

	<b>Woord vooraf</b>	6
	<b>Deel I Theorie dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis en andere emotieregulatiestoornissen</b>	9
	<b>Inleiding</b>	11
1	<b>Persoonlijkheidsstoornissen en suïcidaal gedrag</b>	14
2	<b>Diagnostiek van borderline persoonlijkheidsstoornis en suïcidaal gedrag</b>	38
3	<b>DGT-J: uitgangspunten en behandeling</b>	53
4	<b>DGT-J: specifieke aanpassingen</b>	87
5	<b>DGT-J-Vaardigheidstraining: inhoud, opbouw en richtlijnen</b>	98
	<b>Deel II Trainershandleiding voor <i>Surfen op emoties</i> – Werkboek dialectische gedragstherapie voor jongeren met een borderlinestoornis en andere emotieregulatiestoornissen</b>	111
	<b>Module 1 Aandachtsvaardigheden</b>	113
	<b>Module 2 Omgaan met emoties</b>	130
	<b>Herhalingssessie Aandachtsvaardigheden</b>	151
	<b>Module 3 Crisisvaardigheden</b>	156
	<b>Herhalingssessie Aandachtsvaardigheden</b>	175
	<b>Module 4 Omgaan met relaties</b>	180
	<b>Literatuur</b>	201
	Bijlage 1 Persoonlijkheidsstoornissen in DSM-IV-TR	212
	Bijlage 2 Schaalscores voor assessment van letaliteit van Bongar	214
	Bijlage 3 Vaardigheidstraining voor familie en vrienden	217
	Bijlage 4 Dagboekkaart DGT-J	222
	Bijlage 5 Aandachtsoefeningen	224

<b>Over de auteurs</b>	234
<b>Register</b>	235

# H.1 Persoonlijkheidsstoornissen en suïcidaal gedrag

## 1.1 Persoonlijkheidsstoornissen

### 1.1.1 De ontwikkeling van een persoonlijkheid

Oorspronkelijk is het woord ‘persoonlijkheid’ afgeleid van het Griekse ‘persona’, dat masker betekent. In eerste instantie werd een persoonlijkheid vooral gedefinieerd als een niet werkelijk bestaande buitenkant (Andrea & Verheul, 2009). Momenteel wordt het begrip persoonlijkheid gedefinieerd als het unieke patroon van iemands fysieke, emotionele, sociale, intellectuele en gedragsmatige kenmerken dat hem of haar onderscheidt van anderen. De persoonlijkheid van een mens ontwikkelt zich gedurende diens hele leven. Het ontstaan van de persoonlijkheid wordt veelal beschreven op grond van een bio-psycho-sociaal model, en de persoonlijkheid ontwikkelt zich in een voortdurende interactie van genetische factoren en omgevingsinvloeden.

Er zijn biologische factoren, zoals een aangeboren kwetsbaarheid voor een snelle ontregeling van emoties, die een rol spelen bij iemands persoonlijkheidsontwikkeling. In de interactie met de omgeving kunnen verschillende temperamentstypes tot ontwikkeling komen, waardoor zich een unieke persoonlijkheid ontwikkelt. Door psychologische en sociale omstandigheden tijdens belangrijke ontwikkelingsfasen van een kind kunnen persoonlijkheidstrekken vervolgens versterkt worden of uitdoven (Verheul & Van den Brink, 1999). Ook observatie en imitatie van betekenisvolle anderen, in het bijzonder de ouders, dragen bij aan de persoonlijkheid. Een kind dat opgroeit in een steunende, liefdevolle omgeving heeft een grotere kans karaktertrekken te ontwikkelen die beschermend zijn bij latere tegenslagen. Het gaat dan bijvoorbeeld om het vermogen tot sociale communicatie; het vermogen vertrouwen te hebben in anderen en in zichzelf; het vermogen tot empathie, oplettendheid en warmte; het vermogen steun te vragen in moeilijkheden; het vermogen tot impulscontrole; volhardendheid; en het hebben van humor (Johnson, Bromley, & McGeoch, 2005). Deze kenmerken ontwikkelen zich het gemakkelijkst binnen een veilige hechtingsrelatie tussen ouders en kinderen, binnen een veilige sociale context.

Binnen de multiculturele Nederlands samenleving blijken allochtone adolescenten vaak ervaringen met discriminatie te hebben. Daarnaast zijn het leven tussen twee culturen, een gebrek aan opleidingskansen en financiële problemen ernstige belemmerende factoren voor de persoonlijke identiteitsontwikkeling (Hoffer, 2009).

Tot slot spelen de aangeboren intelligentiemogelijkheden van een kind een rol in diens persoonlijkheidsontwikkeling. Als een kind de leerstof op school goed

begrijpt en kan verwerken, krijgt het meer zelfvertrouwen en zodoende een positiever zelfbeeld.

### 1.1.2 Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten

Persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV

Hoewel men in de klinische praktijk terughoudend is (geweest) om vóór het achtentiende levensjaar een persoonlijkheidsstoornis te classificeren, zijn klinici het erover eens dat persoonlijkheidspathologie een belangrijke rol speelt in de psychopathologie van adolescenten (o.a. Westen & Chang, 2000; Durret & Westen, 2005). Kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis manifesteren zich meestal voor het eerst in de loop van de adolescentie. De adolescentie is een turbulente tijd voor jongeren, waarin veel veranderingen plaatsvinden die van invloed zijn op de persoonlijkheidsontwikkeling (zie hoofdstuk 4). ‘De adolescentie is te zien als een katalysator voor onderliggende, soms sluimerende, processen die, onder druk van alle veranderingen en opgaven, versterkt worden en kunnen leiden tot persoonlijkheidspathologie’ (Hutsebaut, 2009).

In de Nederlandse psychiatrie en het psychiatrische onderzoek wordt de DSM-IV-TR (APA, 2000) het meest toegepast ter classificatie en beschrijving van kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen. In de DSM IV-TR worden tien persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, op basis van een categorale indeling (zie bijlage 1) verdeeld in drie clusters A, B en C. Cluster A wordt gekenmerkt door vreemd en excentriek gedrag en bevat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Cluster B wordt gekenmerkt door instabiliteit van emoties, van zelfbeeld en van relaties met anderen en bevat de antisociale, theatrale, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Tot slot wordt cluster C gekenmerkt door gespannen of angstig gedrag en tot dit cluster behoren de ontwijpende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is er een restcategorie, de persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven, die wordt gesteld als iemand voldoet aan ten minste tien criteria van diverse persoonlijkheidsstoornissen. Volgens de DSM-IV-TR is de persoonlijkheid opgebouwd uit trekken (*traits*), ook wel persoonlijkheidskenmerken genoemd: zij vormen duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon. Deze traits komen tot uiting in uiteenlopende sociale en persoonlijke omstandigheden, zoals school of werk, relaties en vriendschappen (Andrea & Verheul, 2009). Wanneer persoonlijkheidstrekken te rigide en inflexibel worden en duidelijk afwijken van de verwachtingen in de cultuur, kunnen zij leiden tot verslechtering in het functioneren en tot (inter)persoonlijk lijden. Men spreekt dan van een persoonlijkheidsstoornis (APA, 2000). Tevens zijn er in DSM-IV-TR *algemene diagnostische criteria* voor een persoonlijkheidsstoornis omschreven (zie ook bijlage 1).

Ondanks de eerdergenoemde wijdverbreide aarzeling hierover onder hulpverleners, staat de DSM-IV-TR het toe om ook bij kinderen en jongeren de diagnose Persoonlijkheidsstoornis te stellen. Er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis,

wanneer de persoonlijkheidstrekken inflexibel, slecht aangepast en chronisch zijn en wanneer zij subjectief lijden en/of significant disfunctioneren veroorzaken, ongeacht de leeftijd. Wanneer de persoon onder de achttien jaar is, moeten de klachten één jaar aanwezig zijn en mogen ze niet alleen het gevolg zijn van een as-I-stoornis of van ontwikkelingsfaseproblemen (APA, 2000, blz. 687). In de NICE-richtlijn (2009) wordt voorgesteld om hierbij geen versluierende taal te gebruiken, zoals de term ‘uitgestelde diagnose’ of alleen trekken te benoemen. Men adviseert om de diagnose te stellen of niet te stellen en dus niet halfslachtig te zijn. Uitzondering hierop is de diagnose van de antisociale persoonlijkheidsstoornis: deze mag voor het achttiende levensjaar nog niet worden gesteld.

**Tabel 1.1 Kenmerken Borderline Persoonlijkheidsstoornis**

Ontregeling	Kenmerken
Gevoelsontregeling	Affectieve labiliteit Problemen met woede
Intermenselijke ontregeling	Chaotische relaties Angst voor verlaten
Ontregeling van het zelf	Identiteitsverwarring Probleem met het zelfgevoel Gevoel van leegte
Gedragsontregeling	(para-) Suïcidaal gedrag of neigingen Impulsief gedrag
Ontregeling in het denken	Dissociatieve reacties Achterdocht Rigiditeit in het denken Zwart-wit (dichotoom) denken

#### Categorale of dimensionale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen

De afgelopen jaren wordt er steeds vaker voor gepleit om de categorale benadering van de DSM-IV te vervangen door een meer dimensionale benadering. In de categorale benadering van de DSM-IV worden persoonlijkheidstypes ingedeeld in afgescheiden categorieën, waarbij men uitgaat van een wel of niet aanwezig zijn van de pathologie. Men veronderstelt een duidelijke grens tussen normaliteit en pathologie. Verder veronderstelt men dat pathologie in te delen is in types die duidelijk van elkaar af te grenzen en te onderscheiden zijn. Ten slotte gaat men ervan uit dat er binnen de categorieën een duidelijke homogeniteit bestaat. In de praktijk blijkt dit met name voor persoonlijkheidsstoornissen niet op te gaan. Meestal

is er geen duidelijke grens te trekken tussen pathologie en gezondheid, en hangt de vraag of er al dan niet wordt behandeld af van de mate van lijden van de persoon en de omgeving. Daarnaast worden er vaak meerdere persoonlijkheidsstoornissen bij een patiënt gezien en kunnen er tussen twee patiënten met dezelfde persoonlijkheidsstoornis grote verschillen bestaan (Verheul, 2009). In een dimensionale visie zijn zowel syndroompathologie (as I) en persoonlijkheidsproblematiek (as II) te zien als een extreme verstoring van de normale ontwikkeling. Er is een continuüm van aan de ene kant de normale ontwikkeling van de persoonlijkheid en aan de andere kant de ernstig verstoorde ontwikkeling van de persoonlijkheid. Het vaststellen van een stoornis is dan niet te baseren op absolute criteria (iets is wel of niet aanwezig), maar er dient veeleer te worden beoordeeld in het licht van het functioneren van een individu, in een bepaalde context. Een meer dimensionale benadering van psychopathologie geeft de mogelijkheid om de continuïteit en discontinuïteit van onderliggende dimensies beter te beoordelen en biedt de mogelijkheid om op jongere leeftijd beschermende en risicovolle temperaments- en omgevingsaspecten te onderscheiden. (De Clercq, De Fruyt, Van Leeuwen, & Mervielde, 2006).

In de voorstellen voor de DSM-5 verdwijnt de categorale indeling van persoonlijkheidsstoornissen. De indeling in types wordt minder belangrijk. Daarvoor in de plaats maakt men een indeling naar ernst van de persoonlijkheidspathologie. Deze indeling bepaalt men door het dimensionaal scoren van verschillende persoonlijkheidstrekken in verschillende domeinen. Zo ontstaat er een genuanceerd beeld van de (extreme varianten) van de persoonlijkheid (Verheul, 2007). Ernstiger persoonlijkheidsstoornissen blijken stabiel in de levensloop te zijn, meer chronisch van aard. Het kunnen weergeven van de ernst van de persoonlijkheidsstoornis, zoals mogelijk is in een dimensionaal systeem, is dus van belang voor het inschatten van de prognose en het afstemmen van het behandelaanbod.

### Prevalentie

Betrouwbare epidemiologische gegevens over het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten zijn nog beperkt. Er is relatief weinig bevolkingsonderzoek gedaan naar het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. De studies die er zijn, vertonen weinig overeenstemming in de wijze van werving- en assessmentprocedures. Sommige onderzoekers gebruiken semi-structureerde interviews die gebaseerd zijn op de criteria en drempelwaarden van de DSM-IV (zoals de SCID-II). Andere onderzoekers gebruiken zelfgeconstrueerde instrumenten of instrumenten die slechts één persoonlijkheidsstoornis onderzoeken. Daardoor zijn de resultaten verscheiden en weinig vergelijkbaar. Uitgaand van de studies die zich baseren op de DSM-IV-criteria lijken persoonlijkheidsstoornissen bij tien tot vijftien procent van de adolescenten voor te komen, wat ongeveer evenveel is als of iets meer dan bij volwassenen (Johnson, Smailes, Cohen, Brown, & Bernstein, 2000; Tromp, 2010). In een groot opgezet bevolkingsonderzoek, de zogenaamde Children in the Community Study, bleek vijftien pro-

cent van de veertienjarigen te voldoen aan de kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005).

Studies in klinische groepen laten vanzelfsprekend een hogere prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten zien (Tromp, 2010). Een onderzoek naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen binnen een jeugdpsychiatrische kliniek in Nederland vermeldt dat 40,5% van de aangemelde adolescenten lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis (22,6% Cluster B, 14,4% Cluster C) (Feenstra, Busschbach, Verheul, & Hutsebaut, 2011).

Sommige persoonlijkheidsstoornissen (zoals Paranoïde, Schizoïde, Antisociale en Narcistische PS) komen meer voor bij mannen, terwijl andere persoonlijkheidsstoornissen (zoals Theatrale, Borderline en Afhankelijke PS) meer voorkomen bij vrouwen (APA, 2000). Er is weinig empirisch onderzoek gedaan naar sekseverschillen in persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Een studie in een klinisch opgenomen groep adolescenten laat zien dat meisjes vaker dan jongens de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis kregen en alleen jongens de diagnose Narcistische Persoonlijkheid kregen (Tromp, 2010).

#### Risicofactoren

Wanneer je kijkt naar omgevingsfactoren die bijdragen tot de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis, is het meeste onderzoek gedaan naar traumatische en problematische interpersoonlijke ervaringen. Prospectieve studies laten zien dat mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd en inadequaat ouderschap worden geassocieerd met een verhoogd risico op de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis in de adolescentie of jonge volwassenheid (Johnson e.a. 2000; Johnson, Cohen, Smailes, Skodol, Brown, & Oldham, 2001). Ook disfunctionele hechtingsstijlen van de ouder(s) vormen een risicofactor. Daarnaast dragen, zoals gezegd, genetische factoren bij tot de vorming van een persoonlijkheidsstoornis (Tromp, 2010).

Bij allochtone adolescenten in Nederland blijken specifieke risicofactoren een rol te spelen in de persoonlijkheidsontwikkeling. Als gevolg van werkloosheid, ziekte en maatschappelijke ontreddeering blijken deze jongeren en hun gezinnen vaker in een sociaal isolement te raken en vaker in crisis te zijn. Open communicatie is moeilijk. Adolescentiethema's zoals (homo)seksualiteit en daaraan gekoppeld de problemen rond vrije partnerkeuze of uithuwelijking, angst voor het verlies van maagdelijkheid en de conflicterende eisen over het 'ideale of gewenste' gedrag van een vrouw en een man en de daarbij passende sociale positie, blijkt bij jongens vaker tot agressieproblematiek te leiden en bij meisjes tot suïcidaal gedrag (Wesenbeek, 2000; Hoffer, 2009).

Fatima is zestien jaar oud. Ze denkt heel erg negatief over zichzelf, vindt zichzelf een slecht mens. Ze is chronisch getraumatiseerd doordat ze veel geweld in haar gezin heeft meegemaakt. Hier wil ze niet over praten. Ze is erg somber, denkt dagelijks aan de dood en automutileert fors. Ze heeft geen vriendinnen en is erg geïsoleerd. Ze wordt soms extreem boos op anderen en weet dan niet meer wat ze zegt en doet. Haar ouders zijn gescheiden. Haar moeder weet vrijwel niets van haar problemen omdat ze haar moeder niets vertelt en zich thuis vooral terugtrekt. Met vader is er geen contact. Ze gaat onregelmatig naar school, maar haalt nog wel goede cijfers. Ze komt in de hulpverlening vanwege een ernstige zelfmoordpoging.

### 1.1.3 De borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten

Er zijn nauwelijks betrouwbare cijfers over de prevalentie van de borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten, alhoewel er aanwijzingen zijn dat deze iets hoger ligt dan de twee procent bij volwassenen (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007; Chanen, Jackson, McGorry, Allot, Clarkson, & Yuen, 2004; Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; Schuppert e.a., 2009). In klinische groepen ligt de prevalentie vanzelfsprekend hoger. Levy en collega's (Levy, Becker, Grilo e.a., 1999) vonden dat van een groep opgenomen adolescenten 43% voldeed aan de diagnose BPS. Grilo en collega's (Grilo, Becker, Fehon, Walker, Edell, & McGlashan, 1996) vonden onder opgenomen adolescenten een vergelijkbaar percentage van 49%.

Adolescenten met BPS worden gekenmerkt door *impulsiviteit* en door *instabiliteit* van stemming, relaties en zelfbeeld. De stoornis kent een hoog percentage suïcides en suïcidepogingen. Longitudinaal onderzoek laat zien dat tien procent van de (volwassen) borderlinepatiënten uiteindelijk suïcide pleegt (Paris & Zweig-Frank, 2001; Zweig-Frank & Paris, 2002). Het risico van een suïcide is bij BPS-patiënten vijftig keer zo groot als in de algemene bevolking. Zie tabel 1.1 voor een overzicht van de kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

In een onderzoek bij adolescenten (N=177; leeftijd 15-18 jaar) blijken jongeren met een BPS goed te onderscheiden te zijn van jongeren met een persoonlijkheidsstoornis NAO (Chanen e.a., 2007). De resultaten waren indrukwekkend. Adolescenten met een BPS onderscheiden zich doordat zij vaker automutileren, meer comorbiditeit hebben op as I, vaker een hoge score hebben op zowel internaliserende als externaliserende problematiek, vaker seksueel actief zijn en mede daardoor ook vaker een seksueel overdraagbare aandoening hebben, ze zijn vroeger begonnen met roken of het gebruiken van middelen, ze wonen significant vaker niet thuis maar in een leefgroep of iets vergelijkbaars, hebben vaker een verbroken familieband en ook vaker een voogd en financiële ondersteuning buiten het gezin. Adolescenten die voldoen aan vijf of meer criteria van de BPS volgens de DSM-IV-TR zijn dus te onderscheiden als een zeer ernstige doelgroep, waarvan het adaptief



vermogen het kleinst is in vergelijking met adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis NAO of jongeren zonder persoonlijkheidsstoornis, en de behandeling zal dus ook langdurig en moeizaam verlopen.

De borderline persoonlijkheidsstoornis komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Johnson e.a. 2003). Chanen en collega's (2007) vinden in hun onderzoek naar BPS bij adolescenten geen sekseverschillen. Bradley en collega's (Bradley, Zittel Conklin, & Westen, 2005) zien echter wel verschillen tussen jongens en meisjes in de uitingsvorm van de problemen. Meisjes zijn meer internaliserend en emotioneel dramatisch in de uitingsvorm van hun problemen. Jongens zijn vaker ongeremd in hun gedrag, vaker externaliserend en boos of agressief.

Gezien de ernst van de symptomen van de BPS en de verhoogde risico's op de lange termijn is vroegtijdige, adequate behandeling en dus een goede diagnosestelling nodig (Miller e.a., 2008; Tromp, 2010; Schuppert e.a., 2009).

#### **1.1.4 Waarom wordt een as-II-diagnose zo weinig gesteld bij adolescenten?**

De meeste klinici zijn het erover eens dat een persoonlijkheidsstoornis zijn oorsprong heeft in de kindertijd. Het is zeer begrijpelijk en ook wenselijk dat er grote voorzichtigheid wordt betracht bij het stellen van deze diagnose voor het achttiende levensjaar. Het gaat tenslotte om een ernstige diagnose. Daarbij is het ingewikkeld om bij jongeren te spreken van een 'duurzaam en stabiel patroon', omdat die duurzaamheid bij een jongere een relatief begrip is. Toch zijn er de afgelopen jaren steeds meer voorstanders van het stellen van deze diagnose, omdat daarmee de beste behandeling in een vroeg stadium kan worden geïndiceerd. Hieronder zetten we een aantal argumenten op een rijtje.

##### **Persoonlijkheidsstoornis of faseproblematiek**

Een belangrijk argument van tegenstanders van diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis voor het achttiende levensjaar is dat de adolescentie bij uitstek een periode is van exploratie, experimenteren met rollen en zelfbeeld, en dus niet stabiel is. Hierdoor is in deze periode de persoonlijkheid sterk aan verandering onderhevig en dus, vindt men, kan de diagnose persoonlijkheidsstoornis in deze periode niet worden gesteld. De vraag die hierbij centraal staat is of het gedrag van een persoon vooral bepaald wordt door kenmerken van een specifieke levenssituatie of ontwikkelingsfase, of dat een persoon specifieke kenmerken heeft die redelijk stabiel zijn in de tijd. Kan iemand in de loop van zijn leven bijvoorbeeld steeds extravert of steeds impulsiever worden? Roberts en Delvecchio (2000) vonden dat de stabiliteit van de persoonlijkheid toeneemt gedurende de levensloop, maar pas een plateau bereikt vanaf de leeftijd van 50 jaar. Tot die tijd vindt er nog opvallend veel verandering in de persoonlijkheid plaats. Bij adolescenten is er sprake van een matige stabiliteit (Assendorpf & Van Aken, 2003). Van belang in deze discussie is dat epidemiologisch onderzoek aantoonde dat ook bij adolescenten uit de normale populatie tijdelijk kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen gevonden kunnen worden, die na enige jaren weer spontaan verdwijnen (Bernstein, Cohen & Velez,

1993). Ook blijkt dat adolescenten die met acute stress rond suïcidaliteit en acute klachten worden opgenomen op dat moment voldoen aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis, maar daar al vrij snel niet meer volledig aan voldoen (Bernstein, Cohen, Skodol, Bezirgianian, & Brook, 1996; Meijer & Treffers 1996).

Het lijkt dus dat een groot deel van de persoonlijkheidstrekken van een kind stabiel blijven door de fasen van adolescentie en volwassenheid heen, maar dat er bij een specifieke groep adolescenten, tijdelijk, ten gevolge van de grote druk in die periode, een verheviging van de persoonlijkheidstrekken te zien kan zijn, die kan resulteren in persoonlijkheidsproblematiek. In sommige gevallen is er daarbij sprake van ernstige problematiek, die echter geen lange voorgeschiedenis heeft, tijdelijk is en faseafhankelijk, maar die alle kenmerken heeft van persoonlijkheidspathologie. Vaker echter zien we jongeren die van jongs af aan problemen ervaren als gevolg van hun kwetsbaarheid en hun enorme moeite om emoties te reguleren. Dit wisselende beeld van de problemen is niet verwonderlijk en niet specifiek voor de adolescentie: ook bij volwassenen is de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet bijster stabiel. Wanneer men gelijke procedures gebruikt, blijkt de stabiliteit van een volwassen en adolescentie PS vergelijkbaar. Daarbij lijken de persoonlijkheidstrekken met name stabiel in de tijd, terwijl de diagnose persoonlijkheidsstoornis en acute symptomen zoals automutilatie, impulsiviteit, suïcidaal gedrag, minder stabiel in de tijd zijn (Tromp, 2010; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005).

Echter, een subgroep binnen de steekproef van Cohen en collega's (2005) rapporteerde een toename van symptomen na de vroege adolescentie, waarbij er sprake was van zich ontwikkelende ernstige persoonlijkheidspathologie, die duidelijk afwijkend was van de gewone ontwikkelingsproblemen in de adolescentie. Deze groep werd gekenmerkt door tekortschietende coping van emoties, gedachten en relaties, en er was sprake van starre, onaangepaste, chronische reactiepatronen die zorgden voor ernstige problemen. Terwijl dus voor een grote groep adolescenten de persoonlijkheidspathologie gedurende de jaren afneemt, is er een groep die stabiele tot zelfs toenemende persoonlijkheidspathologie vertoont naarmate ze ouder wordt.

#### Stabiliteit in de levensloop

Een belangrijk argument tegen het stellen van de diagnose persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten is dat lang is gedacht dat de classificatie persoonlijkheidsstoornis een classificatie voor het leven zou zijn. Deze gedachte is inmiddels achterhaald. De meer recente studies laten zien dat in klinische populaties de meeste patiënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen binnen enkele jaren hun diagnose verliezen. Het bij heronderzoek van adolescenten aangetoonde feit dat er een matige stabiliteit van de stoornis is in de tijd, blijkt ook bij heronderzoek bij volwassenen te gelden. Zanarini en collega's (2005) onderzochten in een longitudinaal onderzoek naar het beloop van de borderline persoonlijkheidsstoornis een steekproef van 290 patiënten. Opmerkelijk was dat 35% van de patiënten na twee

jaar en 49% van de patiënten na vier jaar niet meer (volledig) voldeed aan de criteria voor de borderline persoonlijkheidsstoornis.

#### Validiteit van de diagnose PS

Een ander argument van tegenstanders van het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten is dat de diagnose in de DSM is ontworpen voor volwassenen en niet voor jeugdigen. Als je de diagnose stelt bij jongeren, verwijst deze dan wel naar hetzelfde construct als bij volwassenen?

Westen, Shedler en collega's (Westen, Shedler, Durrett, Glass, & Martens, 2003) deden onderzoek naar de vergelijkbaarheid van de persoonlijkheidsstoornissen bij jeugdigen en volwassenen in een klinische steekproef. Zij onderzochten 296 adolescenten in de leeftijd tussen veertien en achttien jaar en concluderen dat de diagnose inhoudelijk en voor wat betreft de frequentie bij zowel volwassenen als bij adolescenten vergelijkbaar is. Het patroon van comorbiditeit bleek eveneens vergelijkbaar: 66% van de adolescenten met een PS bleek ten minste één andere persoonlijkheidsstoornis te hebben.

Echter, persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie blijken qua type minder specifiek. De kenmerken van een gegeven persoonlijkheidsstoornis hangen onderling minder goed samen in vergelijking met volwassenen (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2000). Er bestaat meer overlap tussen de criteria van verschillende persoonlijkheidsstoornissen (Becker, Grilo, Morey, Walker, Edell, & McGlashan, 1999). Er bestaat meer comorbiditeit tussen de criteria van cluster A, B en C.

Durrett en Westen (2005) vergeleken de kenmerken van persoonlijkheidsstoornissymptomen van volwassenen en adolescenten (leeftijd 12 tot en met 17 jaar) en concluderen dat de onderliggende structuur vergelijkbaar is, ongeacht de leeftijd. Factoranalyse op alle symptomen van persoonlijkheidsstoornissen geeft evidentie voor tien factoren, die overeenkomen met tien persoonlijkheidsstoornissen.

#### Stigmatisering

Een verondersteld nadeel van het stellen van de diagnose persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten is dat jongeren met een te ernstige diagnose worden opgezadeld en gestigmatiseerd, wat hen kan ontmoedigen of wat hen een valse identiteit kan opleveren. De jongere die in een ruzie zegt 'ik kan er niets aan doen, ik ben borderline of ik ben een rotkind' is niet te benijden. Tegelijkertijd geeft het wel stellen van de diagnose de mogelijkheid om het gesprek te openen en te onderzoeken hoe de jongere over zichzelf denkt en hoe dit zelfbeeld is ontstaan. Wanneer men een diagnose PS niet langer beschouwt als een levenslange diagnose, maar eerder (conform recent onderzoek) als een behandelbare diagnose van voorbijgaande aard, dan valt dit argument weg. Het stellen van de diagnose opent dan de weg tot het bieden van een adequate behandeling en daarmee het bieden van perspectief en hoop.

### Diagnose leidt tot passende behandeling

Voorstanders van het stellen van de diagnose persoonlijkheidsstoornis merken op dat door het eerder stellen van de diagnose mogelijk sneller een goede behandeling kan worden geïndiceerd. In een onderzoek bij 290 volwassenen met de diagnose Borderline Persoonlijkheidsstoornis werd onderzocht op welke leeftijd zij begonnen met automutileren (Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, Jager-Hyman, Hennen, & Gunderson, 2006). Van hen was 33% voor het twaalfde levensjaar met dit gedrag begonnen. Dertig procent van hen was begonnen tussen het dertiende en zeventiende levensjaar. Verder bleek in dit onderzoek dat de mensen met een BPS die al zo jong waren begonnen met het zichzelf beschadigen, behoorden tot de groep met een ernstiger, langduriger beloop van de stoornis. Dit onderstreept volgens de onderzoekers het belang van het stellen van deze ernstige diagnose in een relatief vroeg stadium van de stoornis, namelijk tijdens de adolescentie, zodat de kans toeneemt op een passende behandeling waardoor in een deel van de gevallen, erger, bijvoorbeeld een chronische ontwikkeling, voorkomen kan worden. Ook Chanen en collega's (2008) en Schuppert en collega's (2009) pleiten ervoor adolescenten de diagnose PS te geven wanneer dit nodig is, maar vanuit preventief oogpunt ook de problematiek te herkennen en benoemen wanneer er sprake is van een subklinisch niveau. Door vroege interventie, namelijk door het inzetten van een stoornisspecifieke behandeling, ook wanneer er sprake is van een subklinisch niveau van een PS, kan verergering van de persoonlijkheidsproblematiek voor veel van deze jongeren mogelijk worden voorkomen. Daarnaast kan de classificatie een erkenning voor groot lijden van de jongere en het gezin betekenen en richting geven aan een vaak lange en moeizame behandeling, waarbij motivatie- en commitmentproblemen een rol zullen spelen en men geen al te snelle resultaten moet verwachten. Echter, voorzichtigheid blijft geboden, want er is vooralsnog geen onderzoek waaruit blijkt dat behandeling op jonge leeftijd succesvol is en verdere persoonlijkheidsverstoring daadwerkelijk kan voorkomen.

#### **1.1.5 Comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten**

Een complicerende factor bij het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis is dat er vaak sprake is van comorbiditeit op as I in de vorm van bijvoorbeeld een stemmingsstoornis, aanpassingsstoornis, PTSS, dissociatieve stoornis, eetstoornis, gedragsstoornis, middelenmisbruik of ADHD (Muller, Ten Kate, & Eurelings-Bontekoe, 2009). Jongeren met een persoonlijkheidsstoornis hebben aanzienlijk meer kans op problemen op alle levensgebieden dan jongeren zonder een persoonlijkheidsstoornis.

Ernstige conflicten met gezinsleden (Johnson e.a., 2005) worden veelvuldig gezien bij adolescenten bij wie de diagnose persoonlijkheidsstoornis wordt overwogen. Ondanks de heftige conflicten en het feit dat deze jongeren aangeven zich emotioneel niet echt verbonden te voelen met hun gezin is er vaak nog intensief (problematisch) contact met de ouders (Cierpka & Reich, 2000). De meeste gezinnen die escalerende problemen ervaren tijdens de puberteit, kenden ook al proble-

men vóór deze levensfase. De adolescentie lijkt eerder een al slechte ouder-kindrelatie te verergeren dan die te veroorzaken (Steinberg, 2002).

Jongeren met een persoonlijkheidsstoornis hebben niet alleen interpersoonlijke problemen met ouders, maar ook op school, waar ze minder vrienden blijken te hebben (Westen e.a. 2003; Johnson e.a. 2005). Vaak hebben ze ook problemen met leren, concentreren, spijbelen en vroegtijdige schooluitval, als gevolg van ADHD, gedragsproblemen of leerstoornissen.

Verder is bij hen vaker sprake van impulsief gedrag in de vorm van bijvoorbeeld wisselende seksuele partners en onveilig seksueel gedrag (Lavan & Johnson, 2002), van alcohol- en drugsmisbruik of roken (Serman, Johnson, Geller, Kanost, & Zacharapoulou, 2002) en van geweldddaden en conflicten met de politie (Bernstein e.a., 1993; Hutsebaut, Catthoor, Op 't Veld, & Hartman-Faber, 2007). Daarnaast wordt deze groep getypeerd door een grote mate van suïcidegedachten en suïcidepogingen (Westen e.a. 2003), crisisopnames en medicatiegebruik (Kasen e.a., 2007).

Sommige adolescenten hebben tegelijkertijd kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en van een PTSS als gevolg van langdurig of vroegkinderlijk seksueel misbruik of het hebben ondergaan of zien van fysiek geweld. Vaak zijn dit adolescenten die niet stil willen staan bij hun traumatische ervaringen en grote moeite hebben om een therapeutische relatie aan te gaan, waardoor een specifiek op het trauma gerichte behandeling niet haalbaar is. Affectieve stoornissen zorgen bij adolescenten vaker dan bij volwassenen voor verwarring met de borderline persoonlijkheidsstoornis (Meijer, 2006). Depressies bij adolescenten kunnen een grillig beloop hebben en gaan vaak gepaard met gedragsproblemen, automutilatie en middelenmisbruik. Wanneer affectieve, agressieve en impulsieve symptomen nog maar kort bestaan, is met name het onderscheid tussen een beginnende bipolaire stoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis soms moeilijk te maken. De laatste jaren komt in onderzoek naar voren dat er een grote comorbiditeit bestaat tussen persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen. Bij volwassenen wordt zelfs een percentage genoemd van 39,5% (Newton-Howes, Tyrer, North, & Yang, 2008). Ook het onderscheid (en de samenhang) tussen een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling en een autismespectrumstoornis kan door een onervaren diagnosticus soms moeilijk worden gemaakt.

Naast comorbiditeit op as I is er ook vaak sprake van comorbiditeit op as II. Bij adolescenten is er, net als bij volwassenen, sprake van verschillen in de ernst van de persoonlijkheidspathologie. Er is een groep waarbij sprake is van zowel comorbiditeit op as I als ook op as II: de adolescent voldoet aan de criteria van meer dan één persoonlijkheidsstoornis tegelijkertijd. Daarnaast is er een groep adolescenten die niet genoeg kenmerken heeft voor het stellen van één specifieke persoonlijkheidsstoornis, maar wel voldoet aan minimaal tien kenmerken uit verschillende persoonlijkheidsstoornissen bij elkaar. Bij hen kan de diagnose Persoonlijkheidsstoornis NAO worden gesteld. Omdat de persoonlijkheid nog zo volop

in ontwikkeling is, blijkt deze classificatie bij jongeren vaker voor te komen dan bij volwassenen.

Tot slot is er een groep jongeren waarbij de problematische persoonlijkheidspatronen soms niet ernstig genoeg zijn voor een specifieke as-II-diagnose (omdat binnen de categorale dimensies van de DSM-IV een criterium aanwezig of afwezig moet zijn) hoewel er wel sprake is van ernstige persoonlijkheidsproblematiek.

### 1.1.6 Risicofactoren

Uit onderzoek naar stoornissen die het risico op het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis vergroten, komen vooral gedragsproblemen (externaliserende pathologie) als risicofactor naar voren. Kasen en collega's (Kasen, Cohen, Skodol, Johnson, & Brook, 1999) onderzochten 551 'normale' kinderen in de leeftijd van negen tot zestien jaar. Zij vonden dat gedragsstoornissen in combinatie met ADHD een verhoogde kans geven op de ontwikkeling van cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen. ADHD, leerproblemen en gedragsproblemen worden dan ook veel gezien bij jongeren met persoonlijkheidspathologie.

Langdurige angststoornissen (langer durend dan negen maanden; in het bijzonder de separatieangststoornis en sociale fobie) blijken eveneens voorspellend te zijn voor het ontwikkelen van persoonlijkheidsstoornissen uit met name het A-cluster.

Een langer dan negen maanden durende stemmingsstoornis correleert sterk met het ontwikkelen van vooral een cluster-B- maar ook een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis (Johnson e.a., 2000). Aansluitend blijkt uit onderzoek van Bernstein en collega's (1996) dat depressieve stoornissen in de kinderleeftijd een verhoogd risico inhouden op het ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis in de jonge volwassenheid. Depressiviteit bij jongens blijkt daarnaast voorspellend voor het ontwikkelen van een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis. Tevens leidt chronische of langdurige traumatisering tot het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblemen (cluster A, cluster B) in de volwassenheid.

Een langdurig bestaande angst- of depressieve stoornis of een gedragsstoornis kan resulteren in een verstoord sociaal, emotioneel en gedragsmatig evenwicht, waardoor de ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden negatief wordt beïnvloed, evenals de manier waarop sociale informatie wordt verwerkt. Een 'negatief filter' kan leiden tot verkeerde attributies en een beperkt probleemoplossend vermogen. Mede daarom kunnen er tussen het kind en zijn omgeving sociale patronen ontstaan die negatieve invloed hebben op de persoonlijkheidsontwikkeling. Een lage status in de groep, een klein sociaal netwerk of ingrijpende pestervaringen kunnen veel impact hebben op het zelfgevoel en het vermogen relaties aan te gaan met leeftijdgenoten (McCauley, Pavlidis, & Kendall, 2001).

Anderzijds vonden Johnson en collega's (Johnson, Cohen, Skodol, Oldham, Kasen, & Brook, 1999) in hun longitudinale onderzoek bij een groep van 717 jongeren dat het op jonge leeftijd voldoen aan de criteria van een persoonlijkheids-

stoornis de kans verdubbelt op ernstige depressiviteit, ernstige angstklachten of misbruik van middelen in de volwassenheid. Daarnaast blijkt de aanwezigheid van een cluster-C-persoonlijkheidsstoornis in de jeugd te leiden tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van suïcidaal gedrag in de volwassenheid.

Bij omgevingsinvloeden gaat het meestal om de cumulatieve effecten van meerdere risicofactoren. Vroegkinderlijke negatieve ervaringen zoals verwaarlozing, verlaten en seksueel of lichamelijk misbruik worden vaak in verband gebracht met het ontwikkelen van persoonlijkheidspathologie (Battle e.a., 2004). Wanneer een kind opgroeit in een instabiele huiselijke omgeving, gekenmerkt door emotionele verwaarlozing of mishandeling, waarbij bijvoorbeeld ook sprake is van psychopathologie bij de ouders en er geen beschermende factoren aanwezig zijn, neemt de kans enorm toe op het ontwikkelen van persoonlijkheidspathologie (Helgeland & Torgersen, 2004; Johnson, Chen, & Cohen, 2004; Johnson e.a., 2005).

Echter, belangrijk is dat traumatische ervaringen geen noodzakelijke voorwaarde zijn voor het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis, aangezien er ook een groep mensen is die wel die diagnose heeft, maar geen geschiedenis kent van vroegkinderlijk trauma. Zie tabel 1.2 voor een overzicht van de risicofactoren voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis.

**Tabel 1.2 Risicofactoren voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis**

Kindfactoren	Ouder-kindfactoren	Kind-kindfactoren
Moeilijk temperament	Psychiatrie bij ouders	Lage status in de groep
Lage intelligentie	Emotionele verwaarlozing	Geringe mate van zelf-acceptatie
Verstoorde realiteits-toetsing	Seksuele of fysieke mishandeling	Zeer klein sociaal netwerk / sociale isolatie
Op jonge leeftijd automutilatie	Criminele ouders / psychopathie bij ouders	Weinig sociale vaardigheden
Op jonge leeftijd ernstige gedragsstoornis	Lage SES	
Op jonge leeftijd depressief		

Deze gegevens zijn gebaseerd op Freeman & Reinecke, 2007; Johnson e.a., 2004, 2005), McCauley e.a., 2001; en Sharp & Bleiberg, 2007.

### 1.1.7 Beschermende factoren voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis

De gezonde ontwikkeling van een kind wordt bevorderd door veilig gedrag van ouders, zoals affectie, open communicatie en tijd doorbrengen met de kinderen. De ervaren empathie en steun van ouders helpen om eventuele tegenspoed beter te doorstaan. Zo blijkt dat kinderen die een hechte, sterke, wederzijds respectvolle band ontwikkelen met hun ouders veerkrachtiger worden, een hogere zelfwaardering ontwikkelen, vertrouwen hebben in zichzelf en anderen, en zich beter kunnen aanpassen. Verder blijkt dat vooral de aanwezigheid van een flexibele opvoedingsstijl en flexibel opvoedgedrag van de ouders van groot belang is. Voor een goede ontwikkeling is het nodig dat ouders zich flexibel kunnen aanpassen aan het temperament van het kind. Zo heeft een externaliserend kind meer behoefte aan toezicht van de ouders, en heeft een internaliserend kind meer behoefte aan warmte en steun. Een en dezelfde opvoedingsstijl kan dan ook voor het ene kind positief zijn en voor het andere kind negatief (Johnson e.a., 2005).

Naast de kwaliteit van de opvoeding kunnen andere levenservaringen een positieve rol spelen: het hebben van een soort mentor in de jeugd buiten de ouders kan helend werken, evenals deelname aan gemeenschapsactiviteiten waarbij iemand ervaart dat hij goed in de groep zit en goede contacten heeft met leeftijdgenoten.

Er zijn ook bepaalde persoonlijkheidstrekken gevonden die fungeren als beschermende factor voor de ontwikkeling van PS: veerkracht, productiviteit en optimisme. Daarnaast het vermogen om stressvolle gebeurtenissen te zien als betekenisvol en als mogelijkheid om te groeien, en het zichzelf in staat achten om omstandigheden te beïnvloeden.

Een jongere startleeftijd van behandeling, minder hospitalisatie, minder belastende kindervaringen (zoals misbruik, verwaarlozing, getuige zijn van geweld, enz.) blijken te beschermen tegen een chronisch verloop van de stoornis (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006). Ook het met succes afronden van een opleiding in de adolescentie (Zanarini, Frankenburg, Hennen e.a., 2006) blijkt een beschermende factor te zijn voor een chronisch beloop van persoonlijkheidspathologie. Mede daarom is samenwerking met scholen en jongeren helpen met re-integratie naar school een essentieel onderdeel van de behandeling.

## 1.2 Suïcidaal gedrag

Anne belt vanuit school naar haar therapeut. Ze zit bij haar schoolmentor op de kamer en heeft net een overdosis pillen ingenomen. Ze vraagt wat ze nu moet doen. De therapeut vraagt haar allereerst wat ze allemaal heeft ingenomen: acht paracetamol, drie ibuprofen, en twee valproïnezuur. En ze heeft gebloed. Haar therapeut sommeert haar direct naar de spoedeisende hulp van het dichtstbijzijnde ziekenhuis te gaan. De therapeut vraagt de mentor aan de



telefoon om begeleiding voor Anne naar het ziekenhuis te regelen. Het blijkt mee te vallen: de maag moet worden leeggepompt, maar Anne mag dezelfde dag weer naar huis. Anne had eerder op die dag op school te horen gekregen dat ze niet langer welkom was op haar stageadres. Dit was haar tweede stage die mislukte. Om de teleurstelling weg te krijgen, was ze gaan blowen, waarna ze nog somberder en wanhopiger werd, en impulsief een cocktail aan pillen innam. Uiteindelijk schrok ze van wat ze had gedaan en biechtte alles aan haar mentor op, die haar stimuleerde direct haar behandelaar te bellen.

Dit is Anne's vijfde suïcidepoging. Sommige van die pogingen met een grote hoeveelheid pillen, deze keer een kleine hoeveelheid, waar ze zeker niet dood van zou kunnen gaan. Anne heeft last van wisselende emoties die haar kunnen overspoelen. Op die momenten van wanhoop en paniek maakt ze suïcideplannen. Ze heeft een afscheidsbrief, die ze dan bijwerkt en opnieuw leest. Ze heeft meestal wel een datum staan waarop ze uiterlijk dood wil zijn als dingen niet beter worden. Ze heeft periodes gehad waarin ze de middelen voor een suïcidepoging continu bij zich droeg uit 'veiligheid'. Op goede momenten schuift ze de datum weer op of verwerpt het plan, om het vervolgens weer uit de kast te halen of bij te stellen als ze weer wanhopig is. Ook snijdt Anne zichzelf op zulke momenten, een aantal malen per week. Dit geeft haar opluchting en leidt haar aandacht even af van de wanhoop.

Lange tijd was men er huiverig voor om adolescenten zoals Anne (zie kader) te classificeren met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Ze kregen dan een diagnose dysthymie of depressie, die niet goed de lading dekte van de emotionele wisselingen die deze jongeren kunnen hebben. Vaak werd daarom de classificatie aangevuld met de term 'bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling'. Zo werd dit in de praktijk opgelost. Ditzelfde probleem speelde ook in het onderzoek. Onderzoek naar adolescenten met borderline persoonlijkheidsstoornis is spaarzaam. Tegelijkertijd sluit onderzoek naar behandelmethoden voor depressieve jongeren bijna altijd de suïcidale jongeren uit, waardoor men ook onder de titel depressie weinig onderzoek naar deze groep adolescenten zal vinden. Men vindt veel meer relevante informatie over deze doelgroep wanneer men zoekt naar onderzoek over suïcidaal en zelfbeschadigend gedrag, waarbij het dan om een bredere groep jongeren gaat: zowel jongeren die suïcidaal zijn vanuit een depressief kader of een andere as-I-stoornis, als jongeren die suïcidaal zijn vanuit een persoonlijkheidsstoornis met sterke wisselingen in emoties, of jongeren zonder psychiatrische stoornis, die suïcidaal zijn in reactie op een levensstressor. Om deze reden is in dit hoofdstuk een aparte paragraaf opgenomen met achtergrondinformatie over suïcidaal gedrag bij adolescenten.