

Nederlandse samenvatting

1. Wat zijn trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen?

Van de trauma- en stressorgerelateerde (kortweg trauma-gerelateerde) stoornissen is de posttraumatische stressstoornis (PTSS) de bekendste. Trauma-gerelateerde stoornissen worden gekarakteriseerd door, zoals de naam al aangeeft, het relateren van de ontstaansgeschiedenis van de stoornis aan een traumatische gebeurtenis. Het diagnostische handboek van de psychiatrie: the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kortweg DSM, kent naast PTSS vijf trauma-gerelateerde stoornissen: de reactieve hechtingsstoornis, de ontremd-sociaalcontactstoornis, de acute stressstoornis en de aanpassingsstoornis.

Dissociatieve stoornissen worden gekarakteriseerd door onderbrekingen in normaal geïntegreerde functies zoals waarneming, bewustzijn, geheugen en identiteit. Deze onderbrekingen zijn niet het gevolg van een neurologische aandoening en kunnen niet worden verklaard door normale processen zoals afgeleid zijn of dagdromen. De DSM kent de volgende dissociatieve stoornissen: de dissociatieve identiteitsstoornis, dissociatieve amnesie, depersonalisatie-/derealisatiestoornis, de andere gespecificeerde dissociatieve stoornis en de ongespecificeerde dissociatieve stoornis.

Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene, in verschillende situaties aanwezig is en hardnekkig is, ontstaan is op jongvolwassen leeftijd, stabiel is in de tijd en beperkingen of lijdensdruk veroorzaakt. De DSM kent 10 persoonlijkheidsstoornissen: de paranoïde persoonlijkheidsstoornis, de schizoïde persoonlijkheidsstoornis, de schizotypische persoonlijkheidsstoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de borderline persoonlijkheidsstoornis, de histrionische

persoonlijkheidsstoornis, de narcistische persoonlijkheidsstoornis, de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis.

2. Vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing

Seksueel misbruik, fysieke mishandeling, emotionele mishandeling, fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing in de kindertijd worden geassocieerd met het ontstaan en de ernst van psychiatrische stoornissen in de volwassen leeftijd. De relatie tussen trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing is echter verre van duidelijk.

In de dagelijkse, klinische praktijk worden patiënten met verschillende stoornissen vaak behandeld binnen verschillende behandelprogramma's, die zich richten op één specifieke diagnostische groep (bijvoorbeeld een behandelprogramma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, waarin de behandeling vooral gericht is op het veranderen van de persoonlijkheid, en een behandelprogramma voor patiënten met trauma-gerelateerde stoornissen, waarin de behandeling vooral gericht is op het verlichten van trauma-gerelateerde symptomen). Een risico hiervan bij slachtoffers van vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing is dat slechts een deel van de problematiek wordt onderkend en behandeld, aangezien trauma en verwaarlozing in de kindertijd, waarin de persoonlijkheid wordt gevormd, vaak leidt tot een ernstige mate van psychiatrische problematiek, die niet is te vatten in één specifieke diagnostische groep.

3. Doelen van dit proefschrift

Het doel van dit proefschrift is om de relatie tussen trauma-gerelateerde stoornissen,

dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen bij slachtoffers van vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing te onderzoeken. Het tweede doel van dit proefschrift is om bij te dragen aan het onderzoek naar deze relatie door Draijers twee-dimensionele model van het spectrum van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen (zie de figuur op blz. 9) te kwantificeren.

Dit model kent twee dimensies: de y-as bestaat uit de gerapporteerde ernst van het trauma. De ernst kan fluctueren op basis van factoren zoals de leeftijd waarop het trauma plaatsvond, of geweld/dwang werd gebruikt, hoe vaak het plaatsvond, en de relatie van het slachtoffer tot de dader (bv. of de dader een familielid was of niet). De verwachting is dat deze dimensie vooral gerelateerd is aan trauma-gerelateerde en dissociatieve stoornissen. De x-as bestaat uit de mate van emotionele verwaarlozing (geoperationaliseerd door het ervaren van een gebrek aan warmte of een hoge mate van controle door een primaire verzorger). De verwachting is dat deze dimensie vooral is gerelateerd aan persoonlijkheidsproblematiek.

4. Studiepopulatie van dit proefschrift

De studiepopulatie van dit proefschrift bestaat uit een groep van 150 patiënten die werden verwezen naar twee behandelprogramma's binnen GGZ Friesland (binnen deze organisatie zorgprogramma's genoemd): een ambulante zorgprogramma voor patiënten met trauma-gerelateerde en/of dissociatieve stoornissen, gericht op slachtoffers van vroegkinderlijk trauma, en een zorgprogramma voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Aangezien het zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen dusdanig groot was dat we niet alle patiënten konden benaderen voor deelname, hebben we een representatief sample uit deze groep genomen, bestaand uit patiënten die zowel in ambulante behandeling, dagbehandeling (3 tot 4 dagen) als klinische behandeling waren.

5. Belangrijkste bevindingen van dit proefschrift

Het eerste doel van dit proefschrift was om de relatie tussen trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen in slachtoffers van vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing te onderzoeken. In **Hoofdstuk twee** gaven wij een theoretische uiteenzetting over de geschiedenis van het onderzoek naar vroegkinderlijk trauma, emotionele verwaarlozing, trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Onze conclusie is dat de relatie tussen de verschillende stoornissen en vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing verre van duidelijk is en dat meer onderzoek nodig is om deze verder te verhelderen. Hierop voortbordurend testten wij in **Hoofdstuk drie** de doelmatigheid van het proces dat de dagelijkse, klinische praktijk kenmerkt, waarin patiënten worden ingedeeld in zorgprogramma's, door de overeenkomsten en verschillen te onderzoeken tussen de twee patiëntengroepen in ons sample (patiënten verwezen naar een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen enerzijds en patiënten verwezen naar een zorgprogramma voor trauma-gerelateerde en dissociatieve stoornissen anderzijds).

Wij vonden geen verschil tussen patiënten in beide groepen wat betreft de aanwezigheid van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, behalve voor de aanwezigheid van borderline persoonlijkheidsstoornis (deze persoonlijkheidsstoornis kwam significant meer voor bij patiënten in het zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen). Patiënten in beide groepen karakteriseerden de opvoedingsstijl van hun primaire verzorger als 'gevoelloos controlerend'. In beide groepen vonden wij verder een hoog percentage ernstig vroegkinderlijk trauma: voor patiënten in het zorgprogramma voor trauma-gerelateerde stoornissen was dit te verwachten, maar ook in het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen rapporteerde meer dan de helft van de patiënten ernstig vroegkinderlijk trauma. Deze resultaten geven aan dat in een

naturalistische setting patiënten die worden verwezen naar een zorgprogramma voor trauma-gerelateerde stoornissen en patiënten die worden verwezen naar een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen erg op elkaar lijken qua klinisch profiel.

In **Hoofdstuk vier** kwantificeerden we de y-as, of de trauma-as, van het tweedimensionele model van het spectrum van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. We creëerden een ‘trauma-diagnose ernst index’ voor trauma-gerelateerde en dissociatieve stoornissen, oplopend van geen, (chronische) PTSS, complexe PTSS, naar ongespecificeerde dissociatieve stoornis tot dissociatieve identiteitsstoornis. We construeerden ook een somscore voor gerapporteerd vroegkinderlijk trauma om een trauma-ernst schaal te creëren. De gevonden correlatie ($r_s = .54$) tussen de gerapporteerde ernst van vroegkinderlijke traumatisering en de ernst van de stoornis geeft aan dat een hoge mate van gerapporteerde ernst van trauma sterk is geassocieerd met ernstige pathologie. Dit resultaat biedt ondersteuning voor de y-as van het tweedimensionele model.

In **Hoofdstuk vijf** kwantificeerden we de x-as van het model. Deze as is gericht op de associatie tussen gerapporteerde emotionele verwaarlozing (geoperationaliseerd door het ervaren van een gebrek aan warmte of een hoge mate van controle door een primaire verzorger) en de aanwezigheid en ernst van persoonlijkheidspathologie. Onze resultaten geven aan dat er weinig bewijs is voor een link tussen emotionele verwaarlozing en de aanwezigheid en ernst van persoonlijkheidspathologie op het niveau van de persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM, maar dat er waarschijnlijk wel een link is tussen emotionele verwaarlozing en persoonlijkheidspathologie gemeten op dimensioneel niveau (gebruik makend van constructen zoals zelfcontrole, identiteitsintegratie en relationeel functioneren). Dit resultaat biedt ondersteuning voor de x-as van het tweedimensionele model.

In **Hoofdstuk zes** kwantificeerden we het twee-dimensionele model van het spectrum van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen als geheel door het model te relateren aan ‘psychiatrische ziektelast’, gebruik makend van clusteranalyse om patiënten te onderscheiden in type stoornis, ernst van symptomatologie en ernst van persoonlijkheidspathologie. Wij vonden drie patiëntenclusters, gelabeld ‘milde klachtenpresentatie’ (26% van de patiënten), ‘gemiddelde klachtenpresentatie’ (43% van de patiënten) en ‘ernstige klachtenpresentatie’ (31% van de patiënten). Wij plaatsten deze clusters vervolgens in het twee-dimensionele model. Daaruit blijkt dat patiënten die ernstig vroegkinderlijk trauma rapporteren in combinatie met een gebrek aan warmte van hun moeder kunnen worden geprofileerd als hebbende een ernstige klachtenpresentatie, gekenmerkt door het voldoen aan de criteria van zowel (meerdere) trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen als persoonlijkheidsstoornissen, gecombineerd met een hoog niveau van psychiatrische symptomen (angst, depressie) en ernstige problemen in het functioneren van diverse onderdelen van de persoonlijkheid (zoals bijvoorbeeld op het gebied van zelfcontrole, identiteitsintegratie en relationeel functioneren). Deze resultaten onderschrijven de validiteit van het model, wat kan worden gebruikt om te differentiëren tussen patiënten die vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing rapporteren.

6. Conclusie

Dit proefschrift toont aan dat patiënten die ernstig vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing door hun moeder rapporteren, kunnen worden geprofileerd als lijdend aan een range van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, gecombineerd met een hoog niveau van psychiatrische symptomen (angst, depressie) en problemen in het functioneren van diverse onderdelen van de persoonlijkheid (bijvoorbeeld in de capaciteit om eigen emoties en impulsen te kunnen

tolereren en controleren, het vermogen om het zichzelf te zien als stabiel en geïntegreerd en de capaciteit om anderen lief te hebben en om zich geliefd te voelen) .

Dit proefschrift onderschrijft het belang van dimensioneel denken over de pathologie van slachtoffers van vroegkinderlijk trauma en emotionele verwaarlozing. Het tweedimensionele model van het spectrum van trauma-gerelateerde stoornissen, dissociatieve stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen kan daarin een middel zijn om patiënten te profileren en om het risico van versplintering van behandeling door te strikte zorgprogrammering gericht op het onderscheid tussen diagnostische groepen tegen te gaan.