

Vroege interventie voor borderline-persoonlijkheidsstoornis: een casus ter illustratie van het programma HYPE

C.J. Hessels, G. Blom

Samenvatting Hoewel borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) zich voor het eerst manifesteert tijdens de adolescentie of jonge volwassenheid, worden in de klinische praktijk deze diagnose en daarmee de noodzakelijke behandeling nog vaak uitgesteld tot in de volwassenheid. De eerste studies tonen aan dat gestructureerde vormen van behandeling effectief zijn voor jonge mensen met BPS. Empirisch onderbouwde programma's voor vroege interventie van BPS zijn inmiddels ontwikkeld en deze laten klinische verbetering van het functioneren zien. Aan de hand van een casus van een 14-jarig meisje met BPS illustreren we vroege interventie vanuit het programma Helping Young People Early (HYPE). Hiermee belichten we hoe relationele patronen een centrale rol spelen bij het begrijpen, herkennen en herzien van problemen in emoties en relaties. Ten slotte schetsen we het belang van multidisciplinaire samenwerking in een behandeling waarin psychotherapeutische, systeemtheoretische en psychosociale ingrediënten geïntegreerd zijn.

Terughoudendheid in het diagnosticeren van borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (BPS) bij adolescenten (Hessels e.a. 2008) heeft lange tijd geleid tot onderdiagnosticering en onderbehandeling van jongeren met BPS (Laurensen e.a. 2013). Vanuit recente wetenschappelijke inzichten weten we dat dit een gemiste kans is voor een grote groep jongeren.

BPS is een ernstig ziektebeeld met uitermate hoge lijdenslast, dat zich uit in bijvoorbeeld verminderd psychosociaal functioneren, lijdensdruk voor ouders en gezinnen, schooluitval, een slechtere gezondheid, een grotere kans op psychiatrische stoornissen en een verhoogd suïciderisico (Chanen e.a. 2017). Kortom: de criteria van BPS identificeren binnen de adolescentie een uiterst kwetsbare groep. We zijn in staat om BPS bij adolescenten betrouwbaar te detecteren, te diagnosticeren en te behandelen (Chanen e.a. 2017). Inmiddels bestaan er diverse specifieke instrumenten voor het screenen en diagnosticeren van BPS bij jongeren (Hutsebaut e.a. 2019).

Steeds meer effectieve behandelingen voor mensen met BPS worden vertaald voor adolescenten, bijvoorbeeld *mentalisation based treatment* (MBT), dialectische gedragstherapie (DBT) en schematherapie. Hoewel deze behandelingen voorhanden zijn, worden deze relatief laat in het beloop van de stoornis en slechts aan een beperkt aantal mensen geboden (Chanen e.a. 2017).

Daarnaast geldt net als bij somatisch potentieel levensbedreigende aandoeningen: hoe eerder een aandoening wordt onderkend en behandeld, des te beter de prognose voor herstel en des te minder ingrijpend de behandeling (Scott e.a. 2013). Dit pleit voor vroege interventie voor deze doelgroep (Hutsebaut & Hessels 2017).

Vroege interventie sluit aan bij het ontwikkelingsbeloop van de stoornis en richt zich op mensen met een aantal kenmerken van BPS, maar onvoldoende om de classificatie te stellen of mensen die al wel aan de volledige classificatie voldoen, maar nog sinds relatief korte tijd.

Kenmerken vroege interventie

Dit betekent dat vroege interventieprogramma's zich onderscheiden van reguliere specialistische behandeling voor BPS (Chanen & McCutcheon 2013) om een aantal redenen.

Ten eerste is het primaire doel niet zozeer het behandelen van de stoornis, maar richt vroege interventie zich vooral op de ontwikkeling van jongeren met BPS door het psychosociaal functioneren te bevorderen.

Ten tweede wordt er binnen een vooraf afgesproken tijdslimiet gewerkt aan concrete doelen.

Ten derde zijn vroege interventieprogramma's niet te nauw gericht op de DSM-classificatie, omdat we weten dat de criteria zullen fluctueren en er sprake is van veelal overlappende problematiek. Sterker nog,

AUTEURS

Christel Hessels, klinisch psycholoog, GGz Centraal, Expertisecentrum Vroege Interventie HYPE.

Gerda Blom, systeemtherapeut, GGz Centraal, Expertisecentrum Vroege Interventie HYPE.

Correspondentieadres

Dr. Christel Hessels, GGz Centraal, Westsingel 41, 3811 BB Amersfoort.

E-mail: c.hessels@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-6-2020

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(1):64-69.

specifiek bij kenmerken van BPS is comorbiditeit meer regel dan uitzondering. Zo is er veel overlap met angst- en stemmingsstoornissen en middelenmisbruik (Beauchaine e.a. 2009). In al deze overlap zijn er steeds meer aanwijzingen dat BPS de kern van persoonlijkheidsproblematiek in het algemeen vormt (Sharp e.a. 2015), en wellicht de kern van het bredere spectrum van psychische problemen (Caspi & Moffitt 2018). Daarmee kunnen kenmerken van BPS gezien worden als risicomarker in de ontwikkeling van ernstige psychiatrische aandoeningen. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat BPS-kenmerken de behandeling van andere psychische stoornissen bemoeilijken. Zo weten we dat behandeling van depressie moeizamer verloopt als ook sprake is van BPS, terwijl andersom de behandeling van BPS wel tot verbetering van depressieve symptomen leidt (Gunderson e.a. 2014). Dit maakt dat er bij vroege interventie brede inclusiecriteria gehanteerd worden. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat er naast kenmerken van BPS (in het geval van het programma HYPE is dit een minimumgrens van 3 kenmerken volgens de DSM-5; American Psychiatric Association 2013) er waarschijnlijk ook sprake is van psychiatrische en psychosociale comorbiditeit.

Vanuit de focus op ontwikkeling vragen de beschermende en risicofactoren in de context waarbinnen deze ontwikkeling verloopt expliciet aandacht (Kaess 2000). Daarom worden naasten actief betrokken. Vroege interventieprogramma's voor BPS zijn inmiddels empirisch onderbouwd en laten klinisch betekenisvolle verbetering van jongeren zien (Chanen 2019). In deze casusbeschrijving illustreren we hoe deze uitgangspunten toegepast worden binnen vroege interventie bij BPS.

Vroege interventie bij BPS

Het programma *Helping Young People Early* (HYPE) biedt vroege interventie voor BPS en richt zich op jongeren van 12 en 25 jaar en hun naasten. Bij HYPE worden 16 sessies individuele psychotherapie (cognitieve analytische therapie; CAT), gezinsinterventie, psychosociale behandeling en crisisinterventie geïntegreerd binnen een generieke psychiatrische behandeling (Chanen e.a.

2009). Alle behandelonderdelen zijn gebaseerd op CAT, die de kern van het programma vormt.

CAT is een tijdgelimiteerde en actieve vorm van psychotherapie, ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk (Ryle 1985). Binnen CAT worden elementen van de psychoanalytische objectrelatietheorie en cognitieve theorie geïntegreerd. In de eerste fase ('herformulering') staat het begrijpen van de klachten vanuit de relationele patronen die een jongere in de vroege objectrelaties heeft ontwikkeld en geïnternaliseerd centraal. Daarnaast is er veel aandacht voor de gedachten, gevoelens en het gedrag die volgen uit deze patronen. Deze herformulering biedt een kader voor de patiënt en diens omgeving om deze relationele patronen te leren herkennen en ze uiteindelijk te herzien in meer helpende patronen.

Met name in de fases van het herkennen en herzien van deze relationele patronen, speelt de omgeving van de jongere een belangrijke rol. De omgeving is immers gewend en aangepast aan de repeterende, soms destructieve patronen die vaak al lange tijd in gezinnen kunnen spelen. Daarnaast zijn jongeren vaak weinig gewend om met naasten te delen waar ze tegenaan lopen of wat ze anders zouden willen. Het expliciet maken van deze patronen biedt een kans om deze te doorbreken en om nieuwe patronen te ontwikkelen.

Daarom wordt in overleg met de jongere onderzocht op welke manier deze zou willen oefenen. Zo kan een psychosociaal behandelaar een moeilijk gesprek op school samen voorbereiden of eventueel meegaan.

Daarnaast bieden gezinsgesprekken de mogelijkheid voor jongeren om hun bevindingen over relationele patronen met ouders te delen. Dit geeft ouders een kans om te reflecteren op hoe zij hun kind zouden willen ondersteunen in alle veranderingen waar deze voor staat. Bij sommige ouders kan dit tevens raken aan eigen patronen die kunnen leiden tot psychische klachten bij henzelf en die een rol kunnen spelen in relatie tot het gedrag van hun kind. Ouders en andere belangrijke naasten worden dan ook actief betrokken. Dit kan in gezinstherapiesessies of in gesprekken voor ouders (of andere naasten).

Het is voor alle behandelaars in een team van belang om goed zicht te hebben op welke relationele patronen er spelen om te kunnen afstemmen op wat de jongere en diens gezin nodig hebben om nieuw gedrag en daarmee nieuwe patronen te ontwikkelen. Daarnaast helpt deze focus op relationele patronen om te reflecteren op hoe deze patronen in het dagelijks leven en dus ook binnen de therapeutische relatie spelen.

Naast de 16 sessies individuele CAT biedt HYPE op maat interventie gericht op de psychosociale context. Gemiddeld hebben jongeren binnen HYPE zo'n 4 sessies gezinstherapie, 5 sessies psychosociale behandeling en 2 psychiatrische consultaties. Om de afstemming en integratie van al deze behandelonderdelen te borgen, worden alle patiënten binnen HYPE wekelijks in de multidisciplinaire teamvergadering besproken. Na afronding van de behandeling, is er nog een follow-upperiode van een half jaar waarin jongeren maximaal 4 sessies kunnen plannen met hun behandelaar.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A was 14 jaar toen ze werd aangemeld na een klinische opname van 6 weken na een suïcidepoging met auto-intoxicatie. Patiënte ging op dat moment al een aantal maanden niet meer naar school en was gestopt met activiteiten in haar vrije tijd. In de kliniek was op basis van multidisciplinaire diagnostiek, waaronder een SCID-interview, de diagnose depressieve stoornis in combinatie met BPS gesteld. Ze had sinds haar 10de jaar last van suïcidale gedachten en plannen en automutilatie, o.a. door te snijden in haar benen. Daarnaast had zij last van affectlabiliteit, een chronisch gevoel van leegte, impulsiviteit en een instabiel zelfgevoel. Haar moeder had last van recidiverende depressieve episodes sinds de geboorte van patiëntes 3 jaar oudere broer.

In het intakegesprek met patiënte en haar beide ouders vertelde patiënte dat ze de structuur en regelmaat in de kliniek prettig vond, die hadden geholpen om haar suïcidale gedachten te doen afnemen. Ze had een plan gemaakt hoe ze deze thuis kon voortzetten. Ze stelde dat ze niet alles met haar ouders wilde bespreken.

Patiëntes ouders benoemden blij te zijn dat patiënte weer thuis was, maar zich ook zorgen te maken hoe ze de veiligheid thuis kunnen borgen. Ze vroegen zich af of er mogelijk meer intensieve behandeling nodig was. In dit intakegesprek werden gevoelens en verwachtingen van de diverse gezinsleden besproken en voor- en nadelen van klinische behandeling versus vroege interventie onderzocht. Hierbij benoemden ouders dat zij wilden leren om ook thuis weer het contact te kunnen aangaan met patiënte over wat ze nodig heeft. Patiënte benoemde te willen werken aan het weer opbouwen van haar gewone leven, door bijvoorbeeld haar school weer op te pakken. Daarnaast uitten alle gezinsleden de wens te willen werken aan het weer opbouwen van onderling contact en vertrouwen.

Hoewel dit spannend was voor patiënte en haar ouders, kwamen we tot overeenstemming te beginnen met individuele psychotherapie, gesprekken voor ouders bij de gezinstherapeut en een consult bij de psychiater om de mogelijkheden voor farmacotherapie voor haar depressieve stoornis te onderzoeken.

Eerste fase van behandeling

De eerste psychotherapiesessies met patiënte verliepen moeizaam. Ze ontkende veel van haar klachten en reageerde afwerend: 'Het gaat wel, ik moet het toch zelf doen'. Ze stelde veel vragen aan de therapeut: 'Heb je wel eens meegemaakt dat iemand dood wilde?' 'Wat deed je toen?' 'Wat vertelde je aan de ouders van die persoon?' De psychotherapeut legde op transparante wijze uit hoe zij doorgaans met dergelijke afwegingen en dilemma's omgaat. Zij merkte tevens op dat dit vragen waren die mogelijk voor patiënte van belang waren. Zoals passend bij een beginnende werkrelatie, lukte het op dat moment nog beperkt om samen te reflecteren op de mogelijke betekenis van deze vragen. In het verloop van de therapie hielp het om dit onderwerp opnieuw te bespreken.

Tijdens een psychiatrisch consult wogen patiënte en haar ouders de voor- en nadelen af van het starten met een antidepressivum. Zij besloten gezamenlijk eerst in de psychotherapie te werken aan het verbeteren van haar stemming en nog niet te starten met antidepressiva.

In dezelfde weken uitten ouders bij de gezinstherapeut hun zorgen of ze het thuis redden en vroegen zich af of patiënte misschien weer opgenomen zou moeten worden. Er was weinig ruimte om na te denken over waar zij zelf invloed op konden uitoefenen en van welke veerkracht ze gebruik zouden kunnen maken. Omdat we ruimte wilden bieden voor de zorgen van haar ouders zonder dat dit in de weg zou staan van stappen die patiënte zou kunnen maken, kozen we in overleg met patiënte en haar ouders ervoor om de gesprekken met ouders aanvankelijk zonder patiënte te plannen. We planden de afspraken voor de individuele psychotherapie op hetzelfde tijdstip als de gesprekken met haar ouders, zodat we gezamenlijk konden afsluiten en er zaken samen gedeeld konden worden.

Na 2 weken behandeling stond het multidisciplinaire team stil bij de angstige gevoelens van ouders, en hoe moeilijk het was om in contact te komen met patiënte. Hierbij vormden de eerste gedachten over patronen die vanuit de psychotherapie en de gesprekken met ouders naar voren kwamen het startpunt. Zo leek patiënte geleerd te hebben dingen veelal alleen te doen, gevoelens voor zich te houden en pas hulp te vragen op het moment dat gevoelens van machteloosheid hoog opliepen.

Ouders waren bang om signalen te missen, maar ook om vragen te stellen. Gevolg was dat allen zich machteloos en alleen voelden en angstig waren voor terugval of overspoeling. Uitgangspunt bij de teambespreking

was dat we deze gevoelens van bezorgdheid en machteloosheid serieus wilden nemen, maar deze niet wilden bevestigen door het over te nemen. Er werd gezocht naar manieren waarop patiënte en haar ouders de ervaring konden opdoen om met ondersteuning dingen zelf op te lossen.

We bespraken de optie dat een psychosociaal behandelaar van het HYPE-team een aantal gesprekken bij hen thuis zou hebben. Doel hiervan was te onderzoeken hoe ze thuis met elkaar in gesprek konden komen over hoe het ging en wat ze hierin voor elkaar konden betekenen. Deze gesprekken vonden, na overleg met het gezin, grotendeels individueel plaats terwijl patiënte samen met de behandelaar de hond uitliet en ze werden samen met ouders afgerond voor verdere afspraken en plannen. Dit gaf patiënte kans om de zaken waarover ze in gesprek wilde met haar ouders voor te bereiden om deze daarna ook daadwerkelijk met hen te bespreken.

Hierbij richtte de psychosociaal behandelaar zich bewust vooral op onderwerpen die speelden voordat de gevoelens van machteloosheid opliepen om zo een patroon van samen delen, naar elkaar luisteren en meedenken te bevorderen. Zo bedachten patiënte en ouders bijvoorbeeld een plan waardoor patiënte op school minder druk kon ervaren en af en toe een weekend zou gaan logeren bij een tante. Hierbij leken de gezinsleden het nodig te hebben om eerst apart in gesprek met een behandelaar het gezamenlijke gesprek voor te bereiden om dit samen aan te durven.

Herformulering

Vanaf de start van deze psychosociale behandelingsgesprekken veranderde er iets in de overige therapievormen. Het lukte patiënte om in de psychotherapie te reflecteren op haar samenwerking met de psychosociaal behandelaar, waarin ze een aantal patronen beschreef (in termen van CAT: 'reciprocal roles'). Zo beschreef ze dat de plannen die ze samen maakten, voor haar snel voelden als onder druk zetten, waardoor ze zich klein en hulpeloos kon voelen. Dit was een patroon dat ze herkende in andere relaties, maar ook in hoe ze met zichzelf omging. Het lukte patiënte in de psychotherapie na te denken over de intenties van de psychosociaal behandelaar; hoe deze probeerde haar te ondersteunen en aan te moedigen, wat soms leidde tot gevoelens van druk en soms tot het gevoel dat ze het 'misschien zou kunnen'. Tegelijkertijd legde ze uit dat ze van zichzelf eiste dat als ze iets deed, dit perfect moest, wat een herhaling vormde van het patroon van onder druk zetten.

In een gezamenlijke sessie van gezinsterapie noemden ouders dit patroon ook bij zichzelf te herkennen, wat soms in de weg stond van goed-genoegeouderschap. Hierbij hielp het voor patiënte en haar ouders om in contact met verschillende therapeuten te ontdekken wat er gebeurde en wat er in de weg kon staan van bijvoorbeeld eerder vragen te stellen en hoe juist hierdoor de spanning en daarmee de druk kon toenemen. In de psychotherapie was het herkennen wat er gebeurde in

samenwerking met de psychosociaal behandelaar een eerste stap voor patiënte om vervolgens breder te kijken naar patronen die konden leiden naar gevoelens van machteloosheid of hulpeloosheid.

Herkennen en herzien

Op het moment dat deze patronen meer helder waren geworden ('herformulering'), kwam er ruimte voor herkennen en herzien. Zo lukte het patiënte na voorbereiding met de psychotherapeut, om met ouders en psychosociaal behandelaar te bespreken waar ze tegenaan liep. Ouders herkenden dit en zagen ook hoe zij, zonder dit te willen, soms ook de druk konden verhogen. Samen bedachten ze het plan dat vanaf nu meer regie bij patiënte kwam te liggen: ze planden geen wekelijkse gesprekken met de psychosociaal behandelaar, maar patiënte kon via een Whatsappbericht laten weten als ze een gesprek wilde.

Vlak voordat het gezin op vakantie naar Frankrijk ging, liep de spanning op. Voor het eerst zou patiëntes broer niet meegaan en zowel ouders als patiënte vonden het spannend om 4 weken samen weg te zijn. In het gezinsgesprek herkenden zij welke patronen er speelden, dat gevoelens van machteloosheid kunnen opspelen en werd het grappig gemaakt dat de gezinsterapeut mee moest op vakantie. Ze onderzochten met elkaar wat nodig was voor deze volgende stap. We spraken af dat ze tijdens de vakantie wekelijks een e-mail konden sturen aan de gezinsterapeut over hoe ze moeilijke momenten hadden aangepakt. Dit leek de steun te geven om het zelf te gaan doen.

De vakantie verliep goed en leek vertrouwen te geven voor verdere stappen. Het lukte patiënte om school weer op te pakken, ze startte met een baantje en ze begon weer met volleybal. In vergelijking met de start van de therapie zochten de ouders minder telefooncontact tussen de afspraken door en leek het gezin meer vertrouwen te ontwikkelen.

Einde van behandeling in zicht

Met het einde van de behandeling in zicht werd de psychotherapeut ziek. In deze periode gingen de afspraken met ouders door. Patiënte wees het aanbod van extra afspraken met de psychosociaal behandelaar af, maar liet weten dat het best goed ging.

Na 4 weken leek het in contact tussen patiënte en haar psychotherapeut alsof de klok was teruggedraaid naar het begin van de behandeling; patiënte reageerde geïrriteerd en het lukte niet goed om in gesprek te komen. Een week later belde moeder naar de gezinsterapeut. Ze had patiënte moeten ophalen op school nadat zij in het toilet gevonden was waar ze geautomutileerd had, iets waarop docenten en leerlingen geschrokken gereageerd hadden. Met dit incident leken bij alle gezinsleden de angst voor terugval en gevoelens van machteloosheid geactiveerd. Deze speelden ook in het behandelteam, waar de psychotherapeut zich afvroeg of behandeling niet verlengd zou moeten worden, zeker omdat er net

een breuk in de therapie was geweest die nog maar net hersteld was.

In het behandelteam werden verschillende perspectieven besproken. Hierbij vormde het door patiënte getekende diagram met relationele patronen en de uitwegen uit die patronen die leiden naar samen nadenken. Dit ondersteunde het begrip voor de verschillende gevoelens die de fase van behandeling opriep, maar ook voor de kansen om oude patronen te herkennen en te herzien. Vervolgens onderzochten moeder en gezinstherapeut samen welke patronen mogelijk een rol hadden gespeeld en wat zou kunnen helpen voor patiënte, waarna moeder thuis in gesprek zou gaan met patiënte. In de psychotherapie kon patiënte terugkijken op het incident op school en benoemde zich gesteund gevoeld te hebben door haar moeder, die het gesprek met haar aanging door niet te veroordelen, maar vragen te stellen. Ook lukte het haar om de samenwerking met de psychotherapeut weer op te pakken en te vertellen hoe het voor haar was om 4 weken niets te horen van de psychotherapeut.

In de afrondende periode stond in alle behandelonderdelen het thema ‘verwachtingen’ centraal. Hierbij kon patiënte uitleggen dat ze niet kon beloven nooit meer te automutileren. Er kwam ruimte om stil te staan bij hoe mensen kunnen reageren wanneer ze geconfronteerd worden met haar littekens of automutilatie. Hierbij was het thema dat alle gezinsleden hun best deden, maar dat dingen niet perfect zijn.

Hoewel vanaf de start van de behandeling het einde op de agenda had gestaan, leek de afronding van de therapie voor zowel ouders als patiënte moeilijk.

In de laatste weken van de behandeling liep de spanning opnieuw op en leken oude patronen weer wat terug te komen; patiënte trok zich meer terug. Dit riep angst en herinneringen op aan de periode voorafgaand aan haar suïdepoging. Doordat ouders minder konden peilen hoe het met patiënte ging, hadden zij de neiging óf de druk te verhogen door haar veel te vragen óf af te wachten. Beide strategieën leidden ertoe dat patiënte zich alleen voelde en ouders zich machteloos voelden. Toen ouders merkten dat patiënte zichzelf weer had beschadigd, reageerden ze geschrokken. Dat activeerde bij patiënte het gevoel het allemaal niet goed te doen, verre van perfect te zijn. Anders dan voorheen, lukte het om dit met ouders te delen. Dit gaf ouders de gelegenheid om uit te leggen wat er bij hen gebeurde. De verbinding werd weer gelegd, evenals het besef bij iedereen dat ondanks verbeterd functioneren, het patiënte veel moeite kostte om dat vol te houden.

In de laatste sessie sloten we af met patiënte en haar ouders samen, waarin we terugkeken op hoe de gezinsleden meer in gesprek waren gekomen met elkaar, ook als het ging over moeilijke onderwerpen en ook als er geen behandelaars bij waren om dit te ondersteunen. In dit afsluitende gesprek kon patiënte uitleggen wat er beter ging en wat ze nodig had van haar ouders.

DISCUSSIE

Internationale studies laten zien dat vroege interventie voor BPS effectief is. In deze casus illustreren we de integratie van verschillende behandelonderdelen binnen vroege interventie voor BPS. Bij adolescenten is de sociale en relationele ontwikkeling volop in gang. Hierbij zijn relationele patronen soms al stevig verankerd, maar vergeleken bij volwassenen is er relatief nog meer flexibiliteit en ruimte om deze te herzien. Om deze reden is het belangrijk bij vroege interventie intensief samen te werken met het gezin, waarbij men gezinsleden en naasten actief steunt om samen nieuwe patronen te verkennen en creëren.

In onze casus werd verandering in gang gezet: van gevoelens van machteloosheid en eenzaamheid bij zowel patiënte als ouders, naar onderzoeken hoe zij elkaar meer kunnen bereiken en begrijpen. Waar in de traditionele visie op gehechtheid het uitgangspunt is dat geïnternaliseerde patronen en interne werkmodellen stabiel zijn, vindt er een verschuiving plaats naar gehechtheid als een meer dynamisch en aan verandering onderhevig construct, waarmee elke interactie een leermoment is (Diamond 2016). Hiermee worden nieuwe relationele patronen geëxploreerd, die de kans hebben om geïnternaliseerd te worden.

Verskillende behandelaars

In het reflecteren op de relationele patronen van patiënte en haar gezin was het van belang dat er verschillende behandelaars met ieders expertise, achtergrond en persoonlijke relationele patronen betrokken waren. Hiermee voeren wij een bewuste aanpassing door op het Australische HYPE-model, waar een therapeut zowel de psychosociale als psychotherapeutische interventie biedt. Het streven om één therapeut verschillende onderdelen van de behandeling te laten doen, brengt voordelen, maar ook risico's met zich mee. De therapeut kan ingezogen raken in de relationele patronen van de adolescent, zonder dat een andere behandelaar hierin kan corrigeren of kan helpen om met afstand te kijken naar wat er gebeurt. Daarbij biedt het samenwerken met meerdere behandelaars kansen om verschillende manieren van samenwerken te oefenen en daarbij zowel de leeftijdsadequate als de ongezone *splitting* fenomenen in behandeling tegen te komen. Jongeren met BPS zijn hier extra gevoelig voor.

Om hier adequaat op te kunnen reageren zal bekendheid met de realiteit van de andere behandelonderdelen nodig zijn. Voor de adolescent zal duidelijk zijn dat de verschillende behandelaars vanuit een gedeelde visie werken, maar het soms ook oneens kunnen zijn. Ouders van deze adolescenten hebben vaker dan gemiddeld zelf ook te kampen met persoonlijkheidsstoornissen. Vergelijkbare mechanismen kunnen bij hen een rol spelen, waarbij de samenwerking tussen meerdere behandelaars ook een voorbeeld voor ouderlijke samenwerking kan zijn. Hierbij is het noodzakelijk dat behandelaars

een gezamenlijke visie hebben op de problematiek, elkaars interventies voldoende kennen en dat zij regelmatig onderling afstemmen om een gezamenlijke focus te houden en daarnaast zicht te houden op hoe eventuele eigen patronen van behandelaars een rol kunnen spelen. Daarbij hielp het nadenken over 'goed genoeg' met patiënte en haar ouders om op moeilijke momenten perspectief te blijven zien.

Kanttekeningen

Ondanks veelbelovende resultaten van internationale studies naar vroege interventies, moeten we als kritische kanttekening opmerken dat naar verwachting niet alle adolescenten met een zich ontwikkelende BPS voldoende zullen hebben aan deze vroege interventie. Waar voor veel adolescenten HYPE voldoende gereedschappen biedt om zich vervolgens op eigen kracht verder te ontwikkelen, zullen anderen meer intensieve of langdurige therapie nodig hebben. Dit zal met name het geval zijn wanneer zij ondanks jonge leeftijd zich toch al in een verdere fase in het beloop van de stoornis bevinden. Het HYPE-model zou dan wel een goede basis kunnen vormen voor *stepped care* voor deze doelgroep.

CONCLUSIE

Zoals Hutsebaut en Hessels (2017) eerder in dit tijdschrift betoogden, is het van belang om meer vanuit klinische stadiëring naar BPS te kijken en de mogelijkheden voor vroege interventie uit te breiden. Deze casus onderstreept het belang van een multidisciplinaire samenwerking en het belang van werken vanuit een gedeeld kader bij vroege interventie voor BPS.

 Patiënte en haar ouders gaven toestemming voor publicatie en leverden commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013.
- Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: A Biology x Sex x Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and psychopathology* 2009; 21: 735-70.
- Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 831-44.
- Chanen A. Early detection and timely intervention for borderline personality disorder. In: Chen EYH, Ventriglio A, Bhugra D. *Early intervention in psychiatric disorders across cultures*. Oxford University Press; 2019. p. 175-87.
- Chanen A, Sharp C, Hoffman P. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017; 16: 215.
- Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *The Br J Psychiatry* 2013; 202: s24-9.

- Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009; 15: 163-72.
- Diamond G, Russon J, Levy S. Attachment based family therapy: A review of the empirical support. *Family Process* 2016; 55: 595-610.
- Gunderson JG, Stout RL, Shea MT, e.a. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over ten years. *J. Clin. Psychiatry* 2014; 75: 829.
- Hessels CJ, van Aken MAG, Orobio de Castro B. Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten. Mogen, kunnen en willen we diagnosticeren en classificeren? *Kind en Adolescent* 2008; 29: 194-207.
- Hutsebaut J, Hessels, CJ. Klinische stadiëring en vroege interventie voor borderline persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 166-74.
- Hutsebaut J, Geertzema S, Hessels CJ. Depressie en/of borderline problematiek? Rationale voor vroege interventie bij borderline problematiek en richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 2019; 1: 51-69.
- Kaess M. Childhood adversity in borderline personality disorder - a call for a more systemic approach to early intervention and prevention. *Acta Psychiatrica* 2020 141: 3-5.
- Laurenssen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7: 3.
- Ryle A. Cognitive theory, object relations and the self. *Br J Med Psychology* 1985; 58: 1-7.
- Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczinski F, Frank E, e.a. Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 243-5.
- Sharp C, Wright AG, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, e.a. The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015; 124: 387-98.