

Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen met EMDR-therapie

TEKST: **Ad de Jongh, Laurian Hafkemeijer, Simon Hofman, Hellen Hornsveld en Karin Slotema**

Onderzoek suggereert dat het meemaken van beschadigende gebeurtenissen in de jeugd mensen kwetsbaar maakt voor het ontwikkelen van disfunctionele persoonlijkheidspatronen en persoonlijkheidspathologie. In de afgelopen jaren is in Nederland kennis en ervaring opgedaan met het behandelen van deze problematiek middels EMDR-therapie. Een en ander heeft er toe geleid dat wij een theoretisch kader voor deze behandelaanpak kunnen presenteren inclusief een toelichting op onze in de praktijk effectief gebleken werkwijze.

Theorie, onderzoek en werkwijze

Een persoonlijkheidsstoornis is een hardnekkige psychische aandoening met een uitgesproken patroon van problemen in de impulsbeheersing, emotieregulatie, cognitieve functies, zelfbeeld/identiteit en interpersoonlijke relaties. De persoonlijke geschiedenis van mensen met deze aandoening wordt vaak gekenmerkt door traumatische of anderszins stressvolle levenservaringen.

In deze bijdrage schetsen we een theoretisch en conceptueel kader waarbij de termen latent vulnerability, adverse childhood experiences (ACE's) en Francine Shapiro's Adaptive information processing (AIP)-model een centrale rol vervullen. Verder bespreken we achtereenvolgens het onderliggend wetenschappelijk onderzoek, een bruikbaar gebleken casusconceptualisatie die het behandelplan vormgeeft, een stapsgewijze werkwijze voor de klinische praktijk en een casusbeschrijving. We sluiten af met enkele conclusies.

Latente kwetsbaarheid

De term latente kwetsbaarheid (latent vulnerability)

verwijst naar de constatering dat individuen gedurende hun leven in meer of mindere mate vatbaar worden voor het ontwikkelen van psychopathologische aandoeningen (McCrary & Viding, 2015). Hierbij gaat het om een wisselwerking tussen individuele aanleg ('een moeilijk temperament'), vroege levenservaringen en actuele stressvolle levensomstandigheden. Meer concreet betekent dit dat ingrijpende ervaringen in de kindertijd, waaronder fysiek geweld, seksueel misbruik, emotioneel geweld en verwaarlozing, bijdragen aan het ontstaan en vormgeven van latente kwetsbaarheid en psychische aandoeningen. Een sterk voorbeeld zijn longitudinale studies die een blijvende invloed hebben aangetoond van negatieve ervaringen in de kindertijd (ACE's) op de mentale ontwikkeling van het individu (Cohen et al., 2005; Felitti et al., 1998).

Hoewel niet iedereen die dergelijke gebeurtenissen heeft meegemaakt een psychische stoornis zal ontwikkelen, blijkt blootstelling aan disfunctionele situaties en omstandigheden in de kindertijd de kans aanzienlijk te vergroten om later in het leven psychopathologie te

ontwikkelen (Hughes et al., 2017). Er is in dit verband zelfs sprake van een dose-dependent effect, dat wil zeggen een samenhang tussen het aantal ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en de kans op het ontwikkelen van psychopathologie (Hughes et al., 2017; Putnam et al., 2013; Weber et al., 2008; Zarse et al., 2017). Naast de dosisafhankelijke samenhang blijkt ook het type trauma en de leeftijd van de persoon ten tijde van de beschadigende gebeurtenis van invloed te zijn op psychopathologie op latere leeftijd (Schalinski et al., 2016). Zo zijn er sterke aanwijzingen dat hoe eerder in iemands leven misbruik en verwaarlozing plaatsvonden, hoe ernstiger de latere symptomen van psychopathologie zich manifesteren (Schalinski et al., 2016). Daarnaast lijken er bepaalde kritieke perioden in de jeugd te bestaan die, wanneer daarbinnen een bepaalde ACE wordt meegemaakt, ervoor zorgen dat er zich op latere leeftijd specifieke symptomen ontwikkelen (Schalinski et al., 2016). Zo zou bijvoorbeeld blootstelling aan een A-criteriumwaardig trauma later in het leven een persoon vooral vatbaar maken voor posttraumatische stressstoornis (PTSS). Daartegenover staat dat het meemaken van andersoortige ACE's zoals fysieke of emotionele verwaarlozing rondom het vijfde levensjaar de kans verhoogt om later dissociatieve klachten te ontwikkelen. Wanneer dit rondom het negende levensjaar gebeurt, verhoogt de kans om met depressieve klachten te maken te krijgen. Deze theorie wordt het sensitive type and timing model genoemd (Schalinski et al., 2016). De gevonden samenhang klinkt niet onlogisch als je bedenkt dat het brein verschillende ontwikkelingsfasen en de daarmee gepaarde perioden van relatieve kwetsbaarheid (vulnerable time windows) doormaakt (Andersen & Teicher, 2008; Pechtel et al., 2014). Tegenover de aantoonbare negatieve impact van emotioneel beschadigende ervaringen in de kindertijd staat overigens de observatie dat het ontbreken van kindertrauma's een min of meer beschermend effect heeft. Dit geldt waarschijnlijk nog sterker voor de aanwezigheid van positieve (hechtings-)relaties en gezonde sociale interacties die emotionele stabiliteit bieden. Deze zouden de impact van latente kwetsbaarheid bufferen, en zo de weerbaarheid en emotionele draagkracht van mensen vergroten (Putnam et al., 2013).

Negatieve ervaringen in de kindertijd en persoonlijkheidsstoornissen

Een manier om latente kwetsbaarheid te operationaliseren, is dit te beschouwen als een verzameling (implicie-



te) herinneringen die onder bepaalde omstandigheden en triggers geactiveerd kunnen worden. In die zin kan latente kwetsbaarheid worden beschouwd als een subtiele aanleg voor latere psychopathologische aandoeningen (McCrary & Viding, 2015). Omdat nieuwe stressvolle ervaringen, zoals negatieve relaties met leeftijdsgenoten of een gebrek aan sociale steun met een al bestaande kwetsbaarheid interacteren, wordt de kans op het ontstaan van psychopathologie steeds verder vergroot. Een pregnant voorbeeld hiervan is de persoonlijkheidsstoornis. Hiervan is immers komen vast te staan dat kindermishandeling veelvuldig voorkomt en sterk samenhangt met de aanwezigheid van bijna alle types persoonlijkheidsstoornissen (Johnson et al., 1999). Zo maakt tot wel 85 procent van de mensen met een willekeurige persoonlijkheidsstoornis melding van enige vorm van negatieve ervaringen in de kindertijd (Yen et al., 2002), waaronder zowel misbruik (73 procent) als verwaarlozing (82 procent; Battle et al., 2004). Dit is overigens wel afhankelijk van het type persoonlijkheidsstoornis (Lobbstaël et al., 2010). Zo blijkt de borderline persoonlijkheidsstoornis de sterkste relatie met akelige ervaringen en omstandigheden in de kindertijd te hebben. Gevonden is dat mensen met deze aandoening gemiddeld dertien keer meer negatieve gebeurtenissen in de kindertijd rapporteren dan mensen zonder deze aandoening (Porter et al., 2020).

Adaptive information processing (AIP)-model

De hiervoor beschreven resultaten van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van latente kwetsbaarheid

sluiten naadloos aan bij het AIP-model dat de onderbouwing vormt voor de behandelmethodede EMDR-therapie (Shapiro, 2001, 2018). Deze theorie heeft als uitgangspunt dat – naast de voor de hand liggende PTSS - veel vormen van psychopathologie kunnen worden beschouwd als het resultaat van ontwrichtende levenservaringen. Volgens het AIP-model worden deze ervaringen ten tijde van de gebeurtenis geconsolideerd in neurale netwerken in de vorm van angstwekkende mentale beelden, disfunctionele cognities, negatieve emoties en fysieke sensaties.

Shapiro's AIP-model stelt verder dat het intense affect, dat met een ingrijpende gebeurtenis gepaard gaat, er ook voor zorgt dat de normale informatieverwerking wordt ontregeld: 'Target events remained unprocessed because the immediate biochemical responses to the trauma have left it isolated in neurobiological stasis' (Shapiro, 2001, p. 338). In praktische zin voorspelt het AIP-model dat stressvolle gebeurtenissen gedurende het leven in de vorm van herinneringen worden vastgelegd (geconsolideerd), die vervolgens door bepaalde omstandigheden in de omgeving kunnen worden getriggerd en geactiveerd. Dit kan met recht latente kwetsbaarheid worden genoemd.

Een ander uitgangspunt van het AIP-model is dat elk individu een aangeboren informatieverwerkingsysteem bezit dat adaptief leren van nieuwe ervaringen mogelijk maakt. Door EMDR-therapie toe te passen zou volgens Shapiro (2018) de disfunctioneel opgeslagen informatie worden geactiveerd waarbij een verbinding tot stand wordt gebracht met bestaande netwerken van functionele informatie en gezonde overtuigingen. Op deze manier zou de traumatische herinnering 'transformeren in een meer adaptieve en functionele vorm', leidend tot cognitieve herstructurering van de traumatische ervaring en daaropvolgende symptoomvermindering.

De dynamiek van de persoonlijkheidsstoornis in het licht van het AIP-model

In figuur 1 is het AIP-model verder uitgewerkt en uitgebouwd op basis van wetenschappelijke kennis en ervaringen met EMDR-therapie bij persoonlijkheidsstoornissen in de klinische praktijk (Brown & Shapiro, 2006; De Jongh & Hafkemeijer, 2022; Hafkemeijer et al., 2020). De figuur geeft weer dat de re-activatie van bepaalde delen van het neurale netwerk van een persoon zich kan uiten in de vorm van trauma-gerelateerde symptomen, waaronder negatieve percepties over zichzelf en sterke oncontroleerbare emotionele reacties. Dit kan tot uitdrukking komen in verlatingsangst, wantrouwen, of andere vormen van disfunctioneel interpersoonlijk gedrag waardoor de persoon in conflict komt met zijn omgeving.

Dit draagt vervolgens bij aan de (verdere) ontwikkeling van de persoonlijkheid. Interpersoonlijke conflicten vormen weer nieuwe negatieve herinneringen en een zichzelf versterkende spiraal van negatieve opvattingen, emotionele reacties en disfunctionele gedragspatronen, die aanzienlijke negatieve gevolgen kunnen veroorzaken voor de persoon op zowel cognitief, affectief als sociaal gebied. Een onaangename consequentie van dit alles is dat de kans op nog meer gevolgschade in de vorm van het vermijden van sociale interacties en vereenzaming (social thinning) toeneemt.

De relatie tussen de classificaties PTSS, complexe PTSS en persoonlijkheidsstoornis

PTSS komt bij persoonlijkheidsstoornissen relatief vaak voor (Goldstein et al., 2016). Bij mensen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis is dat bijvoorbeeld het geval bij meer dan een derde van de personen (Massaal-van der Ree et al., 2022). De relatie tussen trauma, PTSS en de borderline persoonlijkheidsstoornis springt echter



Figuur 1. Schematische weergave van het hier beschreven aangepaste AIP-model van een zichzelf versterkend patroon van latente kwetsbaarheid in relatie tot de ontwikkeling van persoonlijkheids-pathologie



het meest in het oog. Deze persoonlijkheidsstoornis wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en emotieregulatieproblemen, beginnend in de adolescentie dat zich in verschillende situaties manifesteert (American Psychiatric Association, 2013). Terwijl 30-70 procent van de volwassenen met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis op enig moment in hun leven ook aan de criteria voor PTSS voldoet, blijkt omgekeerd bij 25-30 procent van de volwassenen met PTSS ook een borderline persoonlijkheidsstoornis te kunnen worden vastgesteld (Frias & Palma 2015).

'Ik ben ontsnapt uit een kooi van prikkels'

De introductie van de relatief nieuwe classificatie complexe PTSS (CPTSS), en herziene beschrijvingen van persoonlijkheidsstoornissen in de ICD-11, maakt de

(differentiaal) diagnostiek er niet eenvoudiger op. Dit heeft met name te maken met de overeenkomsten tussen de diagnostische profielen van CPTSS en borderline persoonlijkheidsstoornis (in de ICD-11 geïdentificeerd als een persoonlijkheidsstoornis met de specificatie borderlinepatroon) (Karatzias et al., 2023). Zo zijn er grote overeenkomsten tussen de symptoomclusters van beide aandoeningen, met name op het gebied van het reguleren van emoties, het aangaan en onderhouden van interpersoonlijke relaties, en de aanwezigheid van negatieve opvattingen over zichzelf, anderen of de wereld, die tezamen aangeduid worden als het Disorders of self organization (DSO)-construct.

De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

PTSS, CPTSS en persoonlijkheidsstoornissen zijn dus verwante en overlappende constructen die zich bevinden op een continuüm van trauma-gerelateerde klachten en stoornissen (Ford & Courtois, 2021). Gezien

het feit dat een deel van de kenmerkende symptomen van persoonlijkheidsstoornissen overeenkomt met die van (C)PTSS is het opmerkelijk dat de richtlijnen met betrekking tot de behandeling van deze aandoeningen sterk van elkaar verschillen. Zo wordt voor de behandeling van PTSS een trauma-gericht behandeltraject geadviseerd, bestaande uit acht tot twaalf sessies cognitieve gedragstherapie of EMDR-therapie (National Institute for Health and Care Excellence, 2018), terwijl voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis psychotherapie wordt aanbevolen als de behandeling van voorkeur, waarbij expliciet wordt aangegeven dat dit dient te gebeuren “zonder korte psychologische interventies van minder dan drie maanden” (National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

'Als behandelfilosofie en bijbehorend therapeutisch kader voor de behandeling van persoonlijkheids-pathologie is het AIP-model een valide fundament gebleken'

Op dit moment zijn er verschillende therapieën voor persoonlijkheidsstoornissen die zijn onderzocht en erkend als werkzaam, waarbij tot nu toe niet is gebleken dat de ene behandelmethode beter is dan een andere (Setkowski et al., 2023). De meeste zijn gericht op het omgaan met de voor de persoonlijkheidsstoornis kenmerkende problemen, zoals die zich voordoen in relatie met anderen en het leren beheersen van emoties. Voordat we ons richten op de traumagerichte behandelaanpak van persoonlijkheidspathologie zullen we hieronder eerst de best onderzochte behandelmethoden kort bespreken. Vervolgens geven we ze een plaats in het therapeutisch spectrum door voor elk van deze therapieën aan te geven waar hun aangrijpingspunt ligt in het model van figuur 1.

Een van deze behandelingen is de transference-focused psychotherapie (TFP; Kernberg & Yeomans, 2013). Deze therapie richt zich op het onderzoeken van de overdracht van onbewuste gevoelens en conflicten binnen de therapeutische relatie. Dit gebeurt in frequente individuele sessies en omvat het expliciteren, analyseren en bewerken van overdrachts- en tegenoverdrachtsreacties. In het schema van figuur 1 grijpt deze therapie in op niveau 5 waar de focus ligt op de relaties met anderen en beoogt vandaar uit de veranderingen in de persoon-

lijkheid te duiden en te herstellen.

Een andere therapie is mentalization-based therapy (MBT; Bateman, & Fonagy, 2016). Deze behandeling is effectief gebleken bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en is gebaseerd op het bevorderen van mentaliseren, het vermogen om de eigen gedachten en gevoelens en die van anderen waar te nemen, te begrijpen en te interpreteren. Omdat de interventies van MBT erop gericht zijn de emotionele intelligentie van patiënten te vergroten en de interpersoonlijke relaties te verbeteren kunnen deze misschien ook het best op niveau 5 worden geplaatst.

De derde therapie is dialectical behavior therapy (DBT; Linehan, 2015), een methode die zich in eerste instantie richt op het verminderen van zelfdestructief gedrag en het bevorderen van emotieregulatie. Deze methode, die effectief is gebleken voor specifiek de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis, omvat vaardigheidstraining in het omgaan met spanningen, onder andere door het gebruik van mindfulness, het aanleren van emotieregulatie-technieken en het werken aan interpersoonlijke effectiviteit. Omdat de interventies vooral op het gebied van de emotieregulatie plaatsvinden kan wat betreft het schema in figuur 1 deze interventie het best worden geordend op niveau 4.

Een andere, in Nederland populaire, effectief gebleken behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Deze therapie richt zich op het identificeren en herstructureren van diepgewortelde disfunctionele schema's, maladaptieve overtuigingen en gedragspatronen die aan persoonlijkheidsproblemen ten grondslag liggen. Dit gebeurt met behulp van cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken. De op schematherapie gebaseerde interventies kunnen in figuur 1 het best voornamelijk op niveau 3 worden gesitueerd. Twee belangrijke interventies binnen schematherapie echter, zijn het beïnvloeden van herinneringen met historisch rollenspel en imaginary rescripting en bevinden zich daarmee op niveau 2.

Empirische ondersteuning van het effect van een trauma-gerichte behandeling bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornissen

Het gebied van persoonlijkheidsstoornissen kent een lang bestaande terughoudendheid ten aanzien van een trauma-gerichte behandelaanpak bij mensen met zowel een borderline persoonlijkheidsstoornis als PTSS als gevolg van meervoudige trauma's (Zlotnick et al., 2003).

Dit heeft vooral te maken met de beperkte emotieregulatievaardigheden en het verhoogde suïciderisico dat deze doelgroep kenmerkt. Hoewel begrijpelijk, kunnen dergelijke adviezen er toe leiden dat patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis – net als geldt voor complexe PTSS - geen of onvoldoende trauma-gerichte behandeling krijgen (De Jongh et al., 2016). Dat trauma-gerichte behandeling van PTSS bij mensen met een (borderline) persoonlijkheidsstoornis wel degelijk mogelijk en veilig is, wordt ondersteund door de resultaten van verschillende studies op dit gebied (Slotema et al., 2019; Walter et al., 2012; Wilhelmus et al., 2023). Deze bevindingen zijn verder in overeenstemming met die van een meta-analyse van twaalf studies met patiënten met overwegend een borderline persoonlijkheidsstoornis waarbij de PTSS werd behandeld (Slotema et al., 2020). Hieruit komt naar voren dat zowel PTSS-symptomen als algemene symptomen van psychopathologie significant afnemen. Bovendien worden in het algemeen geen negatieve bijwerkingen, zoals suïcidepogingen, ernstig zelfbeschadigend gedrag, of ziekenhuisopnames, gerapporteerd. Ook was sprake

'Ingrijpende ervaringen in de kindertijd dragen bij aan het ontstaan en vormgeven van latente kwetsbaarheid en psychische aandoeningen'

van een tamelijk lage drop-out (17 procent). Slotema en collega's stellen dan ook dat: "Psychotherapy for PTSD is efficacious and safe for patients with borderline personality disorder and should not be withheld from these vulnerable individuals."

Het voorgaande overzicht had vooral betrekking op onderzoek naar het effect van een PTSS-behandeling bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Voor zover wij weten zijn er tot nu toe vijf studies gepubliceerd die een trauma-gerichte aanpak, en het effect daarvan op symptomen van borderline persoonlijkheidsstoornis zelf, hebben onderzocht (Zeifman et al., 2021). Eén gecontroleerde effectstudie had betrekking op de behandeling van mensen binnen een geïntegreerd DGT-PTSS-borderline-behandelingsprogramma (Bohus et al., 2020), en twee gecontroleerde studies (Pabst et al., 2014; Steuwe et al., 2021) op de effectiviteit van narrative exposure therapy (NET). Deze drie studies vonden een significante vermindering van symptomen

die kenmerkend zijn voor borderline persoonlijkheidsstoornis. Twee andere, ongecontroleerde studies onderzochten de effecten van een intensieve trauma-gerichte behandeling voor PTSS op borderline-symptomen (De Jongh et al., 2020; Kolthof et al., 2022). Deze hadden beide betrekking op de effecten van een behandeling van acht dagen bestaande uit acht sessies imaginaire exposure en in vivo exposure van negentig minuten en acht sessies EMDR-therapie, aangevuld met sport en psycho-educatie. Een van deze studies met een steekproef met 45 patiënten, waarbij zowel een PTSS als een borderline persoonlijkheidsstoornis werd vastgesteld, vond dat een jaar na afloop van de behandeling 73 procent van de patiënten niet langer aan de diagnostische criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis voldeed (Kolthof et al., 2022).

Opmerkelijk is dat er tot nu toe slechts één studie is uitgevoerd waarbij een trauma-gerichte behandeling werd toegepast bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis zonder dat er sprake was van PTSS (Hafkemeijer et al., 2020, 2021). In dit onderzoek, dat plaatsvond binnen een Nederlandse GGZ-instelling en waaraan 97 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis deelnamen, werd een co-morbide PTSS expliciet uitgesloten. De behandelgroep kreeg vijf wekelijkse sessies EMDR-therapie van negentig minuten aangeboden, en de controlegroep bestond uit mensen die vijf weken op een wachtlijst stonden. Hierna volgden beide groepen treatment as usual voor hun persoonlijkheidsstoornis. Het algemeen functioneren en het persoonlijkheidsdisfunctioneren nam in de EMDR-groep significant meer en sneller af dan in de controlegroep. Na drie maanden bleken deze resultaten behouden te zijn gebleven. Het uitvalspercentage was opvallend laag (negen procent) en de beperkte duur van de behandeling, vijf wekelijkse EMDR-sessies, was opmerkelijk kort en veel korter dan in andere therapievormen gebruikelijk is (zie bijvoorbeeld de behandeling met dialectische gedragstherapie; Harned et al., 2014). Kortom, de resultaten van dit onderzoek suggereren dat EMDR zowel een effectieve als een efficiënte therapievorm is, en daardoor een belangrijke rol kan spelen in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen, ook als er geen sprake is van comorbide PTSS.

Casusconceptualisatie

EMDR-therapie richt zich op het desensitiseren van pathogene herinneringen of mentale representaties, zoals fantasiebeelden (zie ook Arntz, 2020) die aanleiding



hebben gegeven tot de ontwikkeling van de stoornis en die deze in stand houden (niveau 2 in Figuur 1). Met desensitiseren bedoelen we alle fasen, elementen en effecten van EMDR-therapie. De centrale aanname is daarbij dat het desensitiseren van deze herinneringen leidt tot een significante vermindering van klachten en daarmee tot een maximale verbetering van de kwaliteit van leven van de patiënt (Shapiro, 2018). In feite gaat het om de redenering dat als het zo is dat naarmate men meer ACE's meemaakt men meer pathologie vertoont, het omgekeerde mogelijk ook het geval is. Dat wil zeggen: hoe meer pathogene herinneringen kunnen worden gedesensitiseerd, des te minder klachten er zijn en des te beter men functioneert. Om de herinneringen te selecteren die cruciaal zijn voor het beïnvloeden van de symptoomclusters van de persoonlijkheidsstoornis is een adequate, trauma-sensitieve casusconceptualisatie een fundamenteel uitgangspunt. Dit onderdeel van de therapie heeft immers als doel een aannemelijk verband te beschrijven tussen de bestaande symptomen en betekenisvolle herinneringen, die geacht worden de pathologie aan te sturen, en op basis daarvan een behandelplan op te stellen.

Vanuit ervaringen met de eerste randomized controlled trial van trauma-gerichte behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Hafkemeijer et al., 2020), en de in Nederland opgedane ervaringen met (intensieve) behandeling van complexe PTSS, al dan niet in combinatie met persoonlijkheidspathologie (Bongaerts et al., 2017; De Jongh et al., 2020; De Jongh & Hafkemeijer, 2023; Kolthof et al., 2022; Voorendonk et al., 2020) ontwikkelden we een stappenplan dat kan helpen cruciale herinneringen te identificeren, te ordenen en te desensitiseren, met behulp van trauma-gerichte therapieën waaronder EMDR-therapie.

Dit behandelmodel kent zes stappen. De eerste fase bestaat uit het identificeren van intrusieve herinneringen die aan het A-criterium van de DSM-5 voldoen (A-criterium-waardige gebeurtenissen zijn gebeurtenissen die worden gekenmerkt door blootstelling aan fysiek en seksueel geweld en/of andere confrontaties met (dreigende) dood). Vervolgens worden andere pathogene herinneringen aan zogeheten A-criterium waardige gebeurtenissen uit de DSM-5 en intrusieve herinneringen die niet aan het A-criterium voldoen (stappen 1 en 2) geselecteerd. In de tweede fase worden herinneringen geselecteerd, die worden geacht de voornaamste klachten te hebben doen ontstaan en deze in stand houden (stappen 3 en 4).

Achtereenvolgens doorloopt de therapeut de volgende stappen van deze werkwijze.

1. Identificeer de intrusieve herinneringen van de patiënt die voldoen aan het A-criterium van de DSM-5 classificatie PTSS.
2. Identificeer hierna zowel niet-intrusieve herinneringen aan A-criterium waardige gebeurtenissen als intrusieve herinneringen aan niet-A-criteriumwaardige gebeurtenissen.
3. Identificeer de symptoomclusters die bij de patiënt het meest op de voorgrond staan, bijvoorbeeld emotieregulatieproblemen, interpersoonlijk wantrouwen, verlatingsangst of een negatief zelfbeeld.
4. Identificeer vervolgens de herinneringen die aanleiding hebben gegeven tot het veroorzaken van deze symptomen, of deze sterk hebben verergerd. Het is belangrijk hierbij expliciet te zoeken in de vroege jeugd. Gebruik voor het selecteren van de herinneringen de:
 - tijdlijnroute ('Wanneer of waardoor zijn deze problemen ooit begonnen, en wanneer of waar door verergerd?'). Maar ook de andere routes kunnen worden toegepast om cruciale herinneringen of kennisbestanden te vinden (zie Praktijkboek EMDR; Ten Broeke et al., 2022). De keuze zal grotendeels afhangen van het type symptoomcluster dat op de voorgrond staat. Voorbeelden hiervan zijn de:
 - opvattingenroute bij een negatief zelfbeeld of interpersoonlijk wantrouwen ('Welke situaties uit je vroege jeugd bewijzen voor jou gevoelsmatig nog steeds dat jij niet de moeite waard bent/mensen niet kunt vertrouwen?')

- emotieroute bij disfunctionele emoties en emotieregulatieproblemen ('Welke herinnering uit je vroege jeugd moet jij oproepen zodat je je nu (weer) maximaal boos voelt?'), en de
- flashforwardroute bij anticipatieangst, waaronder angst voor afwijzing ('Wat is in jouw fantasie het meest verschrikkelijke wat er zou kunnen gebeuren?').

Structureer samen met de patiënt alle herinneringen op basis van leeftijd waarop de gebeurtenis plaatsvond, door ze op een denkbeeldige levenslijn te plaatsen.

5. Bepaal de volgorde voor het desensitiseren van de herinneringen.
 - Begin met herinneringen die in stappen 1 en 2 in kaart zijn gebracht. Maak van de herinneringen een lijst, waarbij de volgorde wordt bepaald door de SUD (subjective units of disturbance) van de (gehele) herinnering; hoe hoger de SUD-score, hoe meer de herinnering bovenaan de lijst van te desensitiseren herinneringen komt te staan. Vul de lijst vervolgens aan met de herinneringen die in stap 3 en 4 zijn geïdentificeerd.
 - Wat stap 4 betreft is het de bedoeling eerst het symptoomcluster te nemen waarvan de patiënt de meeste last ondervindt. Binnen dit symptoomcluster worden de herinneringen geordend op basis van een SUD-score voor de gehele herinnering. De SUD-score wordt dus als graadmeter genomen voor de aansturende kracht die van de herinnering uitgaat. Herinneringen met een gelijke SUD worden gerangschikt op leeftijd, waarbij herinneringen aan gebeurtenissen op jongere leeftijd het eerst aan de beurt komen.
6. Behandel de herinneringen met het EMDR-standaardprotocol en begin met de herinnering bovenaan de lijst.

Een casusbeschrijving

Ayla is een 29-jarige vrouw van Marokkaanse afkomst. Zij nam deel aan de randomized controlled trial (RCT) naar de effectiviteit van EMDR-behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis (TEMPO-studie; Hofman et al., 2022; resultaten nog niet beschikbaar). Ze presenteert zich op de spoedafdeling van een GGZ-instelling vanwege depressieve klachten en vermoeidheid. Ze groeide op in een omgeving met emotionele verwaarlozing, zowel fysieke als verbale, mishandeling en ongewenste seksuele ervaringen. In verband met

intimidatie en geweldsdelicten kreeg Ayla vanaf haar zestiende tot haar eenentwintigste jaar behandeling in verschillende GGZ instellingen, met meer dan 75 behandelafspraken, voornamelijk ondersteunende en inzichtgevende gesprekken, maar ook systeemgesprekken en een traject van emotieregulatietraining. Geen traumabehandeling. Na haar eenentwintigste werd ze fysiek mishandeld en met de dood bedreigd door haar toenmalige partner. Bij intake voldeed Ayla aan de criteria van een PTSS (CAPS-score 49), en uit de afname van de SCID-5-P bleek zij vooral veel last te hebben van emotieregulatieproblemen en angst voor verlatting, passend bij de DSM-5 criteria van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Tijdens de eerste sessie wordt de casusconceptualisatie opgesteld middels de hierboven genoemde structuur. De geïdentificeerde herinneringen staan in Tabel 1 weergegeven.

Ayla rapporteert geen intrusieve herinneringen aan gebeurtenissen die niet aan het A-criterium van PTSS voldoen.

Bij het begin van de eerste EMDR-sessie geeft Ayla aan veel spanning, en zelfs fysieke pijn te hebben ervaren naar aanleiding van de vorige sessie waarin de casusconceptualisatie is opgesteld. Als wordt begonnen met de EMDR gericht op herinnering #1 daalt de SUD van 10 naar 7, maar deze neemt vervolgens weer toe bij back to target. Met het toevoegen van extra werkgeheugenbelasting, buzzers en het benoemen van kleuren en spellingsopdrachten (volgens de EMDR 2.0-aanpak; Matthijssen et al., 2021) wordt de herinnering volledig gedesensitiseerd. Daarna wordt ook herinnering #2 gedesensitiseerd. Bij het afsluiten van de sessie geeft Ayla aan zich opgelucht te voelen, minder gespannen te zijn, en geen fysieke pijn te voelen.

'Er ontstaat een ontwikkelingspsychologisch perspectief. Het AIP-model wint aan fundament en er vindt een verschuiving plaats van een puur theoretisch kader naar een toetsbaar kader'

Aan het begin van de tweede EMDR-therapiesessie komt Ayla een stuk opgewekter binnen. Ze zegt zich

Herinnering	Leeftijd	Herinnering	Cluster	Initiële SUD-score
#1	26	Fysiek geweld met doodsb bedreiging door partner	A, intrusief	10
#2	22	Zwangerschapsvergiftiging	A, niet-intrusief	10
#3	26	Seksueel ongewenst gedrag door een oom	A, niet-intrusief	10
#4	7	Fysieke mishandeling zus door oom	A, niet-intrusief	9
#5	22	Fysiek geweld door schoonmoeder	A, niet-intrusief	8
#6	23	Fysiek geweld partner	A, niet-intrusief	8
#7	6	Kanarie op hoofd waarbij moeder zegt: "Niet bewegen anders doet hij je pijn"	emotieregulatieproblemen	10
#8	18	Gijzeling door ex-partner in auto	emotieregulatieproblemen	10
#9	22	Partner en schoonmoeder pakken haar baby uit haar handen (gerelateerd aan target #2)	emotieregulatieproblemen	9
#10	4	Mensen in de keuken schreeuwen tegen haar dat ze de keuken uit moet	emotieregulatieproblemen	8
#11	4	Familieleden schreeuwen tegen haar als ze, door honger gedreven, stiekem de keuken in gaat om eten te pakken	emotieregulatieproblemen	8
#12	5	Bloed overgeven tijdens tuberculose	emotieregulatieproblemen	8
#13	5	Moet van tante op de bank blijven zitten en mag zich niet bewegen	emotieregulatieproblemen	8
#14	6	Patiënte wil hulp met eten, maar moeder wordt boos en helpt niet	emotieregulatieproblemen	8
#15	17	Ruzie met zus	emotieregulatieproblemen	8
#16	5	Heeft dorst, maar moeder pakt drinken af	emotieregulatieproblemen	7
#17	18	Als ze zegt dat ze niet wilt worden uitgehuwelijkt, bedreigt oma haar met de dood	emotieregulatieproblemen	7
#18	9	Een oom zegt dat zij zijn verantwoordelijkheidsrol moet overnemen	angst voor verlating	10
#19	26	Partner vertelt dat hij haar aanklaagt en haar alles gaat afpakken (gerelateerd aan target #1)	angst voor verlating	8

Tabel 1. Herinneringen van de patiënt met bijbehorende SUD-scores

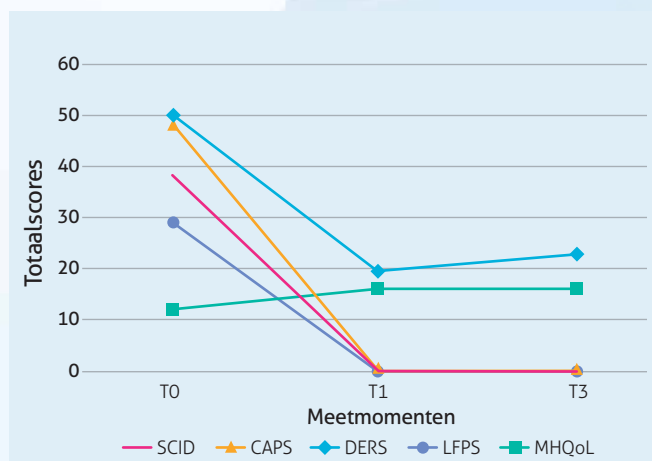
meer ontspannen te voelen en geeft aan vertrouwen te hebben in de rest van de behandeling. Hoewel ze nog wel aan de herinneringen die in de eerste sessie aan de orde kwamen heeft gedacht, ervaart ze daarbij minder spanning.

Alhoewel de EMDR-therapie gedurende de volgende vijf sessies in het algemeen voorspoedig verloopt, daalt de SUD soms langzaam. Met name omdat Ayla zichzelf vaak de schuld geeft van gebeurtenissen en zij negatieve conclusies over zichzelf als persoon trekt. Door middel van de inzet van cognitieve interweaves (onder andere 'Vind je echt dat een meisje van zeven het geweld had kunnen stoppen?') kan dit worden doorbroken en is Ayla in staat op een andere manier naar zichzelf te kijken. Ze begint in te zien dat ze was gaan geloven in de dingen die als klein kind tegen haar zijn gezegd, maar trekt deze boodschappen

inmiddels steeds meer in twijfel; ze begint zichzelf langzamerhand te zien als een sterke vrouw. Zo kunnen in de volgende zittingen achtereenvolgens negentien herinneringen die vanuit de casusconceptualisatie naar voren kwamen behandeld worden. In de zevende sessie wordt opnieuw bekeken of er resterende klachten zijn en wordt gezocht naar de herinneringen die deze klachten aansturen. Ayla geeft aan nog steeds wel last te hebben van angst voor afwijzing en er worden nog vier nieuwe herinneringen (#20-#24) geïdentificeerd die te maken hebben met valse beschuldigingen en ruzies met naasten. Deze herinneringen kunnen nog in dezelfde zitting worden gedesensitiseerd. Omdat Ayla nog vermijdt het contact met een goede vriendin op te pakken wordt gekozen voor het desensitiseren van de gerelateerde flashforward. Aan het eind van de zevende sessie

rapporteert Ayla geen klachten meer, en zegt zij er vertrouwen in te hebben de tot dan toe vermeden situaties aan te gaan. Vervolgens wordt zij als early completer geregistreerd.

Zowel direct na de behandeling als drie maanden daarna voldoet Ayla, volgens de SCID-5-P, niet meer aan de criteria van een borderline persoonlijkheidsstoornis noch aan die van PTSS (CAPS-score = 0). In een interview dat twee maanden na de behandeling wordt afgenomen, beschrijft Ayla hoe haar emoties niet langer constant worden beïnvloed door belastende herinneringen aan haar verleden: "Ik ben ontsnapt uit een kooi van prikkels". Ze voelt zich niet meer gespannen en heeft minder woede-uitbarstingen. Ook zegt ze zich meer te kunnen inleven in haar kinderen en zich kwetsbaar te kunnen opstellen naar haar partner. De depressieve en vermoeidheidsklachten, die de reden voor behandeling waren, zijn verdwenen, waardoor ze zich nu vol overtuiging kan richten op haar werk, studie en de zorg van haar kinderen. In Figuur 2 is het beloop van de symptomen van de persoonlijkheidsstoornis (SCID en Level of Personality Functioning Scale; LFPS), PTSS symptomen (CAPS-5), het beloop van emotieregulatieproblemen (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS), en het niveau van levenskwaliteit (Mental Health Quality of Life; MHQoL) weergegeven, zowel voorafgaande aan de behandeling, als direct erna, en drie maanden na de EMDR-therapie.



Figuur 2. Verschillende uitkomstmaten op drie meetmomenten
SCID= Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders, CAPS= Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5, DERS= Difficulties in Emotion Regulation Scale, LFPS= Level of Personality Functioning Scale, MHQoL= Mental Health Quality of Life, T0= voor de behandeling, T1= Na de behandeling, T3= drie maanden na de behandeling. Alle DERS-scores zijn door drie gedeeld ten behoeve van de leesbaarheid van de tabel.

Verdere behandelaanpak

Het is een uitdaging de meestal lang bestaande coping- en overlevingsstrategieën van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te doorbreken. In dit verband is het belangrijk dat de therapeut aan het einde van elke sessie steeds de tijd neemt om bij het thema van het symptoomcluster stil te staan en de hierbij behorende patronen te bespreken. De therapeut kan dat doen door bijvoorbeeld te vragen: 'Wat betekent dit, wat je hebt geleerd in deze sessie, voor je dagelijks leven? Wat en hoe zou je het anders kunnen gaan aanpakken?' Hoe concreter de voorstelling van de patiënt over hoe dit kan worden bewerkstelligd, hoe groter het te verwachten effect. Dit kan bijvoorbeeld door te vragen: 'Schets alsjeblieft eens het scenario, hoe stel je je dit voor?' Als er in deze conversatie obstakels opdoemen die de vermijding in stand houden (denk daarbij bijvoorbeeld aan de thema's verlatingsangst en angst voor afwijzing) dan is het verstandig dit direct te tackelen. Dit kan binnen EMDR-therapie door het inzetten van EMDR gericht op rampscenario's (flashforwards) en het uitvoeren van mental video checks dan wel gedragsexperimenten, om het vermijdingsgedrag te doorbreken.

Discussie en conclusies

De laatste jaren is steeds meer wetenschappelijk onderzoek beschikbaar gekomen dat laat zien dat het effect van beschadigende gebeurtenissen en omstandigheden op de mens cumulatief van aard is, en in potentie een breed scala aan schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid van volwassenen in het algemeen, en hun mentale gezondheid in het bijzonder (Zarse et al., 2017). Een van deze aandoeningen is de persoonlijkheidsstoornis. Persoonlijkheidsstoornissen zijn sterk beperkend voor de kwaliteit van leven en veroorzaken relatief veel lijdensdruk. De bestaande behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn doorgaans lang en kostbaar en worden uitgevoerd binnen bepaalde expertisecentra en specialistische afdelingen binnen GGZ-instellingen. Om die reden is het belangrijk om te blijven zoeken naar alternatieven en aanvullende interventies, liefst minder langdurig, minder specialistisch en minder kostbaar. Een trauma-gerichte aanpak met behulp van EMDR-therapie – en in potentie ook andere traumaverwerkingstechnieken zoals imaginaire rescripting en exposure gericht op trauma - zou dit kunnen bieden. Natuurlijk zal de keuze voor een specifieke therapie afhangen van

verschillende factoren, waaronder de aard en ernst van de persoonlijkheidspathologie, individuele behoeften en mogelijkheden en de beschikbare therapeutische expertise.

Met deze bijdrage hebben wij gepoogd een kader te scheppen voor de toepassing van EMDR-therapie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Dit is relevant omdat in Nederland relatief veel psychologen zijn opgeleid in EMDR-therapie en er een stevige empirische fundering in het veld bestaat voor deze therapie als behandeling van eerste keuze voor PTSS (De Jongh et al., 2019; Yunitri et al., 2023). Daarnaast is er de laatste jaren veel kennis en ervaring opgedaan op andere terreinen binnen de zorg, en bij andere mentale aandoeningen waaronder depressie (Dominguez et al., 2021) en persoonlijkheidsstoornissen (Hafkemeijer et al., 2020). Onderzoek laat zien dat trauma-gerichte therapie bij mensen met symptomen die kenmerkend zijn voor een (borderline) persoonlijkheidsstoornis een haalbare, veilige en effectieve behandeloptie is. De eenmaal bereikte effecten van een op zichzelf staande, kortdurende behandeling van slechts enkele weken, worden lang behouden. Ondanks de momenteel nog beperkte literatuur over de effectiviteit van trauma-gerichte psychotherapie bij andere persoonlijkheidsstoornissen dan de borderline persoonlijkheids-

'Het stappenplan helpt cruciale herinneringen te identificeren, te ordenen en te desensitiseren met behulp van trauma-gerichte therapieën waaronder EMDR-therapie'

stoornis valt, gezien de hoge prevalentie van ACE's bij vrijwel alle persoonlijkheidsstoornissen (Johnson et al., 1999), te verwachten dat ook bij deze doelgroep overeenkomstige resultaten kunnen worden behaald. Van de huidige richtlijnbehandelingen voor persoonlijkheidsproblemen is schematherapie de enige therapievorm die expliciet aandacht besteedt aan het verwerken van nare jeugdherinneringen (doorgaans met imaginaire rescripting of historisch rollenspel). In lijn met bovenstaande zou hier mogelijk al veel eerder en veel vaker in de therapie op kunnen worden ingezet. Wij observeren dat in enkele praktijken die gespecialiseerd zijn in trauma en persoonlijkheid dit al

op deze manier wordt toegepast: eerst traumaverwerking op de belangrijkste aansturende herinneringen (ook als er geen sprake is van PTSS) en daarna de inzet van schematherapie.

Als behandelfilosofie en bijbehorend therapeutisch kader voor de behandeling van persoonlijkheidspathologie is het AIP-model een valide fundament gebleken. In die zin is de kern van het stelsel van predicties waarop het AIP-paradigma is gebouwd ('als je het trauma behandelt dan behandel je symptomen van de aandoening waarmee de persoon is gediagnosticeerd') in feite bedrieglijk eenvoudig. De kracht van het paradigma is daarmee tegelijkertijd de kwetsbaarheid ervan, want het is vooral een descriptief model, waarvan toen het werd geïntroduceerd (Shapiro, 1994) de empirische onderbouwing grotendeels ontbrak.

Het kader waarin we EMDR-therapie toepassen om persoonlijkheidspathologie te behandelen is evenwel een duidelijk voorbeeld van een inhoudelijk domein en daarmee zeer geschikt voor een verdere uitwerking en empirische onderbouwing van het AIP-model. Door de introductie van het begrip latente kwetsbaarheid en door een verbinding te maken met het onderzoek naar ACE's, ontstaat er een ontwikkelingspsychologisch perspectief, wint het AIP-model aan fundament en vindt er een verschuiving plaats van een puur theoretisch kader naar een toetsbaar kader.

Overigens blijkt het concept van latente kwetsbaarheid in de praktijk niet alleen bruikbaar en inzichtelijk voor therapeuten, maar ook een goede basis te bieden voor psycho-educatie aan patiënten. De resultaten van een gecontroleerde effectstudie, die de langere termijn-effecten van het hier beschreven behandelmodel bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis bestudeert, zal moeten uitmaken of de hier beschreven visie houdbaar en valide is (Hofman et al., 2022). Hoe waardevol zou het zijn als EMDR-therapie over enkele jaren niet alleen een richtlijn-behandeling is voor PTSS, maar ook voor persoonlijkheidsstoornissen?



Referenties

De referenties van dit artikel leest u digitaal door de qr code in te scannen