekere therapeut.

■ **Tabel 10.8** Toetsing van de gedachten van de geïrriteerde therapeut.

	Gedachten van de therapeut (B)	toetsing (D)	
1	Hij geeft mij de schuld van zijn falen.	waar	niet helpend
2	Hij koos zelf voor werkhervatting.	waar	helpend
3	Ik heb het niet fout gedaan, hij heeft er na bespreking van de voor- en nadelen zelf toe besloten.	waar	niet helpend

Doel van de therapeut (G):

- zich minder boos voelen;
- empathisch confronteren.

■ Commentaar

Patiënt wil duidelijk een uitzonderingspositie in zijn vraag om een gesprek buiten kantooruren. De therapeut heeft te weinig rekening gehouden met de narcistische persoonlijkheidsstoornis en is te veel ingegaan op de werkproblemen en de paniek. De voor de therapeut kwetsende interactie was de kans om de narcistische persoonlijkheidsstoornis bespreekbaar te maken. Mogelijk had de therapeut wat soepeler kunnen onderhandelen over een compromis wat de afspraak betreft, maar door zijn boosheid is hij op zijn strepen gaan staan. Ook zelfanalyse achteraf is bijzonder leerzaam en helpend voor een volgende keer. In ■ figuur 10.5 is de functieanalyse van de therapeutische relatie bij de geïrriteerde therapeut weergegeven.

Rosette van der Valk

Rosette van der Valk is in behandeling voor boulimie en woedeaanvallen die ertoe leidden dat zij haar nog jonge kinderen slaat. Zij is een welbespraakte, intelligente vrouw die voortdurend het therapiegesprek domineert en de schuld bij anderen legt. Haar therapeut kan er bijna niet tussen komen en raakt steeds meer ontmoedigd. Hij heeft dit gedrag al talloze malen besproken, maar zonder resultaat. Rosette wil snel van haar klachten af en blijvende genezing bereiken, en gaat zonder overleg naar een weekend voor gestalttherapie. Eerder was zij vijf jaar in psychoanalyse, zonder effect op haar eetstoornis. Hoewel haar vriendin met dezelfde klachten van vreetbuien en overgeven in een cognitieve gedragstherapie van twintig zittingen was opgeknapt, vindt zij deze snelle verbetering ook een vernederend idee.

De therapeut maakt de volgende zelfanalyse van zijn gevoel van *ontmoediging*.

Situatie (A):

Therapeut kan patiënt niet bereiken en wordt door patiënt gebruikt voor een snelle therapie.

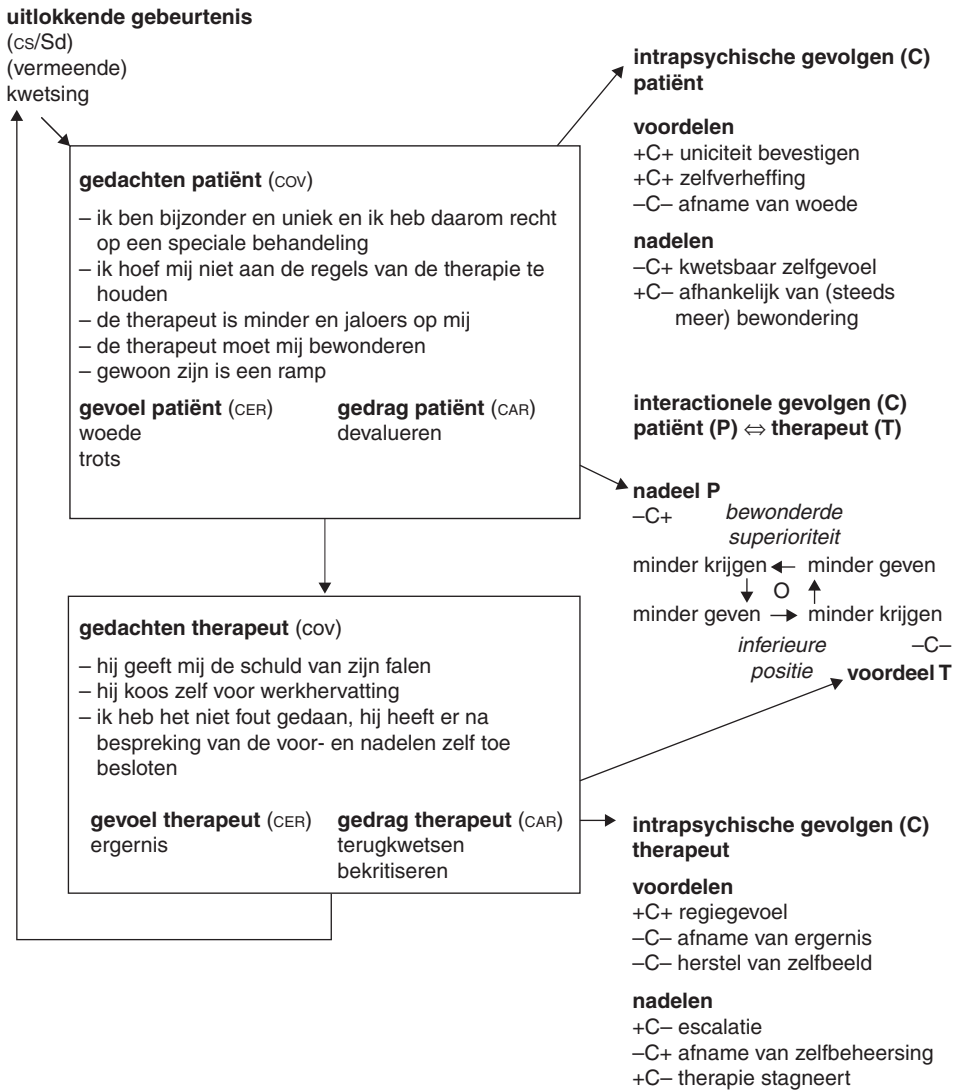
Gedachten van de therapeut (B): zie ■ tabel 10.9.

Gevoel van de therapeut (C):
ontmoediging.

Gedrag van de therapeut (C):
zich terugtrekken.

Alternatieve en evenwichtige gedachten (E) van de therapeut (waar en helpend):

1. We zijn nu bij de kern van haar probleem.
2. Hier horen verwijt en zelfrechtvaardiging bij.
3. Ik moet juist niet aan haar hoge verwachtingen voldoen, maar ze bespreekbaar maken.
4. Het is een moeilijke therapie, maar ik beschouw deze als een uitdaging.
5. Als ik het bespreek, kan het gedrag veranderen, maar dit zal niet snel gaan bij een narcistische persoonlijkheidsstoornis.
6. Ik vind mijn werk als therapeut moeilijk maar zinvol, ondanks de frustratie.



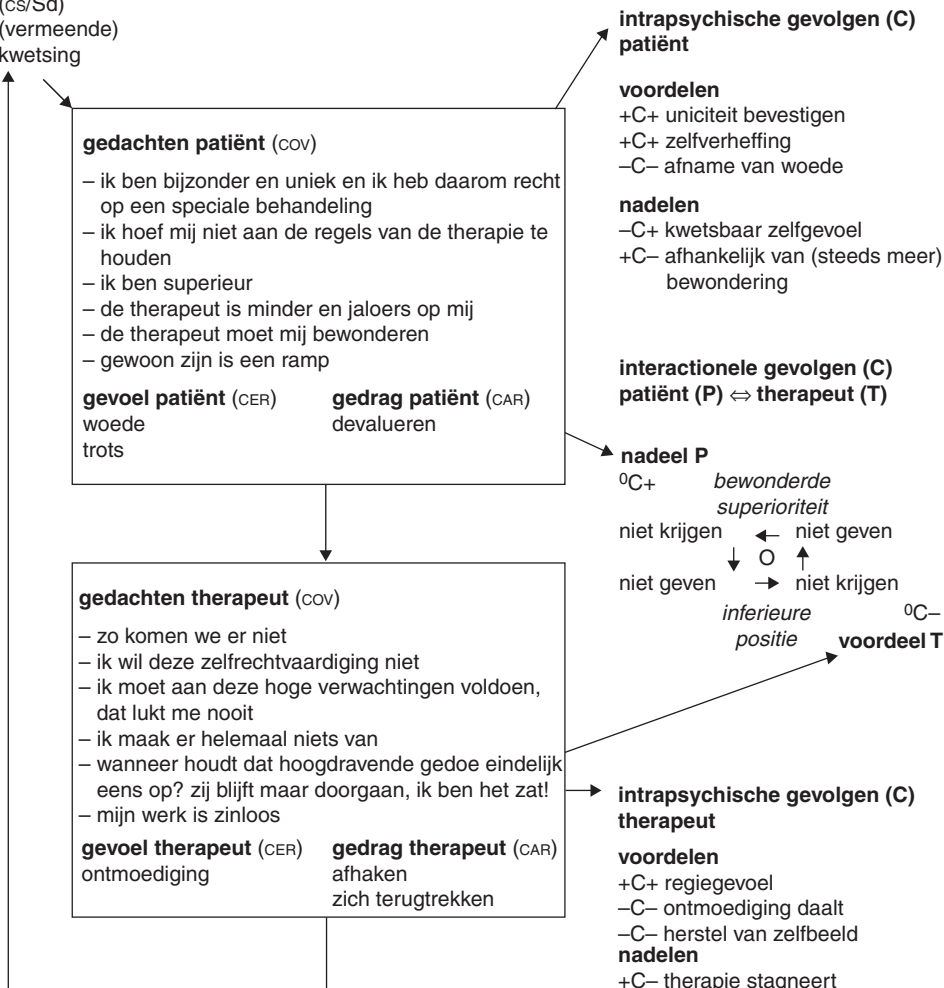
▣ **Figuur 10.5** Functieanalyse van een valkuil in de therapeutische relatie bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis: de geïrriteerde therapeut.

▣ **Tabel 10.9** Toetsing van de gedachten van de ontmoedigde therapeut.

	Gedachten van de therapeut (B)	toetsing (D)	
1	Zo komen we er niet.	waar	niet helpend
2	Ik wil deze zelfrechtvaardiging niet.	waar	niet helpend
3	Ik moet aan deze hoge verwachtingen voldoen. Dat lukt me nooit.	niet waar	niet helpend
4	Ik maak er helemaal niets van.	niet waar	niet helpend
5	Wanneer houdt dat superieure gedoe eindelijk eens op? Zij blijft maar doorgaan, ik ben het zat!	waar	niet helpend
6	Mijn werk is zinloos.	niet waar	niet helpend

uitlokkende gebeurtenis

(cs/Sd)
(vermeende)
kwetsing



■ **Figuur 10.6** Functieanalyse van een valkuil in de therapeutische relatie bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis: de ontmoedigde therapeut.

Doel van de therapeut (G):

- zich minder ontmoedigd en meer zelfverzekerd voelen;
- empathisch bespreken van de verwachtingen van de patiënt.

■ **Commentaar**

Door anders te denken kan de therapeut rustiger worden en zich niet langer laten opjagen en ontmoedigen door de verwachting van een snelle en effectieve therapie. De therapeut heeft zo het geduld en de rust om het kernprobleem van de patiënt met de narcistische persoonlijkheidsstoornis bespreekbaar te maken. Hij weet hierdoor de valkuil van ontmoediging te vermijden. In ■ figuur 10.6 is de valkuil van de ontmoedigde therapeut afgebeeld.

Samengevat: het devalueergedrag van een patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis heeft de functie en betekenis om superioriteit te bevestigen en vernedering te vermijden, zoals hierboven uiteengezet. En de patiënt roept met zijn gedrag en zijn gevoeligheid voor de bekrachtiging van (zelf)bewondering specifieke reacties op bij de therapeut. Wanneer de therapeut vaak zelfs binnen één sessie in alle drie de valkuilen tegelijk trapt, gaat hij ongewild het devalueren nog meer bekrachtigen en loopt de therapie vast. Het is dan tijd voor zelfanalyse, intervisie of supervisie van collega's.

Een samenvatting van de valkuilen voor de therapeut bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis is weergegeven in het kader.

Valkuilen voor de therapeut bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis:

1. verontschuldigen, bewonderen;
2. terugkwetsen, bekritisieren;
3. zich terugtrekken, negeren.