

Traumabehandeling bij persoonlijkheidsstoornissen

It depends on the patient

TEKST: **Steven Meijer, Ronald Roskam** en **Agaath Koudstaal**

Er worden geweldige resultaten geboekt met traumabehandeling middels EMDR-therapie. Inmiddels blijkt EMDR-therapie als methode in de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ook effectief. Zelfs als die niet aan PTSS lijden. Wat betekent dit voor de andere effectief gebleken behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen?

Onderzoeken tonen aan: traumabehandeling eerst. Doelgroepen waar traumabehandeling lang voor onmogelijk werd gehouden, knappen wat betreft de direct traumagerelateerde klachten net zo goed en net zo snel op als de meer veerkrachtig geachte patiënten. Goed nieuws voor zowel patiënten als therapeuten en grote bewondering voor de onderzoekers die het lef hebben lang bestaande mythes te ontcrachten.

Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zijn er diverse bewezen effectieve therapievormen die de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (2022) aanbeveelt. Denk aan onder andere cognitieve gedragstherapie (CGT), schematherapie (ST), dialectische gedragstherapie (DGT) en mentalisation based therapy (MBT). De richtlijn adviseert indien geïndiceerd een PTSS-behandeling toe te voegen. Het is een logische gedachte om ook niet A-criterium traumata te behandelen. Persoonlijkheidspathologie gaat immers vaak samen met een voorgeschiedenis met dergelijke ingrijpende negatieve incidenten (bijvoorbeeld Hafkemeijer et al., 2021). Zo wordt in CGT geadviseerd om mentale representaties van ingrijpende incidenten te herevalueren (Korrelboom & Ten Broeke, 2014; Ten Broeke, Korrelboom, Verbraak & Meijer, 2020) en worden in ST niet A-criterium traumata behandeld middels imaginatie en rescripting (IR; Van de Wijngaard, 2020). Ook in DGT is het toevoegen van traumabehandeling al enkele jaren gangbaar (Meijer & Ten Broeke, 2007; Van den Bosch & Meijer, 2016; Harned, 2022).

Dat het behandelen van niet A-criterium traumata met EMDR iets oplevert ligt in de lijn der verwachting. Maar dat de effecten zo verbazend goed waren, had geen hulpverlener durven dromen. Moeten we voorsorteren op een tijdperk dat de gevestigde behandelingen als DGT, ST en CGT bij het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek obsoleet worden?

Casus: Eline en haar extreme gedrag

Bij Eline van 22 jaar oud is er een borderline persoonlijkheidsstoornis vastgesteld met de SCID-P-5. Zij scoort zeer hoog op de BPDSI (ernstschaal van borderline problematiek). Eline is chronisch suïcidaal en automutieleert vrijwel dagelijks. Door haar extreme gedrag is zij alle contact met haar directe omgeving vrijwel geheel verloren. Ingezette behandelingen monden uit in een fiasco omdat Eline in een destructieve dans terechtkomt met haar omgeving. Beheersing wordt daarmee het eerste behandeldoel en de behandelaars bekrachtigen (onbedoeld) het destructieve gedrag eerder dan dat zij dat beperken. Inmiddels is Eline ten einde raad definitief ontslagen van de afdeling, na een tijd op en af verblijf dat alleen maar verder escaleerde. Zij kreeg het advies contact te zoeken met het team DGT om daar een aantal verkennende gesprekken te hebben.

Een belangrijk doel van DGT is om patiënten te helpen om weer aansluiting te vinden met de hulpverlening en het systeem van familie en vrienden. Tevens is DGT er

op gericht controle te krijgen over het (zelf)destructieve gedrag. Een uitgangspunt daarbij is dat er altijd sprake is van grote vaardigheidstekorten bij patiënten met ernstige borderline problematiek. Deze patiënten zijn in een omgeving opgegroeid waarin onvoldoende aansluiting en steun is geweest bij de (vaak heftige) emotionele ervaringen van de patiënt. Daardoor was er weinig ruimte voor het ontwikkelen van vaardigheden om met emoties om te gaan, wat de ontwikkeling ook op andere gebieden zoals de sociale ontwikkeling ernstig bemoeilijkt. Ook ontbrak het in de regel aan ervaringen die bijdragen aan een evenwichtig zelfbeeld en het ontwikkelen van vertrouwen in anderen.

DGT biedt, naast individuele therapie en een groepsvaardigheidstraining een vorm van telefonische consultatie - vaak bestaande uit een 24-uurs beschikbaarheid van de individuele therapeut - om bij suïcidale crises (korte) consultatie te vragen. Met deze coaching kunnen hulpverleners bij momenten van heftige ontregeling effectieve vaardigheden inzetten, in plaats van terug te grijpen op destructief gedrag.

Traumabehandeling is mogelijk, omdat uit de taxatie blijkt dat veel gedrag de oorsprong vindt in het geactiveerd raken van traumatische ervaringen (Harned, 2022). Maar Eline is als de dood voor traumabehandeling omdat ze meent dat ze dat niet aankan. In de eerste verkennende gesprekken, met specifieke elementen die gericht zijn op het verkrijgen van een stevige commitment aan de therapie, wordt verder onderzocht wat Eline in de behandeling zou willen bereiken en wordt uitleg gegeven over de uitgangspunten van DGT. Eén van de

'Het louter behandelen van traumatische ervaringen gaat een vaardigheidstekort geenszins opvullen. Wat er niet is, ontstaat niet vanzelf als trauma's worden opgeruimd'

uitgangspunten is, dat DGT-therapeuten nooit interveniëren (bijvoorbeeld door opnamen te regelen) en buiten de patiënt om geen contact zullen onderhouden met anderen of op een andere manier zullen spreken voor de patiënt (het consultatie-aan-de-patiëntprincipe).

De voorwaarden zijn dat suïcidaal/zelfbeschadigend gedrag en gedrag dat interfereert met een effectieve sessie wordt geanalyseerd en dat wordt onderzocht hoe daar controle over te krijgen en welke vaardigheden daarvoor nodig zijn. Er zijn verder geen begrenzings aan deelname van deze therapie behalve dat een patiënt niet vaker dan aansluitend vier keer mag missen van de individuele therapie of groepstraining. De gesprekken zetten Eline niet onder druk, maar geven vooral ruimte om tot rust te komen en na te denken over wat zij wil. Na enige gesprekken besluit zij de behandeling middels DGT aan te willen. In de eerste oriënterende gesprekken (pretreatment fase) leert zij meer over haar zelfdestructieve gedrag. Zij ziet in dat zij met dit gedrag haar omgeving volledig in de tang heeft en bemerkt dat zij hiermee zichzelf in emotioneel opzicht op de korte termijn reguleert, maar tegelijk steeds verder alleen komt te staan en geen leven voor zichzelf opbouwt dat de moeite waard is. Zij hoopt dat zij de negatieve spiraal kan doorbreken, want



haar huidige leven is getekend door crises. Het gaat veelvuldig mis in het contact met anderen en ook met de therapeuten van de afdeling die haar nog poliklinische contacten aanbieden. Die hebben haar inmiddels laten weten daarmee niet door te willen gaan. In het contact met de DGT-therapeut komt zij tot het besluit dat zij dit graag anders wil. De DGT-therapeut stelt met haar een behandelplan op en dringt aan op het opnemen van traumabehandeling met EMDR-therapie. De therapeut stelt haar gerust dat deze therapie ingebed zal zijn in DGT. Die helpt haar tijdens de behandeling en leert haar om te gaan met heftige emoties. Ze hoeft ook echt niet halsoverkop met deze traumabehandeling te starten, maar krijgt eerst nog een gedegen voorbereiding.

Dialectische gedragstherapie

Dialectische gedragstherapie (DGT) is een vorm van gedragstherapie en op principes gestuurde behandelmethodes voor o.a. patiënten met een ernstige vorm van de borderline persoonlijkheidsstoornis. De behandeling richt zich op de specifieke probleemgedragingen behorend bij deze stoornis, waaronder suïcidaliteit, automutilatie, therapie-verstorend en vernietigend gedrag en middelenmisbruik. De behandeling is ontwikkeld vanuit de biosociale theorie. Deze theorie veronderstelt dat borderline problematiek voortkomt uit enerzijds (min of meer aangeboren) emotionele kwetsbaarheid en anderzijds de gebrekkige vaardigheid tot modulatie van emoties als gevolg van specifieke omgevingsinvloeden (invaliderende omgeving). DGT bestaat doorgaans uit vier componenten: individuele therapie, groepsvaardigheidstraining, telefonische coaching en team-consultatie.

Reflectie

Aan de hand van de casus van Eline is een aantal aandachtspunten beschreven waar binnen een uitsluitend op traumaverwerking gerichte behandeling weinig of geen ruimte voor is. Deze op een rij:

Allereerst, wanneer een patiënt nauwelijks of niet komt opdagen, kan geen enkele behandeling slagen. Patiënten met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis staan er om bekend zeer veel moeite te hebben met het aangaan van een dergelijke relatie en verbreken deze regelmatig. Iedere behandeling begint dan ook onvermijdelijk met het bewerkstelligen van contact tussen patiënt en behandelaar. Dat moet leiden tot een min of

meer duurzame samenwerking waarbinnen een (trauma)behandeling mogelijk is. Dit contact gaat in veel gevallen vooraf aan een intensieve traumabehandeling. Ten tweede moet de patiënt ruimte krijgen, waarin die in staat is een weloverwogen en niet uitsluitend emotiegestuurd besluit te nemen of en hoe de traumabehandeling aan te gaan. Patiënten met ernstige borderline problematiek hebben doorgaans heel veel moeite om emotionele beleving toe te staan uit (al dan niet reële) angst voor ernstige ontregeling.

In de derde plaats kunnen systeemleden enorm tot steun zijn bij het doorstaan van een behandeling waarbij spanning hoog wordt opgevoerd. Het reguleren van (intense) spanning is vaak moeilijk, waardoor elke hulplijn die aanmoedigt om door te gaan moet worden benut. En tenslotte missen patiënten met ernstige borderline problematiek diverse vaardigheden, waaronder emotieregulatie en intermenselijke vaardigheden. Vaak zijn zij niet in staat om hun eigen emotionele reacties te begrijpen of te benoemen, laat staan deze helder te communiceren. Het louter behandelen van traumatische ervaringen zal wellicht ruimte geven aan het leren van deze vaardigheden, maar gaat dit vaardigheidstekort geenszins opvullen. Wat er niet is, ontstaat niet vanzelf als trauma's worden opgeruimd.

Conclusie

Er is reden voor veel optimisme. Langdurige interventies gericht op stabilisatie zijn overbodig gebleken en wellicht zelf schadelijk en traumabehandeling is kansrijk en mogelijk vaak zelfs essentieel. Dat betekent misschien niet dat de behandelingen gericht op gedragsverandering die hun diensten hebben bewezen als effectief voor diverse persoonlijkheidsstoornissen overbodig zijn geworden: it depends on the patient. Er is echter voldoende evidentie om te concluderen dat deze behandelingen meer ruimte moeten geven aan trauma-sensitieve casusconceptualisatie en interventies.

Referenties: Op te vragen bij de auteurs

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. tot specialist, EMDR Europe consultant en cognitief gedragstherapeut VGct. Hij is in opleiding tot DGT-trainer en –supervisor bij Dialaxis Advies. Website: www.ronaldroskam.nl

Agaath Koudstaal is klinisch psycholoog/psychotherapeut, en werkzaam bij het LUMC-Curium te Oegstgeest. Zij is tevens EMDR Europe practitioner en supervisor VGct. Daarnaast is zij DGT-trainer en mede-auteur van Surfen op emoties, een DGT-J trainingshandleiding. Zij heeft gepubliceerd over onder andere DGT en (G)CGT.