

Traumagerichte behandelingen bij persoonlijkheidsstoornissen: enkele kanttekeningen

J. Hutsebaut, L.M.C. van den Bosch

- Achtergrond** Sinds enkele jaren is er, vooral in Nederland, heel wat aandacht voor de inzet van traumagerichte behandelingen, zoals EMDR, in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Traumagerichte behandelingen zouden korter zijn, directer gericht op de etiologie van de persoonlijkheidsstoornis en minder stigmatiserend. Dit roept de vraag op welke evidentie er bestaat voor de rol van traumagerichte behandeling en hoe die evidentie moet worden geïnterpreteerd.
- Doel** Het evenwichtig bespreken en interpreteren van de evidentie voor de rol van traumagerichte behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis en het bespreken van enkele kanttekeningen bij het veelgemaakte onderscheid tussen traumagerichte behandeling en behandeling van de persoonlijkheidsstoornis.
- Methode** Uitvoeren van een pragmatische literatuursearch en de resultaten in de context van de bredere evidentie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen plaatsen.
- Resultaten** Traumagerichte behandelingen laten voor een subgroep van mensen met een persoonlijkheidsstoornis positieve behandeluitkomsten zien. Er is echter geen evidentie dat die resultaten beter zijn dan de uitkomsten van andere korte behandelingen en evenmin is er evidentie dat deze studies laten zien dat mensen echt herstellen van een persoonlijkheidsstoornis in de bredere zin van het woord.
- Conclusie** Met kortdurende behandelingen, waaronder traumagerichte behandelingen, kunnen we op korte termijn belangrijke positieve uitkomsten realiseren bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Wellicht verschillen de werkzame mechanismen achter traumagerichte behandeling niet fundamenteel van die achter behandeling van persoonlijkheidsstoornis. Daarbij is één van de belangrijkste aspecten dat mensen zich actief kunnen verhouden tot hun geschiedenis. Ook moeten we als professionals opletten dat we cliënten geen te rooskleurig beeld schetsen van de mogelijke uitkomsten van korte behandelingen.

Sinds enkele jaren is er, vooral in Nederland, heel wat aandacht voor de inzet van traumagerichte behandelingen, zoals *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR), in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. De centrale claim daarbij is dat persoonlijkheidsstoornissen behandeld kunnen worden door traumagericht te behandelen.¹

Zulke claims hebben iets aantrekkelijks. Eerst en vooral zijn traumagerichte behandelingen (heel veel) korter dan persoonlijkheidsstoornisbehandelingen: 12-18 sessies of slechts een aantal dagen in plaats van 12, 18 of zelfs 36 maanden. Bovendien beloven ze de persoonlijkheidsstoornis (PS) ‘aan de wortel’ (de etiologie) te behandelen. En, ten slotte, zou een focus op trauma minder stigmatiserend zijn dan een focus op de persoonlijkheid. Mensen met een (borderline-)PS, zo wordt wel eens beweerd, zouden slachtoffers zijn van trauma en een diagnose van PS zou slechts overwogen mogen worden na traumabehandeling.²

In dit artikel doen we een poging om de evidentie die aan de basis ligt van deze beweringen evenwichtig te interpreteren. Verder plaatsen we ook kanttekeningen bij het gesuggereerde onderscheid tussen traumagerichte en persoonlijkheidsstoornisbehandelingen en staan we stil bij de evidentie voor kortdurende behandelingen.

Evidentie voor traumagerichte behandelingen

We voerden een beperkte, pragmatische search uit in PubMed en Google Scholar in maart 2025. Als zoektermen gebruikten we ‘trauma-focused treatment’, ‘EMDR’, ‘trauma treatment’ AND ‘personality disorder’. Op basis van deze zoekactie vonden we vier gerandomiseerde klinische studies en twee systematische reviews, naast een reeks gevalsstudies en haalbaarheidsstudies.³⁻¹⁹ De evidentie voor traumagerichte behandelingen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen is vooral afkomstig van een beperkt aantal, hoofdzakelijk Nederlandse, studies.

Hafkemeijer e.a. randomiseerden 97 ambulante cliënten met een PS naar hetzij EMDR (5 sessies van 90 minuten), hetzij een wachtlijstconditie.³ Zij vonden kleine tot medium effectgroottes op een reeks uitkomstmaten van de start tot het einde van de behandeling, zoals psychologische symptomen ($d = 0,42$), psychologische last ($d = 0,69$) en persoonlijkheidsfunctioneren ($d = 0,41$). De effecten van EMDR waren beter dan in de wachtlijstconditie.

Van den End e.a. randomiseerden 130 cliënten met PTSS en een (subklinische) cluster C-PS naar hetzij *imaginaire rescripting* (ImRs), hetzij ImRs + schematherapie (in groepen).⁴ De primaire uitkomst was de ernst van PTSS-symptomen na 12 maanden. De auteurs vonden geen verschil tussen beide condities, ook niet op een reeks van secundaire uitkomstmaten. In een andere studie van dezelfde onderzoeksgroep volgden zij eenzelfde opzet.⁵ Hierbij wezen zij 124 cliënten met PTSS en een (subklinische) borderline-PS random toe aan hetzij EMDR, hetzij EMDR + dialectische gedragstherapie (DGT). Ook hier was de primaire uitkomst de ernst van PTSS-symptomen en werd er geen verschil tussen beide condities vastgesteld.

We vonden ook een Duitse gerandomiseerde studie waarin narratieve-exposuretherapie (NET) werd vergeleken met op DGT gebaseerde behandeling.²⁰ De resultaten lieten geen verschil zien tussen beide condities. We laten deze studie hier buiten beschouwing omdat de resultaten lastig te interpreteren en te generaliseren zijn: beide behandelingen werden opgezet binnen de context van een kortdurende klinische opname van tien weken. Het is onduidelijk hoe de klinische context een rol speelt in de behandelresultaten en in hoeverre de behandeling als 'standaard'-DGT kan worden gezien. Ook had deze studie kleine steekproeven ($n = 30$) en zijn er daarnaast veel methodologische beperkingen aan de studieopzet.

Kanttekeningen bij studies

Bij deze studies zijn de nodige kanttekeningen te plaatsen. In hun studie vergeleken Hafkemeijer e.a. EMDR met een wachtlijstconditie bij mensen die wachtten op een andere behandeling. Vaak wordt een wachtlijstconditie gebruikt als controleconditie voor een behandeling waar nog geen evidentie voor bestaat, wat deze keuze wellicht verklaart. Tegelijk zitten er nadelen aan deze keuze: eerdere studies hebben laten zien dat mensen op een wachtlijst minder herstellen dan doorgaans in een proces van natuurlijk herstel wordt gezien, waardoor bij studies met wachtlijstcondities vaak de meerwaarde van een actieve behandeling wordt overschat.²¹ De effecten van EMDR in deze studie zijn klein ($0,2 < ES < 0,5$) tot medium ($0,5 < ES < 0,8$). Ze zijn qua grootteorde ongeveer te vergelijken met andere korte behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen, zoals een korte versie van *good psychiatric management* (10 sessies, ES voor symptoommaten en BPS-symptomen eveneens klein tot medium) of een psycho-educatieve

online-interventie.^{22,23} Ze zijn ook te vergelijken met de effecten van een erg korte diagnostische interventie op de primaire uitkomstmaat (4 sessies, medium effectsizes op de primaire uitkomstmaat '*treatment readiness*').²⁴ Daarbij moeten we opmerken dat een directe vergelijking van deze studies lastig is omdat er verschillen zijn in doelgroep, primaire uitkomstvariabelen, meetinstrumenten enzovoort.

De twee andere studies hebben een onderling vergelijkbare opzet. Beide zijn opgezet als een *superiority trial* waarin de waarde van een toegevoegde PS-behandeling bovenop een traumabehandeling wordt onderzocht. In beide studies worden telkens twee actieve behandelingen vergeleken, vanuit de hypothese dat het toevoegen van een PS-behandeling aan een traumagerichte behandeling een medium effectsizeverschil ($d = 0,5$) zou moeten genereren. Men zou kunnen stellen dat de meerwaarde van een extra (lange) PS-behandeling erg duidelijk moet zijn, wat de superioritymarge van 0,5 zou kunnen rechtvaardigen. Echter, uit meta-analyses blijkt dat een dergelijk groot verschil zelden wordt gezien bij het vergelijken van twee actieve methodische behandelingen.²⁵

Daar komt bij dat de onderzoekers in beide studies als primaire uitkomst gebruikmaken van een vermindering in PTSS-klachten. Een door dezelfde onderzoeksgroep uitgevoerde meta-analyse laat evenwel zien dat de aanwezigheid of afwezigheid van een PS nauwelijks van invloed is op de waargenomen vermindering van PTSS-symptomen (verschil in effectsize van 0,22).²⁶

Kortom, de kans dat beide studies op de geselecteerde primaire uitkomst verschil hadden kunnen laten zien, was erg klein. Tegelijk moeten we opmerken dat vergelijkbare resultaten werden vastgesteld voor de secundaire uitkomsten, waaronder ook een aantal PS-maten. Die uitkomsten suggereren sterk dat het ontbreken van meerwaarde van de PS-behandeling ook wordt bevestigd voor andere uitkomsten naast de PTSS-symptomen. Ook bij deze conclusie kunnen we enkele kanttekeningen plaatsen. Zo was er in beide studies veel uitval. In de DGT-studie waren er voor de primaire uitkomst gegevens voor slechts 38% van de deelnemers in de gecombineerde behandeling (60% in de EMDR-conditie) en voor de meeste secundaire uitkomsten voor 29% van de deelnemers (32% in de EMDR-conditie). Voor beide PS-behandelingen was er ook een vrij hoge uitval uit behandeling (57% voor DGT, 48% voor ST), wat meer is dan doorgaans wordt gezien in behandelingen die geënt zijn op modellen voor de behandeling van PS, ook wanneer ze daarin de behandeling van PTSS meenemen.²⁷ Een verklaring van deze hogere uitval zou kunnen zijn dat de deelnemers in beide studies een primaire diagnose PTSS hadden en daar ook behandeling voor zochten. De drempel voor inclusie in de studie werd gesteld op 3 kenmerken van de vermijdende- en 4 kenmerken van de borderline-PS. Acute suïcidaleit was een exclusie criterium, terwijl juist dit (para)suïcidale gedrag centraal staat in de indicatie voor DGT. Het zou dus kunnen

dat de hulpvraag van cliënten zelf én de ernst van de comorbide PS een behandeling van de PS minder urgent maakten voor een deel van de deelnemers.

Op basis van deze kanttekeningen dienen we conclusies over mogelijke equivalentie van beide behandelcondities toch met de nodige voorzichtigheid te trekken. Dat geldt ook voor conclusies over de generaliseerbaarheid van deze bevindingen naar cliënten met een PS die mogelijk zelf aarzelen over traumagerichte behandeling.

Interpretatie van de evidentie voor traumagerichte behandelingen bij PS

In hun studies vergelijken Snoek en Van den End en collega's telkens een traumagerichte behandeling (EMDR resp. ImRs) met een gecombineerde behandeling (EMDR + DGT resp. ImRs + ST). De gecombineerde behandeling verschilde in feite op twee fundamentele aspecten van de traumagerichte behandeling: de dosis/lengte (kort/stand-alone versus lang/gecombineerd) én de focus (trauma (PTSS) versus trauma (PTSS) en persoonlijkheid). Dat de 'gecombineerde behandeling' niet effectiever is dan de 'traumagerichte behandeling' kunnen we, los van de genoemde methodologische aspecten, dus op minstens twee manieren interpreteren. Ten eerste kan men aannemen dat een relatief korte behandeling gemiddeld genomen niet noodzakelijkerwijs (veel) minder effectief is dan een lange behandeling. Of, een variant daarvan, dat een korte 'klachtgerichte' behandeling net zo goed positieve effecten kan hebben bij mensen met een PS, zelfs op de kenmerken van de PS.

Ten tweede kan men ook veronderstellen dat een behandeling die zich alleen op trauma (PTSS) richt, niet noodzakelijkerwijs (veel) minder effectief is dan een behandeling die zich richt op trauma (PTSS) én persoonlijkheid.

De auteurs volgen deze tweede interpretatie en pleiten voor traumagerichte behandeling als een eerstelijns-behandeling. Echter, het is de vraag of de eerste verklaring niet veel meer voor de hand ligt én bovendien het meest in de lijn ligt van de evidentie die we vanuit andere studies hebben. Zo vonden de Deense auteurs van een meta-analyse op basis van 19 studies geen meerwaarde van langere behandelingen ten opzichte van korte behandeling voor een reeks van psychische aandoeningen.²⁸ Ook op het gebied van PS laten de meeste doseringsstudies zien dat kortere varianten van een bewezen effectief model inderdaad niet beduidend minder effectief zijn dan langere varianten. Dit werd aangetoond voor *mentalization-based treatment* en voor DGT zelfs in een non-inferioritystudie.^{29,30}

Verder bestaat er evidentie dat ook andere klachtgerichte behandelingen, zoals depressiebehandelingen, effectief zijn voor mensen met PS, net zoals PS-behandelingen invloed hebben op andere klachten, zoals depressie.^{25,31} We noemden al eerder dat de effecten die in de studie van Hafkemeijer e.a. gezien worden ook niet wezenlijk verschillen van de effecten in andere

korte interventies voor PS. Alles bij elkaar genomen, lijkt EMDR (of een andere traumagerichte behandeling) dus te doen wat ook andere korte behandelingen (waar ze ook op gericht zijn) doen: relatief snel een klein tot medium effect bereiken op het gebied van symptoomlast en (bepaalde) symptomen van een PS. Daarbij gaat het om een effect dat in onderzoek niet makkelijk te overtreffen is door er nog een andere behandeling toe te voegen of meer van hetzelfde te doen. Deze algemene bevinding geldt trouwens niet alleen voor PS, maar bijvoorbeeld ook voor depressie.³²

Tegelijk kunnen we twee belangrijke kanttekeningen maken. Ten eerste bestaat er evidentie dat dit zeker niet voor alle cliënten met een PS zo geldt. In beide genoemde studies bleek er veel uitval te zijn, ook uit de traumagerichte behandeling. Bovendien bleek uit post-hocanalyses dat mensen met een gering sociaal netwerk en mensen met meer wantrouwen tegenover de behandelaar vaker uitvielen.³³ Dat suggereert dat wellicht vooral mensen met een hogere interpersoonlijke sensitiviteit eerder uitvielen. In een recente studie werd nagegaan of er in de studie van Hafkemeijer e.a. evidentie is voor symptoomverergering bij de deelnemers die EMDR kregen.³⁴ De onderzoekers vonden hier geen evidentie voor, al was er meer dan dubbel zoveel uitval uit de studie in de EMDR-conditie (20%).

Bovendien blijft het de vraag of deze bevindingen zomaar kunnen worden veralgemeend naar *alle* cliënten met een PS. Het is goed denkbaar dat er vanuit de aanmelding voor de behandeling en vanuit de instemming voor deze studie een selectie heeft plaatsgevonden. Kortom, waar deze studies inderdaad laten zien dat de vroegere voorzichtigheid om zeker geen traumagerichte behandeling in te zetten bij mensen met een PS wellicht overdreven was, tonen ze ook weer niet aan dat traumagerichte behandeling voor *alle* cliënten met een PS acceptabel is.

Ten tweede kan je je afvragen of de 'persoonlijkheidsstoornis' wel echt is behandeld. Begrijp ons niet verkeerd: de onderzoekers hebben maten meegenomen om verschillende PS-uitkomsten, inclusief de DSM-diagnose, in kaart te brengen. Maar tegelijk zeggen deze uitkomsten vaak erg weinig over echt herstel. Een PS is niet alleen een reeks DSM-criteria. En de éne PS is niet de andere. Heel wat mensen met een PS kampen al decennia met ernstige psychische, sociale, beroepsmatige en gezondheidsproblemen die in een ingewikkelde cocktail ernstige en langdurige gevolgen hebben voor hun levenskwaliteit. Wat de genoemde studies niet laten zien, is dat kortdurende (traumagerichte) behandelingen iets veranderen aan die cocktail.

De veiligste conclusie op basis van de huidige evidentie is dus dat een traumagerichte behandeling inderdaad een potentiële startbehandeling is bij PS'en, maar dat de kans reëel is dat een traumagerichte behandeling daarbij niet noodzakelijkerwijs (duidelijk) effectiever is dan andere kortdurende behandelingen.

Traumagerichte behandeling versus persoonlijkheidsstoornisbehandeling?

De behandelmethodieken voor trauma en PS hebben zich op aparte terreinen ontwikkeld. Daarbij ontstaat vaak een soort spraakverwarring waarbij het ‘trauma behandelen’ iets wezenlijk anders lijkt dan de ‘PS behandelen’. Zoals we aangaven, ontstaat dan soms de indruk dat een traumagerichte behandeling meer op de etiologie gericht is dan een PS-behandeling. Maar klopt dat wel?

De claims over de trauma-etilogie van (B)PS komen vooral voort uit prevalentiestudies die hoge percentages van allerlei vormen van verwaarlozing, mishandeling en misbruik laten zien onder mensen die behandeling zoeken voor een (B)PS.³⁵ Alleen bewijst dat niet noodzakelijkerwijs een eenvoudig causaal verband tussen trauma en PS. Het methodologische probleem in zulke retrospectieve studies is dat het ‘trauma’ vaak niet los te maken is van aanleg of van een geheel aan andere relationele ervaringen en van (al dan niet daaruit resulterende) psychische kwetsbaarheid.

We zien een genuanceerder beeld in prospectieve studies waarin men zulke traumatische ervaringen bevraagt in een steekproef uit de algemene bevolking en waarbij men nagaat hoe pubers die op jonge leeftijd ervaringen van misbruik, mishandeling en verwaarlozing rapporteren, zich als volwassene ontwikkelen.³⁶ Hoewel bijna 90% van volwassenen die een PS hadden gekregen, 15 jaar eerder een *adverse childhood experience* (ACE) had gerapporteerd, bleek omgekeerd slechts een kleine minderheid (5-15%) van de pubers met ACE's (inclusief seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing) een PS te hebben gekregen.

Verder laten studies een sterk verband zien tussen de ontwikkeling van psychiatrische stoornissen en subjectieve rapporteringen van ervaringen zoals mishandeling, zelfs wanneer die ervaringen niet stroken met objectieve rapporteringen (bijv. gerechtelijke dossiers). Omgekeerd bleek het risico op psychiatrische stoornissen minimaal wanneer er wel objectieve bewijzen waren voor mishandeling terwijl het slachtoffer dit niet zo subjectief had ervaren.³⁷

Dat alles suggereert dat de relatie tussen trauma en PS – uiteraard – complex is en dat een groot aantal variabelen mede een rol spelen in deze associatie. Verschillende studies laten zien dat een aanzienlijk deel van dit verband wordt gemedieerd door psychologische variabelen. Zo is aangetoond dat de pathogene effecten van mishandeling in de kindertijd gemedieerd worden door een laag zelfbeeld, negatieve zelfassociaties, zelfcompassie en schaamte, emotiedisregulatie, mentaliserend onvermogen, gehechtheid, zelfverwijt en interpersoonlijke moeilijkheden en reflectief functioneren.³⁸⁻⁴⁵

Het zijn maar enkele voorbeelden die suggereren dat de impact van trauma op latere psychiatrische stoornissen minstens deels verklaard wordt door de wijze waarop iemand in staat is (geweest) om de traumatische gebeurtenissen emotioneel te reguleren, cognitief te verwerken

en te integreren in de eigen identiteit en zelfvoorstellingen, kortom: door persoonlijkheidsfunctioneren.^{46,47} Zulke bevindingen sluiten aan bij het onderscheid dat in het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen in de DSM-5 wordt gemaakt tussen criterium A en B. Criterium A van het alternatieve model benadrukt dat mensen het in zich hebben om zich te *verhouden* tot de gegevens in het leven. Die gegevens kunnen te maken hebben met aanleg of met trauma en liggen aan de basis van kwetsbaarheden, schema's of trekken (criterium B). Je kan de negatieve affectiviteit (criterium B) die voortkomt uit aanleg en/of pijnlijke (traumatische) ervaringen trachten te vermijden (criterium A: emoties) en weg te houden uit het beeld van jezelf (criterium A: eigenheid), maar je kan ook trachten deze negatieve affecten te adresseren en te integreren. Je kan je eigen temperamentale impulsiviteit (criterium B) als een gegevenheid zien, maar je kan ook actief je eigen impulsen trachten te sturen (criterium A: zelfsturing). Wellicht is dat precies wat therapie doet, ook traumagerichte therapie: mensen helpen zich actiever te verhouden tot hun eigen kwetsbaarheden, waardoor ze meer regie en *agency* verwerven in plaats van ze passief te moeten ondergaan. Ook traumagerichte behandelingen grijpen wellicht aan op aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren: naar sterk emotionele representaties toegaan, de emoties helpen reguleren, flexibiliteit in de betekenisgeving aan deze gebeurtenissen vergroten, en vergroten van vertrouwen in jezelf dat je intense emoties kan hanteren. De procedure van een traumagerichte behandeling is weliswaar anders dan die van klassieke PS-behandelingen, maar de vraag is of de mechanismen waarlangs effecten worden bereikt daarom ook anders zijn en of het veelgemaakte onderscheid wel zo absoluut is.

Kort- versus langdurend behandelen

Eén van de belangrijkste redenen om dit artikel te schrijven is onze bezorgdheid dat een foutieve interpretatie van de evidentie voor traumagerichte behandeling negatieve gevolgen kan hebben voor de behandeling van mensen met een PS. De suggestie dat een PS behandeld kan worden door een ultrakorte (traumagerichte) behandeling kan immers misleidend zijn. Het misleidende zit in twee aspecten van deze claim: de suggestie dat er zoiets bestaat als ‘dé persoonlijkheidsstoornis’ en de suggestie dat er zoiets bestaat als ‘dé uitkomst van een behandeling’.

De categorie van PS is een zeer heterogene categorie waarbij cliënten onderling sterk variëren in type en ernst van persoonlijkheidsproblemen, comorbiditeit en geassocieerde psychosociale uitval. In de ggz zijn cliënten met een PS terug te vinden van de eerstelijnszorg tot de chronische FACT-teams. Nemen we er ook de subklinische varianten bij, dan wordt de groep cliënten die onder de noemer van PS valt nog groter. Dat heeft natuurlijk gevolgen voor de generaliseerbaarheid van beweringen dat een korte (trauma)behandeling even effectief is als een lange (PS-)behandeling. Daarnaast

noemden we al dat de keuze van de aard en de timing van uitkomstvariabelen wellicht bepalend is voor wat onder herstel kan worden begrepen.

Zoals we eerder aangeven, is de vaststelling dat PTSS- en andere symptomen (nagenoeg) even sterk verbeteren in een korte ('klachtgerichte') behandeling bij mensen met en zonder PS, niet zo nieuw. Vergelijkbare bevindingen werden ook al gezien voor depressie- en angstbehandelingen bij mensen met een PS. Follow-upstudies bij deze groepen laten wel zien dat er vaak nog meer restklachten overblijven, dat er een grotere kans is op terugval en dat er een grotere kans is dat er in de follow-up andere symptomen optreden bij mensen met een PS.⁴⁸⁻⁴⁹

Dit raakt aan de vraag hoe je het succes van een behandeling bij mensen met een PS kan vaststellen. Volstaat het om te kijken naar een remissie in (PS-)symptomen aan het einde van een behandeling? Of zou je in feite mensen jarenlang moeten volgen om na te gaan of ze beter gewapend zijn om te kunnen omgaan met de uitdagingen in het leven zonder terug te vallen in (PS-)symptomen? Volstaat het om te kijken naar remissie in PS-diagnose of moet je mogelijk ook kijken naar herstel op verschillende levensgebieden?

Een voor de hand liggende hypothese is dat kortdurende behandelingen in een acute fase van de PS erg goed kunnen helpen bij een relatief snelle vermindering van symptomen, maar dat voor het duurzaam en structureel versterken van persoonlijkheidsfunctioneren langdurige behandeling nodig is.

De vraag is dus niet of kortdurend behandelen effectief is in de behandeling van PS, maar met welke interventies (kort- of langdurend, gericht op trauma of op andere aspecten) behandelaars in welk stadium (vroeg of laat) en in welke fase (acuut of meer latent) voor welke hulpvraag welke uitkomsten kunnen bereiken. Het is heel goed mogelijk dat een kortdurende, traumagerichte behandeling door de vaak hoge intensiteit (lange sessies, hoge arousal in de sessies) erg effectief is om in een acute fase bij matig-ernstige PS goede effecten te realiseren op het gebied van emotiedisregulatie. Maar het is evenzeer goed mogelijk dat andere, kortdurende behandelingen met een andere focus en andere procedures op andere probleemgebieden een voordeel hebben. Zo zou een korte, gerichte DGT-interventie wellicht een snel, positief effect kunnen hebben op symptomen van impulsdisregulatie, zoals suïcidaal gedrag. Of kan een korte, assessment-gerichte interventie gebaseerd op *therapeutic assessment*, een positieve invloed hebben op aspecten als zelfbeleving en stigma.

Tegelijk is het zeer goed denkbaar dat kortdurende behandelingen onvoldoende zullen zijn om *duurzame* veranderingen te realiseren in persoonlijkheidsfunctioneren en de daaruit voortkomende patronen, in het bijzonder bij mensen met ernstige PS'en. Zo toonde een

naturalistische ROM-studie aan dat de verbetering in symptoomlast in behandelingen voor PS vrij snel een plafond bereikte, terwijl de verbetering in persoonlijkheidsfunctioneren veel langer doorliep.⁵⁰ In een andere studie werd vastgesteld dat precies dit betere persoonlijkheidsfunctioneren veel beter *toekomstige* symptoomlast en kwaliteit van leven voorspelde dan PS-symptomen.⁵¹ Zulke bevindingen suggereren sterk dat de verbetering in (PS-)symptomen aan het einde van een behandeling niet noodzakelijkerwijs de beste toetssteen is om het succes van een behandeling aan af te meten.

Het is goed mogelijk dat de werkelijke effecten van een geslaagde PS-behandeling pas zichtbaar worden in (het voorkomen van) de terugval na verloop van tijd wanneer life-events het persoonlijkheidsfunctioneren weer op de proef stellen. Onderzoeksmatig is dat een hele uitdaging omdat je mensen daartoe langere tijd zou moeten volgen, diverse uitkomsten in kaart moet brengen én bovendien de zorgconsumptie na afloop van een behandeling moet inventariseren. Het punt is echter: als we op basis van de huidige – beperkte – evidentie zouden besluiten dat PS'en even goed kortdurend kunnen worden behandeld, is – in het licht van deze bredere evidentie – de kans reëel dat cliënten daarvan het slachtoffer zullen worden.

Conclusie

Persoonlijkheidsstoornissen vormen een zeer heterogene categorie van problemen, wat algemene conclusies over behandeling onmogelijk maakt. Ons veld beweegt zich in de richting van een meer gepersonaliseerd en gediversificeerd aanbod van interventies die verschillen in duur, focus en complexiteit. Wat we vandaag 'traumagerichte behandeling' noemen, maakt ook deel uit van dit aanbod en het is goed denkbaar dat een specifieke subgroep van cliënten met PS daar veel baat bij heeft. Een dergelijke benadering voert de emotionele arousal in de behandeling sterk op en adresseert specifieke traumagerelateerde emoties en representaties die nauw geassocieerd zijn met stemmingswisselingen en andere affectieve symptomen. Minder duidelijk is of zo'n benadering ook effectiever is dan andere kortdurende behandelingen.

De meest waarschijnlijke hypothese is dat behandelaars met specifieke procedures die gericht zijn op specifieke probleemgebieden specifieke veranderingen in korte tijd kunnen realiseren. Of dit ook betekent dat mensen hersteld zijn van de PS, is een heel andere zaak. We denken dat het met name voor cliënten met ernstige en complexe PS negatieve gevolgen kan hebben wanneer we zo'n conclusie zouden trekken uit de bestaande evidentie.

LITERATUUR

- 1 De Jongh A, Hafkemeijer L, Hofman S, e.a. The AIP model as a theoretical framework for the treatment of personality disorders with EMDR therapy. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1331876.
- 2 Cavelti M, Sharp C, Chanan AM, e.a. Commentary: Commentary on the Twitter comments evoked by the May 2022 debate on diagnosing personality disorders in adolescents. *Child Adolesc Ment Health* 2023; 28: 186-91.
- 3 Hafkemeijer L, de Jongh A, Starrenburg A, e.a. EMDR treatment in patients with personality disorders. Should we fear symptom exacerbation? *Eur J Psychotraumatol* 2024; 15: 2407222.
- 4 van den End A, Beekman ATF, Dekker J, e.a. Trauma-focused and personality disorder treatment for posttraumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: a randomized clinical trial. *Eur J Psychotraumatol* 2024; 15: 2382652.
- 5 Snoek AC, van den End A, Beekman ATF, e.a. Eye movement desensitization and reprocessing with and without dialectical behaviour therapy for posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder symptoms: a randomised controlled trial. *Psychother Psychosom* 2025; 94: 175-93.
- 6 Hafkemeijer L, Slotema K, de Haard N, e.a. Case report: Brief, intensive EMDR therapy for borderline personality disorder: results of two case studies with one year follow-up. *Front Psychiatry* 2023; 14: 1283145.
- 7 Scelles C, Bulnes LC. EMDR as treatment option for conditions other than PTSD: A systematic review. *Front Psychol* 2021; 12: 644369.
- 8 Zeifman RJ, Landy MSH, Liebman RE, e.a. Optimizing treatment for comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: A systematic review of psychotherapeutic approaches and treatment efficacy. *Clin Psychol Rev* 2021; 86: 102030.
- 9 Annesley P, Alabi A, Longdon L. The EMDR DeTUR protocol for the treatment of self-injury in a patient with severe personality disorder: a case report. *Journal of Criminological Research, Policy and Practice* 2019; 5: 27-38.
- 10 Brown S, Shapiro F. EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clin Case Stud* 2006; 5: 403-20.
- 11 Matthijssen SJMA, Menses SDF. Case report: Intensive online trauma treatment combining prolonged exposure and EMDR 2.0 in a patient with severe and chronic PTSD. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1370358.
- 12 Sabayan B, Dabaghi P, Ghasemzadeh MR, e.a. A case series report of 3 patients with borderline personality disorder who received eye movement desensitization and reprocessing therapy. *J Clin Sleep Med* 2025; 21: 449.
- 13 Momeni Safarabad N, Asgharnejad Farid AA, Gharraee B, e.a. Treatment of a patient with borderline personality disorder based on phase-oriented model of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A case report. *Iran J Psychiatry* 2018; 13: 80-3.
- 14 De Jongh A, Groenland GN, Sanches S, e.a. The impact of brief intensive trauma-focused treatment for PTSD on symptoms of borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2020; 11: 1721142.
- 15 Kolthof KA, Voorendonk EM, Van Minnen A, e.a. Effects of intensive trauma-focused treatment of individuals with both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2022; 13: 2143076.
- 16 Pabst A, Schauer M, Bernhardt K, e.a. Evaluation of narrative exposure therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clin Neuropsychiatry* 2014; 11: 108-17.
- 17 Sachse U, Vogel C, Leichsenring F. Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin* 2006; 70: 125-44.
- 18 Slotema CW, van den Berg DPG, Driessen A, e.a. Feasibility of EMDR for posttraumatic stress disorder in patients with personality disorders: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol* 2019; 10: 1614822.
- 19 Wilhelmus B, Marissen MAE, van den Berg D, e.a. Adding EMDR for PTSD at the onset of treatment of borderline personality disorder: A pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2023; 79: 101834.
- 20 Steuwe C, Berg M, Beblo T, e.a. Narrative exposure therapy in patients with posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in a naturalistic residential setting: a randomized controlled trial. *Front Psychiatry* 2021; 12: 765348.
- 21 Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, e.a. The overestimation of the effect sizes of psychotherapies for depression in waitlist controlled trials: a meta-analytic comparison with usual care controlled trials. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2024; 33: e56.
- 22 Kramer U, Grandjean L, Machinea JB, e.a. Emotional processing as mechanism of change in brief good psychiatric management for borderline personality disorder: results of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2024; 24: 921.
- 23 Zanarini MC, Conkey LC, Temes CM, e.a. Randomized controlled trial of web-based psychoeducation for women with borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry* 2018; 79: 16m11153.
- 24 De Saeger H, Kamphuis JH, Finn SE, e.a. Therapeutic assessment promotes treatment readiness but does not affect symptom change in patients with personality disorders: findings from a randomized clinical trial. *Psychol Assess* 2014; 26: 474-83.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Joost Hutsebaut, klinisch psycholoog, de Viersprong, Bergen op Zoom, Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht, bijzonder hoogleraar Preventie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie, Tilburg University, Tilburg.

Louisa van den Bosch, klinisch psycholoog, Synthis, Deventer, onafhankelijk senior onderzoeker, Dialexis, Nijmegen.

Correspondentie

Prof. dr. Joost Hutsebaut (joost.hutsebaut@deviersprong.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-6-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(7):393-398