

Depressie en/of borderline problematiek?

Rationale voor vroege interventie bij borderline problematiek en richtlijnen voor diagnostiek en behandeling

Joost Hutsebaut, Sigrid Geertzema & Christel Hessels

Inleiding

96% van de cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) zal ooit in zijn of haar leven een stemmingsstoornis ontwikkelen (McGlashan e.a., 2000). Persoonlijkheidsstoornissen hebben invloed op de behandeling van stemmingsstoornissen: De respons bij behandeling van depressie is beduidend minder wanneer er ook een persoonlijkheidsstoornis aanwezig is (Viinamäki e.a., 2003). Depressieve patiënten mét een persoonlijkheidsstoornis blijken twee- tot driemaal vaker een suïcidepoging te doen, anderhalf tot tweemaal zoveel kans te hebben om tijdens of na de behandeling een angststoornis te ontwikkelen en tweemaal zo veel risico te lopen om na drie jaar nog steeds aan de criteria van een depressie te voldoen (Oleski e.a., 2011).

Terwijl behandeling van BPS-symptomen tot verbetering van depressieve symptomen leidt, is het omgekeerde niet het geval (Gunderson e.a., 2004). Dezelfde studie laat zien dat antidepressiva slechts een beperkt effect hebben wanneer er tevens sprake is van BPS. De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis heeft daarmee duidelijke implicaties voor behandeling van depressie.

BPS begint zich te manifesteren vanaf de puberteit (Chanen e.a., 2008). Op deze leeftijd komen symptomen van BPS en een stemmingsstoornis vaak samen voor (o.a. Belsky e.a., 2012). Niemand zal ter discussie stellen dat depressies kunnen worden onderkend en behandeld in de kindertijd en adolescentie. Ten aanzien van persoonlijkheidsstoornissen in de jeugd bestaat er meer terughoudendheid (Laurensen e.a., 2013), waardoor mogelijke symptomen van (borderline) persoonlijkheidsproblematiek (suïcidaliteit, stemmingsproblemen) vaak worden toegeschreven aan een symptoomstoornis, zoals een depressie, en de borderlineproblematiek onderbehandeld blijft. In dit artikel beargumenteren we de rationale voor vroege detectie en interventie voor BPS en bespreken we richtlijnen voor diagnostiek en behandeling voor borderline problematiek bij jongeren.

Rationale voor vroege interventie bij borderline problematiek

Hoe eerder een potentieel levensbedreigende aandoening wordt onderkend en behandeld, des te beter de prognose voor herstel en des te minder ingrijpend de behandeling (Scott e.a., 2013). Het klassieke voorbeeld is huidkanker: als een melanoom in een vroeg stadium wordt onderkend, bestaat de ingreep uit niet meer dan het operatief verwijderen ervan. In een later stadium dienen er meer ingrijpende behandelingen ingesteld te worden (Garbe e.a., 2011).

In feite geldt dit ook voor BPS. Als BPS zich heeft ontwikkeld tot een chronische, volwassen aandoening, is ze doorgaans geassocieerd met ernstige psychische en gezondheidsproblemen. Volwassenen met BPS hebben een verhoogd risico op suicide en hun zorgconsumptie is zeer hoog (Zanarini e.a., 2015). De kwaliteit van leven bij mensen met BPS is ernstig gereduceerd (Soeteman e.a., 2008), ze kampen veelvuldig met allerlei gezondheidsproblemen en hun levensverwachting ligt ongeveer twintig jaar lager (Fok e.a., 2012). Ongeveer 40% van mensen met BPS slaagt er nooit in te participeren aan de arbeidsmarkt (Zanarini e.a., 2012). Het spreekt voor zich dat er veel aan gelegen is om deze negatieve uitkomsten te voorkomen.

Dat vereist in eerste instantie dat BPS in een vroeg stadium betrouwbaar gedetecteerd kan worden. De DSM-5 stelt bij de diagnose BPS expliciet dat het bij kinderen en jongeren volstaat wanneer gedurende één jaar aan de kenmerken wordt voldaan (APA, 2013). BPS bij jongeren kan betrouwbaar worden vastgesteld en er bestaat een reeks van specifiek ontwikkelde instrumenten die daarbij kunnen helpen (zie verder). Alle kenmerken van BPS onderscheiden een BPS-groep van een groep gezonde jongeren (Becker e.a., 1999). Nog belangrijker: voldoet een adolescent aan de kenmerken van BPS, dan is de last zowel op het moment zelf als in de toekomst, uiterst hoog. Adolescenten met een diagnose van (B)PS zullen minder vrienden hebben en meer problemen op school (Westen e.a., 2003), meer middelen gebruiken (Serman e.a., 2002), meer seksuele partners en meer onveilige seks hebben (Lavan & Johnson, 2002), vaker slachtoffer worden van geweld en meer crisisopnames meemaken (Kasen e.a., 2007). Kortom: criteria van BPS identificeren een uiterst kwetsbare groep pubers.

In tweede instantie dient er evidentie te zijn dat er goede en veilige behandelingen zijn voor deze groep jongeren. Daar komen we later op terug. Hier noemen we dat er voor elk van de bewezen effectieve volwassen behandelprogramma's ook aanpassingen bestaan voor adolescenten en dat al deze programma's niet alleen even effectief zijn als hun volwassen tegenhangers, maar deze effecten bovendien aanzienlijk sneller bereiken (o.m. Mehlum e.a., 2014).

Lotta

Lotta is veertien jaar. Ze voelt zich somber. Op school vindt ze moeizaam aansluiting bij klasgenoten en voelt ze zich snel genegeerd. Ze probeert in de klas de 'leuke' versie van zichzelf te zijn: niemand weet dat ze zich vaak erg naar voelt, ze is bang dat anderen er alleen maar misbruik van zouden kunnen maken, mochten ze dit weten. Lotta heeft één beste vriendin; met haar heeft ze een intens contact, wat geregeld ook gedoe geeft als Lotta zich afgewezen voelt. Thuis is ze vaak prikkelbaar en heeft ze geregeld woedeuitbarstingen. Haar ouders zien hoe hun kind sinds de overgang naar de middelbare school is veranderd van een vrolijk, spontaan kind naar een prikkelbare, passieve en vaak teruggetrokken puber. Ze hebben geen toegang meer tot haar. Lotta reageert vaak buitenproportioneel op kleine voorvallen. Ze verwijt haar ouders dat ze haar nooit begrijpen en gaat de strijd aan, bijvoorbeeld over het doen van afgesproken huishoudelijke taken. De ouders zijn er achtergekomen dat Lotta zichzelf beschadigt door in haar bovenarmen te krassen. Ze heeft daar niet echt een reden voor, zegt ze. Haar beste vriendin doet dit ook en het helpt wanneer ze zich zo naar voelt. Soms denkt Lotta aan doodgaan. Ze heeft nog geen acties ondernomen, maar heeft wel geregeld gedachten over suïcide.

Amber

Amber is veertien jaar. Ze is al sinds haar achtste in de hulpverlening, nadat ze in toenemende mate gedragsproblemen vertoonde. Haar ouders zijn met veel strijd uit elkaar gegaan en sindsdien woont Amber bij haar moeder. Haar moeder heeft hulp gehad voor haar drankproblemen. Het contact met haar vader is wisselvallig. Moeder benadrukt dat je niet op vader kunt rekenen. Amber heeft het gevoel niet belangrijk te zijn voor haar vader. Op haar achtste werd Amber door een oudere buurjongen aangerand, iets wat ze pas jaren later verteld heeft omdat ze haar moeder niet wilde belasten en zich schaamde. De afgelopen jaren heeft Amber afwisselend depressieve periodes gehad en periodes waarin de gedragsproblemen op de voorgrond stonden. Sinds haar twaalfde beschadigt ze zichzelf en sinds een half jaar snijdt ze zich geregeld diep. Ze heeft één keer een overdosis genomen. Ze heeft vaak eetbuien, voelt zich dik en lelijk, haat zichzelf. Op school gaat het leren moeizaam en blijft ze geregeld thuis omdat ze 'ziek' is. Ze stelt zich wel stoer en hard op in de klas, maar is eigenlijk heel bang en heeft met niemand echt contact. Ze voelt zich erg eenzaam en depressief.

Zowel Lotta als Amber heeft naast somberheidsklachten ook problemen die onder de noemer van ‘borderline’ kwetsbaarheid kunnen worden geschaard – en tegelijk zijn er verschillen. In deze paragraaf bespreken we enkele principes bij het vaststellen van deze borderline kwetsbaarheid en geven we richtlijnen voor een diagnostische procedure.

Diagnostiek van borderline problemen bij adolescenten

In deze tekst spreken we van borderline kwetsbaarheid of problemen: persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen zijn niet absoluut van elkaar onderscheiden, maar dimensioneel. Persoonlijkheidsproblematiek verwijst naar de uiterste varianten van normale persoonlijkheidsdimensies. Jongeren kunnen meer of minder kwetsbaarheden in hun persoonlijkheidsfunctioneren vertonen, die zich kunnen uiten in de kenmerkende symptomen van BPS, maar ook in een hele reeks andere problemen. Bovendien kunnen deze problemen nog ‘lokaal’ zijn en het functioneren ‘slechts’ beperkt aantasten (vroeg stadium), maar de gevolgen ervan kunnen zich ook uitstrekken over diverse gebieden van functioneren (laat stadium; zie Hutsebaut & Hessels, 2017). Kortom, bij de diagnostiek van BPS gaat het niet zozeer om het ‘classificeren’, maar om het vaststellen van het stadium van de persoonlijkheidsproblematiek op basis van de omvang en ernst van de borderline en andere problemen.

Bij het in kaart brengen van persoonlijkheid gaat de diagnosticus op zoek naar patronen. Kwetsbaarheden in persoonlijkheidsfunctioneren uiten zich niet in eenmalige of geïsoleerde incidenten, maar in terugkerende patronen in ervaringen en gedragingen. Heeft Lotta al veel langer moeite om emoties goed te reguleren? Vormen de zelfbeschadiging of eetbuien bij Amber een patroon van er niet goed in slagen haar schadelijke impulsen te sturen en controleren? Om deze patronen goed in kaart te brengen heb je doorgaans informatie nodig uit verschillende bronnen (bv. de jongere zelf, ouders, leraar), op verschillende tijdstippen en op basis van verschillende methodes (vragenlijsten, observaties, gestructureerde interviews).

Bij persoonlijkheidsproblematiek ligt het zwaartepunt in de persoon, waarbij er een relatieve stabiliteit in het functioneren van de jongere in verschillende situaties is, bijvoorbeeld doordat een jongere onvoldoende in staat is zich flexibel aan te passen aan uiteenlopende situaties of herhaaldelijk de neiging heeft om anderen te wantrouwen. Dat betekent niet dat de omgeving geen invloed heeft op de manifestatie van deze symptomen. Gaat een jongere alleen maar in heftig verzet op school, maar slaagt hij of zij erin zich goed te

reguleren in andere situaties, dan ligt het zwaartepunt wellicht niet zozeer in de persoonlijkheid, maar in de context of in de specifieke ontwikkelingsstaken waar deze jongere op dat moment mee bezig is. Bij Lotta en Amber kan je je bijvoorbeeld afvragen of er contexten zijn (thuis, school, vrienden) waarin ze hun emoties wel goed kunnen reguleren, wel stabiele en wederkerige relaties kunnen aangaan of zichzelf kunnen zijn. Is dat niet (meer) het geval, dan getuigt dat wellicht van hun inflexibiliteit om zich nog aan enige situatie aan te passen en dus van de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek.

Een laatste punt dat we willen aanstippen, is het belang om na te gaan in welke mate de persoonlijkheidsproblemen impact hebben op de ontwikkeling van jongeren. Uiteindelijk willen jongeren met een borderline kwetsbaarheid vaak dezelfde dingen als hun leeftijdsgenoten: ze willen *gewoon* naar school gaan, vrienden hebben, zich goed in hun vel voelen, een fijne relatie met hun ouders hebben, zich gewaardeerd voelen door leraren. Jongeren die daarin slagen, zullen ook doorgaans weinig last of symptomen ervaren. Het is goed om niet alleen problemen in kaart te brengen, maar ook het functioneren van jongeren op verschillende ontwikkelingsgebieden. Drie gebieden staan daarbij voorop: 1) hoe veilig en positief zijn de relaties met het gezin en hoe passend zijn ze gezien de leeftijd van de jongere? 2) hoe goed kan de jongere zich op school inzetten, zich concentreren op taken, deelnemen aan lessen? 3) hoe goed is de jongere ingebed en verbonden met een constructieve, positieve groep van leeftijdsgenoten? Hoe meer de persoonlijkheidsproblemen deze ontwikkelingsgebieden hebben aangetast, des te ernstiger de problematiek en des te ‘verder’ het stadium van de aandoening.

Procedure voor diagnostiek

Hoe ziet een procedure voor screening en diagnostiek eruit? Primair is het van belang dat hulpverleners die met jongeren werken, zich bewust zijn van het veelvuldig voorkomen van symptomen van BPS: in de normale populatie heeft 3-5% van de mensen significante kenmerken van BPS en voldoet 1,1% aan de volledige diagnose (Ten Have e.a., 2016). Je zou zelfs kunnen stellen dat de aanwezigheid van veel andere symptomen (bijvoorbeeld zowel stemmingsproblemen als eetproblemen of zowel stemmingsproblemen als gedragsproblemen) doorgaans betekent dat het onderliggende persoonlijkheidsfunctioneren kwetsbaar is en extra alertheid nodig is voor symptomen van BPS.

Specifieke symptomen van BPS zijn in de puberteit doorgaans aanwezig vanaf 11-12 jaar en zullen zich initieel vooral manifesteren op het terrein van 1) impulsiviteit, zoals te weinig controle over hun eigen gedrag, vaak niet

begrijpen waarom ze doen wat ze doen, ondoordacht gedrag dat schadelijk is voor henzelf of voor hun omgeving, zich snel laten leiden door frustraties en opgeven; en 2) verstoorde emotieregulatie, zoals sterke en plots wisselende stemmingen, zonder duidelijke aanleidingen (of niet in verhouding tot de ogenschijnlijke aanleiding), hoge prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen. Daarnaast rapporteren deze jongeren ook ervaringen van leegte, affectieve vlakheid, dissociatie.

De signalen op het vlak van zelfbeeld en vooral interpersoonlijke relaties kunnen op jonge leeftijd nog wat meer gemaskeerd zijn. Onderliggend kunnen deze jongeren erg in de war zijn over zichzelf, zich overmatig aanpassen aan anderen en zeer negatieve, en soms wisselende gevoelens van eigenwaarde hebben. In contact met anderen kunnen ze erg gevoelig zijn en overmatig invullen wat anderen over hen denken.

Lotta en Amber

Als we bij Lotta en Amber deze probleemgebieden doorlopen, signaleren we diverse uitingen van deze borderline kwetsbaarheid. Bij Lotta zijn er de prikkelbaarheid, woedeuitbarstingen en haar emotionele overreageren (uitingen van problemen in emotieregulatie); haar zelfbeschadiging (impulsiviteit); het overmatig aanpassen van zichzelf aan de omgeving (zelfbeeld/identiteit) en haar intense relaties met gevoeligheid voor afwijzing (relaties). Bij Amber zijn de problemen nog een stuk duidelijker: extreme stemmingsschommelingen (emoties); snijden, eetbuien, overdosis (impulsiviteit); diepe schaamte en zelfhaat (zelfbeeld/identiteit) en de sociale isolatie (interpersoonlijk).

Er bestaan ook hulpmiddelen om deze signalen meer systematisch te screenen, zoals de ‘Mc Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder’ (MSI-BPD, Zanarini e.a., 2003) en de Zelftest Borderline (zie www.kenniscentrumPS.nl). Screening vindt bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het hulpverleningstraject plaats, net om de ‘duur van de onbehandelde aandoening’ zo kort mogelijk te houden. Dit kan bijvoorbeeld plaatsvinden door de huisarts, POH-GGZ of jeugdprofessional van het wijkteam.

Bij een positieve uitkomst (bijvoorbeeld drie of meer positieve antwoorden) is nader onderzoek geïndiceerd. Om een diagnose te stellen, is het aangeraden om gebruik te maken van bestaande gestructureerde klinische interviews, zoals het ‘Structured Clinical Interview voor DSM-5 Personality Disorders’ (SCID-

P). Specifiek voor BPS bij jongeren werd de ‘Borderline Personality Disorder Severity Index-Adolescent version’ (BPDSI-A, Arntz e.a., 2003) ontwikkeld, een semigestructureerd interview dat bestaat uit 70 gedetailleerde vragen over de frequentie, aard en ernst van de BPS-kenmerken gedurende de afgelopen drie maanden. Van dit interview bestaat ook een ouder-versie, de ‘Borderline Personality Disorder Severity Index- Parent version’ (BPDSI-P). Afname van deze interviews vraagt enige training, maar vooral goede kennis van de bevroegde criteria. Dit is wellicht typisch een taak voor psychologen en psychiaters.

Is er sprake van borderlineproblematiek, dan is een uitgebreidere diagnostiek aangewezen. We weten immers dat BPS kwetsbaar maakt voor een hele reeks van andere problemen, zowel op gebied van andere psychische stoornissen, lichamelijke problemen als sociaal-maatschappelijke uitval. Informatie hierover is ook nodig om het stadium van BPS te bepalen en om de behandeling te informeren. Deze diagnostiek gebeurt bij voorkeur in een behandelsetting waarin ook gespecialiseerde behandeling kan worden geboden. De diagnosticus brengt daarbij informatie in kaart die meteen relevant is voor behandeltoewijzing en voor het opstellen van het behandelplan.

We noemen hier enkele invalshoeken die kunnen worden gebruikt voor diagnostische verfijning. Zo biedt het ‘Alternatieve Model voor Persoonlijkheidsstoornissen’ mogelijkheden om specifieke sterktes en kwetsbaarheden in persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen. Er kan worden gekeken naar de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek met de ‘Level of Personality Functioning Scale’ of het ‘Semigestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5’ (STiP-5.1, Hutsebaut e.a., 2016).

Naarmate de BPS meer chronisch wordt, zullen er nagenoeg steeds ook andere psychische aandoeningen voorkomen. Klassieke voorbeelden zijn stemmings- en angststoornissen, eetstoornissen en middelenmisbruikstoornissen. Verder noemden we eerder al dat het belangrijk is om het functioneren van de jongere thuis, op school en in de peergroup in kaart te brengen. Mogelijke risico’s zoals suïcidaliteit of zelfverwonding worden goed in kaart gebracht, omdat deze vaak voorkomen bij jongeren met BPS.

Daarnaast kunnen andere risico’s zoals het risico op agressie, dissociatieve toestanden, risicovol seksueel contact, en verzuim in behandeling belangrijke aandachtspunten zijn. Voor jongeren is de context waarin ze opgroeien van cruciaal belang. Kwetsbare contextuele factoren spelen een rol in de interactie tussen ouders en jongeren en daarmee ook in de persoonlijkheidsontwikkeling. Factoren zoals genetische belasting, psychische problemen bij ouders, en ingrijpende *life events* worden onderzocht. Daarbij willen we benadrukken dat

de aanwezigheid van een belaste opvoedingssituatie – zoals bij Amber – geen argument is om de diagnose van BPS niet te stellen: 70-80% van jongeren met BPS heeft immers een belaste gezinssituatie. Vaak speelt deze net een belangrijke etiologische rol.

Op basis van alle informatie kunnen de beschrijvende diagnose en indicatie worden gesteld. Voor indicatiestelling kan gebruik gemaakt worden van het stadiëringsmodel. Dit model biedt een heuristisch handvat om een inschatting te maken van de mate van progressie van de borderline problematiek en de daarbij aansluitende geschikte interventie. Inschatting van het stadium wordt gemaakt op basis van de volgende aspecten:

- * Ernst, duur en omvang van de borderline problematiek: globaal kan worden gesteld dat naarmate er meer BPS-symptomen zijn, naarmate de symptomen langer bestaan en ze ernstiger zijn, BPS zich in een later stadium bevindt. Met het oog op de ernst, is het vooral van belang om goed de ernst van de crisis- en impulsiviteitssymptomen in te schatten: hoe heftiger, gevaarlijker, en onvoorspelbaarder de crisis, des te waarschijnlijker dat iemand in een later stadium van borderlineproblematiek zit, of een profiel heeft waarbij progressie aannemelijk is;
- * De aard en omvang van andere psychische problemen: globaal kan worden gesteld dat de ‘comorbide’ last van symptoomstoornissen een indicatie geeft van de mate van progressie. Hoe meer gebieden van psychisch functioneren aangetast zijn (stemming, eten, angstregulatie, middelengebruik), des te verder het stadium;
- * De impact op ontwikkeling: hoe meer diverse ontwikkelgebieden ernstig aangetast worden door de persoonlijkheidsproblematiek (thuis, sociaal, school), des te verder het stadium.

Op basis van deze criteria kan het stadium worden bepaald (zie Hutsebaut & Hessels, 2017). In functie hiervan zullen andere interventies aangewezen zijn. In eerdere stadia kan doorgaans worden volstaan met milde en korte interventies, terwijl latere stadia vaak baat hebben bij complexere en langere interventies.

Lotta en Amber

Lotta vertoont enkele symptomen van BPS: woedeuitbarstingen, stemmingswisselingen, krassen, identiteitsproblemen. Mogelijk speelt er verlatingsangst, al is dat (nog?) niet zo duidelijk. De symptomen zijn nog eerder beperkt van duur en er zijn naast de somberheidsklachten weinig

aanwijzingen voor ernstige comorbiditeit. Lotta gaat nog naar school, heeft nog enig sociaal netwerk (zij het weinig echt steunend) en de situatie thuis is geregeld gespannen, maar nog hanteerbaar. Al met al zou je kunnen beargumenteren dat zij zich in een stadium 1 bevindt: zij heeft duidelijke kenmerken van BPS, die hebben enige tot duidelijke impact op haar psychische last en sociaal functioneren, maar de impact is nog relatief beperkt ('lokaal') en zij voldoet (nog) niet aan de criteria van een diagnose BPS.

We zouden kunnen beargumenteren dat Lotta's depressieve symptomen te maken hebben met haar moeite om zich sociaal in te schakelen: ze is erg gevoelig in contact met anderen, loopt daar heftige emoties op en verliest zichzelf te veel in sociale contacten, waardoor ze zich weinig echt gezien en begrepen voelt. Deze dynamiek is uitvergroot thuis: zij voelt zich door haar ouders niet begrepen, reageert vaak prikkelbaar en reageert hiermee wellicht op een manier waardoor in interacties haar behoeftes niet voldaan worden.

Amber is even oud, maar we zouden kunnen beargumenteren dat zij verder is in het beloop van de stoornis. Amber vertoont ernstige problemen op diverse gebieden van BPS. Haar symptomen zijn ook ernstiger en gevaarlijker en haar problemen hebben meer impact op haar ontwikkeling: Zij is sociaal geïsoleerd, verzuimt vaak school en ondervindt naast de borderline symptomen ook depressieve en eetproblemen. We zouden kunnen beargumenteren dat Amber in stadium 2 van BPS zit: zij voldoet aan de volledige diagnose en deze probleemgebieden 'infecteren' haar diverse ontwikkelingsgebieden.

Lotta en Amber hebben beiden wellicht een andere behandeling nodig. Mogelijk kunnen er bij Lotta sneller behandel-effecten bereikt worden dan bij Amber, net omdat zij nog eerder aan het begin staat van de BPS-ontwikkeling.

Behandeling van jongeren met borderline problematiek

Voor de behandeling van jongeren met BPS bestaan verschillende behandelprogramma's waarvan de effectiviteit werd onderzocht. De twee best onderzochte behandelingen zijn 'Dialectische Gedragstherapie voor Adolescenten' (DGT-A) en 'Mentalization Based Treatment voor Adolescenten' (MBT-A). Voor beide behandelvarianten bestaan er naast gerandomiseerde studies ook ongecontroleerde studies. DGT-A omvat doorgaans een combinatie van individuele en gezinstherapie, naast vaardigheidstraining in een groep. In vergelijking met de variant voor volwassenen is er begeleiding voor ouders en werd een extra module toegevoegd ('Walking the Middle path'). De duur van de behandeling is doorgaans korter dan bij volwassenen. DGT-A richt de aandacht vooral op de

emotieregulatieproblemen en biedt jongeren een reeks vaardigheden aan waarmee ze hun heftige emoties en impulsen beter onder controle kunnen krijgen.

Als Amber DGT-A zou volgen, dan zou ze bijvoorbeeld in een groep komen waarin ze vaardigheden leert die ze kan gebruiken wanneer ze geneigd is zichzelf te snijden of wanneer ze suïcidaal wordt. Ze zou in de individuele gesprekken met behulp van een dagboekkaart en kettinganalyses meer zicht kunnen krijgen op de opbouw van spanning naar deze crisissen toe en ze zou gemotiveerd worden om vaardigheden in te zetten om bij het onderkennen van deze opbouw de escalatie tegen te gaan.

MBT-A combineert doorgaans individuele, groeps- en gezinstherapie. De focus bij MBT-A ligt op het bevorderen van het mentaliseren, dit wil zeggen dat jongeren stilstaan bij de betekenis van hun eigen en andermans gedrag, waardoor ze meer grip kunnen krijgen op zichzelf en hun interacties met anderen (Rossouw & Fonagy, 2012). Als Amber MBT-A zou volgen, dan zou ze uitgenodigd worden om zowel in de individuele als groeps gesprekken stil te staan bij belangrijke incidenten die zich hebben voorgedaan. Ze zou geholpen worden om zicht te krijgen op de verschillende gevoelens, gedachten en behoeftes die zich bij haar zelf en bij de anderen in dat voorval (zouden kunnen) hebben voorgedaan. De behandelaars zouden haar stimuleren om ook stil te staan bij gevoelens die niet meteen bewust zijn (bv de teleurstelling van Amber achter haar boosheid) en ze zouden met Amber nagaan hoe deze emoties of behoeftes ook spelen in het contact met de behandelaar. Amber zou door het bespreken hiervan in contact met de groep en de behandelaar geholpen worden om beter zicht te krijgen op zichzelf in contact met de ander, op het effect dat anderen op haar hebben, maar ook omgekeerd, op het effect dat zij op anderen heeft, waardoor er bepaalde niet helpende interacties ontstaan.

Ook ERT werd onderzocht in een gerandomiseerde studie, al slaagden de onderzoekers geen echte meerwaarde van ERT als toevoeging aan te tonen boven reguliere behandeling (Schuppert e.a., 20012. ERT is een jeugdvariant van de VERS-behandeling bij volwassenen en biedt via groepstrainingen een reeks vaardigheden aan om oplopende emoties beter te hanteren.

Schematherapie is een integratieve behandeling waarin zowel gebruik gemaakt wordt van interventies uit de cognitieve, psychodynamische, experiëntiële als Gestalttherapie. In schematherapie wordt onderzocht welke onderliggende schema's of kennisstructuren ten grondslag liggen aan gedrag en hoe hierin een groei doorgemaakt kan worden. Als Amber ST-A zou volgen zou met haar worden gekeken welke schema's ('trekken') in haar dagelijkse

leven geactiveerd worden en hoe die kunnen leiden tot bepaalde modi ('toestanden') waarin ze bijvoorbeeld zichzelf straft, woedeuitbarstingen uit of zich net helemaal afsluit van haar gevoelens. De behandelaar zal ook technieken als Imaginatie en Rescripting gebruiken om de traumatische ervaringen die tot deze schema's hebben geleid, te verwerken.

Ten slotte is er 'Adolescent Identity Treatment', een jeugdige variant van 'Transference Focused Psychotherapy' (Foelsch e.a., 2014). Er bestaat nog geen onderzoek naar deze vorm van behandeling.

De genoemde behandelingen vormen aanpassingen van bestaande behandelingen voor volwassenen. Doorgaans bestaan de voornaamste aanpassingen uit een verkorting van de behandelduur en het betrekken van ouders bij de behandeling. Naast deze programma's bestaan er ook twee vroege-interventieprogramma's die bedoeld zijn voor jongeren in een vroeg stadium van BPS; 'Helping Young People Early' (HYPE; Chanen e.a., 2008) en 'MBT-early' (Hutsebaut e.a., 2017). Beide behandelingen zijn qua opzet vergelijkbaar (MBT-early is ook gebaseerd op de principes van HYPE), maar gebruiken een ander behandelmodel: 'Cognitieve Analytische Therapie' (CAT) versus 'Mentalization-Based Treatment'. Beide behandelingen zijn kortdurend en intermitterend. Ze integreren individuele psychotherapie, gezinsgesprekken, case-management en – indien van toepassing – farmacotherapie. Na een behandelperiode volgt een boosterperiode in beide programma's, waarin behandelresultaten verankerd worden.

Mocht Lotta instromen bij HYPE, dan zou zij zowel in individuele gesprekken als in gesprekken samen met ouders stilstaan bij doelen gericht op haar functioneren, zoals het volhouden van de schooldagen of meer gaan bespreken met ouders. Daarnaast zou zij in de psychotherapie (CAT) de terugkerende patronen in relaties, gedachten en gevoelens gaan ontdekken en zicht krijgen op de gedragingen die hieruit voortvloeien. Zo zou ze over het zich niet gezien of afgewezen voelen op school, situaties kunnen gaan observeren en oefenen met ander gedrag, waardoor ze mogelijk nieuwe, meer positieve, ervaringen kan opdoen en op een andere manier contact leert maken met de mensen om zich heen. Tijdens de therapie gaat ze samen met haar therapeut hier meer inzicht in ontwikkelen, maar gaat ze ook nieuwe manieren van omgaan met zichzelf en anderen ontdekken en oefenen met deze nieuwe manieren. Door ouders actief te betrekken in de behandeling, kunnen zij Lotta hierbij ondersteunen.

Bij start binnen MBT-early zouden met Lotta in de eerste twee of drie gesprekken twee doelen gekozen worden en zou er bij haar in de daaropvolgende twaalf weken een proces op gang gebracht worden waarin ze leert

mentaliseren over (veranderingen in) deze doelen. Wil zij zich bijvoorbeeld minder depressief voelen, dan zou de behandelaar met Lotta in de sessies stilstaan bij wisselingen in haar depressieve gevoelens de afgelopen week/dag en zou hij of zij met Lotta onderzoeken wat de betekenis is van bijvoorbeeld een toename van depressieve gevoelens de dag voor de sessie: wat eraan voorafging, wat er (wellicht) in contact met een andere persoon was gebeurd en wat het effect daarvan op Lotta was, waardoor ze zich depressiever is gaan voelen. Lotta zou bijvoorbeeld kunnen ontdekken dat zij depressiever wordt wanneer ze zich niet gezien voelt. Ze zou kunnen ontdekken dat ze vanuit een angst niet gezien te worden, zich gaat terugtrekken, wat een effect heeft op anderen, waardoor die misschien eerder geneigd zijn haar behoeftes over het hoofd te zien.

Werkzame elementen

Er bestaan nauwelijks wetenschappelijke studies naar de werkzame elementen in de behandeling van jongeren met een borderline kwetsbaarheid. Toch willen we hier enkele belangrijke elementen op een rijtje te zetten.

Ten eerste is het cruciaal om tijdig een gepaste behandeling in te zetten, die aansluit bij het stadium van progressie van de borderline problematiek. Dat vraagt laagdrempelige zorg en snelle doorverwijzing, maar ook het niet langer vermijden of uitstellen van het signaleren van persoonlijkheidspathologie. Je wacht ook niet met de behandeling van een melancoom tot de tumor helemaal in distale gebieden van het lichaam is uitgezaaid. In enkele maanden tijd kan er veel (in negatieve zin) veranderen en demoralisatie door tekortschietende behandelingen heeft een remmend effect op vervolgbehandelingen. Het tijdig onderkennen van de kern van de problematiek en het inzetten van een behandeling die aansluit in dosering en duur bij de ernst hiervan, biedt vaak hoop bij jongeren en ouders.

Ten tweede is het van belang dat het programma een duidelijke structuur en kader heeft, zodat jongeren en ouders weten waar ze aan toe zijn: wanneer zijn de afspraken, met wie, en waartoe dienen ze? Hoe kunnen ze de afdeling bereiken, wanneer en wat te doen als de praktijk gesloten is? Voor veel voorkomende klinische incidenten, zoals grensoverschrijdingen, crisis, dreigende drop out en uitwisseling van informatie, dienen duidelijk beschreven afspraken te bestaan, die voor het gezin en alle teamleden helder zijn.

Ten derde is de basishouding in contact met deze jongeren en gezinnen belangrijk: behandelaars hebben een actieve, betrokken, onderzoekende en emotioneel steunende houding, waarin ze niet-veroordelend en emotioneel

betrokken en steunend zijn bij de zorgen en soms pijnlijke emoties die jongeren en ouders ervaren. Bij het bespreken van patronen in de persoonlijkheid en onderlinge relaties zal de behandelaar soms destructieve interacties moeten begrenzen of de jongere en/of ouders empathisch confronteren.

Ten vierde is het van belang om aan te sluiten bij de hulpvraag van ouders en jongeren en jongeren te helpen beter om te gaan met de uitdagingen in deze fase van hun ontwikkeling. Het doel van een behandeling is niet zozeer om diagnoses te voorkomen, maar om een gezonde ontwikkeling te bevorderen. Behandelingen die gericht zijn op de persoonlijkheidsproblematiek, versterken ook de psychische veerkracht van jongeren en gezinnen en beschermen daarmee tegen toekomstige terugvallen. De onderliggende voedingsbodem voor symptomen vermindert doordat jongeren leren hun eigen emoties beter herkennen en reguleren, er beter in slagen stabiele contacten met anderen uit te bouwen, hun eigen behoeftes en grenzen beter herkennen en beter kunnen afstemmen op anderen. Behandelaars zullen daartoe voortdurend interventies op vier terreinen doen: 1) het versterken van de motivatie en de bereidheid om te veranderen en daartoe te investeren in behandeling; 2) jongeren en ouders helpen om over zichzelf te reflecteren en verbanden te leggen tussen hun gedrag en gedachten en gevoelens; 3) het herkennen, uitdrukken en reguleren van emoties en crises; 4) het monitoren van de samenwerking en het herstellen van breuken in de samenwerking.

Ten slotte is het in de behandeling van jongeren onontbeerlijk om de brede context mee te betrekken, tenzij dat schadelijk is. Je zult de ouders van Lotta en van Amber mee moeten nemen, maar wellicht ook de school van Amber. Het gedrag van deze jongeren roept immers vaak onbegrip op en daarvanuit gaat de omgeving vaak reageren op een manier die de onderliggende patronen versterkt (bijvoorbeeld op de gedragsproblemen van Amber reageren met nog dwingender en autoritair gedrag, waardoor zij zich nog meer gedevalueerd zal voelen).

Discussie

Jongeren die zich melden met depressieve klachten, kunnen daarnaast ook last hebben van andere problemen zoals stemmingswisselingen of zelfverwonding. In dit artikel hebben we beargumenteerd dat de kenmerken van BPS een goede marker zijn aan de hand waarvan een groep jongeren kan worden onderscheiden die het doorgaans niet goed doet in de klassieke behandelingen voor depressie en die op termijn een negatieve uitkomst heeft. We hebben gepleit voor vroege detectie en interventie van deze ‘borderline kwetsbaarheid’. We

denken dat het belangrijk is dat bijvoorbeeld huisartsen, jeugdprofessionals en eerstelijnspsychologen een basiskennis hebben van BPS, zodat ze tijdig een – in potentie – ernstige groep jongeren kunnen detecteren en doorverwijzen. Classificatie en diagnostische verfijning kunnen vervolgens gebeuren in meer specialistische centra, waar ook behandelaanbod is voor deze jongeren.

Op dit moment bevindt de kennis over vroege interventie van BPS zich vooral in de specialistische centra. Dat komt wellicht doordat dit een jong veld is. Bestaande vroege interventieprogramma's zijn ook specialistische programma's (i.c. MBT-early en HYPE). Wat uiteindelijk nodig is, is dat de basisprincipes uit deze programma's gerealiseerd kunnen worden in een meer generalistisch vroege interventie-programma. Dat zou een klinisch landschap toelaten waarin BPS-jongeren in een vroeg stadium in een generalistisch vroege interventie-programma behandeld zouden kunnen worden in de eerste of tweede lijn, terwijl jongeren met een ernstige BPS-problematiek (inclusief hoge comorbiditeit) in meer gespecialiseerde programma's in de derde lijn geholpen kunnen worden. Zulke generalistische vroege interventie-programma's zouden de principes en werkzame mechanismen van de huidige programma's kunnen overnemen zonder de specifieke theoretische en methodische onderbouw van een specialistisch programma. Behandelingen in de eerste en tweede lijn zouden vaker monodisciplinair, minder intensief en minder langdurig zijn en zouden bedoeld zijn voor jongeren met (nog) minder ernstige problematiek. Dit in tegenstelling tot de typische specialistische programma's (zoals MBT-A of DGT-A), die vaak multidisciplinair, intensief en langdurig zijn, en bedoeld voor jongeren die (al) een ernstige BPS hebben.

Een model van klinische stadiering is naar onze mening hierbij noodzakelijk, maar vraagt ook meer onderzoek. We weten immers nog niet veel over het natuurlijke verloop van jongeren met subklinische diagnoses: bij hoeveel van deze jongeren zal de stoornis zich ontwikkelen naar meer ernstige, chronische varianten van BPS? Kunnen we kenmerken van deze jongeren identificeren die voorspellend zijn voor een dergelijke ontwikkeling? Deze vraag is in het bijzonder van belang met het oog op de behandeling van comorbiditeit bij subklinische BPS-diagnoses. Concreet: moet je bij Lotta en Amber de behandeling insteken op hun stemmingsproblemen of op hun persoonlijkheidsproblemen? De evidentie bij volwassenen suggereert dat bij BPS in combinatie met een depressie, de behandeling zich op de BPS moet richten. Depressieve symptomen zullen immers mee verbeteren in deze behandeling, terwijl het omgekeerde niet noodzakelijk geldt. Dat zou ervoor pleiten om in elk geval bij Amber te beginnen met de BPS. Echter wanneer er subklinische varianten zijn, is nog niet helder of behandeling zich eerst zou

moeten richten op de depressieve of op de borderlinekenmerken. Moet je bij Lotta eerst de depressieve symptomen behandelen om na te gaan wat er vervolgens ‘overblijft’ van haar persoonlijkheidsproblemen? Of moet je toch meteen werken aan de persoonlijkheidsproblematiek om te voorkomen dat de borderlineproblemen verergeren?

In de klinische praktijk zal er vaak voor gekozen worden om eerst de stemmingsstoornis te behandelen. Vanuit het perspectief van vroege interventie zou je echter kunnen beargumenteren dat daardoor minstens in een aantal gevallen een ineffectieve behandeling wordt ingezet, waarmee niet alleen kostbare tijd verloren gaat, maar waarmee bovendien de borderlineproblematiek (wellicht) verergert. Bovendien denken we dat door de diagnose als een taboe te behandelen en ze alleen voor te behouden aan de chronische, haast onherstelbare (‘late-end’) uitingen, we uiteindelijk deze negatieve connotatie bevestigen. Door ook eerdere manifestaties te onderkennen en benoemen, kunnen we wellicht iets afhalen van het stigma. Door de kenmerken van BPS op tijd te signaleren, de diagnose tijdig te stellen en te verwijzen voor passende behandeling, hopen we dat meiden zoals Lotta en Amber in de toekomst tijdig geholpen kunnen worden.

Samenvatting

Behandelaars van kinderen en jongeren zijn in hun opleiding goed getraind om depressieve symptomen te onderkennen en te behandelen. Ze zijn daarentegen vaak minder gericht op de kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek. In dit artikel bespreken we onderzoeksresultaten die laten zien dat stemmingsstoornissen vaak samen met persoonlijkheidsproblemen voorkomen, waarbij een (subklinische) persoonlijkheidsstoornis veel invloed op de prognose en kans op herstel van een stemmingsstoornis heeft. Door het bespreken van de rationale voor vroege detectie en interventie en het bieden van concrete richtlijnen voor diagnostiek en behandeling, hopen we hulpverleners houvast te geven om borderlineproblematiek bij jongeren tijdig te onderkennen, gepast te verwijzen of waar mogelijk zelf te behandelen.

Dr. J. Hutsebaut is klinisch psycholoog, behandelaar en principal investigator, De Viersprong. Emailadres: joost.hutsebaut@deviersprong.nl.

Drs. S.M. Geertzema is Gz-psycholoog, behandelaar, De Viersprong en Psytrek. Emailadres: Geertzema@psytrek.com

Dr. C.J. Hessels is klinisch psycholoog en P-opleider, GGz Centraal.
Emailadres: c.hessels@ggzcentraal.nl

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5(5th edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J. e.a. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders, 17* (1), 45-59.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Morey, L.C., e.a. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: Evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*, 200-205.
- Belsky, D.W., Caspi, A., Arseneault, L. e.a. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology, Feb 24* (1), 251-65.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., e.a. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 193*, 477-484.
- Chanen, A.M., Jovev, M. & McCutcheon, L. (2008). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews, 2008* (4), 48-57.
- Chanen, A.M. & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The British Journal of Psychiatry, 202* (s54), s24-29.
- Foelsch, P. e.a. (2014). *Adolescent Identity Treatment. An integrative approach for personality pathology*. Amsterdam: Springer Publishers.
- Fok, M.L.Y., Hayes, R.D., Chang, C.K., e.a. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 73*, 104-107
- Garbe, C., Eigentler, T.K., Keilholz, U., e.a. (2011). Systematic review of medical treatment in melanoma: current status and future prospects. *The Oncologist, 16* (1), 5-24.
- Gunderson, J.G., Morey, L.C., Stout, R.L., e.a. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 1049-1056.

- Have, M. ten, Verheul, R., Kaasenbrood, A., e.a. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study base don the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study – 2. *BMC Psychiatry*, 19 (16), 249.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D., Keur, E., Schäfer, B., & Bales, D. (2017). Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early (Timely detection and treatment of borderline pathology in young people with MBT-early). *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43 (5), 330-344.
- Hutsebaut, J. & Hessels, C. (2017). Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59 (3), 166-174.
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J.H., Feenstra, D.J., e.a. (2016). Assessing DSM–5-Oriented Level of Personality Functioning: Development and Psychometric Evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM–5 (STiP-5.1). *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 7 (2), 192-7.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., e.a. (2007). Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: A 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (1), 56-65.
- Laurenssen, E.M., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., Van Busschbach, J.J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 7, 3.
- Lavan, H. & Johnson, J.G. (2002). The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 16, 73-94.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Skodol, A.E., e.a. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 102, 256-264.
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., e.a. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53, 1082-1091.
- Oleski, J., Cox, B.J., Robinson, J. & Grant, B. (2012). The Predictive Validity of Cluster C Personality Disorders on the Persistence of Major Depression in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Personality disorders*, 26 (3), 322-333.

- Rossouw, T.I. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1304-1313.
- Schuppert, H.M., Timmerman, M.E., Bloo, J., e.a. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51, 1314-1323.
- Scott, J., Leboyer, M., Hickie, I., e.a. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry*; 202, 243-5.
- Serman, N., Johnson, J.G., Geller, P.A., e.a. (2002). Personality disorders associated with substance abuse among American and Greek adolescents. *Adolescence*, 37, 841-854.
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22 (3), 259-268.
- Viinamäki, H., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., e.a. (2003). Cluster C Personality Disorder and Recovery from Major Depression: 24-Month Prospective Follow-Up. *Journal of Personality Disorders*, 17 (4), 341-350.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Conkey, L.C. & Fitzmaurice, G.M. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatric Services*, 66, 15-20.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery among Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects: A 16-year Prospective Follow-up Study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., e.a. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17 (6), 568-73.