

## **Inzichten over Trauma, Persoonlijheidsverandering en Behandeling: Implicaties voor Zorg in Netwerkverband**

Op basis van recente literatuur en expertise rondom trauma en persoonlijkheidsverandering kan worden vastgesteld dat traumatische gebeurtenissen blijvende effecten hebben op het psychische functioneren en de persoonlijkheid van mensen. Vooral bij posttraumatische stressstoornis (PTSS) komt vaak persoonlijkheidsproblematiek voor. Dit vereist een verfijnd behandeltraject en stelt specifieke samenwerkingsvoorwaarden voor de eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg.

### **1. Persoonlijheidsontwikkeling: Biologische en Omgevingsinvloeden**

Persoonlijkheid wordt gekenmerkt door een uniek patroon van gedachten, emoties en gedragingen dat stabiel blijft over de tijd. Het ontwikkelt zich door een complexe wisselwerking tussen genetische aanleg en omgevingsfactoren. Genetische factoren spelen een belangrijke rol in de aanleg voor specifieke persoonlijkheidstrekken zoals extraversie en neuroticisme, zoals blijkt uit tweelingstudies die aantonen dat een groot deel van de variabiliteit in persoonlijkheid erfelijk is. Toch komt persoonlijkheid pas volledig tot uiting door omgevingsinvloeden, waaronder opvoeding, culturele waarden, sociale relaties en levensgebeurtenissen, zoals een ingrijpende ervaringen. Deze factoren beïnvloeden de expressie van persoonlijkheidstrekken en hoe individuen zich aanpassen aan verschillende situaties.

#### **De invloed van vroege ervaringen en levensfasen**

Vroege interacties met ouders of verzorgers, vooral op het gebied van hechting, vormen de basis voor emotionele ontwikkeling. De adolescentie is een kritieke fase waarin persoonlijkheid verder wordt gevormd, onder invloed van de zoektocht naar identiteit en autonomie. Gedurende de volwassenheid stabiliseert de persoonlijkheid meestal, maar ingrijpende gebeurtenissen zoals trauma of verlies kunnen blijvende veranderingen veroorzaken. Traumatische ervaringen kunnen bijvoorbeeld leiden tot een verhoogde emotionele reactiviteit en negatieve copingstrategieën, waardoor sommige persoonlijkheidskenmerken worden versterkt of veranderd. Hierdoor kan persoonlijkheidsproblematiek ontstaan, gekenmerkt door inflexibele en onaangepaste gedragspatronen die een negatieve invloed hebben op het dagelijks functioneren en interpersoonlijke relaties.

#### **Persoonlijheidsontwikkeling in de militaire context en de impact van extreme omstandigheden en trauma**

Persoonlijheids- en identiteitsontwikkeling vormt zich veelal gedurende de adolescentiefase, in relatie tot anderen en de omstandigheden waarbinnen iemand opgroeit. De militaire opleiding vindt doorgaans in de adolescentiefase plaats, waardoor de ontwikkeling van militairen zich voornamelijk afspeelt in 'de militaire maatschappij'. De cultuur binnen het leger is anders dan in de burgermaatschappij. Dat de invloed van de militaire cultuur en structuur, gevolgen heeft voor de identiteitsontwikkeling, is aannemelijk. Er heerst in het leger een mentaliteit van "een tandje er bij, niet zeuren

maar doorgaan". Discipline, geordend werken in een hechte structuur en duidelijke hiërarchie is gemeengoed. Persoonlijke identiteit wordt deels ondergeschikt aan de groepsidentiteit (NLVI.nl).

Militairen worden geselecteerd op specifieke karaktereigenschappen zoals discipline en teamwork. Dit helpt hen te functioneren in een gestructureerde omgeving, maar kan het later moeilijk maken om zich aan te passen aan de burgermaatschappij. Het succes van deze overgang hangt grotendeels af van hun vermogen om de militaire identiteit flexibel aan te passen.

Militairen opereren vaak in extreme omstandigheden, waar zij geconfronteerd worden met gevaar, geweld en angst. Dit vereist mentale weerbaarheid en een sterk ontwikkeld vermogen om emoties te beheersen. Herhaalde blootstelling aan stressvolle en gevaarlijke situaties kan een versnelde of veranderde persoonlijkheidsontwikkeling veroorzaken. Hoewel deze ervaringen kunnen bijdragen aan een verhoogde veerkracht, leiden ze soms ook tot emotionele verharding en problemen zoals PTSS.

De militaire training richt zich op het automatiseren van gedrag en het uitschakelen van emoties tijdens missies. Hoewel dit effectief is op het slagveld, kan het leiden tot psychische problemen wanneer militairen terugkeren naar het burgerleven. Sommigen ontwikkelen stoer machogedrag als overlevingsstrategie, wat hen belemmert bij het zoeken van hulp. Dit is problematisch, aangezien veteranen minder vaak hulp zoeken dan de algemene bevolking, zelfs bij ernstige psychische klachten.

De sterke banden die militairen ontwikkelen tijdens missies zijn een belangrijke factor in hun identiteitsvorming. Deze banden kunnen een bron van steun zijn, maar ook druk met zich meebrengen. Traumatische ervaringen, gedeeld binnen de groep, versterken vaak de groepscohesie maar kunnen ook het gevoel van isolatie vergroten bij de terugkeer naar de burgermaatschappij.

Al met al is de persoonlijkheid van militairen die op jonge leeftijd worden uitgezonden, nog zeer kwetsbaar. Traumatische ervaringen kunnen een diepgaande invloed hebben op de zich ontwikkelende persoonlijkheidsontwikkeling [1]. Dat er een relatie bestaat tussen traumatisering en persoonlijkheidsproblematiek is duidelijk. Het kan elkaar versterken en daardoor een behandeling in de weg zitten. Anderzijds neemt soms persoonlijkheidsproblematiek juist af bij vermindering van PTSS klachten. Hoe deze relatie bij het individu precies (geweest) is, is vaak in algemene zin niet meer te achterhalen, zo geldt dan ook voor veteranen. Dit alles compliceert de discussie over wat eerst te behandelen [1].

## **2. Prevalentie van Persoonlijkheidsstoornissen: Algemene Bevolking versus Militaire/Veteranenpopulatie**

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) komen wereldwijd voor bij circa 7,8% van de algemene bevolking, met een hogere prevalentie van rond de 9,6% in hoge-inkomenlanden zoals Nederland [1]. De Nederlandse Nemesis-studie toont aan dat bepaalde stoornissen, zoals borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), bij 1,1% van de bevolking voorkomen

[2]. Persoonlijkheidsstoornissen worden meestal in de adolescentie of vroege volwassenheid gediagnosticeerd en vertonen een stabiel patroon van afwijkend gedrag en denken.

In militaire en veteranenpopulaties ligt de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen echter beduidend hoger dan in de algemene bevolking. Onderzoek onder Amerikaanse militairen en veteranen toont verhoogde prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen zoals paranoïde (23%) en borderline (21%) aan [3]. Dit hoge percentage wordt beïnvloed door blootstelling aan traumatische situaties en de langdurige stressvolle omstandigheden die vaak deel uitmaken van een militaire loopbaan. Vooral veteranen met PTSS hebben een verhoogde kans op comorbide persoonlijkheidsproblematiek, wat bijdraagt aan ernstigere en complexere symptomen dan bij PTSS zonder deze comorbiditeit [4].

### **3. Persoonlijkheidstrekkén bij PTSS: Algemene populatie en militaire/veteranen populatie**

De aanwezigheid van specifieke persoonlijkheidstrekkén in combinatie met traumatische ervaringen kan de ontwikkeling en ernst van PTSS beïnvloeden en van invloed zijn op het behandeltraject. Belangrijke persoonlijkheidstrekkén die hierbij een rol spelen zijn onder andere:

#### **Neuroticisme**

Een belangrijke voorspeller van PTSS. Personen met een hoog neuroticisme ervaren meer emotionele instabiliteit en zijn kwetsbaarder voor stress. Dit vergroot niet alleen de ernst van PTSS-symptomen, maar bemoeilijkt ook de behandeling. In militaire populaties is neuroticisme gekoppeld aan slechtere behandelresultaten en een verhoogd risico op comorbide persoonlijkheidsstoornissen [5][6].

#### **Extraversie**

Over het algemeen wordt extraversie geassocieerd met lagere PTSS-symptomen door betere sociale steun en het gebruik van positieve copingstrategieën. Bij militairen hangt een lage mate van extraversie samen met slechtere behandeluitkomsten [6][7].

#### **Consciëntieusheid**

Deze persoonlijkheidstrek, gekenmerkt door zelfdiscipline en doelgerichtheid, beschermt tegen PTSS door het bevorderen van effectieve copingmechanismen en therapietrouw. In militaire populaties blijken consciëntieusheid en vriendelijkheid beschermende factoren te zijn tegen suïcidaliteit [7][8].

#### **Vermijding**

Vermijdende persoonlijkheidstrekkén vergroten de kans op ernstigere PTSS-symptomen, omdat personen met deze trekken vaak de confrontatie met traumatische herinneringen vermijden. Dit compliceert de behandeling en kan de symptomen verergeren [9].

## **Openheid**

Openheid kan bijdragen aan posttraumatische groei (PTG) door het vermogen om betekenis te vinden in traumatische ervaringen. Echter, een hoge mate van openheid kan ook leiden tot een verhoogde gevoeligheid voor emotionele prikkels, wat PTSS-symptomen kan versterken [10].

## **4. Behandelstrategieën en Multidisciplinaire Aanpak**

De prevalentie en complexiteit van persoonlijkheidsproblematiek bij PTSS-patiënten, vooral onder veteranen, vragen om een geïntegreerde en persoonsgerichte benadering. Voor complexe PTSS (cPTSS) adviseert de zorgstandaard een combinatie van traumagerichte behandeling en emotieregulatie- en interpersoonlijke vaardigheidstraining. Hoewel het driefasenmodel (stabilisatie, traumagerichte therapie en integratie) veel wordt gebruikt, is er beperkte wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit bij ernstige persoonlijkheidsproblematiek [11].

In Nederland bieden GGZ-instellingen zoals het GGZ Drenthe, Sinai Centrum, ViBU en ARQ Centrum '45 traumaverwerking (TVT) in combinatie met persoonlijkheidsgerichte therapieën, zoals dialectische gedragstherapie (DGT) en schematherapie [12]. Bij veteranenpopulaties, waarin comorbiditeit met middelengebruik en persoonlijkheidsproblematiek vaker voorkomt, kan de effectiviteit van uitsluitend traumagerichte behandelingen beperkt zijn. De ViBU heeft daarom een 12-weekse intensieve combinatiebehandeling ontwikkeld, waarin DGT en traumaverwerking gecombineerd worden. Dit programma is gericht op veteranen met PTSS en comorbide persoonlijkheidsstoornissen en heeft in eerste onderzoeken veelbelovende resultaten getoond [13]. ARQ/centrum'45 ontwikkelde een 2x 12 weeks intensieve combinatie behandeling waarin DGT en traumabehandeling geïntegreerd worden aangeboden (DGTT). Daarnaast bestaat er al een aantal jaar een modulair aanbod voor geüniformeerden waarin een geïntegreerde behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek en traumabehandeling ambulante wordt aangeboden.

### **Samenwerking in netwerkverband: Eerste, Tweede en Derde Lijn**

De zorg voor PTSS-patiënten met comorbide persoonlijkheidsstoornissen vraagt om een nauwe samenwerking tussen eerste- en tweedelijnszorg. De eerste lijn kan screening en stabilisatie bieden, terwijl gespecialiseerde tweedelijnszorg de intensievere traumaverwerking en persoonlijkheidsgerichte interventies verzorgt. Bij vastgelopen behandeltrajecten of ontoereikende behandelresultaten kan de derde lijn worden ingeschakeld. Vroegtijdige identificatie van risicofactoren zoals neuroticisme en vermijding kan helpen om behandelingen beter af te stemmen en de zorg efficiënter in te richten. Multidisciplinaire samenwerking is essentieel voor een holistische en gepersonaliseerde benadering die past bij de behoeften van PTSS-patiënten in militaire en veteranenpopulaties.

## **5. Advies**

Binnen het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV) is het belangrijk dat persoonlijkheidsproblematiek bij veteranen expliciet wordt herkend en erkend. Dit

vraagt om een gerichte aanpak waarbij netwerkpartners, vooral in de specialistische zorg, beschikken over de juiste expertise. Indien nodig moet aanvullende kennis snel en effectief kunnen worden ingeschakeld.

Een gedegen kennis van zowel classificerende als beschrijvende diagnostiek is onmisbaar, evenals inzicht in diverse behandelvormen. Daarnaast is begrip van de samenhang tussen persoonlijkheidsontwikkeling, trauma en beroepsvorming bij veteranen cruciaal. Deze kennis vormt de basis voor een effectieve diagnostiek en behandeling.

De specialistische tak van de LZV-netwerk draagt in het bijzonder de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat deze kennis en expertise binnen de hun afdelingen goed geborgd is. Hierbij dient, conform de richtlijnen, de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek geïntegreerd aangeboden te worden, gelijktijdig met de PTSS-behandeling. Daarnaast is het noodzakelijk dat er inzicht is in de indicatiecriteria voor verschillende behandelvormen, zodat veteranen met complexe problematiek zorg op maat kunnen ontvangen. De behandeling van persoonlijkheidsproblematiek vereist een aanpak die expliciet afwijkt van een "one-size-fits-all"-benadering.

Verder is het van belang dat binnen de LZV-netwerk duidelijk is welk aanbod aan persoonlijkheidsbehandelingen beschikbaar is. Ook moet voor de individuele specialistische centra helder zijn welke therapievormen buiten het netwerk worden aangeboden en door wie, zodat veteranen altijd toegang hebben tot de juiste zorg.

### **Conclusie**

Trauma en persoonlijkheidsverandering vereisen een geïntegreerde, op maat gemaakte aanpak in de zorg. Specifieke persoonlijkheidstrekken kunnen een belangrijke rol spelen in het verergeren van PTSS-symptomen, wat de noodzaak onderstreept voor nauwe samenwerking tussen zorginstellingen en specialisten. In netwerkverband kan een combinatie van traumaverwerking en interventies voor emotieregulatie en interpersoonlijke vaardigheden de behandeluitkomsten verbeteren voor patiënten met PTSS en comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

### **Referenties:**

1. Stuyling de Lange, J., P. Dashorst & T. Mooren (2009), 'Trauma en persoonlijkheidsproblematiek. De toepassing van een integratief model', in: *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 35, 396-412.
2. Campbell, J. S., Moore, J. L., Poythress, N. G., & Kennedy, C. H. (2009). Personality traits in clinically referred aviators: two clusters related to occupational suitability. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 80(12), 1049–1054.  
<https://doi.org/10.3357/ase.2491.2009>
3. Edwards, E. R., et al. (2022). Prevalence of Personality Disorders Across Veteran Samples: A Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 36(3), 339–358.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.3.339>

4. Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 75–82. <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014680.54051.50>
5. Goodman, M., et al. (2016). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Veterans. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts>
6. Campbell, J. S., Moore, J. L., Poythress, N. G., & Kennedy, C. H. (2009). Personality traits in clinically referred aviators: two clusters related to occupational suitability. *Aviation, space, and environmental medicine*, 80(12), 1049–1054. <https://doi.org/10.3357/ase.2491.2009>
7. Harned, M. S., et al. (2014). Integrated Treatment for PTSD and Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.05.002>
8. Soltaninejad, A., Fathi-Ashtiani, A., Ahmadi, K., Mirsharafoddini, H. S., Nikmorad, A., & Pilevarzadeh, M. (2014). Personality factors underlying suicidal behavior among military youth. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16(4), e12686. <https://doi.org/10.5812/ircmj.12686>
9. Koons, C. R., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.04.016>
10. Munjiza, J., Law, V., & Crawford, M. J. (2014). Lasting personality pathology following exposure to catastrophic trauma in adults: Systematic review. *Personality and Mental Health*, 8(4), 320–336. <https://doi.org/10.1002/pmh.1271>
11. Stoffers, J. M., et al. (2012). The efficacy of dialectical behavior therapy for the treatment of personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.087585>
12. Ten Have, M., et al. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16, 249. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
13. Tsai, J., et al. (2014). Latent class analysis of personality disorders in adults with posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(3), 276–284. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08466>
14. Volkert, J., et al. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>

15. Winsper, C., et al. (2020). The prevalence of personality disorders in the community: A global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 69–78. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>