

De behandeling van trauma bij borderline problematiek

Melanie Harned: 'It depends on the patient'

TEKST: **Steven Meijer** en **Ronald Roskam**

Melanie Harned publiceerde in 2022 het boek *Treating Trauma in Dialectical Behavior Therapy: The DBT Prolonged Exposure Protocol*. In deze bestseller beschrijft Melanie de integratie van trauma-gerichte behandeling (Prolonged Exposure: PE), in Nederland bekend als Imaginaire Exposure, met Dialectische Gedragstherapie (DGT). Het boek omvat zo'n zeventien jaar onderzoek, in samenwerking met boegbeelden zoals Marsha Linehan (DGT) en Edna Foa (PE). Traumabehandeling is mogelijk bij mensen met (chronisch) suïcidaal en zelfdestruïctief gedrag, is de conclusie. Wij spraken Melanie en zagen kans om met haar diep op deze materie in te gaan.



In een van je eerste artikelen opperde je het idee van traumabehandeling bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Toen was dat een no-go. Wat gaf je het idee dat het bieden van traumabehandeling aan mensen met een BPS passend was?

“Marsha Linehan had de eerste fase van DGT al eerder beschreven, waarin de focus ligt op het verwerven van controle op het kenmerkende probleemgedrag behorend bij borderline problematiek. De tweede fase in DGT, waarin de focus zou moeten liggen op traumaverwerking, werd nooit uitgewerkt. Met als gevolg dat patiënten nauwelijks traumabehandeling aangeboden kregen in de context van DGT. Ik zag meerdere patiënten opknappen in de eerste fase van DGT, maar tegelijkertijd viel mij op dat hun situatie in veel gevallen nog steeds ellendig was. Ze deden geen zelfmoordpogingen meer en vertoonden minder tot geen zelfdestruïctief gedrag, maar liepen nog altijd vast op allerlei belangrijke levensgebieden. Mijn hypothese was dat de PTSS een belangrijke factor was die verdere verbetering in de weg stond. Vanuit dat idee leek het mij een logische stap om dit te gaan onderzoeken.”

Dat moet toch gevoeld hebben als een risicovolle stap, hoe heb je dat ervaren?

“De belangrijkste reden om geen traumabehandeling te bieden was het heersende idee dat traumabehan-

deling niet veilig was. Er werd gedacht dat patiënten zelfmoord zouden gaan plegen. Ik deelde die angst en ben daarom met één patiënt begonnen. Een voor een. Uiteindelijk ervoer ik dat het veilig kon. Met mijn collega's ontwikkelde ik gereedheidscriteria, dus criteria die gebruikt kunnen worden om te bepalen wanneer een patiënt er aan toe is traumabehandeling te ondergaan. Timing is essentieel. Wanneer je iemand met suïcidaal gedrag te snel behandelt, dan jaag je diegene de dood in. Maar wanneer je te lang wacht met het bieden van traumabehandeling laat je iemand langer lijden dan noodzakelijk. Het meest ingewikkelde was om te weten wanneer je veilig met de behandeling kan aanvangen. Daartoe dienen de gereedheidscriteria.”

Standaardcriteria om te kunnen starten met het DGT PE protocol

(Harned, Schmidt, Korslund & Gallop, 2021)

- 1 - geen onmiddellijk risico op zelfmoord
- 2 - geen zelfbeschadigend gedrag gedurende twee maanden (ambulant) of een maand (opname)
- 3 - In staat om aandrang tot zelfbeschadiging te beheersen in aanwezigheid van signalen
- 4 - geen ernstig therapieverstorend gedrag vertonen
- 5 - PTSS is de focus van behandeling met de hoogste prioriteit
- 6 - in staat en bereid zijn om intense emoties te ervaren zonder te ontsnappen.

Hoe kreeg je ethische commissies en geldschieters mee in je plan?

(lacht) “Ja, dat heeft veel moeite gekost. De eerste research werd vijfmaal afgewezen. ‘Je gaat klachten van sommige patiënten erger maken’, was de boodschap die ik kreeg. Maar dat was precies de onderzoeksvraag: kunnen we veilig PE bieden bij deze doelgroep? Iemand moest het gaan onderzoeken en wie anders moest dat doen dan iemand die zowel Marsha Linehan als Edna Foa in haar team had? Uiteindelijk kreeg ik de toestemming en de financiële middelen om het onderzoek te gaan doen.”

In een theoretisch artikel van Kulkarni (2017) bediscussieert hij de overeenkomsten tussen BPS en complexe PTSS (CPTSS). Hij stelt dat je BPS kunt zien als een CPTSS, en hij stelt zelfs dat een CPTSS een betere omschrijving is van BPS. Hoe kijk jij naar dit perspectief?

“Er is veel discussie over de overeenkomsten en verschillen tussen PTSS, CPTSS en BPS. Ik ben van mening dat er niet bij iedere patiënt met een BPS sprake is van een PTSS. In onze klinische trials naar DGT zien we vaak dat ongeveer de helft van de patiënten voldoet aan de criteria van een PTSS. (Complexe) PTSS en BPS is niet dezelfde stoornis. Vrijwel al onze patiënten hebben te maken gehad met een invaliderende omgeving (traumatic invalidation), wat een grote rol speelt in het ontstaan van borderline problematiek. Maar dat leidt niet altijd tot PTSS. Dat is analoog aan mensen die bijvoorbeeld verkracht worden. Slechts een klein percentage krijgt klachten passend bij een PTSS.

Klachten passend bij een BPS en een PTSS houden elkaar echter wel vaak in stand. Als je de PTSS behandelt, dan verbeteren vaak ook symptomen die gerelateerd zijn aan BPS. Wanneer we de gebeurtenissen analyseren die leiden tot een suïcidepoging bij patiënten met een BPS en een PTSS, dan zien we vaak symptomen, zoals een intrusie passend bij de PTSS terug in de keten. Het is voor mij vrij logisch dat als je de traumatische ervaringen behandelt die bijdragen aan het suïcidale gedrag, het suïcidale gedrag af zal nemen.

We moeten ons overigens niet te strak houden aan de criteria van PTSS. We zien dat veel patiënten niet voldoen aan de criteria van PTSS (vaak vanwege het ontbreken van trauma dat voldoet aan het A-criterium van PTSS), terwijl zij toch intrusies vertonen en/of dat er sprake is van negatieve trauma-gerelateerde cognities en vermijding. Het is belangrijk ook deze herinneringen te behandelen.”

Therapeuten willen niet alleen maar diagnoses behandelen maar ook de kwaliteit van leven verbeteren. In je artikel van 2017 beschrijf je dat DGT zonder de behandeling van de PTSS leidt tot meer controle over het problematische gedrag maar dat de kwaliteit van leven pas echt verbetert wanneer het trauma wordt behandeld. Patiënten worden vaak nog geplaagd door posttraumatische overtuigingen en deze stagneren de aanpassing en het maatschappelijk functioneren. Wat wordt er eigenlijk bedoeld met posttraumatische overtuigingen?

“Mensen die veelvuldig trauma meemaken concluderen dat ze niet de moeite waard zijn, slecht zijn, walgelijk zijn en/of dat anderen niet te vertrouwen zijn en/of dat de wereld gevaarlijk is. Deze opvattingen leiden ertoe dat ze onzeker zijn, geen betekenisvolle relaties kunnen hebben of op een andere manier iets van hun leven te maken.

uit, als het maar een effectieve behandeling is. Het zal hoogstwaarschijnlijk leiden tot snelle verbetering. Er zijn ook patiënten waar traumagerichte therapie niet alleen onveilig is maar ook nog weinig effectief. Eerst moet het zelfbeschadigend en levensgevaarlijk gedrag afnemen alvorens met traumagerichte therapie te starten. Deze groep heeft stabilisatie nodig. Tegelijkertijd viel in mijn studie op dat de meeste mensen binnen vijf maanden met traumagerichte therapie kunnen starten. We bespraken traumagerichte therapie al vrij vroeg in de therapie, namen het op in het behandelplan en zetten een tijdspad uit. De meeste patiënten willen traumagerichte therapie, hoewel ze er vreselijk tegenop zien. Ze willen in de eerste plaats van hun PTSS-klachten af. Ze hebben vaak meegemaakt dat veel hulpverleners het niet zien zitten om deze behandeling te bieden. Voorwaarde is wel - zoals eerder gezegd - dat ze moeten stoppen met hun suïcidaal/zelfbeschadigend gedrag en op een of andere manier werkt die eis heel motiverend. Als dat acht weken is gelukt dan starten we aan de PTSS-behandeling.”

Om toch even advocaat van de duivel te spelen: stel nu dat je een patiënt treft waarvan duidelijk is dat het zelfbeschadigende gedrag en/of de suïcidaliteit rechtstreeks een gevolg is van het geactiveerd raken van een traumatisch incident (of meerdere traumatische incidenten), en dit gedrag is moeilijk onder controle te krijgen middels fase-1-vaardigheden. Zou je dan niet toch overwegen om met de PTSS-behandeling te beginnen?

“Dat maak ik zelden mee. Er is toch vaak iets mogelijk om het gedrag onder controle te krijgen. Misschien heeft het dan toch iets te maken met dat de behandeling niet goed aansluit. Als dat zo is dan is het van belang om daar eerst aandacht aan te besteden. Krijgt iemand eigenlijk goede DGT? Ik ga dan vooral zoeken naar hoe deze behandeling goed op de rit te krijgen. Maar geeft het in dat opzicht niet het goede effect, dan ga ik nadenken over uitzonderingen op de regel. Het is mogelijk om dan toch eerst de PTSS te behandelen. Maar dan gaat het om niet veel voorkomende gevallen en hangt het dus af van de casusconceptualisatie.”

We hebben je het onderzoek van Laurian Hafkemeijer en collega's gestuurd. Uit dat onderzoek blijkt dat de behandeling van traumatische ervaringen (ook niet A-criterium trauma) zonder dat er sprake is van PTSS, leidt tot vermindering van de aan de persoonlijkheidsstoornis gerelateerde problematiek, al na een gering

aantal sessies. Dat is wel een beetje de omgekeerde wereld. Als je dat verder doortrekt zou je wellicht kunnen concluderen dat misschien ook bij borderline problematiek het behandelen van ontregelende negatieve incidenten genoeg is. Wat vind je daarvan?

“Ik kende het onderzoek niet, maar het is goed gedaan. In ons onderzoek lieten wij patiënten zelf kiezen welke ervaringen zij wilden laten behandelen. Zij kozen in de meeste gevallen voor niet A-criterium trauma maar voor de ervaringen waarin traumatische invalidatie centraal stond, zoals gepest, buitengesloten en verwaarloosd worden. Het is goed voorstelbaar dat juist deze ervaringen leiden tot borderline problematiek en dat het behandelen daarvan effectief is. In de studie van Hafkemeijer zijn juist de mensen met PTSS uitgesloten dus zal de behandeling vooral gericht zijn op traumatische invalidatie, net zoals wij dat doen in ons onderzoek en behandeling. Fijn dat er nu ook empirische ondersteuning is. Zullen alle borderline patiënten baat hebben bij het behandelen van deze traumatische invalidatie? Misschien niet, ook hier zal het weer afhangen van de patiënt.”

Wat zou je DGT-therapeuten en traumatherapeuten aanraden?

“Wees hoopvol, de behandelingen zijn effectief. Blijf up to date: volg cursus(sen) en lees de literatuur. Wees moedig, maar verstandig. Doe geen dingen waar je niet voor getraind ben. Wees niet te strak in regels en kies je interventie op basis van een goede casusconceptualisatie: it depends on the patient!”

Referenties: Op te vragen bij de auteurs



Gereedheidscriteria om te kunnen starten met het DGT PE protocol

Melanie Harned is psycholoog. Ze is coördinator van het DGT-programma van het VA Puget Sound Health Care System en als associate- en adjunct associate professor bij de University of Washington in Seattle, VS. Zij was eerder onder andere onderzoeksleider bij Marsha Linehan's Behavioral Research & Therapy Clinics en directeur van onderzoek bij Behavioral Tech Research. Haar onderzoek focust primair op het ontwikkelen en evalueren van een DGT PE protocol voor PTSS met daarbij methodes voor het verspreiden en implementeren van deze en andere behandelingen in de klinische praktijk.

Steven Meijer is klinisch psycholoog/psychotherapeut, EMDR Europe-trainer en supervisor VGct. Daarnaast heeft hij jarenlang DGT trainingen verzorgd in Nederland en in het Verenigd Koninkrijk en schreef hij diverse hoofdstukken over de integratie van DGT en EMDR. Website: www.steven-meijer.nl

Ronald Roskam is GZ-psycholoog i.o. specialist, EMDR Europe-consultant en cognitief gedragstherapeut VGct. Hij is in opleiding tot DGT-trainer en -supervisor bij Dialexis Advies. Website: www.ronaldroskam.nl