

# Afbakening en definitie van psychotrauma en persoonlijkheid

- 2.1 Inleiding – 10**
- 2.2 Definitie van trauma – 10**
- 2.3 Definitie van persoonlijkheid – 11**
- 2.4 Domeinen van persoonlijkheid – 12**
  - 2.4.1 Karaktertrekken (traits) – 13
  - 2.4.2 Biologisch perspectief – 13
  - 2.4.3 Het intrapsychische perspectief – 14
  - 2.4.4 Het cognitieve en experiëntiële perspectief – 16
  - 2.4.5 Perspectief op aanpassing en coping – 17
  - 2.4.6 Slotwoord over deze perspectieven – 17
- 2.5 Van persoonlijkheid naar persoonlijkheidsstoornis – 18**
  - 2.5.1 Categoriale indeling – 19
  - 2.5.2 Het vóórkomen van persoonlijkheidsstoornissen – 29
- 2.6 Van een categoriale naar een dimensionele beschrijving van persoonlijkheidsstoornissen – 30**
- 2.7 Persoonlijkheidsproblematiek en (complexe) traumaproblematiek – 31**
- 2.8 Tot slot – 33**

## 2.1 Inleiding

Hebben persoonlijkheid en psychotrauma veel met elkaar te maken? Zijn het onderscheiden velden in de geestelijke gezondheidszorg of is kennis van beide gebieden noodzakelijk om een cliënt doeltreffend te behandelen? Overlapt complex trauma of complexe PTSS met persoonlijkheidsstoornis of met de comorbiditeit van PTSS met een persoonlijkheidsstoornis? Hoe kan onderscheid worden gemaakt tussen beide constructen?

Deze vragen maken afbakening en definiëring noodzakelijk. We beschrijven in dit hoofdstuk wat binnen de geestelijke gezondheidszorg de meest gebruikte termen voor persoonlijkheid en persoonlijkheidspathologie zijn en hoe die zijn omschreven. Daaruit volgt zowel de overlap als het onderscheid tussen persoonlijkheidsstoornissen en (complexe) trauma-aandoeningen. Hierbij zij vermeld dat er continu veranderingen zijn. Er is met name veel te doen rondom de verschijning van de psychiatrische handboeken ICD-11 en DSM-5. Daarin verschijnen immers opvattingen die in de komende periode leidend zijn voor klinici en onderzoekers. Aan de ICD-11 wordt nog gewerkt; in de DSM-5, die in 2013 is verschenen, wordt een dimensionele beschouwing van persoonlijkheidsstoornissen geïntroduceerd. Die staat haaks op de categoriale presentatie zoals we die tot op heden kennen. Het is een gevolg van recente publicaties en studies over zowel de overlap tussen aandoeningen als de centrale onderliggende thema's. We gaan er in dit hoofdstuk op in.

Achtereenvolgens beschrijven we de domeinen van persoonlijkheid die in de literatuur worden onderscheiden. Er wordt aandacht besteed aan het vijffactorenmodel van de persoonlijkheid, dat als universeel geldig wordt beschouwd, maar ook aan het intrapsychische perspectief en de interpersoonlijke benadering. Het laatste deel van het hoofdstuk beschrijft de categoriale indeling in tien persoonlijkheidsstoornissen in de DSM (APA 2013). De ontwikkelingen van het dimensionele model voor persoonlijkheidspathologie worden eveneens belicht.

## 2.2 Definitie van trauma

De term 'trauma' is ontleend aan het Grieks en verwijst naar wond. Psychisch trauma verwijst naar de psychische wond die is veroorzaakt door confrontatie met schokkende gebeurtenissen. Sinds de eerste beschrijvingen van psychisch letsel als gevolg van externe stress in het psychiatrische handboek DSM in 1980 wordt geworsteld met een alom geldige omschrijving van het type gebeurtenis dat psychisch trauma tot gevolg heeft. Het blijkt namelijk een subjectieve aangelegenheid: wat voor de ene persoon traumatisch is, is het voor een ander niet. Ofschoon er gebeurtenissen zijn die voor vrijwel iedereen als traumatisch zijn te beschouwen, zoals de bedreiging met de dood of het getuige zijn van de dood van een dierbare, is dit geen waterdicht criterium. Opeenvolgende versies van de DSM geven verschillende omschrijvingen, en de Amerikaanse DSM verschilt in de omschrijving van psychisch trauma van de Europese (WHO-gestuurde) ICD. De beschrijving van traumasymptomen in de ICD-11, die in 2017 wordt verwacht, zal verschillen van die in de recentste versie van de DSM (DSM-5; APA 2013). De verschillen in definitie en omschrijving van de posttraumatische stressstoornis tussen DSM-5 en ICD-11 gaan voor veel verwarring zorgen. Dat is althans de verwachting. Bij elke toepassing van of verwijzing naar de diagnose moet worden bepaald om welke definitie het gaat. Feitelijk ontstaan dan twee aparte aandoeningen. Geografisch komt het neer op een Amerikaanse en een Europese formulering.

Ofschoon trauma in het algemene taalgebruik veelvuldig wordt gebruikt als verwijzing naar de aard van de gebeurtenis (moord als trauma, oorlog als trauma), gaat het in principe om de gevolgen, het letsel dat wordt veroorzaakt. Dat sluit ook beter aan op het feit dat slechts een minderheid op heel ernstige gebeurtenissen met traumaklachten reageert. Het merendeel van de getroffensten herstelt namelijk binnen korte tijd.

Zoals trauma niet verwijst naar de aard van een bepaalde gebeurtenis, is het evenmin synoniem aan een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Hoewel PTSS een van de meest gestelde diagnoses is wanneer getroffensten zich met klachten bij de hulpverlening aanmelden, komen andere klachtenbeelden eveneens voor. Zo treedt PTSS vaak samen op met depressie en met verslaving en middelenmisbruik en zijn er meer en generieke angstklachten te onderkennen (sociale angst, gegeneraliseerde angst).

In de DSM-5 (APA 2013) worden de volgende trauma- en stressorgerelateerde aandoeningen onderscheiden: reactieve hechtingsstoornis, teruggetrokken sociale stoornis, posttraumatische stressstoornis, acute stressstoornis en aanpassingsstoornissen. Het hoofdstuk trauma- en stressorgerelateerde stoornissen is in deze DSM-versie nieuw. PTSS komt gedurende het leven ongeveer 8,7 % keer voor, althans in de Verenigde Staten. Elders in de wereld lijkt het wat lager te liggen (APA 2013).

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt gedefinieerd als een stoornis in reactie op blootstelling aan een gebeurtenis met daadwerkelijke of dreiging van dood, ernstige verwonding of seksueel geweld (inclusief getuige zijn van); het voorkomen van symptomen van herbeleving, zoals nachtmerries, flashbacks; vermijding van situaties die verband houden met de gebeurtenissen; veranderingen in cognities en stemming, waaronder het vergeten van bepaalde aspecten van de gebeurtenissen en aanhoudende negatieve overtuigingen over zichzelf, anderen of de wereld ('je kunt niemand vertrouwen'); veranderingen in prikkelbaarheid en reacties, bijvoorbeeld geïrriteerdheid en concentratieproblemen. De problemen houden langer dan een maand aan en veroorzaken duidelijk lijden (APA 2013).

De beschrijving van diagnostische beelden na traumatisering is gevarieerd. PTSS komt weliswaar het frequentst voor na tal van diep ingrijpende ervaringen, zoals seksueel misbruik, marteling, een verkeersongeval of een overval, maar andere aandoeningen worden eveneens veelvuldig gesignaleerd. Delfos (2015) heeft beschreven hoezeer het effect van traumatisering ook samenhangt met de ontwikkelingsfase van een kind. In dit hoofdstuk gaan we allereerst verder met het beschrijven van wat onder persoonlijkheid wordt verstaan, alvorens we stoornissen op dat terrein in kaart brengen. Er wordt duidelijk gemaakt wat nu precies onder psychotrauma, wat onder complexe traumaproblematiek en wat onder persoonlijkheidspathologie wordt verstaan.

## 2.3 Definitie van persoonlijkheid

Persoonlijkheid wordt gedefinieerd als het geheel van gedragingen, gedachten en gevoelens dat een zekere mate van stabiliteit gedurende de levensloop vertoont en in verschillende situaties en episodes gelijk blijft. *'Personality is the set of psychological traits and mechanisms within the individual that are organized and relatively enduring and that influence his or her interactions with, and adaptations to, the intrapsychic, physical, and social environments'* (Larsen en Buss 2010, pag. 4). Het is de som van een aantal kenmerkende psychologische eigenschappen die zich vanaf de geboorte ontwikkelen vanuit een voortdurende wisselwerking tussen aangeboren persoonlijkheidstrekken en aanwezige omgevingsfactoren. Persoonlijke eigenschappen onderscheiden mensen van elkaar. Ze kunnen gebruikt worden om een

gemeenschappelijk kenmerk van een groep mensen te beschrijven. Bijvoorbeeld: zij zijn optimistisch. Er zijn talloze woorden voor eigenschappen die personen beschrijven. De gemiddelde tendens (over tijd en situaties) waarbij een eigenschap wordt getoond, bepaalt dan of het een persoonlijkheidskenmerk is. Een set van dergelijke eigenschappen wordt gezien als functioneel en op aanpassing gericht (het behalen van doelen en het omgaan met uitdagingen en stressors) en is van invloed op de interactie met anderen en de externe en interne omgeving (hoe men over zichzelf denkt).

Andere woorden die wel gebruikt worden om de persoonlijkheid aan te duiden zijn *karakter* en *temperament*. Temperament verwijst naar een meer genetisch bepaalde presentatie (Kohnstamm et al. 1998). Het betreft de in aanleg aanwezige, over de tijd stabiele persoonlijkheidstrekken, met een eigen genetische en neurobiologische structuur, die betrekking hebben op affect, activiteit, aandacht en sensorische sensitiviteit. Karakter betekent volgens Van Dale 'de kenmerkende innerlijke hoedanigheden waardoor zich de ene persoon van de andere onderscheidt'; de innerlijke gesteldheid van iemand, met als synoniemen: inborst, natuur, aard, geaardheid, gestel, natuur (Geerts en Heestermans 1989). Temperament verwijst vooral naar de interne gesteldheid of natuur van een persoon (*nature*); karakter is een beschrijving van innerlijke eigenschappen die door opgedane ervaringen zijn ontstaan (*nurture*). Het zijn beide overigens wat gedateerde begrippen om de persoonlijkheid aan te duiden.

Persoonlijkheidseigenschappen ontstaan door een interactie van omgevings- en biologische factoren. Waar lang is gezocht naar de meest dominante of zwaarst wegende factor wordt tegenwoordig aangenomen dat het een interactief proces is. Er zijn genetische markers vastgelegd door overerving, maar omstandigheden bepalen welke combinaties van genen worden geactiveerd (Meaney 2001). Dit is het terrein van onder meer de epigenetica en hier wordt momenteel veel onderzoek naar gedaan. Over het geheel genomen is er positief nieuws: omstandigheden kunnen zowel beschermen tegen bepaalde kwetsbaarheid, als bijdragen aan herstel en aanpassing na diep ingrijpende ervaringen, ofschoon vroege gebeurtenissen ook blijvende beperkingen kunnen veroorzaken (Swaab 2016).

Persoonlijkheid verwijst dus naar een redelijk stabiel geheel van functioneren in de tijd, op basis van biologisch bepaalde eigenschappen, die in interactie met interne en externe prikkels verder vorm heeft gekregen en functioneel is. Functioneel wil zeggen dat de persoonlijkheid gericht is op aanpassing aan vereisten die zich in het leven voordoen. Er is dus sprake van een zekere organisatie of zoals Livesley et al. (2016) het omschrijven: persoonlijkheid is systemisch: '... personality is a loosely organized set of subsystems that include the self- and interpersonal systems, a system of regulatory and modulatory processes, and traits' (pag. 22).

## 2.4 Domeinen van persoonlijkheid

Omdat het zo'n veelomvattend terrein is, worden wel de volgende domeinen van persoonlijkheid onderscheiden: het dispositionele domein (*traits*, stabiliteit van persoonlijkheid in de tijd), het biologische domein (fysiologie, genetica, evolutie), het intrapsychische domein (psychodynamiek, motieven), het cognitief-experiëntiële domein (cognitie, emotie, het zelf), het sociale en culturele domein (sociale interactie, sekse en cultuur) en het aanpassingsdomein (stress, coping, gezondheid en persoonlijkheidsstoornissen) (Larsen en Buss 2010).

### 2.4.1 Karaktertrekken (traits)

---

Aan het dispositionele kennisdomein hebben achtereenvolgens Eysenck, Cattell, Leary en Wiggins belangrijke bijdragen geleverd. Eysenck (1991) kwam tot drie hoofdkenmerken voor de beschrijving van de persoonlijkheid: extraversie-introversie, neuroticisme-emotionele stabiliteit en psychoticisme (egocentrisme en impulsiviteit). Cattell (1977) berekende met behulp van factoranalyse zestien basale factoren van de persoonlijkheid. Leary (1957) en Wiggins (1996) benadrukten met de ontwikkeling van circumplex-modellen het interpersoonlijke van karaktertrekken. Persoonlijkheden volgens dit interactieve model zijn te rangschikken langs twee dimensies: 'love and power', betrokkenheid en dominantie. Het circumplex-model is heel bekend geworden als de zogenaamde Roos van Leary (zie ook Locke 2000). Het vijffactorenmodel tot slot, de *Big Five* (Costa en McCrae 1995), heeft in de afgelopen decennia de meeste aandacht gekregen. De vijf factoren zijn: extraversie, aardig- of vriendelijkheid, consciëntieusheid, emotionele stabiliteit en openheid. De factoren zijn gebaseerd op onderzoek met zowel taalkundige als statistische factoranalyses. Deze factoren blijken redelijk stabiel in de tijd (McCrae en Costa 2008) en worden gevonden in verschillende populaties. De veranderingen in persoonlijkheidseigenschappen die optreden, verwijzen naar een rijpings- of ontwikkelingsproces dat zich met het stijgen van de leeftijd voordoet. Vriendelijkheid en emotionele stabiliteit nemen toe zoals ook consciëntieusheid (Caspi et al. 2005). Ofschoon de indeling in vijf factoren herhaaldelijk en in crosscultureel onderzoek wordt teruggevonden, bestaat twijfel over de vijfde factor, openheid, ontstaan voor nieuwe ervaringen of intellect genoemd. Het blijkt lastig deze factor met woorden vanuit verschillende talen overeenkomstig te benoemen.

Persoonlijkheidseigenschappen blijken redelijk stabiel in de tijd. De factor Neuroticisme lijkt in de tijd af te nemen, dus mensen worden emotioneel stabielere wanneer ze ouder worden. Parallel hieraan nemen Vriendelijkheid en Consciëntieusheid toe met de jaren, een teken van rijping. Behalve stabiliteit in de factoren zelf, blijft ook de onderlinge samenhang van factoren gelijk. Met de voornaamste *traits* is dus sprake van een patroon van persoonlijk functioneren. Op basis van twee meta-analyses is de twijfel gelegitimeerd dat persoonlijkheid werkelijk vastligt gedurende de levensloop (Roberts en DelVecchio 2000; Roberts et al. 2006). Met name in de jonge jaren, maar zeker ook gedurende de verdere levensloop, treden veranderingen op. En verder lijkt de persoonlijkheid het meest stabiel geworden gedurende de jongvolwassenheid, en niet de adolescentie zoals wel wordt aangenomen. Omgevingsinvloeden hebben wel degelijk effect op de vorming van de persoonlijkheid, die mogelijk dynamischer en systemischer is dan lang gedacht (Roberts et al. 2006).

In hun eclectische model van persoonlijkheidsproblematiek onderscheiden Livesley et al. (2016) vier clusters van *traits* die met name een rol spelen bij persoonlijkheidsstoornissen: (1) angstig-afhankelijk of emotionele disregulatie, (2) dissociaal (of niet-sociaal) gedrag, (3) sociale vermijding en (4) dwang of impulsiviteit.

### 2.4.2 Biologisch perspectief

---

Dit domein betreft de genetische en fysiologische mechanismen die gedachten, gedrag en gevoelens beïnvloeden. Naar schatting zijn eigenschappen voor dertig tot vijftig procent genetisch bepaald, terwijl omgevingsinvloeden voor zo'n vijftig tot zeventig procent verantwoordelijk zijn (Swaab 2016). Interessant onderzoek van Caspi et al. (2003) toont de interactie tussen genotype en omgeving helder aan. Mishandelde kinderen met hoge niveaus van de

neurotransmitter monoamineoxidase A (MAO-A) ontwikkelden later in hun leven minder gedragsproblemen en antisociale gedragingen dan mishandelde kinderen met lage niveaus van MAO-A. Wat betreft het tot uiting komen van genetisch bepaalde trekken spelen de ouders natuurlijk een rol. Het opvoedingsmilieu sluit idealiter optimaal aan bij wat het kind genetisch inbrengt aan eigenschappen. Dat betekent dat sensitief ouderschap is vereist.

Het probleem met bovengenoemd onderzoek is echter ook dat replicatiestudies voorsnog uitblijven. Het is in het algemeen moeilijk onderzoek naar gen-omgevingsinteractie te herhalen. Ofschoon het veelbelovend lijkt om de wisselwerking tussen nature en nurture beter te gaan begrijpen, gaat het in dit type onderzoek nog hoofdzakelijk om het zoeken van een speld in een hooiberg (Duncan et al. 2014).

Verkenningen van de fysiologische mechanismen die met het optreden van bepaalde karaktereigenschappen samengaan, wijzen allereerst op de rol van extraversie en neuronale activatie. Daarnaast is er verband gemeten tussen de gevoeligheid voor belonen en straf en hersenactiviteit, tussen gevoeligheid voor spanning en een niveau van enzymen en hormonen in het bloed en tussen de rol van neurotransmitters, schommelingen in lichaamstemperatuur, verschil tussen beide hersenhelften en affectieve stijl (Frazzetto 2013). Dit zijn abstracte formuleringen voor de verbanden die tussen soma en psyche worden gevonden. Een explosieve toename van het gebruik van scans en fMRI's van de hersenen hebben geleid tot veel meer onderzoek hiernaar. Tegelijkertijd is ook enige scepsis ontstaan over de geldigheid van veel van dergelijke gerapporteerde verbanden. Er is namelijk eveneens onderlinge variatie tussen mensen.

Er is evidentie voor een biologisch bepaalde associatie tussen introversie-extraversie en behoefte aan prikkels. Introverte mensen presteren beter wanneer de omgeving rustig is, terwijl extraverte mensen zich beter op een taak kunnen concentreren in een rumoerige omgeving. Er lijkt dus verschil te bestaan in prikkelbehoefte tussen introverte en extraverte mensen. Zij hebben een verschillende mate van prikkels nodig om optimaal te kunnen functioneren of presteren.

Zoals voor introversie-extraversie relaties zijn gevonden met activiteit in de hersenen, is ook de gevoeligheid voor beloning of straf gerelateerd aan toenadering of vermijding in gedrag. Mogelijk zijn mensen in verschillende mate gevoelig voor beloning en straf. Inhibitie van gedrag staat in relatie tot angst, en toenadering in gedrag in relatie tot impulsiviteit of het onvermogen om reactie te inhiberen. Beloning en straf hebben een verschillend effect, afhankelijk van de mate waarin iemand impulsief of juist angstig is.

Ten slotte is ook *sensation-seeking*, de avontuurlijke inslag, beschouwd als een sterk biologisch bepaalde eigenschap. Neurotransmitters spelen een belangrijke rol. Het teveel of juist een te weinig van het enzym monoamineoxidase (MAO), dat zorgdraagt voor het afbreken van de neurotransmitter en daarmee activatie bepaalt, bepaalt de mate van impulsiviteit. Op het gebied van de persoonlijkheid wordt vooral de rol van de drie neurotransmitters dopamine (geassocieerd met gevoel van plezier), serotonine (antidepressie) en norepinefrine (van belang voor activering van het sympathische zenuwstelsel (vechten-vluchten)) belicht. Deze drie neurotransmitters zorgen ervoor dat hersencellen met elkaar communiceren en elk ervan beïnvloedt op eigen wijze stemming en persoonlijkheid (Frazzetto 2013; Siegel 2012).

### 2.4.3 Het intrapsychische perspectief

In het kader van dit boek gaan we niet over tot een uitputtende weergave van het psychoanalytische gedachtegoed van Sigmund Freud, die hoe dan ook erg invloedrijk is geweest op de theorieën over persoonlijkheid en behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.

Zijn aandacht voor intrapsychische structuren (id, ego en superego), het onderscheid tussen bewust en onderbewust, en de relatie tussen omgeving, ervaringen en reacties heeft veel doen veranderen. In opleidingen voor psychotherapie vormt zijn werk doorgaans het vertrekpunt. Hedendaagse therapievormen voor persoonlijkheidspathologie maken er gebruik van, zoals Transference Focused Psychotherapy en Mentalization-based Treatment, ofschoon uitlopers van Freuds werk als de objectrelatietheorie en ideeën over hechting daar zo mogelijk meer bepalend voor zijn geweest.

Kort geformuleerd bepaalt de samenwerking tussen id (primaire impulsen vanuit het onderbewustzijn), ego (het coördinerend 'management') en superego (geeft (geïnternaliseerde) eisen vanuit de omgeving weer, het geweten) het handelen, denken en voelen. Angst ontstaat wanneer omgevingseisen het vermogen van het ego om daar adequaat op te reageren overstijgen. Om de angst de baas te kunnen, worden verdedigingsmechanismen ingezet. Voorbeelden hiervan zijn repressie (onderdrukking van ongewenste gedachten, behoeften et cetera), ontkenning (het niet zien van de feiten), verplaatsing (toewijzen van een bedreigende of onacceptabele impuls aan een ander doel), rationaliseren (verzinne van acceptabele redenen of uitleg), reactievorming (vervangen van reactie door tegenovergestelde reactie), projectie (toekennen, attribueren) en sublimatie (kanaliseren van onacceptabele impuls naar een sociaal wenselijke activiteit) (Gabbard 2000). Deze copingmechanismen kunnen heel functioneel uitpakken. Wanneer zij echter de overhand hebben kunnen zij de relatie met anderen nadelig beïnvloeden.

Na Freud wordt nog altijd wel rekening gehouden met een onbewuste dat het gedrag, gedachten en gevoel beïnvloedt, maar dat niet langer noodzakelijkerwijs kwaadaardig of seksueel van aard is. De mens is zich niet van alle overwegingen, motivaties en bronnen van zijn gedrag bewust. Overige psychoanalytici die van invloed zijn geweest op het denken over persoonlijkheid en ontwikkeling zijn Erik Erikson, Otto Kernberg en Heinz Kohut. Erikson legde om te beginnen de nadruk op het ego en op de ontwikkeling van een *inner self*, op een besef van wie we zijn. Identiteit vormt een belangrijk onderdeel van de persoonlijkheidsontwikkeling. Het is het verhaal (narratief) dat iemand over zichzelf ontwikkelt (McAdams 2008). Erikson onderscheidde acht stadia van een levenslange ontwikkeling en legde dus niet per se de nadruk op de kinderjaren, zoals Sigmund Freud dat had gedaan (Gabbard 2000).

Otto Kernberg (1984) en Heinz Kohut (1977) hebben het idee over het zelf verder uitgewerkt (Gabbard 2000). In een normale ontwikkeling wordt iemand zich steeds meer bewust van de reële mogelijkheden en beperkingen van zichzelf. Soms echter gaat overschatting een steeds grotere rol spelen. Dan ontbreekt een goede balans van succes en falen in de ervaringen die worden opgedaan. De paradox van narcisme is dat terwijl veel applaus en lof wordt gezocht, iemand eigenlijk met grote onzekerheid over zichzelf kampt (Appelo 2013).

Vervolgens behoren ook de ontwikkelingen op het gebied van de objectrelatie- of hechtingstheorie tot dit perspectief. In tegenstelling tot de eerdere visie, waarin interne driften en behoeften leidend waren, is hier het uitgangspunt dat de sociale relatie met anderen, in het bijzonder de moeder, cruciaal is. Daarnaast is een belangrijk uitgangspunt dat belangrijke anderen, zoals de moeder of andere hechtingsfiguren, worden geïnternaliseerd als mentale objecten. Het onderzoek dat is gedaan op het gebied van hechting (attachment) is van grote waarde voor ideeën over persoonlijkheidspathologie en interventies. John Bowlby (1980) observeerde hoe kleine kinderen reageerden op de scheiding van hun moeder. Mary Ainsworth (zie Ainsworth et al. 2015) ontwikkelde vervolgens een experimentele procedure om de kwaliteit van hechtingsrepresentaties te meten, door vooral te kijken naar de manier waarop kinderen op scheiding en hereniging met hun ouder reageren. Op grond van deze studies zijn categorieën onderscheiden die een verschil in hechtingskwaliteit indiceren: (a) veilig gehecht



2  
 zijn kinderen die gerustgesteld zijn wanneer zij na scheiding met hun verzorger herenigd worden en die geïnteresseerd zijn in hun omgeving; (b) vermijdend gehecht zijn kinderen die hun ouder vermijden bij hereniging; zij doen feitelijk alsof er niets is gebeurd; (c) ambivalente hechting geldt voor kinderen die hevig reageren bij vertrek van de verzorger en wisselend reageren op diens terugkeer; zij zijn zowel boos als dat ze dicht bij de persoon willen zijn; (d) gedesorganiseerde hechting verwijst naar de kinderen die geen enkele structuur en vooral chaos in hun reacties laten zien; het ontbreken van een patroon in de reactie is zorgwekkend en komt bijvoorbeeld voor in reactie op mishandeling.

Er is enig verband gevonden tussen de kwaliteit van de hechtingsrelaties op jonge en volwassen leeftijd (Fraley 2002). Mensen die op een warme jeugd terugzien, met betrokken ouders, hebben een grotere kans op een affectief veilige stijl in een partnerrelatie op volwassen leeftijd. Ze hebben meer affectieve vaardigheden meegekregen.

Tot slot enkele woorden over de rol die motivatietheorieën hebben gespeeld. Als de drie belangrijkste motieven worden beschouwd: behoefte aan presteren of succes (achievement), macht en intimiteit. Onderzoek naar het belang van presteren in de ontwikkeling van kinderen wijst uit dat bevorderen van onafhankelijkheid, reële eisen stellen en veilige gehechtheid positief van invloed zijn op de ontwikkeling van succes (Larsen en Buss 2010).

Maslow (Maslow en Hoffman 1996) introduceerde de hiërarchie van behoeften als model voor de persoonlijke ontwikkeling tot zelfrealisatie. Aan de basis van de driehoek liggen de urgentste behoeften (fysiologische noden), gevolgd door een niveau met veiligheidsbehoeften. Deze moeten eerst vervuld worden voordat aan de behoeften van het derde (behoefte ergens toe te behoren, relationele), vierde (zelfwaarde) en vijfde niveau (zelfrealisatie) kan worden toegekomen. Voor Carl Rogers was zelfactualisatie het hoogste streven en om dat te helpen bereiken ontwikkelde hij onder meer de client-centered (persoonsgerichte) therapie. Uitgangspunt van Rogers was dat de mens principieel goed is en gericht is op groei. Het is van belang dat kinderen de kans krijgen op positieve feedback om een volwassene met zelfvertrouwen en autonomie te kunnen worden. Als positieve feedback conditioneel is, dus afhankelijk van het oordeel van anderen, zal afbreuk worden gedaan aan het zelfvertrouwen en zal de persoon afhankelijk blijven van goedkeuring van de sociale omgeving. Een onvoorwaardelijk vertrouwen in zichzelf is daarentegen nodig om autonomie en positief zelfvertrouwen op te bouwen.

#### 2.4.4 Het cognitieve en experiëntiële perspectief

Becks cognitieve therapie voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is wijdverspreid (Beck en Freeman 1990). Aan deze schematherapie liggen theoretische assumpties ten grondslag die hun oorsprong vinden in studies op het gebied van perceptie en interpretatie. Onderzoek heeft zich gericht op constructen als locus of control of beheersingsoriëntatie (Rotter 1990) en learned helplessness of aangeleerde hulpeloosheid (Seligman 1992, 1994). Beide theoretici vinden dat mensen gegeneraliseerde verwachtingen ontwikkelen op basis van bepaalde ervaringen. Personen kunnen daarin 'gevangen' raken en hebben dan anderen nodig om een alternatieve gedachte te ontwikkelen.

Bandura's (1997) construct self-efficacy of zelfeffectiviteit verwijst naar de overtuiging die een persoon heeft dat hij in staat is een bepaald doel te bereiken (sociaal-cognitieve leertheorie). Hoe sterker het idee dat hij het kan, hoe groter zijn zelfvertrouwen.

Emoties kunnen eveneens worden gezien als *traits* of trekken. Immers, we beschrijven mensen vaak in termen van emoties die zij geregeld ervaren of uitdrukken. Emoties kunnen



dus ook in enige mate consistent en herhaaldelijk voorkomen. Emoties zijn zowel categoriaal (afzonderlijk) als dimensioneel (geleidelijk).

Het zelf en de opvattingen die mensen over zichzelf hebben, zijn van groot belang voor een goed begrip van hoe mensen zichzelf en hun ervaringen en gedragingen organiseren. Cognitieve schema's ontstaan terwijl kinderen de wereld, hun ervaringen en gedachten organiseren. Schema's zijn kennisstructuren en verzamelingen van eigenschappen die verband houden met opvattingen over zichzelf. Zelfwaardering is gebaseerd op een evaluatie van zichzelf.

Er bestaan verschillen in persoonlijkheid op basis van geslacht en culturele achtergrond. Mannen zijn extravert, energieke, fysieke en impulsieve. Vrouwen worden introvert, communicatiever en sociaal gevonden. Een verschil dat in de literatuur heel vaak wordt genoemd, is dat tussen individueel versus collectief ingestelde culturen. Collectief ingestelde culturen benadrukken onderlinge afhankelijkheid versus individuele onafhankelijkheid. Het blijkt echter minder eenduidig te liggen dan gedacht. Het is te simpel om te denken dat culturele groepen te onderscheiden zijn als individualistisch of collectivistisch. Een tweede kritiekpunt is dat gedrag contextafhankelijk is. Zo is een Surinaamse Nederlander thuis mogelijk weliswaar gericht op het gedeelde belang, maar op zijn werk net zo individualistisch doelgericht als zijn Nederlandse collega. Desalniettemin worden er verschillen gezien, bijvoorbeeld in de manier waarop mensen met verschillende culturele achtergronden zichzelf omschrijven, of de mate waarin zij geneigd zijn zichzelf positieve of negatieve (kritische) eigenschappen toe te schrijven.

### 2.4.5 Perspectief op aanpassing en coping

Wat is de rol van de persoonlijkheid bij stress en het ontstaan van ziekte? Is zij van invloed op de copingstrategieën? Kan zij vooral de perceptie van gebeurtenissen beïnvloeden? En/of kan zij de gebeurtenissen zelf beïnvloeden?

Stress is een subjectieve reactie – niet iedereen reageert op dezelfde situatie op gelijke wijze. Verder is niet alle stress gelijk: er zijn duidelijke variaties in de doses van stress: (a) acute stress, (b) periodieke acute stress, (c) traumatische stress, en (d) chronische stress. Het hangt er daarbij van af hoe de prikkels worden geïnterpreteerd – hoe worden zij op waarde geschat? Eerdere ervaringen helpen een inschatting maken van zowel de ernst van de stressvolle gebeurtenis als van de mogelijkheden ermee om te gaan (Lazarus en Folkman 1984). Overtuigingen die een rol spelen bij de inschatting of men de zich opdringende stress aankan, zijn gerelateerd aan optimisme-pessimisme en self-efficacy (Bandura 1997). Optimistische gedachten zijn dat de stressvolle gebeurtenissen toevallig zijn en beïnvloedbaar, pessimistische dat stress stabiel en onveranderbaar is.

### 2.4.6 Slotwoord over deze perspectieven

Tot nu toe hebben we verschillende theoretische perspectieven op de persoonlijkheid globaal beschreven. Met zeven mijlslaanzen bespraken we ontwikkelingen in de afgelopen eeuw. We belichtten deze elementen omdat zij een rol spelen in de opvattingen over persoonlijkheidspathologie, in theoretische gedachten over de rol van traumatische ervaringen bij persoonlijkheidspathologie en in ontwikkelingen in behandelprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen. In de rest van dit hoofdstuk gaan we in op het onderscheid tussen

categorieën van persoonlijkheidsstoornissen. Tot slot behandelen we nog de dynamische opvatting van persoonlijkheidsproblemen.

## 2.5 Van persoonlijkheid naar persoonlijkheidsstoornis

Een verdere bespreking van bovengenoemde domeinen zou te ver voeren voor de bedoeling van dit boek en we concentreren ons op het laatste domein: hoe passen individuen zich aan aan uitdagingen die de omgeving hun stelt? Psychotrauma en persoonlijkheid ontmoeten elkaar het explicietst binnen dit domein. We gaan in op de persoonlijkheidsstoornissen die worden beschreven in de psychiatrische handboeken (ICD, DSM-IV en -5).

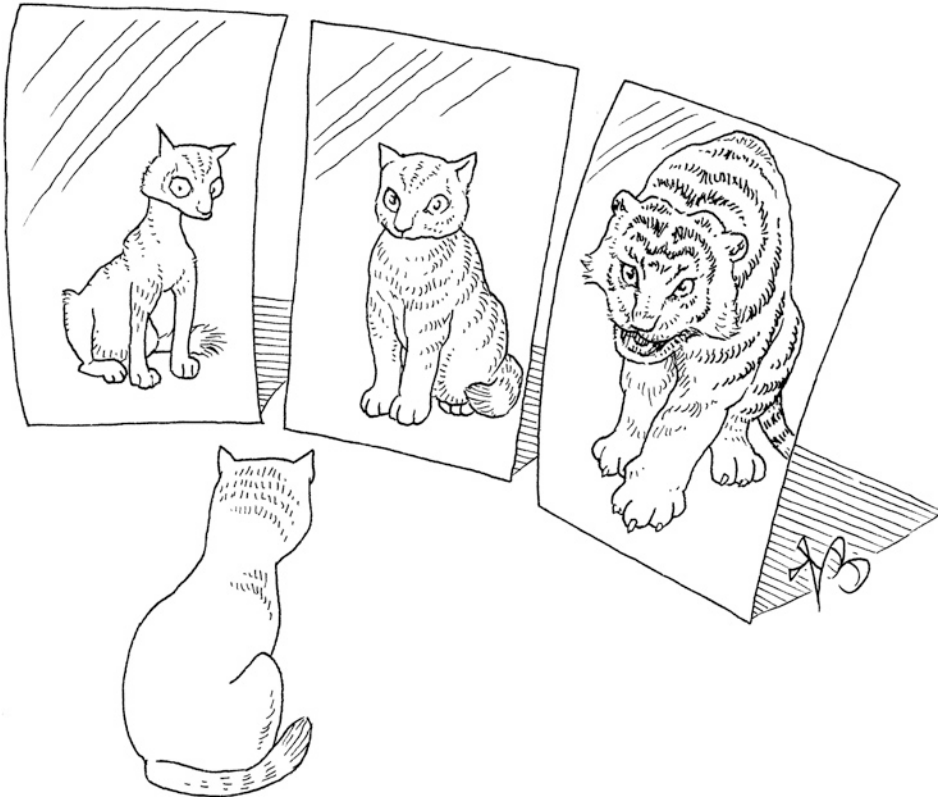
*Disfunctioneren van persoonlijkheid* ontstaat wanneer het vermogen van een persoon tekortschiet om zich aan te passen aan zijn/haar interne binnenwereld en/of externe omgeving. Een ongunstig temperament alleen leidt niet tot psychopathologie (Clark en Ro 2014; Josefsson et al. 2013; Rettew en McKee 2005).

Bij een gezonde persoonlijkheid is iemand in staat om zijn gedrag op een gewenste manier aan te passen aan de omstandigheden en situatie, waardoor iemand tevreden is over zichzelf en goed kan functioneren. Wanneer echter negatieve, starre trekjes gaan tegenwerken en aanpassing aan de omgeving niet meer lukt, spreken we van persoonlijkheidsproblematiek. Hierbij gaat het bijna altijd om extreme varianten van 'gewone' persoonlijkheidstrekken als jaloezie, gevoeligheid voor kritiek, bindingsangst, impulsiviteit, afhankelijkheid, perfectionisme of verlegenheid.

Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn bepaalde persoonlijkheidstrekken zo sterk aanwezig, dat het vermogen tot aanpassing aan verschillende situaties verminderd is. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren daardoor moeilijkheden in contact met anderen en lopen vaak vast op verschillende terreinen van hun leven: thuis, op school, op het werk en in hun sociale leven. Dit beperkt hun gevoel goed te functioneren.

Persoonlijkheidsstoornissen betreffen psychische problematiek die gekenmerkt wordt door een star en duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen dat binnen de cultuur van de betrokkene duidelijk afwijkt van de verwachtingen. Het veroorzaakt last en disfunctioneren in een aantal voornamelijk levensdomeinen, zoals werk of relaties (APA 2013). Disfunctionele persoonlijkheidskenmerken, zoals tot dusver in het hoofdstuk beschreven, of combinaties daarvan dragen aan stoornissen bij. *Traits* of meer genetisch bepaalde karaktertrekken, motieven en drijfveren, cognities en overtuigingen, emoties en het zelfconcept vormen alle elementen van persoonlijkheidsstoornissen. Sociale relaties worden verstoord door persoonlijkheidsproblematiek. De DSM-5 (APA 2013) volgt vooralsnog de indeling in aparte diagnoses, maar in de bijlage is een voorstel voor een dynamische indeling van persoonlijkheidspathologie toegevoegd. De World Health Organization, die verantwoordelijk is voor de International Classification of Diseases en bezig is met de elfde editie, buigt zich eveneens over een dimensionele versie.

Omdat de categoriale indeling gedurende de geldigheid van de DSM-5 nog toegepast zal worden, volgt hierna eerst de categoriale indeling van persoonlijkheidsstoornissen in drie rubrieken. Daarna beschrijven we de kenmerken van de afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen. We hebben daarvoor een aantal bronnen geraadpleegd. Naast de DSM-5 (APA 2013) zijn uitgebreide beschrijvingen voorhanden in onder meer Beck en Freeman (1990), Millon en Davis (2000), Johnson (1994) en Sprey (2015).



■ **Figuur 2.1** De kat ziet in de spiegels een Cluster C-achtig beeld, een normaal beeld en een cluster B-achtig beeld van zichzelf, tekening van Niels Bongers

### 2.5.1 Categoriele indeling

De persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de clusters:

- A (het 'vreemde', merkwaardige type);
- B (het 'grillige', impulsieve type);
- C (het 'angstige', het vermijdende type) zie ■ fig. 2.1.

#### ■ Cluster A

Deze mensen zijn vaak excentriek en kunnen 'vreemd' of 'apart' overkomen. Zij leven vaak alleen, geïsoleerd, hebben weinig contact met anderen en zullen niet snel hulp zoeken. Tot deze groep behoren de:

- paranoïde persoonlijkheidsstoornis;
- schizoïde persoonlijkheidsstoornis;
- schizotypische persoonlijkheidsstoornis.

### ■ Cluster B

Deze mensen zijn impulsief en vinden het moeilijk om met hun emoties om te gaan. Hiertoe worden gerekend de:

- borderline persoonlijkheidsstoornis;
- antisociale persoonlijkheidsstoornis;
- theatrale persoonlijkheidsstoornis;
- narcistische persoonlijkheidsstoornis.

### ■ Cluster C

Deze mensen zijn angstig: zij zijn bang om relaties aan te gaan of juist om mensen te verliezen. Zij vermijden conflictsituaties en hebben moeite om zelfstandig in het leven te staan. Tot cluster C behoren de:

- ontwijkende persoonlijkheidsstoornis;
- afhankelijke persoonlijkheidsstoornis;
- dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.

Er is nog een laatste categorie, waarvan sprake is wanneer niet aan de criteria van een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen wordt voldaan: Persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven (NAO).

Hierna worden de onderscheiden stoornissen achtereenvolgens kort beschreven. Voor alle stoornissen gelden zes algemene criteria die beschrijven dat (1) er een voortdurend patroon van ervaringen en gedrag is dat afwijkt van verwachtingen gezien iemands culturele achtergrond, blijkend uit cognities, affecten, interpersoonlijk functioneren en/of impulscontrole, (2) dit patroon rigide is en terug te zien is in een variatie van persoonlijke en sociale situaties, (3) dit patroon leidt tot lijden of beperkingen in belangrijke gebieden van het functioneren, (4) het patroon stabiel is of aanwezig sinds de adolescentie of de jongvolwassenheid, (5) het niet kan worden toegeschreven aan een andere psychische aandoening, en (6) het niet wordt veroorzaakt door een medische conditie of middelengebruik (APA 1994, 2013).

Uit deze algemene criteria valt op te maken dat het belangrijk is verschillende levensstijlen bij vrouwen en mannen en bij groepen mensen uit verschillende culturen of van diverse leeftijden in ogenschouw te nemen. Het verschilt nogal wat door wie als abnormaal wordt beschouwd.

## De paranoïde persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis zijn achterdochtig; het lukt slecht om te ontspannen en open te staan in contact met anderen. Zij zijn voortdurend op hun hoede en blijven dat, ook al kennen ze iemand langer. Iemand met een paranoïde persoonlijkheid heeft de innerlijke overtuiging dat andere mensen niet te vertrouwen zijn. Alles wat je over jezelf laat weten, zal tegen je gebruikt worden, is de overtuiging. Ze horen of zien verborgen bedreigingen of beledigingen in wat andere mensen zeggen of doen. Mensen met een paranoïde persoonlijkheid zijn doorgaans ook erg kritisch en hebben veel tijd nodig om mensen te vergeven die hen, in hun ogen, beledigd of gekleineerd hebben. Ze kunnen ook ineens uit hun slof schieten, en zij voelen zich doorgaans het meest op hun gemak wanneer er niemand in de buurt is. Zij hebben vaak een kleine vriendenkring en blijven vaker zonder partner dan anderen. Een relatie met iemand met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis is meestal ook erg zwaar, omdat de partner er vaak van verdacht wordt ontrouw te zijn. Zo kan het voorkomen dat iemand met een paranoïde persoonlijkheid zijn verantwoordelijkheden (zoals werk) verwaarloost om de activiteiten van de partner te controleren. Door hun kritische en

achterdochtige instelling is het voor mensen met een paranoïde persoonlijkheidsstoornis ook moeilijk om samen te werken. Ze zullen daarom vaker dan gemiddeld moeilijkheden ervaren in het functioneren op hun werk.

Zowel erfelijkheid als levensgebeurtenissen spelen een rol bij het ontstaan van deze stoornis. Zo kunnen kritiek en afwijzing van ouder(s), verwaarlozing, trauma's in de jeugd – zoals emotioneel, seksueel en lichamelijk geweld – mede een aanzet zijn bij de ontwikkeling van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis. Soms vallen kinderen die deze stoornis gaan ontwikkelen al op door sociale angst, eenzaamheid, overgevoeligheid, slechte relaties met andere kinderen en merkwuurde gedachten. Mensen met een paranoïde persoonlijkheid lijken in hun ontwikkeling te hebben geleerd dat (belangrijke) anderen niet te vertrouwen zijn, simpelweg omdat het ook niet veilig was. Deze overtuiging lijken ze ook later in hun leven te hebben vastgehouden en vertaald te hebben naar nieuwe, wel betrouwbare situaties waarin dit (begrijpelijke) wantrouwen eigenlijk niet langer nodig was.

### De schizoïde persoonlijkheidsstoornis

Hoewel de meeste mensen een sterk verlangen hebben om bij hun partner, gezin, familie of vrienden te zijn, is dit voor mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis niet het geval. Zij geven niet om hechte relaties met anderen en hebben weinig behoefte aan contact, zelfs als het om gezins- of familieleden gaat. Mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis brengen hun tijd dan ook het liefst alleen door, thuis en op het werk. Er zijn maar weinig dingen waar iemand met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis plezier aan beleeft, hoewel sommigen van hen wel kunnen genieten van intellectuele dingen die ze alleen doen. Het blijkt lastig deze factor met woorden vanuit verschillende talen overeenkomstig te benoemen. Maar meestentijds is er niet zo veel dat hen echt gelukkig (of verdrietig) maakt. Zij lijken ongevoelig voor lof of kritiek van anderen.

Iemand met deze stoornis heeft gewoonweg niet het vermogen (geleerd) om plezier te hebben tijdens sociaal en lichamelijk contact, zoals eten of seks. Een partner hebben ze dan meestal ook niet en mensen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis hebben doorgaans al vanaf hun puberteit geen behoefte aan seksueel contact of een andere vorm van intimiteit. Op de omgeving zal iemand met deze stoornis vaak kil en afstandelijk overkomen. Maar dat maakt iemand met een schizoïde persoonlijkheid niets uit. Ze hebben meestal zo weinig interesse in relaties met andere mensen, dat het hun daarom ook niet uitmaakt wat mensen van hen denken.

Een aantal mensen met een schizoïde persoonlijkheid heeft in de jeugd wellicht een tekort gehad aan liefde, contact met anderen en aandacht. Verder zijn mogelijk emotionele en lichamelijke mishandeling en seksueel misbruik van invloed op het ontstaan van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis. De behoefte aan veiligheid, bescherming en bestaanszekerheid is hiermee in het geding gekomen. Mogelijkerwijs zijn mensen met een schizoïde persoonlijkheid zichzelf gaan afsluiten voor de heftige gevoelens die deze traumatische ervaringen met zich meebrengen, om de pijn niet te hoeven voelen. Door een tekort/beschadiging in deze twee belangrijke levensbehoeften lijken schizoïde mensen uiteindelijk emotioneel volledig afgevlakt te zijn en gaan zij zonder behoefte aan contact en plezier door het leven.

### De schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Iemand met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis is aanhoudend achterdochtig en voelt zich vrijwel steeds ongemakkelijk in gezelschap. Iemand met deze stoornis houdt zich met moeite staande met anderen in de buurt. Voor de omgeving lijken mensen met een schizotypische persoonlijkheid zich dikwijls anders of vreemd te gedragen. Ze worden

als eigenaardig gezien. Anderen menen dat mensen met deze stoornis er vreemde ideeën of overtuigingen op nahouden of dat ze zich excentriek kleden. Mensen met een schizotypische persoonlijkheid kunnen hun emotionele reactie niet goed laten aansluiten op de situatie waarin zij zich bevinden. Hierdoor komt het gedrag kil, harteloos, ongeïnteresseerd of afstandelijk over. Bijvoorbeeld wanneer die persoon voortdurend blijft lachen terwijl hij iets naars vertelt.

Mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis hebben vaak het idee dat anderen het over hen hebben of hen bekijken terwijl dit niet zo is. Ook geloven mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis vaker dan gemiddeld in zaken die andere mensen wat vreemd vinden. Zo denken ze bijvoorbeeld magisch, waarbij ze het idee hebben dat zij met hun gedachten dingen kunnen beïnvloeden.

De meeste mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis denken niet alleen anders, maar ze voelen en beleven dingen ook echt anders. De communicatie met anderen is voor mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis doorgaans lastig. Mensen met deze stoornis kunnen soms erg gedetailleerd over iets vertellen, waardoor de ander al snel zijn interesse verliest. Het is soms lastig voor andere mensen om iemand met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis goed te begrijpen, zowel door de soms wat aparte inhoud van zijn verhalen als door de manier van praten. Mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis voelen zich niet goed begrepen door anderen en hebben vaak maar weinig vrienden. De helft van de mensen met een schizotypische persoonlijkheidsstoornis trouwt nooit. Veel mensen met deze stoornis zijn bovendien niet in staat om te werken. Ze voelen zich vaak erg somber en ook alcohol- en drugsmisbruik komen relatief vaak voor.

De ontwikkeling van of aanleg voor een schizotypische persoonlijkheidsstoornis lijkt voor een groot deel erfelijk. De omgeving waarin iemand opgroeit en zich ontwikkelt, kan bepalen of de stoornis zich wel of niet openbaart. Het gaat waarschijnlijk om een samenspel van psychologische, biologische en omgevingsfactoren.

### De borderline persoonlijkheidsstoornis

In het algemeen wordt gedacht dat de stoornis meer bij vrouwen voorkomt, maar dat is mogelijk niet het geval. Er is veel variatie in verschijningsvormen van de borderline persoonlijkheidsstoornis; er is een grote verscheidenheid aan symptomen en gedragingen die bij deze stoornis passen. Overeenkomsten zijn de volgende.

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis voelen zich snel uit balans en kunnen onvoorspelbaar reageren, ook voor zichzelf. Zij voelen zich snel afgewezen en hebben een diepgewortelde angst afgewezen te worden of door mensen die belangrijk voor hen zijn in de steek gelaten te worden. Als dat dreigt te gebeuren, kunnen zij sterk emotioneel reageren. Soms houden zij daarmee mensen op afstand en zijn ze bang of niet in staat om intieme relaties aan te gaan of te onderhouden. Wantrouwen jegens andere mensen speelt vaak een rol. Doorgaans is er weinig grip op emoties: de kleinste aanleiding kan hen erg raken en hen bijvoorbeeld onredelijk boos maken. Ze hebben moeite om hun impulsen te beheersen. Het kan zijn dat op frustratie en dreiging snel agressief gedrag volgt. Het impulsieve gedrag kan schadelijk zijn voor anderen, maar ook voor iemand zelf, zoals roekeloos autorijden of middelenmisbruik. Daarnaast beschadigen cliënten zichzelf soms ook, bijvoorbeeld door zich te snijden. Dat gebeurt ook om een gevoel van leegte tegen te gaan. Ze voelen dan liever die pijn dan die leegte van binnen. Het omgekeerde doet zich ook voor: gebeurtenissen die mensen doorgaans erg van streek zouden maken, laten iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis dan ogenschijnlijk onberoerd. Op dergelijke momenten voelt iemand zich vlak en

afgestompt, vervreemd. Iemand staat niet in contact met wat hij zelf voelt, en kan zich dus ook niet adequaat gedragen.

Het kost mensen met deze stoornis veel energie en stress om zichzelf te ‘managen’. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben dan ook vaak stressgerelateerde lichamelijke klachten en angststoornissen. Ook een posttraumatische stressstoornis of een eetstoornis zoals boulimia komt relatief vaak voor. Verder hebben mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis vaak last van somberheidsklachten. Ongeveer een derde van de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft minimaal één andere persoonlijkheidsstoornis. Verder blijven mensen met deze stoornis een veel grotere kans op misbruik van alcohol of andere middelen te hebben dan anderen.

Mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis zijn doorgaans erg gevoelig en van nature impulsief. Maar hoe dat zich uit, is voor iedereen anders. Zo zou het impulsieve gedrag van een man met borderline zich eerder kunnen uiten in alcohol- en drugsmisbruik en agressief gedrag dan dat van een vrouw met borderline. Bij vrouwen uit het impulsieve gedrag zich eerder in eetbuien en koopwoede. Hoe de gevoelige en impulsieve aanleg zich verder ontwikkelt, is afhankelijk van de ervaringen die in het leven worden opgedaan en de omstandigheden tijdens de jeugdijaren. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn emotioneel kwetsbaar en kunnen heftig reageren op emotionele zaken, waarna het lang duurt voordat ze weer tot rust zijn gekomen. Ze hebben een bijzondere combinatie van impulsiviteit en emotionele instabiliteit. Deze combinatie lijkt gedeeltelijk te komen door de ingrijpende ervaringen die mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis hebben meegemaakt in hun leven, bijvoorbeeld lichamelijk of emotioneel misbruik. Sommigen hebben ook seksueel grensoverschrijdende ervaringen gehad. Meijland (2007) vond dat wel de helft à driekwart van de mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, meestal vrouwen, seksueel misbruikt is. Deze trauma's kunnen de stresshormoonhuishouding ontregelen en op deze manier ook weer van invloed zijn op hun persoonlijkheidsontwikkeling. Dit maakt ze bovendien ook vatbaarder voor het opdoen van bepaalde negatieve ervaringen, die hun kwetsbaarheid verder vergroten.

## De antisociale persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis houden zich over het algemeen niet aan de algemeen geldende maatschappelijke regels, normen en wetten. Mensen met deze stoornis hebben veel moeite met stabiliteit in hun denken, voelen en gedrag. Hierdoor zijn ze vaak erg impulsief, prikkelbaar of agressief en op zoek naar een snelle behoeftebevrediging. Ook hebben ze een beperkt ontwikkeld geweten. Mensen met deze stoornis zijn vaker dan gemiddeld verslaafd aan alcohol of drugs en door hun levensstijl lopen zij een groter risico op lichamelijke aandoeningen. Te denken valt aan lichamelijke verwondingen door gewelddadig gedrag of aan seksueel overdraagbare aandoeningen. In de vroege volwassenheid is er zelfs een grotere kans op overlijden. Dit blijkt vooral samen te hangen met middelenmisbruik, een relatief hoog percentage zelfmoorden en een grotere betrokkenheid bij misdrijven met een dodelijke afloop.

De constante onverantwoordelijkheid, het roekeloze gedrag en het vaak ontbreken van spijtgevoelens brengt ook veel problemen voor hun omgeving en de maatschappij met zich mee. Mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis gebruiken vaker dan gemiddeld geweld tegen mensen uit hun directe omgeving, zoals hun partner of kinderen. Maar het geweld kan zich ook tegen vreemden richten.

Een gelijkwaardige relatie aangaan met anderen lukt niet. Anderen worden eerder gezien als bron voor uitbuiting en eigen gewin. De interactie met anderen is vooral instrumenteel. Het is van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis bekend dat ze relatief vaak



hun schoolopleiding niet afmaken of dat ze stoppen met hun werk. Voor de samenleving betekent dit meer werkloosheid en illegale inkomsten. De ernstigste gevallen brengen een groot deel van hun leven door in een gesloten setting, zoals de gevangenis of een tbs-kliniek.

Er zijn aanwijzingen gevonden dat de aanleg voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis gedeeltelijk erfelijk is en dat bepaalde hersenafwijkingen hiervoor mede verantwoordelijk kunnen zijn. Hierbij gaat het om een verstoring in delen van de hersenen die agressief gedrag regelen. In wetenschappelijk onderzoek zijn ook aanwijzingen gevonden dat een aangeboren lagere intelligentie en impulsiviteit het risico op de ontwikkeling van deze stoornis vergroten. Er is een relatie met het voorkomen van ADHD; ADHD en een antisociale persoonlijkheidsstoornis treden nogal eens samen op. Als kind waren mensen die later een antisociale persoonlijkheid ontwikkelden, vaak al langdurig lastig, boos en opstandig. Velen van hen hadden als kind dan ook een gedragsstoornis. Kinderen met een gedragsstoornis verzetten zich vaak tegen de leiding van ouders of leerkrachten en weigeren te doen wat hun wordt gevraagd. Of ze worden driftig als ze worden gecorrigeerd of wanneer hun iets wordt verboden. Soms ook maakten ze dingen stuk of mishandelden zij dieren.

De antisociale persoonlijkheidsstoornis mag niet bij jongeren onder de achttien worden vastgesteld. Toch kan dit (soms tijdelijke) antisociale gedrag zo heftig zijn, dat het een storend effect heeft op de ontwikkeling van de jongere en op de sociale omgeving. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aanhoudend spijbelen, heftige ruzies, woede-uitbarstingen thuis of zelfs het plegen van strafbare feiten. In deze gevallen kan bij jongeren tot achttien jaar een gedragsstoornis als de antisociale gedragsstoornis (conduct disorder (CD)) of de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (oppositional defiant disorder (ODD)) worden vastgesteld.

Naast aanleg kan ook de omgeving van invloed zijn op de verdere ontwikkeling van antisociaal gedrag. Het opgroeien in een 'slechte' buurt waar armoede, werkloosheid en meer geweld voorkomen, blijkt samen te hangen met het ontwikkelen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook kan de omgang met antisociale leeftijdsgenoten in de puberteit het risico op het ontstaan van deze stoornis verhogen. Het opvoedingsklimaat speelt ook een rol: kinderen die later een antisociale persoonlijkheid ontwikkelen, hadden opvoeders die weinig duidelijke regels stelden, vaak inconsequent en hard straffen en weinig warmte gaven. Tegelijkertijd brengt het opvoeden van kinderen die constant de grenzen uitdagen en veel negatief gedrag vertonen, ook veel uitdagingen met zich mee. Lukt het om consequent te blijven, structuur te bieden en volhardend te zijn in de regels die gelden? De wisselwerking tussen lastig gedrag van (jonge) kinderen en ervaren frustratie en machteloosheid bij opvoeders brengt met zich mee dat opvoeders uiteindelijk iedere grip op het kind kwijtraken.

## De theatrale persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis voelen zich over het algemeen het prettigst wanneer ze in het middelpunt van de belangstelling staan. Op de omgeving komt iemand met een theatrale persoonlijkheidsstoornis in eerste instantie vaak over als een spontaan, sociaal, charmant en aanwezig persoon. Soms krijgen mensen na een tijdje echter het gevoel dat degene met de theatrale persoonlijkheidsstoornis een rol speelt en nooit zijn ware aard laat zien. Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis hebben de neiging om hun gevoelens flink aan te dikken en deze op een dramatische manier te brengen, terwijl het aan de andere kant ook wat oppervlakkig blijft. Zo zal iemand met een theatrale persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld gemakkelijk iemand kunnen omhelzen, terwijl hij deze nauwelijks kent.

De andere kant van de theatrale medaille is dat iemand zich, wanneer hij niet in het middelpunt staat en de bevestiging die hij nodig heeft uitblijft, heel somber voelt. Mensen met een theatrale persoonlijkheid zullen hun best doen om aandacht te krijgen, bijvoorbeeld door

(meer dan anderen) te flirten of seksueel getint gedrag te laten zien. Dit kan overal zijn, op het werk of op straat. Soms is het ongepast. Een diep gevoel van onzekerheid speelt hun parten; zij beseffen nauwelijks wat zij nu echt zelf voelen en willen of wat in de ander omgaat. Het hebben van een echte intieme relatie is dan moeilijk.

Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis hebben ook vaak stressgerelateerde lichamelijke klachten of angststoornissen of hebben last van somberheid.

Bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis is een verlangen naar aandacht zo extreem dat het onverzadigbaar wordt. Mensen met een theatrale persoonlijkheidsstoornis blijken vaak opgegroeid in een omgeving die onvoldoende veilig was, bijvoorbeeld omdat ouders te weinig in de gaten hadden wat zij als kind nodig hadden. Een deel van hen heeft in de jeugd een depressie doorgemaakt.

### De narcistische persoonlijkheidsstoornis

De narcistische persoonlijkheidsstoornis wordt vaak gezien als twee tegenstrijdige kanten van dezelfde medaille. In deze visie staat aan de ene kant een opgeblazen gevoel en zucht naar bewondering centraal en aan de andere kant is er sprake van een extreem gevoel van minderwaardigheid en onzekerheid. De omgeving van iemand met deze stoornis krijgt dan meestal te maken met de 'grootse' kant. Toch geldt dit niet voor alle mensen met de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vertellen over het algemeen graag over hun probleemloze leven, grootse toekomstplannen en buitengewone prestaties en capaciteiten. Aanvankelijk kan iemand veel indruk maken op anderen met alle talenten en verdiensten.

Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben deze bewondering en aandacht vaak nodig om zichzelf de moeite waard te vinden. Veel mensen met deze stoornis vinden bovendien dat ze er recht op hebben. Daarin speelt mee dat ze het idee hebben door hun uitzonderlijkheid bepaalde privileges te hebben die anderen niet hebben. Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis voelen zich meestal verheven boven anderen en sommigen van hen zullen een ander moeiteloos 'gebruiken' wanneer zij hier zelf beter van worden.

Maar er is ook een andere kant van de medaille. Diep vanbinnen zijn mensen met narcistische persoonlijkheidsproblemen vaak eenzaam, kwetsbaar en hebben ze een groot minderwaardigheidsgevoel. Mensen met narcistische problematiek zijn dan ook erg gevoelig voor krenking en afwijzing. Door kritiek op hun gedrag voelen zij zich in gedachten vaak direct onderuitgehaald als persoon. Ze reageren in dit soort gevallen vaak met woede, maar verbergen daarmee de onmacht, onzekerheid en schaamte die ze diep van binnen voelen. Daarbij komt dat ze grote moeite hebben met het verdragen van echte intimiteit, omdat dan ook wordt verlangd dat je je kwetsbaarheid kunt tonen en je klein mag zijn.

De zojuist beschreven kanten van de medaille gelden overigens niet voor alle mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Bij sommigen van hen blijft de 'grootse' kant meer op de achtergrond en zien we juist meer de minderwaardige kant aan de oppervlakte, waarbij zij nog steeds erg op zichzelf gericht zijn. Deze mensen zijn vaak veel energie kwijt aan hun gevoel van minderwaardigheid en hebben weinig oog voor anderen en hun gevoelens. Toch voelen ze zich ook speciaal en uniek, waarbij ze vanuit hun meerderwaardigheidsgevoel kunnen denken dat ze bepaalde dingen niet hoeven doen, gewoon omdat ze er recht op hebben.

Voor alle mensen met narcistische problematiek geldt, dat ze in hun leven vaak te maken krijgen met problemen op hun werk en in intieme relaties. Grootse plannen worden dan niet waargemaakt, of collega's hebben last van het egocentrische en (subtiele) manipulerende gedrag waarbij afspraken soms niet worden nagekomen. Partners en kinderen voelen zich

2 daarnaast vaak niet gehoord en gesteund, krijgen zelf weinig ruimte om eigen ideeën te ontplooiën of krijgen soms zelfs met agressie te maken. Op dit soort momenten, wanneer hun 'buitenwereld' op springen lijkt te staan, komt de meer onzekere en minderwaardige kant van de medaille (nog) meer in beeld. Angst, somberheid en depressie liggen dan op de loer. Wanneer dat gebeurt, is de kans het grootst dat iemand zichzelf voor een behandeling aanmeldt. Op andere momenten zal dit niet snel gebeuren, dan ligt de 'last' vooral bij mensen uit zijn omgeving.

Hoe een narcistische persoonlijkheidsstoornis zich ontwikkelt, is niet precies bekend. Het gaat waarschijnlijk om een belangrijke mix van een aantal factoren die op elkaar inwerken, zoals erfelijke, biologische, psychologische en omgevingsinvloeden. De verhouding tussen denken en voelen is bij mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis uit balans. Met name het ontbreken van gevoel en affectie, en het gebrek aan het zich kunnen inleven in anderen (empathie) vallen op. De omgeving van het kind is mede bepalend voor het ontwikkelen van een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Zij zijn opgegroeid in een omgeving die onvoldoende veilig was. Ouders hadden niet voldoende in de gaten wat hun kind nodig had. Hierdoor leert een kind onvoldoende vertrouwen op een ander, en krijgt het de boodschap mee dat het alles zelf op moet lossen. Er is onvoldoende vertrouwen in de ander en daarmee ook in zichzelf opgebouwd.

Mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben moeite om met emoties om te gaan. Ze hebben geleerd deze diep weg te stoppen. Vanwege het gevoel zelf niet oké te zijn, investeren ze veel in een ideale buitenkant. Voor anderen blijft zo verborgen dat iemand zich van binnen niet goed voelt. Het lukt hun niet goed om zich te verplaatsen in hoe anderen voelen. Deze mensen kunnen daarom egocentrisch overkomen.

Vaak is het zo dat iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis er zelf weinig last van heeft. Hij staat namelijk niet in contact met zijn negatieve zelfbeeld. Het opgeblazen zelfgevoel staat op de voorgrond. En door zich af te schermen van emoties van zichzelf en van anderen kan veel worden gedaan (liegen, manipuleren bijvoorbeeld) zonder er last van te hebben. Anderen zullen eerder klagen, bijvoorbeeld omdat zij het gevoel hebben dat degene met de narcistische persoonlijkheid nooit echt naar hen luistert. In stressvolle situaties zal iemand met een narcistische persoonlijkheid er misschien wel last van gaan krijgen, bijvoorbeeld bij problemen in een huwelijk of op het werk. Dit kan leiden tot somberheid en depressies.

### De ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis voelen zich in relaties en vriendschappen vaak erg angstig en onzeker. In contact met anderen vinden ze het moeilijk om open te zijn en zichzelf te laten zien zoals ze zijn. Het liefst kijken ze vanaf de zijlijn toe totdat ze er zeker van zijn dat ze geaccepteerd worden. Dit komt omdat iemand met deze problematiek in gezelschap van anderen steeds het angstige gevoel heeft iets verkeerd te doen of te zeggen. Daarbij hebben mensen met dit probleem vaak het idee dat zij stom of saai zijn en zij niets interessants voor anderen te melden hebben. Zij zijn dan ook steeds bezig met wat anderen van hen zullen denken, en vullen dit telkens negatief in.

De meeste mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis vinden het heel moeilijk om kritiek te krijgen. Opmerkingen van anderen ervaren ze vaak als een bevestiging van hun overtuiging dat ze minderwaardig zijn vergeleken met anderen. Op dat soort momenten kunnen zij zich erg schamen of bevestigd zien worden dat de ander hen 'stom' of 'raar' vindt.

Mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis zijn vaak geneigd om de mogelijke gevaren van alledaagse situaties te overschatten en kiezen voor veiligheid en zekerheid door

onbekende situaties zo veel mogelijk te vermijden. Zij werken het liefst alleen en zullen bijvoorbeeld een promotie weigeren omdat de nieuwe positie hen meer op de voorgrond plaats. Hierdoor worden zij immers kwetsbaarder voor kritiek van anderen. Hobby's waar veel sociale contacten bij komen kijken, worden vaak niet aangegaan of na een tijdje gestopt.

Mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben vaak stressgerelateerde lichamelijke klachten of angststoornissen. Het vermijden van sociale situaties kan ook leiden tot somberheidsklachten. Het sociale isolement, gevoelens van eenzaamheid en een onbevredigd beroepsleven spelen een rol. Mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis hebben dikwijls kenmerken van andere persoonlijkheidsstoornissen, zoals de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Iemand die later een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt, zal als kind vermoedelijk verlegen zijn geweest. Hoe deze aanleg zich verder ontwikkelt, is afhankelijk van de ervaringen die in het leven worden opgedaan. Dus de combinatie van aanlegfactoren en leergeschiedenis verklaart grotendeels de persoonlijkheidsontwikkeling. Als ouders tijdens de jeugd jaren erg afstandelijk, kritisch en ogenschijnlijk weinig betrokken zijn geweest, zal iemand eerder een negatief idee over zichzelf ontwikkelen. Indien er een angstige aanleg aanwezig is, kan dit leiden tot terughoudendheid in contacten met anderen. En doordat daarmee ook positieve ervaringen uit de weg worden gegaan, wordt de vermijding niet doorbroken. Daarbij speelt soms ook de persoonlijkheid van de ouder een rol. Een ouder met een angstige of vermijdende aanleg zal het kind bijvoorbeeld minder stimuleren om beangstigende situaties op te zoeken. Een overbezorgde ouder kan een kind te weinig de ruimte geven om zijn neus te stoten. Buiten het gezin kunnen zich ingrijpende ervaringen hebben voorgedaan, zoals pesten op school, begaafdheid of juist niet, of verhuizingen, die van invloed zijn geweest op de ontwikkeling van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

### De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

Iemand met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis heeft het idee dat hij het alleen niet kan. Er is weinig vertrouwen in het eigen kunnen om ergens alleen aan te beginnen of ergens alleen naartoe te gaan. Ook het nemen van beslissingen valt hun zwaar. Een persoon met een afhankelijke persoonlijkheid heeft veel advies en geruststelling van anderen nodig. Hij zal een ander snel om hulp vragen. Afhankelijke mensen voelen zich erg onprettig wanneer ze alleen zijn. Ze zullen ervoor zorgen dat er altijd iemand anders in de buurt is op wie ze kunnen leunen. In relaties zijn ze bang in de steek te worden gelaten. Mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis worden vaak gezien als erg aardig, lief en behulpzaam. Meningsverschillen gaan ze het liefst uit de weg, want het uiten van een eigen mening kan ertoe leiden dat je ruzie krijgt, of dat de ander weggaat. Iemand met een afhankelijke persoonlijkheid zal zichzelf ook gemakkelijk wegcijferen en heeft er veel voor over om zijn steun en toeverlaat aan zich te binden.

Soms gaan mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis zo ver in hun verlangen naar een bron van steun, dat ze een relatie aangaan met een onaardig of gewelddadig persoon. Dit kan in relaties leiden tot uitbuiting, geweld en soms zelfs misbruik. Mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis hebben vaak stressgerelateerde lichamelijke klachten of angststoornissen. Ook kunnen ze last hebben van somberheidsklachten. Zij hebben daarnaast mogelijk ook kenmerken van andere persoonlijkheidsstoornissen, zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis of de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

Een veronderstelling is dat een lagere intelligentie en een vertraging in de ontwikkeling (motorisch en spreekvaardigheid) het risico op de ontwikkeling van een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis verhoogt. Tegelijkertijd oefent de manier waarop iemand is opgegroeid

en opgevoed ook invloed uit. De gedachte is dat overbescherming en gebrek aan aanmoediging van ouders om nieuwe ervaringen op te doen of problemen op te lossen verband houden met het ontwikkelen van een overmatige afhankelijkheid. Er is daarnaast ook een relatie met negatieve levensgebeurtenissen. Zo hebben mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis vaker dan anderen te maken gehad met verwaarlozing als kind en lichamelijk of seksueel misbruik.

### De dwangmatige persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, in de DSM-IV nog aangeduid als obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, vertonen een grote mate van controle en drang naar perfectie in hun dagelijks leven. Zij streven naar overzichtelijkheid en voorspelbaarheid. Wanneer zij het niet precies zo doen als zij denken dat het moet, zal er iets ergs gebeuren, is hun verwachting. Dit maakt een flexibele en ontspannen houding extra lastig. Mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis omschrijven zichzelf vaak als perfectionistisch en hebben een hoog streefniveau. Ze houden van orde, planning en regelmaat en hebben oog voor detail. Het liefst wordt alles tot in de puntjes geregeld. Doordat alles perfect moet zijn, duurt het vaak erg lang om taken af te ronden, als dat al lukt. Mensen met deze persoonlijkheidsstoornis doen het liefst alles alleen en zijn liever niet van anderen afhankelijk bij de uitvoering van taken. Normen en waarden worden strikt gehanteerd. Iets is goed of fout, een gulden middenweg lijkt er niet te zijn. Mensen met een dwangmatige stoornis worden door anderen vaak omschreven als plichtsbewust en toegewijd, maar anderzijds ook als dwangmatig, koppig en star. En omdat ze altijd maar met hun school of werk bezig moeten zijn, houden ze weinig tijd over voor vriendschappen of vrijetijdsbesteding.

Het kost veel stress en energie om altijd maar de controle te moeten hebben en beheerst te zijn; het komt dan ook vaak voor dat iemand met deze stoornis op den duur volledig uitgeput raakt. Mensen met een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogd risico op stressgerelateerde lichamelijke klachten, angststoornissen of burn-out. Bij deze groep mensen komt geregeld een eetstoornis zoals anorexia of boulimia voor. Verder kunnen ze last hebben van somberheidsklachten.

Mensen die later een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis ontwikkelen, stonden als kind al als angstig en dwangmatig bekend. Ze zijn nogal eens opgegroeid in een omgeving waarin de nadruk sterk lag op verantwoordelijkheidsgevoel en schuld en waar weinig ruimte was voor spel, ontspanning en 'puberen'.

### De persoonlijkheidsstoornis NAO (Niet Anders Omschreven)

Van een persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven (NAO) is sprake wanneer iemand niet geheel voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. De benaming persoonlijkheidsstoornis NAO geldt voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet voldoen aan de criteria van een van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen. Een voorbeeld is de aanwezigheid van kenmerken van meer dan één specifieke persoonlijkheidsstoornis, terwijl niet voldaan wordt aan alle criteria van een van deze stoornissen afzonderlijk ('gemengde persoonlijkheidsstoornis'), terwijl ze met elkaar toch in significante mate lijden veroorzaken of beperkingen in een of meer belangrijke gebieden van functioneren (bv. sociaal of beroepsmatig). Deze categorie kan tevens gebruikt worden als het oordeel is dat een specifieke persoonlijkheidsstoornis van toepassing is die niet in deze classificatie is opgenomen. Tot de voorbeelden horen de depressieve persoonlijkheidsstoornis en de passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Voor beide persoonlijkheidsstoornissen zijn onderzoekscriteria voorgesteld in de DSM-IV.

In het kort gaat het bij een passief-agressieve persoonlijkheid om mensen die op een negatieve wijze met zichzelf, anderen en de wereld omgaan. Ook vinden ze het vaak moeilijk om hun eigen aandeel, maar ook hun eigen oplossingsvermogen van bepaalde problemen in te zien. Dit kenmerk komt echter ook voor bij veel andere persoonlijkheidsstoornissen. Dat is ook de reden dat de stoornis niet meer als een op zichzelf staande diagnose vastgesteld wordt. Naast een duidelijk negatieve inslag is het gevoel van richtingloosheid in het leven een ander kenmerk van mensen met een passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis. Enerzijds nemen mensen met deze stoornis niet graag zelf beslissingen, maar anderzijds voelen zij zich ook niet graag afhankelijk van mensen of instanties. Dit is een nare klem en zo iemand voelt zich dan ook vaak voortdurend onrustig, onbegrepen en vooral niet gewaardeerd.

Mensen met deze stoornis zullen zichzelf bijna alleen maar met negatieve eigenschappen omschrijven. Negatieve stemming en depressiviteit maken er onderdeel van uit. Somberheid en moedeloosheid kleven als vanzelfsprekend aan hen. Het beeld dat ze van zichzelf hebben, is niet een gezond beeld van een mens die zelf invloed heeft op het leven en die creatief kan zijn als het moeilijk wordt. Ze gaan vaak juist gebukt onder het gevoel dat ze geen enkele invloed hebben en niet bij machte zijn hun problemen op te lossen.

### 2.5.2 Het vóórkomen van persoonlijkheidsstoornissen

Uit een epidemiologische studie (met interviews) naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen (Mattia en Zimmerman 2001) blijkt dat de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis het frequentst voorkomt (ongeveer 3–4 %). Vervolgens komen de theatrale, schizotypische en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis relatief vaak voor (rond 2 %). De narcistische persoonlijkheidsstoornis komt naar verhouding weinig voor, bij 0,2 % van de bevolking ofschoon ook andere cijfers worden genoemd (APA 2013). Prevalentiecijfers variëren, mede afhankelijk van het meetinstrument (is een klinisch interview gebruikt?) en van de populatie (VS of Nederland). Dertien procent van de bevolking heeft op enig moment te kampen met een persoonlijkheidsstoornis.

Er zijn niet zozeer meer of minder persoonlijkheidsstoornissen bij mannen of vrouwen, maar er zijn wel verschillen in de aard van de persoonlijkheidsstoornissen bij mannen en vrouwen. De antisociale en de schizoïde stoornis komen bijvoorbeeld vaker bij mannen dan bij vrouwen voor (Oltmanns en Emery 2004), terwijl bijvoorbeeld de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis meer bij vrouwen wordt gediagnosticeerd.

Met betrekking tot de oorzaken van persoonlijkheidsstoornissen is de relatie gelegd tussen borderline persoonlijkheidsstoornis en nadelige ervaringen in de jeugd, zoals gehechtheidsproblemen, seksueel misbruik, verlies of verwaarlozing door volwassenen en chaos thuis (Millon en Davis 2000). In een prospectieve studie is een verband gevonden tussen opvoedingsklimaat en het voorkomen van verschillende persoonlijkheidsstoornissen op 22- en 33-jarige leeftijd. Met name het ontberen van ouderlijke affectie en verzorging en negatief opvoedingsgedrag (bijvoorbeeld zware straffen) werden geassocieerd met een verhoogd risico op persoonlijkheidsproblematiek (Johnson et al. 2006). De schizotypische en schizoïde stoornissen worden wel in verband gebracht met aanleg voor schizofrenie. Over het algemeen zijn oorzakelijk verschillende bronnen aan te wijzen: er zijn verklaringen op grond van biologie, leerervaringen, psychodynamiek en cultuur. Het is tegelijkertijd lastig een bepalende factor aan te wijzen, omdat verschillende processen elkaar beïnvloeden en moeilijk uit elkaar te halen zijn. Bovendien is er veelal correlatieonderzoek uitgevoerd, en op basis van samenhang blijft het gissen naar oorzaken. We vatten persoonlijkheidsproblematiek dus op als een

■ Tabel 2.1 Kenmerkende cognities en zelfbeeldopvattingen per persoonlijkheidsstoornis

persoonlijkheidsstoornis	centrale cognitie	zelfbeeld
paranoïde	‘ik kan niemand vertrouwen’	slachtoffer
schizoïde	‘ik heb geen interesse in andere mensen’	eenzaam, zonder ambitie
schizotypische	‘ik word niet begrepen door andere mensen’	anders dan anderen, bijzonder
borderline	‘ik ben bang om in de steek gelaten te worden; ik voel mij leeg’	vaag, diffuus, instabiel, leeg
antisociale	‘het kan mij niet schelen wat met een ander gebeurt’	onbegrensd door regels
theatrale	‘ik heb aandacht nodig’	gewenst en charmant
narcistische	‘ik ben wel heel belangrijk’	uniek, bewonderenswaardig, speciaal
ontwijkende	‘ik ben bang dat anderen me niet goed genoeg vinden’	inadequaat
afhankelijke	‘ik kan het niet alleen’	behoefstig, gebrek aan sturing
dwangmatige	‘ik moet zeker weten dat het goed is’	rigide, hoge eisen en verwachtingen
niet anders omschreven	geen specifieke cognitie, want te divers	idem

uitkomst van diverse factoren, waarbij overigens de nare ervaringen in de jeugd en de disfunctionele patronen en cognities het meest beïnvloedbaar zijn door middel van behandeling. In [tab. 2.1](#) staan de kenmerkende cognities van verschillende persoonlijkheidsstoornissen beschreven en de gevolgen daarvan voor het zelfbeeld.

2.6 Van een categoriale naar een dimensionele beschrijving van persoonlijkheidsstoornissen

Bij de recente ontwikkelingen die aan de verschijning van de DSM-5 (APA 2013) vooraf zijn gegaan is veel discussie geweest over de categoriale beschrijving van persoonlijkheidsstoornissen in de psychiatrische handboeken. Aanleiding tot de discussie was onvrede over het feit dat een cliënt geregeld aan de criteria van meerdere persoonlijkheidsstoornissen voldoet. De veronderstelling is dat een meer dimensionele aanpak het vóórkomen en de aard van de structurele en interpersoonlijke moeilijkheden die sommige mensen ervaren, beter beschrijft. Dit is een alternatief voor de categoriale beschrijving van stoornissen op as II. Er wordt gepleit voor een meer theoretische basis voor de tegenwoordig gebruikte psychopathologische classificaties (Morey et al. 2011; Skodol 2012). Dan is niet een absoluut minimum aantal symptomen bepalend voor het al dan niet hebben van een ‘stoornis’, maar een graduele beschrijving van symptomen, die mogelijk ook bij meerdere clusters passen. Dit wordt als plausibeler of dichter bij de ervaring beschouwd. In dat geval is dus het vaststellen van de ernst van het persoonlijkheidsdisfunctioneren vereist (criterium A). Daarnaast wordt



bij de diagnostiek de evaluatie van pathologische traits gevraagd (criterium B). Die hebben betrekking op het zelf (identiteit en zelfsturing (self-direction)) enerzijds en interpersoonlijk functioneren anderzijds (empathie en intimiteit). Overige criteria voor een persoonlijkheidsstoornis zijn: een inflexibele en pervasieve presentatie van persoonlijkheidstrekken in een brede range van persoonlijke en sociale situaties (criterium C), die relatief stabiel is in de tijd en in de adolescentie of jongvolwassenheid gestart is (criterium D), en niet door een andere psychische aandoening of gebruik van medicatie of andere middelen verklaard wordt (criteria E en F) (APA 2013). Er wordt een model voorgesteld dat zich richt op enerzijds stoornissen in het zelf en het interpersoonlijk functioneren en anderzijds de fenomenologie van persoonlijkheidstrekken bij zes specifieke stoornissen. Aan de stoornissen in het zelf en het interpersoonlijke functioneren worden om te beginnen verschillende elementen onderscheiden: identiteit, ondernemend zelf, empathie en intimiteit. Beperkingen in deze gebieden van het persoonlijkheidsfunctioneren zijn ten minste in enige mate aanwezig wil men een stoornis kunnen vaststellen.

De pathologische persoonlijkheidstrekken behoren tot de volgende vijf domeinen: negatieve affectiviteit, afstandelijkheid, antagonisme (vijandigheid: tegenstelling van vriendelijkheid, aardig), ongeremdheid (tegenover consciëntieus) en psychoticisme. 25 specifieke traits behoren tot deze vijf globale categorieën. Aldus zijn zes aandoeningen te onderscheiden: de antisociale, vermijdende, borderline-, narcistische, dwangmatige en schizotypische persoonlijkheidsstoornis (APA 2013). In de DSM-5 echter is weliswaar vooralsnog de categoriale indeling uit de DSM-IV overgenomen, maar op verdere ontwikkelingen naar een dimensionele indeling wordt gepreludeerd in een uitgebreide bijlage.

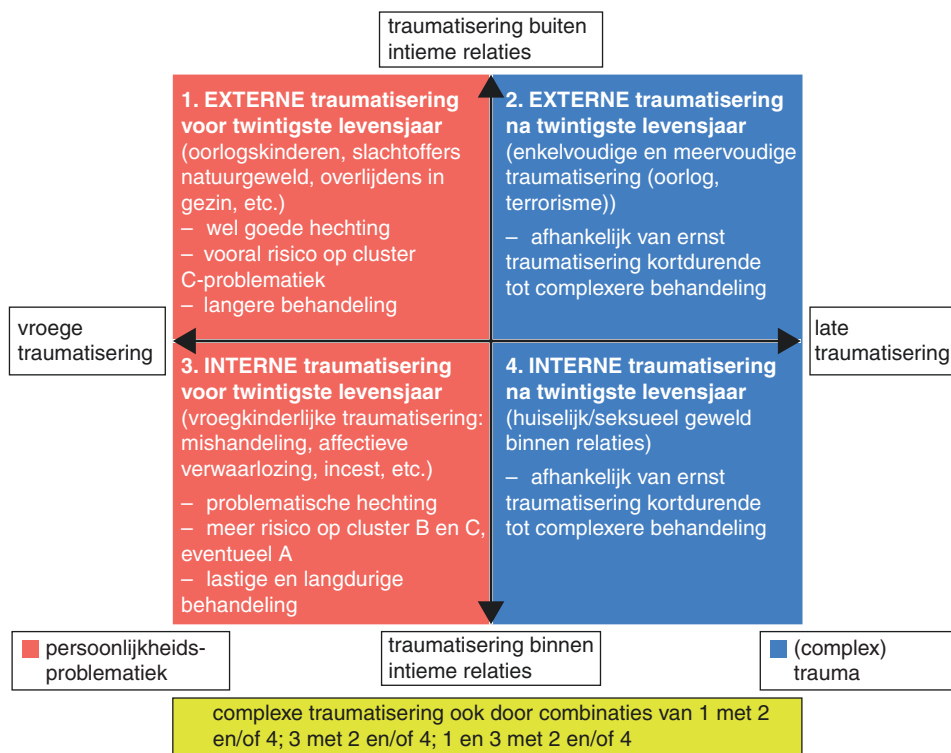
## 2.7 Persoonlijheidsproblematiek en (complexe) traumaproblematiek

In ons eerste boek, dat handelde over complex trauma (Stöf sel en Mooren 2010), constateerden we dat complexe traumaproblematiek het snijpunt is van persoonlijkheidsproblematiek en trauma. We hanteerden de volgende werkdefinitie van complex trauma:

- meervoudige en/of langdurige ernstige traumatisering;
- verandering in waarneming en omgaan met omgeving, gevoel van vervreemding;
- vijandige, wantrouwende en/of schuldbeladen cognities;
- hyperalertheid, verhoogde prikkelbaarheid, herbelevingen en/of nachtmerries;
- sombere stemming;
- sociaal isolement of spanningen;
- malaise-achtige klachten;
- forse problemen in het dagelijks functioneren.

Hoe verhouden zich nu persoonlijkheidsproblematiek en (complex) trauma tot elkaar?

Zoals eerder beschreven in dit hoofdstuk speelt bij de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek, naast een klein genetisch aandeel, vroegkinderlijke traumatisering een belangrijke rol. Bij de ontwikkeling van complex trauma speelt langdurige en meervoudige traumatisering de bepalende rol. Een belangrijke overeenkomst is dus traumatisering. Meervoudige en/of langdurige traumatisering vóór de jongvolwassen leeftijd kan volgens deze opvatting tot persoonlijkheidsproblematiek leiden. Meervoudige en langdurige traumatisering ná de jongvolwassen leeftijd kan – letterlijk – per definitie niet tot persoonlijkheidsproblematiek leiden, terwijl er toch een specifiek patroon kan ontstaan dat lijkt op



■ **Figuur 2.2** Persoonlijkheidsproblematiek en complex trauma, aard en moment van traumatisering en behandel mogelijkheden

persoonlijkheidsproblematiek. In dat geval kan het construct complex trauma nuttig zijn. Er is echter nog een aantal bijzondere situaties. Zie daarvoor [fig. 2.2](#).

In [fig. 2.2](#) is het verband aangegeven tussen het moment van traumatisering enerzijds en persoonlijkheidsproblematiek ten gevolge van traumatisering anderzijds.

Wanneer de traumatisering voor de jongvolwassen leeftijd heeft plaatsgevonden (voor circa het achttiende levensjaar) kan sprake zijn van persoonlijkheidspathologie, wanneer traumatisering zich na de jongvolwassen leeftijd heeft voorgedaan, kan mogelijk beter gesproken worden van trauma en comorbiditeit, wat wij complex trauma noemen. Traumatisering kan plaatsvinden binnen intieme relaties: bijvoorbeeld seksueel misbruik of mishandeling in gezinsverband voor het achttiende jaar. Dan is er een risico op persoonlijkheidsproblematiek. Bij traumatisering binnen intieme relaties na het achttiende jaar, bijvoorbeeld huiselijk of seksueel geweld, is er sprake van wat we complex trauma zouden kunnen noemen.

Nog ingrijpender zal het zijn wanneer er zowel voor als na het achttiende levensjaar sprake is geweest van geweld in intieme relaties. Bijvoorbeeld iemand die slachtoffer is geweest van incest en als volwassene in een huwelijk met een gewelddadige partner terecht is gekomen.

Zo is er ook traumatisering voor het achttiende levensjaar mogelijk door externe traumatisering, denk aan oorlog, natuurgeweld of meerdere verliezen van dierbaren door overlijden. Er is dan een risico op het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek. Wanneer zich traumatisering voordoet na het achttiende jaar, bijvoorbeeld bij soldaten in oorlogsgebieden

of vluchtelingen, kan er een beeld ontstaan van complexe traumaproblematiek. De persoonlijkheidsontwikkeling heeft zich dan uitgekristalliseerd.

Er zijn natuurlijk meerdere van deze combinaties mogelijk. Indien er sprake is van traumatisering voor én na de volwassenwording, zal behandeling van de traumatisering vóór de volwassenwording meer effect sorteren, omdat die fundamenteeler het zelfbeeld en de copingstrategieën heeft bepaald. Als er voor de volwassenheid sprake is van zowel interne als externe traumatisering zal behandeling van de interne traumatisering om dezelfde reden meer effect hebben. Indien bovenstaande situaties zich voordoen, kan het soms zo zijn dat juist de externe traumatisering meer op de voorgrond staat of door de cliënt op de voorgrond gezet wordt en dat die daarom eerst behandeld wordt.

#### Casus

Een vrouw meldt zich aan voor behandeling vanwege nare ervaringen in relaties met mannen tussen haar twintigste en dertigste levensjaar. In eerste instantie lijkt er geen sprake van verdere problematiek. De behandeling richt zich dan ook op wat er gebeurd is in die relaties. Gaandeweg deze behandeling wordt een groot geheim geleidelijk aan duidelijk. Er heeft seksueel misbruik gespeeld in haar gezin van herkomst. Ze heeft hierdoor een bepaald copingpatroon ontwikkeld en is minder weerbaar geweest. Dat heeft een rol gespeeld bij de problemen in relaties later in haar leven.

#### Casus

Een veteraan meldt zich aan met PTSS-klachten naar aanleiding van het meemaken van meerdere traumatische ervaringen tijdens diverse uitzendingen naar Afghanistan. Tijdens de behandeling van deze ervaringen komt steeds meer de invloed naar voren van zijn opvoeding door een zeer autoritaire vader en affectief afwezige moeder. Nadat de behandeling zich hierop richt, verloopt die veel voorspoediger. De traumatische ervaringen in Afghanistan worden daardoor alleen al beter verdraagbaar. Door behandeling met EMDR verliezen ze uiteindelijk hun gehele traumatische lading in het heden.

## 2.8 Tot slot

Tot dusver hebben we de invloedrijkste theoretische noties over de ontwikkeling van de persoonlijkheid beschreven en de categoriale beschrijvingen in de psychiatrische handboeken wanneer patronen vastlopen en tot ernstig disfunctioneren leiden. We vonden tevens enkele aanwijzingen voor het voorkomen van persoonlijkheidsproblematiek na mishandeling of verwaarlozing in de jeugdijaren. Persoonlijkheidsstoornissen zijn uitingen van disfunctionele copingpatronen. We hanteren in dit boek een levensloopperspectief – levenslange ontwikkeling is mogelijk, tegelijkertijd kunnen bijzonder ingrijpende ervaringen vroeg in het leven zijn opgedaan die gedachten, gevoelens en gedrag de jaren erna beïnvloeden. Wat zijn vervolgens de implicaties hiervan voor diagnostiek en behandeling? Zijn vuistregels te ontleen voor de dagelijkse klinische praktijk? Hier gaan we de volgende hoofdstukken op in. Het volgende hoofdstuk beschrijft om te beginnen de verschillende behandelmodellen die voorhanden zijn.

Trauma en persoonlijkheidsproblematiek

Stöf sel, M.; Mooren, T.

2017, XIV, 265 p., Softcover

ISBN: 978-90-368-1083-8