



Dialectische gedragstherapie of selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) als behandeling van suïcidaliteit bij borderline-persoonlijkheidsproblematiek?

Referentie

Brodsky BS, Galfalvy H, Mann JJ, et al. Dialectical behavior therapy versus serotonin reuptake inhibitor treatment for suicidal behavior in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2025;182:1083-92. DOI: 10.1176/appi.ajp.20240298

Duiding

Pauline Stas, klinisch psycholoog,
wetenschappelijk medewerker Vlaams
Expertisecentrum Suïcidepreventie
Geen belangenvermenging met het onderwerp

Klinische vraag

Wat is het effect van dialectische gedragstherapie ten opzichte van een farmacologische behandeling met een selectieve serotonine-heropnameremmer op suïcidaliteit bij personen met een borderline-persoonlijkheidsproblematiek (BPP)?

Achtergrond

Borderline-persoonlijkheidsproblematiek (BPP) is een chronische psychische aandoening, gekenmerkt door een aanhoudend (chronisch) patroon van instabiliteit op vlak van relaties (het 'aantrekken-afstoten' patroon), zelfbeeld en emoties, met hoge mate van impulsiviteit (1). Een van de kernsymptomen is terugkerend zelfbeschadigend gedrag of herhaalde suïcidepogingen (1). Het risico om te overlijden door zelfdoding ligt bij personen met een BPP daarom hoger dan in de algemene populatie. Tot 75% onderneemt minstens één poging tot zelfdoding tijdens het leven en 3-10% van de personen met BPP overlijdt door zelfdoding (2). Dialectische gedragstherapie (DGT) is een wetenschappelijk onderbouwde vorm van cognitieve gedragstherapie die werd ontwikkeld door Marsha M. Linehan bij personen met een BPP (3,4). DGT focust hierbij dan op verschillende types vaardigheden, zoals mindfulness, crisisvaardigheden, emotieregulatie en interpersoonlijke effectiviteit (3,4). Deze niet-medicamenteuze aanpak is belangrijk want tot op heden is er weinig wetenschappelijke evidentie voor het gebruik van medicatie als behandeling van suïcidaliteit bij personen met BPP (5,6). De studie die we hier bespreken, probeert bij te dragen aan dit hiaat in het wetenschappelijk onderzoek (7).

Samenvatting

Bestudeerde populatie

- rekrutering via diverse kanalen: advertenties, mails, sociale media, websites, lokale psychiatrische spoed-, ambulante en residentiële diensten
- eerst een telefonische screening en dan een fysiek bezoek bij twee clinici om na te gaan of potentiële deelnemers voldeden aan de inclusiecriteria
- inclusiecriteria:
 - personen tussen 18 en 55 jaar
 - met een diagnose borderline-persoonlijkheidsproblematiek*

- suïcidale gedachten in de voorbije week
- in de voorbije zes maanden minstens één episode van zelfbeschadigend gedrag, poging tot zelfdoding of suïcide-gerelateerd gedrag (onderbroken of gestopte poging tot zelfdoding of zelfdodingsgedachten die leiden tot spoedopname en/of psychiatrische opname) en in het voorbije jaar minstens nog één van deze episodes
- veilig om ambulantly behandeld te worden
- geen andere effectieve behandeling gekregen
- exclusiecriteria: bipolaire stoornis, psychotische stoornissen, verstandelijke beperking, nood aan acute residentiële zorg, eerdere non-respons op fluoxetine
- uiteindelijke inclusie van 84 personen met een gemiddelde leeftijd van 29,3 jaar (SD 9,4); voornamelijk vrouwen (92%); 57% wit, 24% hispanic; 95% had een voorgeschiedenis van suïcide-gerelateerde gebeurtenissen: 71% had eerder een suïcidepoging ondernomen (65% met een recente suïcidepoging), 24% met hospitalisatie, 2% met bezoek aan de spoedafdeling en bij 4% ging het om een micro-overdosis; 93% had een voorgeschiedenis van zelfbeschadigend gedrag (35% met recent zelfbeschadigend gedrag); er was veel co-morbiditeit zoals majeure depressieve stoornis (68%), posttraumatische stressstoornis (19%), middelengebruik (18%), sociale angst (17%); 40% had een voorgeschiedenis van fysiek misbruik en 39% van seksueel misbruik.

*Criteria van DSM-V voor borderline-persoonlijkheidsproblematiek (BPP) (1)
 Een pervasief patroon van instabiliteit in interpersoonlijke relaties, zelfbeeld en affecten, en duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid, en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

1. Vermijden van (reële of vermeende) verlating
2. Instabiele en intense relaties (idealisering ↔ devaluatie)
3. Instabiel zelfbeeld / identiteitsstoornis
4. Impulsiviteit in ten minste twee domeinen die potentieel zelfbeschadigend zijn (bv. geld uitgeven, seks, middelenmisbruik, roekeloos rijden, eetbuien).
5. Recidiverend suïcidaal gedrag of automutilatie
6. Affectieve instabiliteit (sterk wisselende stemming)
7. Chronisch gevoel van leegte
8. Intense of slecht controleerbare woede
9. Voorbijgaande paranoïde ideeën of dissociatieve symptomen (stressgebonden).

Onderzoeksoepzet

Gecontroleerde gerandomiseerde studie

- stratificatie naargelang type zelfbeschadigend gedrag en al dan niet suïcidale intentie
- randomisatie over een van de behandelingen die elk 6 maanden duurden en om de 2 maanden geëvalueerd werden:
 - dialectische gedragstherapie (DGT) (n=42): wekelijkse individuele therapie (analyseren van probleemgedrag, aanleren van copingstrategieën,...), wekelijkse groepsessies waarin vaardigheden worden getraind/aangeleerd (o.a. emotieregulatie, crisismanagement, interpersoonlijke effectiviteit, en mindfulness), telefonische ondersteuning in crisissituaties tussen sessies; de therapeuten namen wekelijks deel aan interventie
 - selectieve serotonine-heropnameremmer (SSRI) (n=42): fluoxetine gestart aan 20 mg/dag met maximale dosis van 40 mg/dag; aanvullend minstens twee keer per week een korte consultatie met een psychiater voor monitoring, psychoeducatie en ondersteuning
- geleidelijke afbouw en washoutperiode van twee weken onder supervisie van een psychiater voor deelnemers die voor de studiemedicatie gebruikten
- deelnemers uit beide groepen konden, indien nodig, slaapmedicatie krijgen (clonazepam of zolpidem)

- na de interventie mochten deelnemers zelf hun verdere behandeling kiezen; er volgden nog follow-upmomenten 3 en 6 maanden na het einde van de behandeling.

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: aantal suïcide-gerelateerde gebeurtenissen (onderbroken of gestopte poging tot zelfdoding of zelfdodingsgedachten die aanleiding gaven tot spoedopname en/of psychiatrische opname) tijdens de behandeling van zes maanden
- secundaire uitkomstmaten, aan de hand van gevalideerde vragenlijsten en semi-gestructureerde interviews:
 - poging tot zelfdoding
 - zelfbeschadigend gedrag
 - ernst van depressiviteit en majeure depressie
 - ernst van suïcidale gedachten
 - BPP-symptomen
 - impulsiviteit
 - klinische vooruitgang
 - emotiedysregulatie
- alle uitkomsten werden gemeten op 2, 4, 6 maanden tijdens de behandeling en op 3 en 6 maanden na de behandeling
- intention-to-treatanalyse + per protocol-analyse (alleen personen die de behandeling afmaakten).

Resultaten

- 77 deelnemers (39 DGT, 38 medicatie) werden minstens 1 keer na randomisatie teruggezien; de mediane behandelduur was gelijk in beide groepen (211-212 dagen); in de medicatiegroep kregen 14 personen 20 mg/dag fluoxetine, bij 16 personen opgetitreerd naar 40 mg/dag, 5 personen kregen paroxetine of citalopram 20-30 mg/dag en voor de andere 3 personen was hierover niets bekend
- van de primaire uitkomstmaten: er traden tijdens de 6 maanden behandelfase minder suïcide-gerelateerde gebeurtenissen op in de DGT-groep versus de SSRI-groep (4 versus 12 deelnemers met ≥ 1 gebeurtenis en 1 versus 4 met 2 gebeurtenissen) (rate ratio 0,29; $p=0,016$) en deze deden zich ook minder snel voor in de DGT-groep ($p=0,015$); tijdens de follow-up na de behandelfase werd geen significant verschil gevonden in suïcide-gerelateerde gebeurtenissen tussen beide groepen
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - er traden minder suïcidepogingen gedurende de 6 maanden behandelfase op in de DGT-groep (4 deelnemers) versus in de SSRI-groep (9 deelnemers) ($RR=0,32$; $p=0,048$), maar zonder verschil in snelheid van optreden; tijdens de follow-up na de behandelfase werd geen significant verschil gevonden in aantal suïcidepogingen tussen beide groepen
 - de mate van zelfbeschadigend gedrag was gedurende de 6 maanden behandelfase lager bij deelnemers in de DGT-versus de SSRI-groep ($RR=0,69$; $p=0,008$); zonder significant verschil in nul risico van zelfbeschadigend gedrag en in zelfbeschadigend gedrag tijdens de follow-up na de behandelfase
 - geen significant verschil tussen de groepen in suïcidale ideatie, depressiviteit, of symptomen van borderline-persoonlijkheidsproblematiek (daling in beide groepen); er was wel meer majeure depressie in de DGT-groep (26%) versus de SSRI-groep (3%) tijdens de follow-up na de behandelfase ($p=0,013$)
 - impulsiviteit daalde in de DGT-groep ($p<0,001$) maar niet in de SSRI-groep ($p=0,845$), resulterend in een significant verschil tussen beide groepen ($p=0,002$); uit een mediatie-analyse bleek dat de veranderingen in impulsiviteit het verschil in suïcide-gerelateerde gebeurtenissen en zelfbeschadigend gedrag niet verklaarden
 - de SSRI-groep vertoonde een meer algemene klinische verbetering op 2 maanden (gemiddeld 3,28 versus 3,74; $p=0,046$), maar dit verschil verdween daarna

- de afname in emotionele dysregulatie daalde sneller in de DGT-groep dan in de SSRI-groep ($p=0,005$); uit een mediatie-analyse bleek dat de veranderingen in emotionele dysregulatie het verschil in suïcide-gerelateerde gebeurtenissen en zelfbeschadigend gedrag niet verklaarden.

Besluit van de auteurs

Zes maanden dialectische gedragstherapie was effectiever dan zes maanden SSRI-gebruik om suïcide-gerelateerde gebeurtenissen en zelfbeschadigend gedrag te verminderen bij personen met een borderline-persoonlijkheidsproblematiek.

Financiering van de studie

Subsidies van het National Institute of Mental Health (Verenigde Staten).

Belangenconflicten van de auteurs

Eén auteur ontving royalty's voor het gebruik van de CSSRS en de Pathways App; behalve deze, geen belangenconflicten vermeld.

Bespreking

Beoordeling van de methodologie

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie is van goede methodologische kwaliteit. De analyses werden vooraf geregistreerd, wat het risico van selectieve rapportage of **p-hacking** beperkt. De auteurs voerden intention-to-treatanalyses uit, én deden ook sensitiviteitsanalyses met de per protocolgegevens (van deelnemers die de behandeling vervolledigden). Aangezien niet alle gerandomiseerde deelnemers de interventie ontvingen (39/42 in DGT-groep en 38/42 in SSRI-groep), was een per protocol-analyse zinvol. Beide analyses leverden echter consistente resultaten op, wat de robuustheid van de bevindingen ondersteunt. Er werd gebruikgemaakt van zowel gevalideerde zelfbeoordelingsinstrumenten als semigestructureerde interviews, wat de betrouwbaarheid van de metingen versterkt. Daarnaast sloten de statistische analysemethoden goed aan bij de aard van de gegevens. De auteurs hielden in hun analyses rekening met het feit dat suïcide-gerelateerde gebeurtenissen relatief zeldzaam zijn. Daarnaast werd ook gecorrigeerd voor de tijd dat deelnemers in de studie verbleven. Men deed een survivalanalyse om niet alleen het aantal pogingen per persoon, maar ook de timing van gebeurtenissen (tijd tot suïcidaal gedrag) te evalueren. Dat biedt een meer genuanceerd beeld van behandelingseffecten. Verder werd ook onderzocht of veranderingen in impulsiviteit en emotionele dysregulatie de effecten van DGT konden verklaren via mediatie-analyse.

Toch kunnen we enkele opmerkingen maken over de methodologie van deze studie. Hoewel de auteurs vermelden dat de studie voldoende power had, kunnen we dat toch in twijfel trekken. Er wordt namelijk nergens een a-priori steekproefgrootteberekening gerapporteerd. Dat bemoeilijkt de interpretatie van niet-significante bevindingen, zeker gezien het relatief beperkte aantal deelnemers ($n=84$) en het lage aantal gebeurtenissen tijdens de follow-up. De auteurs erkennen trouwens zelf dat de studie waarschijnlijk onvoldoende power had voor bepaalde analyses, zoals de uitkomsten op lange termijn. Er bestaat in deze studie ook een risico van performance bias omdat blinding niet mogelijk was gezien de aard van de interventies. Ook detectiebias is niet volledig uitgesloten want, hoewel de uitkomstbeoordelaars geblindeerd waren, steunt een deel van de metingen ook op zelfrapportage.

Beoordeling van de resultaten

Deze studie toont aan dat dialectische gedragstherapie (DGT) gedurende de behandelfase leidt tot minder en minder snel optredende suïcide-gerelateerde gebeurtenissen en minder zelfbeschadigend gedrag dan een behandeling met SSRI's. Er is ook minder impulsiviteit en emotionele dysregulatie, terwijl op vlak van depressieve symptomen, suïcidale ideatie en symptomen van BPP beide

behandelingen vergelijkbaar zijn. Opvallend is dat de prevalentie van majeure depressie na 6 maanden lager was in de SSRI-groep. Dat suggereert dat een medicamenteuze behandeling mogelijk effectiever is voor stemmingssymptomen, terwijl DGT meer invloed heeft op gedragsregulatie en emotionele vaardigheden, wat aansluit bij de rationale en de doelstellingen van beide behandelingen. DGT en SSRI's zijn behandelingen die in onze Belgische zorg courant gebruikt worden. In die zin zijn de resultaten van de studie dan ook toepasbaar in onze Belgische context. Een belangrijke beperking voor de generaliseerbaarheid naar de klinische praktijk is echter dat de studie DGT en SSRI's als solotherapie onderzocht en niet in combinatie met een andere behandeling. Personen met een BPP vertonen in de praktijk vaak ernstige klachten en lijdenslast, wat geïllustreerd wordt met de hoge prevalentie van comorbide aandoeningen in deze steekproef. Ze krijgen dan ook vaak gelijktijdig psychotherapie en (verschillende soorten) medicatie. Daarnaast bestaat de studiepoulatie hoofdzakelijk uit vrouwen (92%), wat niet verwonderlijk is aangezien diagnoses van BPP veel vaker voorkomen bij vrouwen. Dat beperkt wel de extrapolatiebaarheid van de resultaten naar mannen wegens bekende genderverschillen in suïcidaliteit en hulpzoekend gedrag tussen mannen en vrouwen. Verder namen de auteurs als inclusiecriteria een leeftijdsgrens van 18-55 jaar, terwijl nergens wordt aangegeven waarom deze leeftijdsrange gekozen werd. De resultaten zijn bijgevolg dus niet extrapolatiebaar naar personen boven 55 jaar. Hoewel therapietrouw bij DGT-therapeuten adequaat werd gemonitord (gemiddelde adherentiescore van 4,1 op 5), blijft het mogelijk dat verschillen in behandelintensiteit een rol speelden. DGT is een intensieve interventie met zeer frequente contactmomenten (wekelijkse sessies, groepscomponent en telefonische coaching), in tegenstelling tot een behandeling met SSRI's. Het verschil in aantal therapeutische contacten zou een deel van het effect kunnen verklaren. Daarnaast werden ongewenste effecten niet systematisch gerapporteerd. Dat is een belangrijke beperking, zeker wanneer we in rekening brengen dat DGT voor zowel zorgvragers als zorgverleners belastend is en dat SSRI's gepaard kunnen gaan met meerdere ongewenste effecten, waaronder een mogelijke toename van suïcidaliteit bij opstart. Het is cruciaal voor de afweging van behandelkeuze om deze balans beter in kaart te brengen.

De resultaten op lange termijn zijn moeilijk te interpreteren omdat niet systematisch geregistreerd werd welke behandelingen deelnemers bijkomend kregen. Hierdoor is het onduidelijk of het verdwijnen van het effect na de behandelingsfase te wijten is aan het uitdoven van het DGT-effect, dan wel aan bijkomende behandelingen in beide groepen. Er lijkt een tendens te bestaan tot meer suïcidegerelateerde gebeurtenissen in de DGT-groep na de behandelingsfase. Deze vaststelling is mogelijk niet significant als gevolg van een tekort aan power. Hoe dan ook roept dit vragen op over de duurzaamheid van de effecten en het mogelijke belang van langdurige of continue begeleiding in deze populatie. Ten slotte merken we nog op dat deelnemers in beide groepen de mogelijkheid kregen tot het nemen van slaapmedicatie, waaronder benzodiazepines (clonazepam) of zolpidem. De richtlijnen waarschuwen echter voor het gebruik van benzodiazepines bij suïcidale personen met BPP gezien de mogelijke associatie met een verhoogd suïciderisico (8).

Wat zeggen de richtlijnen voor de klinische praktijk?

Er zijn weinig richtlijnen die specifiek kijken naar het behandelen van suïcidaliteit, specifiek bij personen met een borderline-persoonlijkheidsproblematiek (BPP). Het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) geeft aan dat bij personen met BPP schematherapie, dialectische gedragstherapie, gemengde therapie, op mentalisatie gebaseerde therapie, en cognitieve gedragstherapie doeltreffend zijn bij de behandeling van suïcidaal gedrag (9). Ze geven ook aan dat er weinig evidentie is voor de werkzaamheid van medicatie in deze context. In de algemene richtlijnen van VLESP rond detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag worden verschillende zaken aangeraden, waaronder in eerste instantie het opstellen van een Safety Plan (<https://www.zelfmoord1813.be/safetyplan>) (10). Hun richtlijn omtrent langdurige suïcidaliteit is gebaseerd op veel onderzoek bij personen met een BPP, waarvoor eveneens Safety Planning aan te raden is, alsook het opstellen van een goede risicoformulering, het exploreren van de functie en betekenis van suïcidaliteit, motiverende gespreksvoering en het versterken van copingvaardigheden (11). Er wordt vooral aangeraden om terughoudend te zijn met overgaan tot restrictieve veiligheidsmaatregelen.

De GGZ-Standaarden over persoonlijkheidsstoornissen geven aan dat psychotherapie de eerste keuze is bij persoonlijkheidsstoornissen (12). Voor personen met een BPP worden specifiek Transference Focused Psychotherapy (TFP), DGT, schematherapie en Mentalization-Based Treatment (MBT) aanbevolen. Bij impulsief en agressief gedrag worden vaardigheidstrainingen (zoals DGT) aangeraden. Een farmacologische behandeling wordt alleen aangeraden om specifieke klachten draaglijk te maken, suïcidegevaar af te wenden, een crisis te bezweren en/of psychotherapeutische behandeling mogelijk te maken of te ondersteunen. Daarnaast benadrukken ze het belang van het opstellen van een Safety Plan. Beide richtlijnen benadrukken het belang om samen met de zorgvrager te bekijken welke interventies te verkiezen zijn. Ook in een eerdere Minervaduiding stonden we reeds stil bij het belang van de autonomie van zorgvragers bij het kiezen van de behandeling om de motivatie en de effectiviteit te versterken (13).

Besluit van Minerva

Deze methodologisch correct uitgevoerd gerandomiseerde gecontroleerde studie met uitgebreide statistische analyses vergelijkt een zes maanden durende behandeling van dialectische gedragstherapie (DGT) met SSRI's voor de aanpak van suïcidaliteit bij personen (voornamelijk vrouwen) met een borderline-persoonlijkheidsproblematiek (BPP). De resultaten tonen aan dat DGT effectiever is dan SSRI's op vlak van suïcide-gerelateerde gebeurtenissen (onderbroken of gestopte poging tot zelfdoding of zelfdodingsgedachten die leiden tot spoedopname en/of psychiatrische opname), suïcidepogingen, zelfbeschadigend gedrag, impulsiviteit en emotiedysregulatie. Veel van deze effecten bleven echter niet behouden tijdens een follow-up van 3 en 6 maanden na de behandeling. Voor extrapolatie naar de klinische praktijk moet rekening worden gehouden met het feit dat het ging om een vrij jonge (18-55 jaar) en vrouwelijke (92%) populatie. Ook moet gewezen worden op het feit dat in tegenstelling tot de interventie- en controlegroep van deze studie personen met BPP vaak gecombineerde behandelingen krijgen. Tot slot is het moeilijk om een correcte inschatting te maken van de risicobatenbalans omdat een systematische rapportering van ongewenste effecten ontbreekt.

Referenties

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision. 5th ed. American Psychiatric Publishing, 2022. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425787
2. Goodman M, Tomas IA, Temes CM, et al. Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personal Mental Health* 2017;11:157-63. DOI: 10.1002/pmh.1375
3. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
4. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford Press 1993.
5. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, et al. Pharmacological treatments for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs* 2021;35:1053-67. DOI: 10.1007/s40263-021-00855-4
6. Feurino L, Silk KR. State of the art in the pharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2011;13:69-75. DOI: 10.1007/s11920-010-0168-9
7. Brodsky BS, Galfalvy H, Mann JJ, et al. Dialectical behavior therapy versus serotonin reuptake inhibitor treatment for suicidal behavior in borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2025;182:1083-92. DOI: 10.1176/appi.ajp.20240298
8. Lieslehto J, Tiihonen J, Lähteenvuori M, et al. Relapse risk prediction in patients with first-episode bipolar disorder: development, external validation, and pharmacotherapy associations of a machine learning model. *Mol Psychiatry* 2025;30:5722-30. DOI: 10.1038/s41380-025-03316-2
9. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Fact sheet: zelfmoord bij personen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek. Laatste update: 27/06/2025. Beschikbaar op: <https://www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers/fact-sheets/fact-sheet-zelfmoord-bij-personen-met-een-borderline-persoonlijkheidsproblematiek>

10. Dumon E, Cornelis E, Aerts S, Portzky G. Detectie en interventies bij suïcidale gedachten en gedrag: multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2023.
11. Dumon E, Stas P, Gijzen M, et al. Langdurige suïcidaliteit: reflecties en adviezen. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie, 2025. Beschikbaar op: SP-reflex.zelfmoord1813.be. Url:: <https://sp-reflex.zelfmoord1813.be>
12. Akwa GG. Persoonlijkeheidsstoornissen. GGZ Standaarden, beoordeeld op: 17/06/2022. Geautoriseerd op: 4/03/2025. Beschikbaar op: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkeheidsstoornissen>
13. Desplenter F, Laekeman G. Wat de patiënt kiest werkt beter... Editoriaal. Minerva 2011;10(9):105.