

Persoonlijkheids stoornissen

Algemene inleiding: Over cognitief-affectieve schema's en patronen.

Door dat wat je vanaf je geboorte meemaakt aan positieve of negatieve gebeurtenissen en ervaringen ontwikkel je bepaalde cognitief-affectieve schema's. Dat zijn opvattingen of overtuigingen over jezelf en anderen met de daaraan gekoppelde gevoelens en verwachtingen die jouw gedrags- en reactiepatroon bepalen. Die gebeurtenissen en ervaringen kunnen natuurlijk positief of negatief zijn geweest en dat maakt een groot verschil voor het latere functioneren.

Positief. Als je uit een warm nest komt, gekoesterd werd, er van je werd gehouden, je gestimuleerd werd, maar ook grenzen aan je werden gesteld zodat je geen verwend nest werd enz. ontwikkel je natuurlijk positieve overtuigingen over jezelf en anderen. Je hebt dan een positief zelfbeeld en een goed gevoel van eigenwaarde. Je bent er dan van overtuigd dat de wereld een veilige plek is, dat de meeste mensen aardig zijn, dat je instaat bent op eigen benen te staan en dus onafhankelijk kunt functioneren. Je verwacht positieve reacties van anderen en staat vertrouwensvol in het leven. Je bent dan dus in staat om optimaal te kunnen functioneren. In een woord: je zit goed in je vel.

Negatief. Je ervaringen tijdens het opgroeien kunnen ook heel negatief zijn geweest. Misschien ben je wel fysiek of emotioneel verwaarloosd, vernederd, voortdurend bekritiseerd, gekrenkt en gekleineerd of misbruikt zelfs wellicht. Of je kon nooit iets goed doen in de ogen van anderen, of je kreeg het gevoel bijgebracht niet het recht te hebben er te mogen zijn. Dan ontwikkel je negatieve overtuigingen over jezelf en anderen en de kans is groot dat je dan een gedragspatroon ontwikkeld hebt dat als functie had je te beschermen tegen die pijnlijke ervaringen in de toekomst. Wellicht was dat toen functioneel als overlevingsstrategie maar dat is het nu niet meer.

Patronen. Die gedrags-en reactiepatronen kunnen overigens heel verschillend zijn. En als die een extreme vorm aannemen spreekt men van een persoonlijkheidsstoornis. Het kan zijn dat je:

- een angstig/vermijdend gedrag ontwikkeld hebt. (vermijdende persoonlijkheid)
- of juist een aanklampend/afhankelijk gedrag. (afhankelijke persoonlijkheid)
- of een dwangmatig/controlerend gedragspatroon. (dwangmatige persoonlijkheid)
- of een teatraal/aandachttrekkend gedrag. (theatrale persoonlijkheid)
- of je bent dramatisch, emotioneel en impulsief. (borderline persoonlijkheid)
- of je hebt jezelf wijsgemaakt dat je vele malen beter bent dan anderen om je gevoel van minderwaardigheid niet te hoeven voelen. (narcistische persoonlijkheid)
- of misschien heb je geleerd je uiterst agressief tegenover iedereen op te stellen. (anti sociale persoonlijkheid)
- of je bent extreem wantrouwend en achterdochtig geworden. (paranoïde de persoonlijkheid)
- of je bent ooit zo gekwetst dat je je volledig in jezelf hebt teruggetrokken (schizoïde persoonlijkheid)

- of je hebt geleerd je gevoelens weg te drukken of niet te tonen.
- of je wensen en behoeften niet kenbaar te maken, en misschien heb je zelfs het contact daarmee verloren.
- of je hebt een verslaving ontwikkeld..

Hoe dan ook, je hebt een gedragspatroon ontwikkeld dat toen wellicht functioneel was en waarde had als overlevingsstrategie, maar dat is het nu niet meer. Integendeel. Nu belemmert het je om je compleet te voelen en spontaan te zijn. Het belemmert je om volledig en optimaal te functioneren. Je loopt daardoor steeds tegen dezelfde problemen aan en het brengt je in conflict met anderen. Het kan zich manifesteren in allerlei symptomen of klachten waar je last van krijgt. In een woord: Je loopt er door vast en zit helemaal niet lekker in je vel.

Het zal duidelijk zijn dat in een therapie niet alleen gewerkt moet worden aan de symptomen en klachten waar je last van hebt, maar vooral ook aan de onder die symptomen gelegen gedrags- en reactiepatronen. Als dat niet gebeurt is de kans dat de klachten na een tijdje weer de kop opsteken, heel groot.

De uitdrukking "niet lekker in je vel zitten" geeft al aan dat het gebruikelijke gedragspatroon als disfunctionele manier om je tegen pijnlijke ervaringen te beschermen, ook een lichamelijke component heeft. Het manifesteert zich dus ook in het fysieke vlak. In lichaamsgerichte therapie spreekt men in dit verband over een "lichaamspantser", chronisch versterkte of verkrampte spieren en weefsels. Met andere woorden: weerstand tegen het loslaten van het oude patroon manifesteert zich niet alleen mentaal en emotioneel, maar ook lichamelijk.

Vandaar dat louter verbale therapie soms niet voldoende is en gecombineerd moeten worden met lichaamsgerichte therapie in de vorm van Reiki, massage of bio-energetica.

Borderline: Instabiliteit.

In Nederland lijden naar schatting ongeveer 150.000 mensen aan een borderlinepersoonlijkheds-stoornis, merendeels vrouwen. Het hoofdkenmerk daarvan is een hardnekkig patroon van instabiliteit in denken, gevoelens, gedrag, relaties en identiteit.

1. Denken. Men denkt in uitersten: "alles of niks, zwart-wit, goed-slecht"
2. Gevoelens. Het gevoelsleven kent heftige stemmingswisselingen, met chronische gevoelens van leegte en intense somberheid, woede-uitbarstingen en verlatingsangsten.
3. Gedrag. Het handelen wordt gekenmerkt door wispelturigheid of impulsiviteit zoals geld verkwisten, misbruik van drank of drugs, roekeloos autorijden, gevaarlijke seksuele activiteiten of onveilige seks, vreetbuien en zelfbeschadigend gedrag. Automutilatie noemt men dat laatste, b.v. jezelf branden of snijden. Dit doet men o.a. om de heftige gevoelens van leegte, gekwetstheid, boosheid of teleurstelling weg te drukken. Vaak geeft dit een gevoel van opluchting en kan verslavend werken. Later schaamt men zich daar dan weer over. Ook suicidale gebaren, pogingen of het dreigen daarmee komen voor.
4. Relaties. De relaties met anderen zijn moeizaam, instabiel en worden gekenmerkt door conflicten. Er is vaak een sterke wisseling tussen anderen idealiseren en vervolgens kleineren. Het ene moment is de ander geweldig of fantastisch en het andere moment totaal waardeloos. Men kan als het ware niet met maar ook niet zonder de ander. Aantrekken en afstoten dus, voortkomend uit zowel verlatingsangst als fusieangst, de angst zichzelf in de ander de te verliezen

5. Identiteit. Er is sprake van een identiteitsstoornis, dus van een instabiel zelfbeeld of gevoel van eigenwaarde. Hardnekkige vragen over kwesties als "wie ben ik?" en "wat is mijn rol in het leven?" Dikwijls ziet men veelvuldige beroepswisseling.

6. Stressgevoeligheid. Voorbijgaande, aan stress gekoppelde, paranoïde denkbeelden (extreem achterdochtig dus) of ernstige dissociatieve symptomen kunnen ook voorkomen. Dissocieren wil zeggen dat iemand het gevoel heeft er niet meer bij te zijn en als het ware wegraakt. Soms weet men niet precies meer wat er gebeurd is.

Twee typen. Er wordt wel onderscheidt gemaakt tussen twee typen van gedrag. Het ene type wordt gekenmerkt door pogingen de innerlijke pijn kwijt te raken door razernij aanvallen, anderen te bekritisieren of te beschuldigen, gewelddadig te worden of door verbaal geweld te gebruiken. Vooral anderen hebben daar dus last van. Het andere type wordt gekenmerkt door het feit dat de betrokkene er zelf last van heeft. Men denke dus aan zelfbeschadigend gedrag, het inhouden van woede of zichzelf de schuld geven van zaken of problemen die hun schuld niet zijn. Ook suicidepogingen vallen daaronder. Er zijn overigens heel wat gradaties tussen op hoog en op laag niveau functionerende mensen met borderline.

Statistische gegevens. De borderline-stoornis komt voor bij ongeveer 2% van de bevolking, bij 20% van alle psychiatrische patienten, bij 50 a 75% van alle opgenomen psychiatrische patienten. Bij 75% is er sprake van traumatische gebeurtenissen in de voorgeschiedenis. Een op de tien mensen met een borderline-stoornis komt om het leven door zelfdoding.

Het verloop.

De borderline-stoornis komt vaak voor het eerst tot uiting tussen het 18 de en 25 ste levensjaar. Dat is een levensfase met grote veranderingen op het gebied van relaties, werken, wonen of studeren. Voor het 18 de levensjaar kunnen de verschijnselen zich ook wel voordoen, maar zijn dan moeilijk te onderscheiden van heftige puberteitsverschijnselen. Tussen het 20 ste en 30 ste levensjaar zijn de problemen doorgaans het heftigst. Na het 30 ste levensjaar nemen bij veel mensen de verschijnselen geleidelijk aan wat af. Het verloop kan overigens grillig zijn. In een levensfase met veel stress kunnen de verschijnselen weer de kop op steken. Afhankelijk van de persoon, de levensloop en eventuele behandeling kunnen de klachten zich verschillend ontwikkelen. Een flink deel komt over de klachten heen, een andere groep leert met de klachten omgaan en weer anderen houden er veel last van.

Oorzaken.

Zoals voor zoveel stoornissen geldt ook hier een samenspel van aanleg en ervaringen. Aanleg voor impulsiviteit en stemmingswisselingen kan in de hersenen aanwezig zijn, zodat prikkels anders verwerkt worden en er anders op wordt gereageerd. De een heeft een wat heftiger temperament dan de ander. Ingrijpende gebeurtenissen in de vroege jeugd zoals emotionele verwaarlozing, een scheiding, een groot verlies, gevoelens van grote onveiligheid, of andere traumatische gebeurtenissen komen veelvuldig voor in de voorgeschiedenis van mensen met een borderline-stoornis. Overigens niet bij iedereen. En ook omgekeerd geldt: niet iedereen die zulke ervaringen heeft meegemaakt ontwikkelt een borderline-stoornis.

Behandeling.

Mensen met een borderline-stoornis kunnen dikwijls hun ernstige problematiek goed maskeren of verbergen voor anderen. Ze zijn vaak charmant, grappig en onderhoudend op momenten waarop ze niet suïcidaal zijn of tot razernij vervallen. Vandaar dat de diagnose vaak gemist wordt of een verkeerde diagnose gesteld wordt (manisch-depressief b.v.) en dus verkeerd behandeld wordt. Niet iedere therapeut staat te trappelen om iemand met een borderline-stoornis in behandeling te nemen want de neiging anderen te idealiseren en te devalueren doet zich ook in de therapeutische situatie voor. Het ene moment ben je de beste therapeut ter wereld, het andere moment ben je de meest waardeloze therapeut die er bestaat. Bovendien zijn mensen met een borderline-stoornis berucht vanwege hun therapie-ontrouw, ze kappen er vaak plotseling mee. En triest genoeg leidt de vaak overweldigende innerlijke chaos, angst en schaamte, dikwijls tot het weigeren van een behandeling of therapie, terwijl behandeling juist tot een aanzienlijke verbetering van de

kwaliteit van het leven zou kunnen leiden. De meeste deskundigen zijn het erover eens dat de behandeling het best ambulante kan geschieden. Maar soms, als het niet anders kan, is een kortdurende opname nodig. De behandeling is overigens langdurig, daar mag geen misverstand over zijn. En het vraagt veel van zowel de client als de therapeut. Omdat het kunnen opbouwen van een vertrouwensrelatie zo'n belangrijke rol speelt in een therapeutisch proces en mensen met een borderline-stoornis het daar zeer moeilijk mee hebben, kan een behandeling met vallen en opstaan verlopen.

Behandelmethoden.

Lange tijd kregen veel borderline-patienten een soort "onderhoudstherapie": eens in de twee a drie weken een gesprekje. De eerlijkheid gebied te zeggen dat dat niet veel meer is dan "pappen en nathouden" aldus Roel Verheul, bijzonder hoogleraar in de persoonlijkheidsstoornissen aan de Universiteit van Amsterdam. Vier recente behandelmethoden zijn:

1.DGT. De Dialectische Gedragstherapie ontwikkeld door van Marsha Linehan, speciaal voor de low level borderline stoornis (op laag niveau functionerende borderline patienten) die tot dan toe voornamelijk aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen werd overgelaten.

2.SFT. Schema Focused Therapy (schema gerichte therapie) zoals ontwikkeld is door Jeffrey Young, vanuit de cognitieve theorie.

3.TFP. Transference-Focused Psychotherapy, op overdachtsgerichte psychotherapie dus, ontwikkeld door Otto Kernberg en medewerkers vanuit het psychoanalytische gedachten goed en de object-relatietheorie.

4.MBT. Metalization Based Treatment een op de hechtingstheorie gebaseerde behandeling die ontwikkeld is door Bateman & Fonagy. Het voert te ver om daar uitvoerig op in te gaan, maar een groots opgezet onderzoek o.l.v. de Maastrichtse hoogleraar Arnoud Arntz toont aan dat behandelingen wel degelijk effect sorteren. Daarbij kwam de SFT als beste uit de bus.

Het Borderlinespectrum.

Een verstoorde emotie-regulatie wil zeggen dat men niet of nauwelijks in staat is zijn emoties een beetje te reguleren. Er is dan dus vaak sprake van heftige woede-uitbarstingen of stemmingswisselingen, verlatings-angsten of sterke gevoelens van innerlijke leegte

En een verstoorde stress-regulatie wil zeggen dat men vaak snel en heftig met stress of spanning reageert op gebeurtenissen. Niet zelden wordt daarop dan impulsief gereageerd of tracht men de nare gevoelens weg te werken door drank- of drugsmisbruik of gaat men zelfs automutileren.

Mensen die op borderline niveau functioneren, worden vaak beheerst door verlatings en fusieangsten. Wat men dan dikwijls ziet op relationeel niveau is "aanpakken en afstoten" Aantrekken wegens de verlatingsangst en afstoten wegens de fusieangst. Dat is de angst zichzelf volledig in de ander te verliezen omdat men toch al zo "vage identiteit" heeft. Men zoekt dus soms intensief contact vanwege het ontbreken van "de capacity to be alone", het onvermogen om alleen te zijn dus. Maar als men dan een relatie heeft stoot men die weer van zich af vanwege de angst door de ander overspoelt te worden. Men kan als het ware niet zonder, maar ook niet met de ander. Het hoeft dus niet te verbazen dat dergelijke relaties nogal stormachtig verlopen en veel problemen opleveren.

Alles samengenomen suggereren de onderzoeksbevindingen dat de kern van het borderline spectrum bestaat uit een verstoorde emotie- en stressregulatie. En dat leidt weer tot een grondig verstoorde ontwikkeling van het beeld dat men van zichzelf en van anderen heeft en dus ook tot relationeel disfunctioneren.

M.a.w. de opbouw van een stabiele identiteit en een stabiel gevoel van eigenwaarde wordt bemoeilijkt omdat heftige gevoels- of stemmingswisselingen gepaard gaan met schommelingen in de zelfbeleving. Door de heftige emotionele uitbarstingen wordt de ruimte om eens rustig na te denken beperkt, wat de integratie van tegenstrijdige zelfbelevingen ondermijnt. Bovendien heeft een verstoorde emotie-regulatie haar weerslag op het relationeel functioneren, wat ook de verdere opbouw van een (sociale) identiteit bemoeilijkt. Heftige emoties beïnvloeden immers ook de informatieverwerking en daarmee de juiste interpretatie van andermans gedrag. (het genaamde mentaliserende vermogen is daardoor dus minder)

Naast deze algemene formulering van de kern van het borderlinespectrum, is het echter ook belangrijk om voor ogen te houden dat er aanzienlijke verschillen tussen mensen met een borderlinestoornis kunnen voorkomen. Talrijke persoonlijkheidstrekken zijn immers betrokken bij de uiteindelijke verschijningsvorm van persoonlijkheidspathologie. Vanuit therapeutisch oogpunt is het van groot belang subtypen te onderscheiden.

Het Introjectieve en het Anaclitische type.

Bij een gezonde psychische ontwikkeling ontstaat er een evenwicht tussen autonomie en verbondenheid. Een evenwicht dus tussen de behoefte een onafhankelijk zelfstandig individu te zijn en de behoefte aan emotionele verbondenheid of intimiteit met anderen. Een gezonde ontwikkeling resulteert dus in een stabiele identiteit en in stabiele wederkerige relaties. Pathologie, ontstaan door eenzijdige nadruk op een van beide aspecten, kan zich dan, in verschillende mate van ernst, manifesteren als introjectieve of als anaclitische pathologie.

Anaclitische pathologie.

Anaclitische pathologie betreft een buitensporige preoccupatie met het vestigen en het in stand houden van relaties en de angst niet geliefd te worden of niet te kunnen steunen op anderen. M.a.w. mensen met een anaclitische problematiek worden gekenmerkt door stress en desorganisatie als ze geconfronteerd worden met ervaringen van afwijzing, verlaten worden, verlies en scheiding. Niet zelden is er sprake van een gebrekkige separatie, afhankelijkheid en problemen met meer volwassen, wederkerige relaties. Het kan zich, afhankelijk van het bereikte ontwikkelingsniveau, manifesteren als borderlinepersoonlijkheidsstoornis, infantiele of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, hysterische persoonlijkheidsstoornissen of als een anaclitische depressie,

Introjectieve pathologie.

Karakteristiek voor de introjectieve pathologie is de overdreven nadruk op identiteit en autonomie, die verband houdt met angst voor nabijheid en wantrouwen jegens anderen en is vaak gerelateerd aan een

angstig/ vermijdende hechting. Opvallend is dikwijls gevoelsarmoede en een preoccupatie met dingen en ideeën, i.p.v. gevoelens, mensen en relaties. Conflicten binnen de introjectieve pathologie hebben meestal betrekking op schuldgevoelens, problemen met gevoelens in het algemeen en speciaal met woede en agressie ten opzichte van anderen en zichzelf.

Het kan zich, afhankelijk van het bereikte ontwikkelingsniveau, manifesteren als een extreme achterdochtigheid en wantrouwen, als een obsessief-compulsieve (dwangmatige) persoonlijkheid, als een vorm van narcisme of een introjectieve depressie

Bij het introjectieve type, het meer in zichzelf gekeerde type, staat vermijdende gehechtheid voorop en overheerst dus vooral het "need-fear dilemma" terwijl bij het anaclitische type een preoccupatie met relationele thema's speelt en een angst voor verlating, gepaard gaande met een sterke affect labiliteit.

Depressie.

Als de problematiek zich uit in de vorm van een depressie zijn er grote verschillen te constateren tussen een anaclitische en een introjectieve depressie.

- De introjectieve depressie wordt gekenmerkt door schuldgevoelens, hevige zelfkritiek, perfectionisme en verdrongen agressie of agressie geremdheid.
- De anaclitische depressie wordt vooral gekenmerkt door schaamtegevoelens, gevoelens van minderwaardigheid en gevoelens van leegte als reactie op verlies, afwijzing en verlating. t.g.v hun buitensporige behoefte aan affectie of genegenheid, intimiteit en warmte. Ze klagen vaak over existentiële wanhoop en het gevoel dat hun leven leeg en betekenisloos is.

Betekenis van dit onderscheid voor de therapie

Onderzoek wijst uit dat borderliners van het introjectieve type het goed deden als het accent in de therapie kwam te liggen op inzicht en interpretatie, terwijl anaclitische borderliners, met een sterke afhankelijkheidsbehoefte, dan juist achteruitgang vertoonden. Zij hadden vooral baat bij steunende interventies en een positieve therapeutische relatie.

Een ander zinvol onderscheid is dat tussen een "moving away", een moving toward en een moving against type. Wat respectievelijk betekent: een type dat zich van anderen afkeert, een type dat zich tot anderen wendt en een type dat zich tegen anderen keert. Het moving away type heeft een onveiligere hechting (met name vermijdend gehecht) dan het moving toward type en heeft minder complexe interne beelden van anderen. Het is het meest kwetsbare type. Het moving away type lijkt sterk op het introjectieve type terwijl het moving toward type sterk lijkt op het anaclitische type. Het moving against type kenmerkt zich door een lagere emotionele investering in anderen en een grote mate van egocentriciteit. Dit type lijkt te verwijzen naar een narcistische structuur met een afwijzende hechting.

Positieve en negatieve eigenschappen

De balans tussen positieve en negatieve persoonlijkheidstrekken zijn van grote voorspellende

waarde qua therapieresultaat. Als negatieve trekken worden offensiviteit en passiviteit genoemd. Borderline patiënten hoog op de offensieve factor zijn vooral de omgeving tot last (zijn meer antisociaal dus) terwijl patiënten hoog op de passieve factor vooral zichzelf tot last zijn (die zijn meer depressief-masochistisch of zelfondermijnd) Als positieve factor wordt consciëntieusheid genoemd, dus ietwat obsessief-compulsief.. Die doen het in therapie namelijk beduidend beter dan de gemiddelde borderline patiënt, terwijl patiënten met antisociale trekken (de offensieve factor) nauwelijks verbeteren.