

# Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early

Joost Hutsebaut · Dineke Feenstra · Ellen Keur · Benjamin Schäfer · Dawn Bales

## Samenvatting

Borderlinepersoonlijkeheidsstoornissen (BPS) kunnen betrouwbaar worden vastgesteld en veilig worden behandeld vanaf het begin van de puberteit. Dat opent de weg voor de toepassing van een vroege-interventieparadigma voor borderlineproblematiek. Het doel ervan is om door snelle herkenning en behandeling te voorkomen dat borderlineproblemen chronisch worden en impact krijgen op verschillende levensterreinen (zoals school en thuis). In dit artikel wordt een vroege-interventieprogramma voor BPS beschreven, gebaseerd op de principes van Mentalization-Based Treatment: MBT-early. Dit is een kortdurende behandeling voor jongeren in een beginstadium van de borderlineontwikkeling. Doelgroep, behandelprincipes en behandelmethodiek worden toegelicht. Geëindigd wordt met een overzicht van de eerste behandelresultaten en klinische indrukken van de toepassing.

## Early detection and intervention of borderline pathology in young people with MBT-early

### Abstract

Borderline personality disorders (BPD) can be diagnosed reliably and treated safely starting early onset puberty, paving the way for an early intervention program for borderline pathology. The aim is to prevent borderline problems from becoming chronic and to prevent negative impact on several areas of life, including school and family, through rapid detection and treatment. This article describes an early intervention program which is based upon the principles of

---

J. Hutsebaut (✉) · D. Feenstra · B. Schäfer · D. Bales  
Bergen op Zoom, Nederland  
e-mail: joost.hutsebaut@deviersprong.nl

E. Keur  
Den Bosch, Nederland

---

Mentalization-Based Treatment: MBT-early. This is a time-limited treatment program for young people in an early stage of borderline pathology. Inclusion criteria, treatment principles and treatment method will be discussed. The authors conclude by presenting the first treatment results and clinical impressions about the program.

---

## Klinische stadiëring en vroege interventie

### Eerder is beter

Als je bij de huisarts komt met een verdacht huidvlekje of een knobbeltje in de borst, dan zal die je meteen doorsturen voor verder onderzoek. Sterker nog, de samenleving richt preventieve bevolkingsonderzoeken in om vanaf een bepaalde leeftijd systematisch te screenen op dergelijke symptomen. De reden is simpelweg: hoe eerder een progressieve en potentieel levensbedreigende ziekte gedetecteerd kan worden, des te eenvoudiger is de behandeling en des te groter is de kans op herstel. Een medisch specialist stelt daarom vaak als eerste het stadium van ontwikkeling van de ziekte vast, want dat bepaalt welke interventie nodig is. Men spreekt dan van klinische stadiëring: een beschrijving van de mate van progressie van een ziekte of aandoening langs een continuüm (Hutsebaut en Hessels 2017; Scott et al. 2013). Verdachte vlekjes die in een vroeg stadium worden ontdekt, kunnen eenvoudig operatief verwijderd worden.

Ook al wordt er soms getwijfeld aan de kosteneffectiviteit van zeer grote bevolkingsonderzoeken, niemand zal ontkennen dat het voor individu en maatschappij belangrijk is om ernstige aandoeningen vroegtijdig te onderkennen. Dit principe krijgt ook steeds meer aandacht in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hoe eerder een (dreigende) psychose wordt herkend en behandeld, des te beter de uitkomsten (Perkins et al. 2005).

Uit onderzoek blijkt dat programma's die zich richten op het tijdig herkennen en behandelen van een psychose – de zogenaamde vroege-interventieprogramma's – de kans op 'transitie' naar een psychose met meer dan de helft verminderen. Ook andere negatieve uitkomsten worden verminderd, zoals de kans op suïcide. Bovendien blijkt het tijdig herkennen en behandelen van psychotische stoornissen kosteneffectief te zijn (McCrone et al. 2010).

Ook in het veld van stoornissen in het autismespectrum worden de laatste jaren steeds grotere successen geboekt (Dawson et al. 2010). De sleutel is vooral: zo vroeg mogelijk ingrijpen, nog voor de stoornis zich echt heeft doorontwikkeld.

### Vroege interventie

Toch staat het hele idee van tijdig herkennen en behandelen van psychische stoornissen in de GGZ nog in de kinderschoenen. Voor de meeste patiënten duurt het

gemiddeld ongeveer acht jaar na aanvang van hun klachten voordat ze hulp zoeken (Christiana et al. 2000). Van de jongeren die hulp nodig hebben, komt slechts 20–35 % ook effectief aan in de GGZ (Vanheusden et al. 2008). Als de aandoening zeer ernstig is, is de kans op hulp het grootst. De grote groep jongeren met ‘matig’ ernstige klachten wordt niet of nauwelijks behandeld. Kortom: in de GGZ komen vooral de moeilijkst te behandelen cliënten in behandeling. De rest meldt zich niet, wordt afgewezen of komt op de wachtlijst terecht. Het is alsof je tegen de vrouw met een klein knobbeltje zegt dat ze moet terugkomen als de tumor is uitgezaaid.

Als er één aandoening is waarbij het tijdig herkennen en behandelen al helemaal een taboe is, dan is het wellicht de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Onze groep voerde enkele jaren geleden een enquête uit onder psychologen en stelde vast dat de meerderheid deze jongeren wel ziet en herkent, maar nauwelijks (8 %) de diagnose ook effectief stelt (Laurensen et al. 2013). Nog een kleiner deel (6 %) biedt specialistische zorg voor deze jongeren. Daar worden een hele reeks redenen voor gegeven, bijvoorbeeld de angst voor stigmatisering, de overtuiging dat de diagnose niet gesteld mag worden bij jonge mensen of het idee dat de diagnose op deze leeftijd niet valide is. Geen van deze argumenten houdt steek, zo betoogde Sharp in een recente publicatie (2016).

Vroege interventie is vooral aangewezen bij aandoeningen die een progressief karakter hebben en waarvan de ziektelast en maatschappelijke kosten op termijn hoog kunnen oplopen. BPS is een ernstige aandoening, die ongeveer 1,1 % van de algemene bevolking treft (Have et al. 2016) en, naar gelang van de steekproef in de studie, 15–40 % van mensen die behandeling zoeken in de GGZ (Zimmerman et al. 2005). Mensen met BPS hebben een sterk verhoogd risico op een scala van comorbide aandoeningen, in het bijzonder stemmings-, angst en middelenmisbruikstoornissen. Ze krijgen veel moeilijker een baan, hebben minder vaak een relatie of gezin, hebben vaker lichamelijke aandoeningen en hebben een beperktere levensverwachting (Chen et al. 2006; Johnson et al. 1999). Ze zullen veelvuldig een beroep doen op de GGZ, kennen vaak gefragmenteerde behandeltrajecten (Zanarini et al. 2015) en kosten de maatschappij een pak geld (Soeteman et al. 2008). Bovendien is BPS bij volwassenen een chronische aandoening, met veelvuldige terugval en moeizaam sociaal-maatschappelijk herstel, ook al kent haast iedere BPS-patiënt ook periodes van symptomatische remissie (Zanarini et al. 2012).

Wellicht speelt dit negatieve beeld ook een rol bij de voorzichtigheid van hulpverleners om de diagnose bij pubers te stellen. Zij associëren de ‘typische’ BPS-patiënt met chronische patronen van instabiliteit, behandelresistentie en sociaal-maatschappelijke uitval; wellicht zoals kanker lange tijd werd geassocieerd met een per definitie terminale ziekte. De toegenomen behandelbaarheid heeft het stigma van kanker doen verminderen. Juist omdat we de ziekte steeds vaker vroeg kunnen opsporen en sneller een gepaste behandeling kunnen inzetten, verbetert de prognose en vermindert het stigma. Hetzelfde zou kunnen gelden voor BPS: door vroege detectie en interventie, op basis van een model van klinische stadiëring zouden negatieve gevolgen kunnen worden voorkomen, waardoor ook het stigma van de diagnose kan verminderen (Hutsebaut en Hessels 2017).

## Adolescentie cruciaal

In de literatuur zijn er minstens twee grote epidemiologische studies – de *Girls Personality Study* en de *Children in the Community Study* – die laten zien dat BPS of kenmerken ervan betrouwbaar en valide kunnen worden vastgesteld tijdens de adolescentie (zie Cohen et al. 2005; Stepp et al. 2010). Meer nog, deze studies laten zien dat de adolescentie een cruciale periode is, waarin de verschillen tussen ‘gezonde’ en ‘BPS’-adolescenten steeds groter worden en waarin de probleemgebieden van BPS steeds meer invloed krijgen op het sociale functioneren van jongeren (Fruyt en Clercq 2014). Jongeren die in de loop van hun adolescentie een ‘volle’ BPS ontwikkelen, kennen een sterk verhoogd risico op een hele reeks negatieve ontwikkelingsuitkomsten. BPS in de adolescentie is zeer voorspellend voor BPS in de volwassenheid. Kortom: als bepaalde probleemgebieden tijdens de adolescentie meer duurzaam verankerd raken in het persoonlijkheidsfunctioneren, en daardoor steeds meer invloed gaan hebben op het sociale en maatschappelijke functioneren van jongeren, dan vergroot dat de kans enorm op langdurige persoonlijkheidsstoornissen, met de genoemde negatieve gevolgen.

Dat alles pleit er natuurlijk voor om de ontwikkeling van de probleemgebieden die eigen zijn aan BPS tijdig te herkennen en behandelen, zodat deze negatieve ontwikkelingsuitkomsten vermeden kunnen worden. De kwetsbaarheden eigen aan BPS (zoals omgaan met emoties, sturen van gedrag, steunende relaties aangaan en eigenheid zoeken en behouden) kunnen door alle hormonale, neurobiologische en maatschappelijke veranderingen in de adolescentie extra uitvergroot worden, waardoor deze jongeren sneller kunnen ontregelen. Het is dan zaak om die ontregeling snel te stoppen, zodat er geen lawine aan negatieve uitkomsten op gang komt.

## Behandeling van BPS haalbaar bij adolescenten

De laatste jaren is een aantal studies verschenen die hebben aangetoond dat BPS bij adolescenten goed behandeld kan worden, zowel met dialectische gedragstherapie (Mehlum et al. 2014), *Mentalization-Based Treatment* (Rossouw en Fonagy 2012), emotieregulatietherapie (Schuppert et al. 2012), als cognitief-analytische therapie (Chanen et al. 2008). Je zou dit de ‘eerste golf’ van vroege-interventiestudies kunnen noemen: de behandelprincipes van bewezen effectieve behandelingen bij volwassenen zijn, met wat aanpassingen, toepasbaar bij jongeren. Tegelijk passen – mogelijk met uitzondering van het HYPE-CAT model van Chanen – deze studies nog niet echt in een vroege-interventieparadigma. Ze gaan niet uit van een model van klinische stadiëring en passen een uniforme interventie toe, ongeacht de ernst of mate van progressie van de aandoening. Wellicht komt er de komende jaren een tweede golf, waarbij de diagnostiek en behandeling meer gekaderd wordt binnen een vroege-interventiemodel.

## Principes van vroege interventie

Vroege interventie van BPS kenmerkt zich volgens ons door een aantal principes: *a*) systematische screening van alle jongeren vanaf de leeftijd van twaalf jaar op kenmerken van BPS (omdat dit, op basis van epidemiologische studies, de leeftijd is waarop kenmerken van BPS zich beginnen te differentiëren), *b*) toepassen van een ontwikkelingsgerichte interventie die gericht is op het versterken van het persoonlijkheidsfunctioneren van jongeren en ouders, en langs die weg op het vergroten van hun veerkracht, *c*) selectie van interventies passend bij het ontwikkelstadium van de aandoening (klinische stadiëring), *d*) richten van interventies op de risico- en beschermende factoren die horen bij het ontwikkelstadium en van invloed zijn op progressie of remissie van de aandoening, *e*) aanbieden van een model van *streamed care* bij de opvolging, zodat mogelijke terugval tijdig opgevangen kan worden met een nieuwe episode van zorg, en *f*) aanbieden van flexibele en gepersonaliseerde zorg, zodat opgeschaald kan worden wanneer de aandoening ernstiger wordt, en afgeschaald wanneer de jongere en het gezin weer op een gezond ontwikkelspoor zitten.

Het uitgangspunt van een vroege-interventieparadigma voor BPS is dat het tijdig detecteren van de aandoening en het bieden van gepaste behandeling kunnen voorkomen dat de focus louter gericht is op aanmeldingsklachten, dat er onvoldoende rekening gehouden wordt met de specifieke kwetsbaarheden van jongeren met deze probleemgebieden en dat de behandeling uiteindelijk ontoereikend blijkt, waardoor de aandoening verergert.

Er is een spectrum van interventies nodig, variërend in complexiteit, duur en intensiteit. Vroege stadia van BPS vragen wellicht eerder eenvoudige, korte en weinig intensieve behandelingen, terwijl latere stadia een langere en intensievere behandeling vragen. Dit artikel focust op de eerste schakel in de (mogelijke) keten van interventies, het programma MBT-early, zoals recentelijk ontwikkeld binnen De Viersprong, een instelling die gespecialiseerd is in de behandeling van jongeren en volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek.

Hierna zullen we illustreren hoe we de principes van vroege detectie en interventie hebben vormgegeven in dit programma. Binnen De Viersprong maakt MBT-early deel uit van een spectrum aan interventies voor jongeren met borderlineproblematiek.

---

## MBT-early: voorbeeld van vroege interventie voor BPS

### Wat en voor wie?

MBT-early is een kortdurende behandeling voor jongeren (en hun gezinnen) die zich presenteren met (beginnende) borderlineproblematiek. Zij combineert de principes van vroege detectie en interventie uit het HYPE-model (Chanen et al. 2009) met de behandelmethodiek van Mentalization-Based Treatment (Bateman en Fonagy 2016). Het doel van het programma is zo vroeg mogelijk in de ontwikkeling

**Tabel 1** *Differentiële indicatie van MBT-early en MBT-A*

Indicatiecriteria	MBT-early	MBT-A
Stadium	vroege interventie (eerder stadium)	standaardinterventie (later stadium)
Duur	ernstige klachten zijn van recentere oorsprong (<2 jaar)	klachten bestaan doorgaans al langere tijd in ernstige vorm (>2 jaar)
BPS-klachten (op basis van intake en SCID)	3–6 kenmerken van BPS; indien sprake is van 5 of 6 kenmerken, zijn die maximaal een jaar aanwezig	ernstige problemen op verschillende BPS-probleemgebieden; minstens 5 BPS-kenmerken
Suïcidaal-destructief gedrag: duur en ernst	milde tot matige zelfverwonding en/of suïcidaliteit	geen contra-indicatie voor ernstig en chronisch (para)suïcidaal gedrag
Problemen op school	milde tot matige problemen op school; geen schoolverzuim van meer dan een half jaar in de laatste twee jaar	geen contra-indicatie voor ernstige problemen op school
Problemen in het gezin	milde tot matige problemen in het gezin; geen aanhoudende escalaties in het gezin	geen contra-indicatie voor ernstige problemen in het gezin
Problemen in sociale contacten of met peers	milde tot matige problemen in sociale contacten of met peers; geen aanhoudende sociale isolatie voor meer dan een half jaar	geen contra-indicatie voor ernstige problemen in sociale contacten

van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek een interventie aan te bieden die specifiek gericht is op de kwetsbaarheden en beperkingen eigen aan deze aandoening, om de ontwikkeling van jongeren en hun gezin opnieuw te optimaliseren en verdere progressie van de aandoening te voorkomen. Het programma richt zich op jongeren vanaf twaalf jaar.

Bij de intake worden alle jongeren systematisch gescreend op de aanwezigheid van mogelijke (borderline)persoonlijkheidsproblematiek. Indien sprake is van minstens drie kenmerken van BPS of wanneer er voldoende evidentie is voor significante problemen op minstens twee van de probleemgebieden van BPS (emotieregulatie, impulsiviteit, zelfbeeld/identiteit en relaties) die niet passen binnen een andere diagnose (zoals een autismespectrumstoornis of een psychose), worden jongeren verwezen naar de MBT-jeugdafdeling. Daar wordt, samen met de jongere en het gezin, een inschatting gemaakt van de mate waarin de BPS zich al heeft doorontwikkeld, waarbij gebruik gemaakt wordt van het schema in tab. 1.

Is er sprake van een later stadium van BPS, met ernstige problemen op verschillende levensgebieden, dan zal de jongere naar het MBT-A programma worden verwezen. Wanneer de BPS-probleemgebieden zich echter recentelijk hebben geïmanifeest en hun impact op diverse levensgebieden relatief beperkt is, dan wordt verwezen naar MBT-early. Het MBT-A-programma werd eerder beschreven in een andere publicatie (Feenstra en Bales 2015).

Soms is sprake van een ernstig disfunctionerend gezin, zonder dat de jongere zelf al heftige of langdurige borderlineproblemen vertoont. Dat kan in sommige

gevallen een contra-indicatie zijn voor MBT-early. We benadrukken dat MBT-early een behandeling is voor jongeren met (beginnende) borderlineproblematiek. Deze problemen kunnen en zullen vaak ook impact hebben op het gezin; omgekeerd zal het gezin impact hebben op de expressie van deze kenmerken. Toch dient bij MBT-early de borderlineontwikkeling bij de jongere de primaire insteek voor behandeling te zijn en niet de problemen in het gezin. Staan die laatste duidelijk op de voorgrond, dan is een systemische interventie meer aangewezen.

## Behandelprincipes

MBT-early gaat uit van een aantal behandelprincipes. We noemen de belangrijkste.

*De behandeling is kortdurend.* De duur van het ‘intensieve’ traject is zestien weken. In die zestien weken streven we ernaar een proces op gang te brengen bij de jongere en het gezin. Tegelijk benadrukken we vanaf het begin dat dit proces niet ‘klaar’ zal zijn na zestien weken. Chanen gebruikt hiervoor het motto *‘the end of therapy is the beginning of change’* en het beeld van leren autorijden: het is doodeng wanneer je niet meer je rijinstructeur naast je hebt zitten, maar tegelijk is dat de enige manier om zelf te leren rijden. Dit beeld illustreert de visie van *empowerment* die achter deze kortdurende behandeling zit: we willen jongeren en ouders stimuleren om vooral zelf te ondervinden of ze de veranderingen die op gang zijn gebracht, zelf kunnen doorzetten – hoe eng dat soms ook kan zijn. Daar dient de boosterperiode van zes maanden voor, die na de periode van zestien weken komt. Tijdens deze ‘oefenperiode’ kunnen jongere en ouders kijken hoe ver ze zelf komen, terwijl de behandelaar meer naar de achtergrond gaat maar aanwezig blijft als vangnet en gesprekken aanbiedt.

*De behandeling is episodisch.* De eerste episode duurt zestien weken, gevolgd door een boosterfase van zes maanden. Nadien wordt geëvalueerd: is er voldoende voortgang geweest en hebben jongere en ouders het vertrouwen dat ze zelf de verandering kunnen vasthouden en doorzetten? Is er wel vooruitgang geweest, maar blijven sommige problemen op een te vervelende manier een rol spelen in de ontwikkeling? Is er nauwelijks verandering geweest? Op basis van deze evaluatie kan de behandeling worden afgesloten, de jongere worden doorverwezen of kan een nieuwe episode van zorg worden afgesproken. Ook wanneer de behandeling wordt afgesloten en de jongere na een half jaar of jaar terugvalt, kan men contact opnemen en kijken we of het aangewezen is om een nieuwe episode van zorg te starten. We denken dat het voortdurend afwisselen en afwegen met jongere en ouders tussen het bieden van enerzijds beperkte episodes van zorg en anderzijds het stimuleren van zelfredzaamheid en zelf oefenen, de eigen kracht van het gezin benadrukt en zo ook tot minder zorg zal leiden.

*De behandeling is doelgericht.* Een korte behandeling kan slechts effectief zijn wanneer ze duidelijk gefocust is op één of twee doelen. We kiezen samen met de jongere en ouders de doelen die het belangrijkste zijn. Niet zelden zijn dit ontwikkelingsgerichte doelen: betere aansluiting vinden bij leeftijdsgenoten, weer naar school kunnen, een beter contact met ouders. De behandelaar zal deze doelen in

de eerste fase van de behandeling concretiseren en ze verbinden met de thema's bij deze jongere, in eerste instantie vaak een interactiepatroon waarin de jongere vaak vastloopt met de omgeving (bijvoorbeeld: 'Ik wil betere contacten met klasgenoten. Nu ben ik erg bang dat ze me gek of raar vinden en daarom zullen afwijzen, waardoor ik me aanpas aan wat ik denk dat ze van mij verwachten, waardoor anderen mij niet echt kennen en kunnen peilen, van waaruit zij mij mogelijk inderdaad wat raar vinden en zullen mijden').

*De behandeling is geïntegreerd en zo nodig outreachend.* Bij jongeren kan de behandelaar vaak niet alleen in de kamer blijven. De jongere loopt vast op school en school loopt vast met de jongere of er zijn problemen op de leefgroep. Het is daarom van belang dat alle interventies consistent en vanuit hetzelfde behandelplan verlopen. Binnen MBT-early wordt dit geborgd doordat een enkele behandelaar alle interventies doet: individuele gesprekken, gezinsgesprekken en casemanagement. Alleen medicatie wordt, indien nodig, door de psychiater voorgeschreven. De behandelaar hanteert voor casemanagement dezelfde behandelijn en methodiek als in de individuele en gezinsgesprekken. Dit principe wordt ook door Chanen gebruikt in zijn HYPE-CAT-programma.

*De behandeling is flexibel.* De eerste episode van zorg kent een standaardformat (zie hierna), maar dit format kan (in uitzonderlijke gevallen) individueel aangepast worden aan de afgesproken doelen. Dit wordt steeds in het team besproken, wat tot aanpassingen kan leiden, zoals het vervangen van enkele individuele gesprekken door meer gezinsgesprekken (bijvoorbeeld wanneer een belangrijk doel te maken heeft met de interacties thuis) of het opvoeren van casemanagement (bijvoorbeeld wanneer er veel gedoe is op school). Verder biedt ook het model van episodische zorg flexibiliteit: nieuwe episodes van zorg kunnen worden toegevoegd na een jaar of bij terugval.

## Structuur van de behandeling

MBT-early bestaat uit zestien wekelijkse individuele gesprekken (45'), drie gezinsgesprekken (60'), een signaleringsplangesprek (45'), een psychiatrisch onderzoek (45'), twee evaluaties met gezin en team (30') en zo nodig casemanagement. Deze 'intensieve' fase wordt gevolgd door een boosterfase met daarin standaard vier gesprekken – individueel of met het gezin – van 45'. De afdeling is tijdens kantooruren bereikbaar in geval van crisis. Indien nodig kan een extra crisisgesprek worden georganiseerd.

De intensieve fase bestaat uit drie subfasen. De eerste drie tot vier sessies gebruiken we om de formulering van de problemen en de doelen scherp te krijgen. Die formulering wordt zo persoonlijk mogelijk gemaakt. Dat dwingt de behandelaar om goed na te denken over de samenhang en thema's zoals die door de jongere ook begrepen kunnen worden. Tijdens deze eerste maand wordt ook een gezinsgesprek ingepland. De vierde sessie wordt gebruikt om de doelen samen zo scherp mogelijk te formuleren, zodat de focus voor de middenfase duidelijk wordt.



Die middenfase loopt van sessie 5 tot en met 14. In de sessie wordt expliciet gefocust op de doelen uit het behandelplan.

Na acht sessies volgt een eerste evaluatie met het gezin, waarin afgestemd wordt op iedereen het eens is over doelen en werkwijze. De laatste twee sessies vormen de eindfase van de intensieve periode. De focus ligt op de voorbereiding voor de booster. De behandelaar zal daartoe een eindbrief schrijven aan de jongere (en eventueel aan ouders) waarin hij op mentaliserende wijze iets weergeeft van zijn ervaringen met het behandelproces en de belangrijke momenten daarin. Doel is momenten van verandering te markeren en het effect daarvan op de jongere en eventueel de behandelrelatie aan te geven.

Daarnaast werkt de behandelaar met de jongere aan een terugvalpreventieplan. Dat biedt een overzicht van het belangrijkste interactiepatroon en wat de jongere en anderen kunnen doen om hierin iets te veranderen. De focus in de boosterfase ligt ook op *empowerment* en op eigen kracht doorzetten van dit proces.

## Therapiemodel

Als therapiemodel maken we gebruik van Mentalization-Based Treatment (MBT), een bewezen effectieve behandeling voor volwassenen en jongeren met BPS (Feenstra en Bales 2015; Rossouw en Fonagy 2012). Het therapiemodel en de daarvan afgeleide behandelwijze zijn in een aantal publicaties uitgebreid besproken (Bateman en Fonagy 2016).

In het kader van dit vroege-interventieprogramma werd de structuur van MBT veranderd, zodat de methode past binnen het format van een kortdurende interventie. De methode bepaalt de houding van de therapeut, niet alleen in individuele en gezinssessies, maar ook in de omgang met bijvoorbeeld school of leefgroep. Dit houdt in dat de behandelaar er voortdurend op gericht is het mentaliseren te stimuleren, dat wil zeggen, dat hij 'voorbij het gedrag' nieuwsgierigheid probeert te prikkelen in de achterliggende intenties, emoties, verwachtingen, enzovoort. Daarbij helpt het vaak minder goed om als behandelaar te gaan uitleggen waarom de jongere zich op een bepaalde manier gedraagt en kan men beter, bijvoorbeeld in gesprekken met ouders of leraren, de ander helpen daar zelf verder over na te denken, voorbij de eerste interpretaties.

De focus in de sessies ligt op de doelen. De behandelaar inventariseert bij aanvang van elke sessie hoe het de afgelopen week is gegaan met deze doelen (bijvoorbeeld: 'Heb je beter of minder goed contact ervaren met je klasgenoten de afgelopen week?') Daarnaast neemt de behandelaar een korte ROM-lijst af, bijvoorbeeld de PHQ-9 (Kroenke en Spitzer 2002). Deze geeft een snel beeld van hoe het de afgelopen week is gegaan.

Het doel is om het mentaliserend vermogen van jongeren te vergroten, door hen te helpen stil te staan bij mentale processen (gedachten, gevoelens) in zichzelf en anderen, die samenhangen met de veranderingen (verbeteringen of verslechteringen) in deze doelen. De behandelaar zal de jongere stimuleren om concrete voorvallen uit te pluizen en daarbij vooral de nieuwsgierigheid van de jongeren in

wat er *in the mind* gebeurt te vergroten. Op die manier kan de jongere ervaren dat gedrag en interacties betekenis krijgen, en dat daarbij stilstaan helpt om zichzelf en anderen beter te begrijpen.

De behandelaar probeert de jongere te stimuleren meer zicht te krijgen op de interacties tussen anderen en zichzelf: wat doen anderen? Wat roept dat bij mij op? Hoe ga ik me van daaruit gedragen? Wat is het effect daarvan op anderen? Enzovoort. Daarbij zal de behandelaar voldoende tijd nemen om verder te gaan dan de eerste gedachten, zodat alle aspecten van de ervaring in beeld kunnen komen.

In dit proces van stilstaan bij eigen ervaringen en die van anderen, zal het proces van mentaliseren soms stoppen of verstoord verlopen ('Ik weet het niet', 'Ik zag toen aan haar gezicht dat ze me stom vond'). De behandelaar kan dan vertragen en de jongere stimuleren om hier verder over na te denken (bijvoorbeeld: 'Wacht even: ik snap nog niet goed wat jou aan haar uitdrukking precies deed denken dat ze je irritant vond'). Door steeds deze focus te nemen, tracht de behandelaar de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen van de jongere te versterken.

De focus verschuift geregeld van het samen reflecteren op de 'problemen' buiten de therapiekamer naar het samen reflecteren op wat er in de relatie hier en nu gebeurt (Bateman en Fonagy 2016). Dat kan gebeuren wanneer er plots iets stukt in het samen onderzoeken, wanneer de behandelaar merkt dat er zich hier en nu in de kamer iets voordoet wat lijkt op het interactiepatroon waarin de jongere vaak terecht komt (bijvoorbeeld heel erg haar best doen om het zo goed mogelijk uit te leggen aan de behandelaar), wanneer de behandelaar merkt dat hij al langer last heeft van tegenoverdachtsgevoelens (bijvoorbeeld bang worden om iets te zeggen dat de jongere in crisis brengt) of wanneer de jongere een opmerking maakt over de behandelaar ('Jij neemt me niet serieus'). De behandelaar vertrekt dan meestal van het affect dat hij ervaart en brengt dat ter sprake (bijvoorbeeld: 'Ik heb het idee dat we wat rond de hete brij zitten te draaien en niet echt praten over datgene waar het misschien wel over zou moeten gaan. Heb jij dat idee ook?'). Dit kan een opening bieden om zicht te krijgen op de mentale toestanden die een rol spelen in een belangrijk interactiepatroon.

## Team

Hoewel de behandelaar in principe alle interventies zelf doet, is het een teamgebaseerde behandeling. Elke jongere wordt wekelijks kort gemonitord in de behandelplanbespreking. Risico-inschattingen worden gemaakt wat betreft drop-out, suicidaliteit en (zelf)destructief gedrag, en de behandelaar maakt een korte inschatting van de voortgang van het behandelproces. Het team helpt de behandelaar om te begrijpen wat eventuele obstakels zijn en hoe die mogelijk te maken hebben met het interactiepatroon dat ontstaan is in de behandeling.

Extra interventies (bijvoorbeeld bellen na een sessie of een e-mail sturen) worden steeds getoetst bij een teamlid. Die neemt het beleid niet over, maar checkt of het mogelijk gekleurd en beïnvloed is door tegenoverdracht.

## Behandelresultaten en klinische impressies

Inmiddels zijn 45 jongeren ingestroomd in de behandeling. Hoewel het programma ook openstaat voor jongens, is er slechts één jongen ingestroomd. Mogelijk komen jongens met BPS-klachten sneller terecht in andere behandeltrajecten (vermoedelijk gericht op externaliserende klachten). De gemiddelde leeftijd is 14,6 jaar ( $SD = 1,2$ ).

Het programma staat open voor jongeren tot achttien jaar, maar de afgelopen twee jaar zijn er nauwelijks jongeren ouder dan zestien jaar ingestroomd. Meer dan de helft van de jongeren (ongeveer 58 %) komt uit een gebroken gezinssituatie. Ongeveer acht op tien gaan nog naar school bij aanvang van de behandeling. Jongeren melden zich met een hoog klachtenniveau op vragenlijsten; alle scores op schalen van gedragsvragenlijsten, zoals de *Child Behavior Checklist* (CBCL) en de *Youth Self-Report* (YSR) bevinden zich in de klinische range, zowel wat betreft internaliserende als externaliserende klachten, en zowel gezien vanuit het oogpunt van de ouders als de jongere.

Op een maat voor het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren, de *Severity Indices for Personality Problems – Short Form* (Verheul 2006) scoren deze jongeren gemiddeld laag (dus maladaptief) voor alle schalen, op de relationele schalen na (sociale concordantie en relationele capaciteiten). Dit strookt met de eerdergenoemde bevinding dat BPS vaak pas tegen het einde van de adolescentie impact heeft op het sociale functioneren.

Zeven jongeren zijn eerder gestopt, van wie drie al voor de eigenlijke start van de behandeling. Tijdens de behandeling zelf zijn er dus weinig drop-outs.

De behandelresultaten zijn groot: zowel op de CBCL (moeder), de YSR als de korte klachtenlijsten (PHQ-9: Kroenke en Spitzer 2002; en GAD-7: Spitzer et al. 2006) zien we (zeer) grote effectgrootten, variërend van 1,11-1,55. De meeste jongeren eindigen buiten het klinische gebied op al deze lijsten (na afloop van behandeling).

Klinisch was een belangrijke les dat er bij jongeren van veertien jaar soms niet meer sprake was van vroege interventie. In dat geval schoot de behandeling tekort en moest doorverwezen worden naar bijvoorbeeld de MBT-A. Daarbij ging het telkens om jongeren die al jaren allerlei vormen van hulpverlening hadden gehad, ernstig crisisgevoelig waren en uit een kwetsbaar gezin kwamen.

---

## Discussie

In dit artikel hebben we een lans gebroken voor vroege interventie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen. We hebben beargumenteerd dat een paradigma van vroege detectie en interventie op basis van klinische stadiëring, zoals we dat kennen uit bijvoorbeeld de oncologie of psychozorg, ook toepasbaar is bij BPS. Aan de hand van ons programma hebben we geïllustreerd hoe zo'n vroege-interventieprogramma er uit kan zien. De eerste resultaten zijn veelbelovend. We willen afsluiten met enkele discussiepunten.

Ten eerste: in de TRAP-studie bij jongeren die zich aanmeldden voor behandeling (Feenstra en Hutsebaut 2014), bleek dat deze jongeren gemiddeld al meer dan vier jaar hulpverlening hadden gehad, voor ze naar De Viersprong kwamen. Dan is er eigenlijk geen sprake meer van vroege interventie. Ook nu nog merken we dat veel jongeren eigenlijk te laat doorverwezen worden naar meer gespecialiseerde hulp. Vaak is zo'n beslissing niet eenvoudig. Wanneer zijn de problemen nog prima te behandelen met meer algemene hulpverlening? En vanaf welk punt is meer specialistische hulp nodig om iatrogene effecten van hulpverlening te vermijden? Wat hierin zou kunnen helpen, is de beschikbaarheid van hulpmiddelen op basis waarvan minder gespecialiseerde hulpverleners kunnen screenen op aanwezigheid van borderlineproblematiek, waarvoor meer gespecialiseerde hulp nodig is.

Nog een stap verder zouden zulke instrumenten misschien ook beschikbaar moeten zijn voor leraren, ouders en huisartsen. In veel gevallen lijkt de beslissing of iemand hulp nodig heeft, moeilijk in te schatten voor ouders of huisartsen. Betere kennis van 'risicoprofielen' en goede screeningsinstrumenten voor elk niveau – waarbij uiteraard overdiagnostiek vermeden moet worden – kunnen helpen.

Ten tweede: BPS is niet enkel een zaak van hulpverleners. Deze jongeren zitten vaak in leefgroepen, in de jeugdhulpverlening en (uiteraard) op school. De kennis daar is vaak beperkt, waardoor de angst voor deze jongeren vaak groot is. Veel scholen worden geconfronteerd met 'epidemieën' van zelfverwonding. In België was er onlangs zelfs een discussie of niet voorzien zou moeten worden in 'snijruimten' op scholen. Preventie start daarom ook op scholen. Niet alleen om jongeren te detecteren die risico lopen op een borderlineontwikkeling, maar ook om te voorzien in een duidelijk beleid en kader voor scholen (bijvoorbeeld wat betreft het omgaan met jongeren die zich snijden).

Ten derde: de drempel naar de hulpverlening is voor veel jongeren en gezinnen hoog. Het is voor ouders niet eenvoudig in te schatten wanneer problemen 'erg genoeg' zijn. Ouders stappen ook makkelijker naar een ziekenhuis voor lichamelijke problemen, dan naar de GGZ voor psychische problemen. Nodig is laagdrempelige hulpverlening, zoals een huis waar je als jongere zonder afspraak kunt binnenstappen. Mogelijk kunnen ervaringsdeskundigen hier ook voor worden opgeleid en ingeschakeld.

Verder is het van belang dat websites en folders van dit project makkelijk te lezen zijn en aansluiten bij de vragen van jongeren en ouders. Mogelijk moeten deze ook breder beschikbaar zijn, bijvoorbeeld in scholen.

Ten vierde: binnen De Viersprong is een spectrum aan interventies voorhanden. Concreet zijn er twee programma's, bedoeld voor jongeren in een verschillend stadium van BPS: MBT-early en MBT-A. We denken niet dat dit een eindpunt is. Waar de zorg uiteindelijk naartoe moet, is om behandeltrajecten echt af te stemmen op de individuele, persoonlijke noden van deze jongere en dit gezin. Daarin speelt het ontwikkelstadium een rol, maar ook de leeftijd of waar het zwaartepunt ligt van de problemen. Uiteindelijk kan dan een behandeltraject op maat voor dit individu en dit gezin worden gemaakt, met borging van de behandelprincipes van vroege

interventie, maar ook met de flexibiliteit om buiten het format van de huidige programma's te stappen.

Daarbij hoort ook de mogelijkheid om een periode van *streamed care* aan te bieden, wat nu nog sterk bemoeilijkt wordt door het huidige systeem van vergoeding. Het systeem van zorgverzekeringen zou moeten faciliteren om bijvoorbeeld ook na twee jaar nog twee of drie gesprekken aan te bieden, zonder dat hiervoor opnieuw een hele administratie opgestart hoeft te worden. Uiteindelijk zal dit zorg opleveren die veel dichter aansluit bij de hulpvraag van gezinnen en die bovendien wellicht veel kosteneffectiever is.

---

## Tot besluit

Het paradigma van vroege interventie en stadiëring, zoals we dat kennen uit de oncologie, is naar ons idee erg bruikbaar om de behandeling van jongeren met borderlineproblematiek te organiseren en indicatiestelling op te baseren. Er zijn echter ook veel verschillen met de oncologie: zo is BPS niet altijd een progressieve aandoening met een onvermijdelijke finaliteit.

Bovendien zal verder onderzoek moeten uitwijzen of vroege interventie voor de achterliggende borderlineproblematiek ook daadwerkelijk een betere langetermijntoekomst heeft dan reguliere zorg op de voorliggende aanmeldingsklachten.

---

## Literatuur

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (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., McCutcheon, L. K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, *15*, 163–172.
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., & Johnson, J. G. (2006). Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *39*, 14–19.
- Christiana, J. M., Gilman, S. E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P. L., Olfson, M., & Kessler, R. C. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine*, *30*, 693–703.
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 466–486.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., Donaldson, A., & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, *125*, 17–23.
- Feenstra, D., & Bales, D. (2015). Mentalization-based treatment voor adolescenten. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, *42*, 5–20.
- Feenstra, D. J., & Hutsebaut, J. (2014). Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten: prevalentie, ziektebelasting, diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *56*, 319–325.

- Fruyt, F. de, & Clercq, B. de (2014). Antecedents of personality disorder in childhood and adolescence: toward an integrative developmental model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 449–476.
- Have, M. ten, Verheul, R., Kaasenbrood, A., Dorselaer, S. van, Tuithof, M., Kleinjan, M., & Graaf, R. de (2016). Borderline personality disorder symptoms in the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2): prevalence, comorbidity, disability and service use. *BMC Psychiatry, 16*, 249.
- Hutsebaut, J., & Hessels, C.J. (2017). Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 59*, 166–174.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., & Brooks, J.S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*, 805–811.
- Kroenke, K., & Spitzer, R.L. (2002). The PHQ-9 a new depression and diagnostic severity measure. *Psychiatry Annals, 32*, 509.
- 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 and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*, 3.
- McCrone, P., Craig, T.K., Power, P., & Garety, P.A. (2010). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *British Journal of Psychiatry, 196*, 377–382.
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*, 1082–1091.
- Perkins, D.O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J.A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1785–1804.
- 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 and Adolescent Psychiatry, 51*, 1304–1313.
- Schuppert, H.M., Timmerman, M.E., Bloo, J., Gemert, T.G. van, Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M., & Nauta, M.H. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*, 1314–1323.
- Scott, J., Leboyer, M., Hickie, I., Berk, M., Kapczinski, F., et al. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry, 202*, 243–245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110858>.
- Sharp, C. (2016). Bridging the gap: the assessment and treatment of adolescent personality disorder in routine clinical care. *Archives of Disease in Childhood, 102*, 1–6.
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 259–265.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing general anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1092–1097.
- Stapp, S.D., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2010). Stability of borderline personality disorder features in girls. *Journal of Personality Disorders, 24*, 460–472.
- Vanheusden, K., Ende, J. van der, Mulder, C.L., Lenthe, F.J. van, Verhulst, F.C., & Mackenbach, J.P. (2008). The use of mental health services among young adults with emotional and behavioural problems: equal use for equal needs? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 808–815.
- Verheul, R. (2006). Severity Indices for Personality Problems-Short Form (SIPP-SF). [www.deviensprong.nl](http://www.deviensprong.nl)
- 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.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1911–1918.

**J. Hutsebaut** is klinisch psycholoog bij het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders te Bergen op Zoom en het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen te Utrecht.

**D. Feenstra** is gezondheidszorgpsycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders te Bergen op Zoom

**E. Keur** is psycholoog bij De Viersprong te Den Bosch.

**B. Schäfer** is psycholoog bij De Viersprong te Bergen op Zoom.

**D. Bales** is klinisch psycholoog bij MBT Nederland te Bergen op Zoom.