

Persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie: Borderline

Sommige jongeren en jongvolwassenen lopen vast op school, binnen het gezin en in contacten met leeftijdgenoten. Ze voelen zich onzeker, zonderen zich vaak af, blijven thuis van school en maken onhandige keuzes, waardoor ze niet meer goed deelnemen aan het dagelijks leven en geïsoleerd raken. Het lukt hen zelf niet dit patroon te doorbreken. Wanneer jongeren zich niet meer kunnen aanpassen aan de omgeving, omdat ze gevangen zitten in negatieve starre trekjes en daardoor soms helemaal het contact met de werkelijkheid verliezen, wordt gesproken van persoonlijkheidsproblematiek.

In de loop van dit jaar volgt een aantal artikelen over verschillende persoonlijkheidsstoornissen die zich kunnen voordoen in de adolescentie. Voor docenten en anderen die verantwoordelijk zijn voor het onderwijs aan jongeren in het VO en MBO is het belangrijk de signalen van een stoornis te herkennen en een eerste inschatting te kunnen maken van de ernst. Hoe kan een docent afstemmen op de begeleidingsbehoeften van deze jongeren en samenwerken met ouders en externe hulpverleners. In dit eerste artikel in deze reeks wordt ingegaan op de Borderline Persoonlijkheidsstoornis.

Voor en nadelen van classificatie

Voordeel van classificerende diagnostiek zoals de DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual) is dat dezelfde taal gesproken wordt door degenen die betrokken zijn bij de diagnostiek, ondersteuning en behandeling van de jeugdige. Het helpt bij het standaardiseren

van de hulpverlening en maakt de controle door de zorgverzekeraars eenvoudiger. Een valkuil is dat de gediagnosticeerde jongere als persoon uit beeld verdwijnt. Hij of zij wordt 'zijn of haar' diagnose: een 'Borderliner'. Het gevaar bestaat dat voorbij gegaan wordt aan de persoonlijke eigenschappen en kenmerken van de betreffende adolescent, gevoelens, ervaring van lijden, krachten, sterke kanten en aanwezige steun of bedreiging vanuit de omgeving. Allemaal aspecten die van belang zijn bij de ondersteuning en het inschatten van de ernst. Het eigen verhaal van de jongere kan belangrijker zijn en meer aanknopingspunten bieden dan vastomlijnde richtlijnen.

In de verantwoording bij de Nederlandse editie van de 'Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM 5' benoemt de auteur (Michel W.

Hengeveld) in 2014 deze kritiek op het DSM-systeem, met name het gebruik van de DSM5 als een diagnostische bijbel. Hij weerlegt deze kritiek door aan te geven dat het gaat om een omvangrijk classificatiesysteem. Niet meer en niet minder. Hij wijst erop het woord *diagnostic* in de Amerikaanse titel mogelijk heeft bij gedragen aan de

Boer en Verhulst zijn van mening dat wanneer adolescenten kenmerken vertonen die lijken op die van een persoonlijkheidsstoornis, ze het beste te helpen zijn door dit ook te benoemen

overschatting van de betekenis van het DSM-systeem. Een diagnose betekent in het Nederlands taalgebied namelijk meer dan alleen classificatie. Het gaat daarbij ook om de mogelijke oorzaken, het stadium, de ernst en het verwachte verloop, de toekomstverwachting. En dat alles bij één individuele persoon.

Een classificatie is volgens de auteur relevant voor het indelen van groepen patiënten, epidemiologische registraties en financiering van de zorg en voor wetenschappelijk onderzoek.

Het vormen van de persoonlijkheid

Persoonlijkheid is de term die gebruikt wordt om het karakter, de aard, het gedrag, het denken en het zich verhouden tot anderen van mensen te benoemen. Elk mens heeft persoonlijkheidstrekken die hem of haar uniek maken. Het zijn blijvende patronen van hoe iemand in het algemeen denkt over en zich verhoudt tot de eigen leefwereld, anderen en zichzelf. Sommige mensen zijn extravert, anderen introvert. Sommigen zijn erg overtuigd van zichzelf, anderen zeer bescheiden (APA, 2016).

Wanneer die kenmerken samengaan met persoonlijk lijden of functionele beperkingen, spreekt men van een pathologische of gestoorde persoonlijkheid. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn vaak rigide en in hun manier van denken en doen extreem en intens. Zij hebben grote moeite met het adequaat reageren op veranderingen, eisen en verwachtingen van de omgeving. Het stellen en behalen van doelen, het aangaan van relaties zowel op school als op het werk kost hen enorm veel moeite. Soms zijn ze verward en is er sprake van een zeer gering zelfvertrouwen.

Bij een persoonlijkheidsstoornis zijn er diepe, ernstige problemen die iemand sterk onregelmatig in het leven, het voelen, het werken en in de relatie met anderen. Vaak hebben zij er moeite mee om anderen te vertrouwen. Het komt voor dat zij de eigen veiligheid en die van anderen verwaarlozen en zichzelf en anderen zelfs in gevaar brengen. Het is lang niet toegestaan in de DSM om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen bij kinderen of jongeren onder

Kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis

Hieronder volgen de gemeenschappelijke kenmerken van alle persoonlijkheidsstoornissen.

- Een patroon van onregelmatig gedrag dat op een extreme manier afwijkt van wat verwacht wordt op basis van iemands cultuur, op minstens twee van de volgende gebieden:
 - manier van denken over zichzelf, anderen en gebeurtenissen;
 - manier van voelen en uiten van gevoelens in verschillende situaties – hieronder vallen ook iemands repertoire aan gevoelens en intensiteit ervan;
 - manier van omgaan met anderen
 - manier van reguleren van de eigen emoties en het eigen gedrag.
- Het patroon is tamelijk constant in verschillende persoonlijke en sociale situaties
- Het patroon veroorzaakt aanzienlijk leed of problemen op het sociale vlak, werk en andere gebieden in het dagelijks leven.
- Het patroon is in de tiener tijd of vroeg in de volwassenheid begonnen.
- Het gedrag is niet het gevolg van een andere psychische stoornis, een lichamelijk aandoening of de werking van een middel.

Figuur 1 Kenmerken persoonlijkheidsstoornis. (Uit: APA, 2016)

de 18 jaar. Hun persoonlijkheid is nog niet gevormd, is de redenatie. Het werkt onnodig pessimisme in de hand (nog maar 15, en nu al een stempel voor je de rest van je leven?). Maar als gevraagd wordt aan volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek, wanneer zij al wisten dat er 'iets' met hen aan de hand was, geven zij aan dat ze dit al vanaf een jonge leeftijd ervaren hebben. Daarom is er in actueel onderzoek naar nieuwe behandelingen veel meer aandacht voor het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen. Welke kwetsbaarheden zijn dat en hoe zou daar rekening mee gehouden kunnen worden in de opvoeding en op school? Frits Boer en Frank Verhulst (2014) zijn van mening dat wanneer adolescenten kenmerken vertonen die lijken op die van een persoonlijkheidsstoornis, ze het beste te helpen zijn door dit ook te benoemen. Vroegtijdige behandeling is belangrijker dan een eventueel stigma. Inmiddels is het gebruikelijk om de diagnose te kunnen stellen vanaf veertien jaar.

De adolescentie is een periode waarin de jongere geconfronteerd wordt met

grote veranderingen die hij/zij het hoofd moet bieden. Belangrijke ontwikkelingsstaken zullen moeten worden opgelost. Het maken van eigen keuzes voor onderwijs en studie en het zelfstandig worden, wordt steeds belangrijker. Tijdens de adolescentie vinden heel wat 'life-events' plaats (uiterlijke veranderingen en accepteren van het eigen lichaam, vriendschap, verliefdheid, aansluiting bij de peer group, schoolkeuze, studiekeuze, op zichzelf gaan wonen, enz.) Er wordt veel gevraagd van een jeugdige. Voor de adolescenten van dit digitale tijdperk komen daar nog de extra verleidingen en druk van de sociale media bij. Hij of zij zal stevig in de schoenen moeten staan. Kwetsbare adolescenten lopen meer risico tot het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis, vooral wanneer de adolescentie te vroeg begint; veranderingen en taken elkaar te snel opvolgen; als er geen veilige haven is waar ze kunnen bijtanken, of als er een opeenstapeling is van negatieve life events (verlies van goede vrienden of kennissen, scheiding van de ouders,

Indeling van persoonlijkheidsstoornissen in clusters volgens DSM 5

Cluster (of type) en centrale kenmerken	Persoonlijkheidsstoornissen
Cluster A: Vreemd of excentriek overkomen (kenmerkend zijn vreemde opvattingen, gedachten, gevoelens, gedrag)	Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis Schizoïde-persoonlijkheidsstoornis Schizotypische-persoonlijkheidsstoornis
Cluster B: dramatisch, emotioneel of instabiel overkomen (kenmerkend zijn overdreven dramatisch gedrag, extreme gemoedsveranderingen, frequente veranderingen in gedrag op een manier die buitensporiger is dan normaal)	Antisociale-persoonlijkheidsstoornis Borderline-persoonlijkheidsstoornis Histrionische-persoonlijkheidsstoornis Narcistische-persoonlijkheidsstoornis
Cluster C: extreem onzeker of angstig overkomen (kenmerken zijn angst of zorgelijkheid)	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

Figuur 2 Clusters persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2016)

problemen en falen op school, gepest worden....).

De adolescentie is natuurlijk niet een periode die op zichzelf psychopathologie veroorzaakt. Het kan wel door risicofactoren en genetische kwetsbaarheid uitlokken. De adolescentieperiode kan dan werken als katalysator of versneller van psychopathologie. In figuur 1 een overzicht van kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis. In de DSM 5 worden persoonlijkheidsstoornissen in clusters bijeen gezet, op basis van bepaalde kenmerken en symptomen (zie figuur 2). In dit artikel wordt Borderline persoonlijkheidsstoornis besproken, behorend in cluster B.

De borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS)

Symptomen

Adolescenten en volwassenen met een BPS hebben extreme en veelvuldige stemmingswisselingen. Zij voelen zich niet in balans, hebben een laag zelfbeeld en problemen met relaties. Ze voelen zich snel afgewezen en zijn overdreven bang in de steek gelaten te

worden. De heftige reacties die dergelijke gevoelens oproepen kunnen er toe leiden dat anderen op afstand worden gehouden. Er is sprake van weinig grip op emoties. Het is moeilijk voor hen om 'een beetje' bedroefd, boos of bezorgd te zijn. Kenmerkend is niet alleen het heftig reageren op voorvallen, maar ook het maar langzaam kunnen terugkeren naar een 'normale toestand' (figuur 3) (Meekeren, E. van & Jong, H. de, 2014). Wanneer in die 'opgewonden toestand' zich iets nieuws voordoet dat emoties opwekt, dan vliegen die emoties weer omhoog, zelfs nog hoger dan eerst.

Tijdens deze 'emotionele momenten' hebben deze jongeren en volwassenen de neiging om impulsief te handelen en onverantwoordelijke risico's te nemen, waarbij ze zich zelf kunnen beschadigen en geen oog te hebben voor de veiligheid van anderen.

Banden met familie en vrienden staan onder druk en leveren stress op vanwege de extreme wisselingen in stemming en gedrag. De intense liefde die iemand met borderline voelt, kan van het ene op het andere moment

omslaan in diepe woede en haat. Deze omslag kan bijvoorbeeld komen door een vaak ongegronde gedachte dat de ander hem of haar afkeurt of niet meer mag (APA, 2016).

De symptomen op een rijtje: emotionele instabiliteit, impulsiviteit, identiteitsproblemen en verlatingsangst. Daarnaast is er sprake van nog een individuele waaier van bijkomende symptomen zoals: angst, depressieve klachten, eetstoornissen, verslavingsproblemen, agressiviteit, opzettelijke zelfverwonding, suicide pogingen, psychotische verschijnselen en dissociatieve verschijnselen. Geen van deze symptomen afzonderlijk is echter specifiek voor de BPS.

Bij één op de tien mensen met BPS is er sprake van een poging tot suicide. Een hoog percentage heeft seksueel misbruik meegemaakt.

Figuur 4 geeft een overzicht van de kenmerken en symptomen zoals die in de DSM 5 worden beschreven.

De meeste problemen doen zich voor in de persoonlijke interactie. Jongeren met BPS zijn bijzonder goed in staat om emoties 'te lezen' en aan te voelen. Ze zijn daar zeer gevoelig voor. Helaas trekken ze er vaak de verkeerde conclusies uit. Ze projecteren hun eigen denken of voelen op de actie van de ander. En dat is dan vooral negatief. Het is daarom moeilijk voor jongeren met een BPS om vriendschap en relaties aan te gaan.

Opvallend is dat ontbreken van vaardigheden om emoties te reguleren. Dat doorslaan in emoties zorgt voor extreme reacties zoals zelfbeschadiging, veel alcohol of drugs gebruiken, risicovol seksueel gedrag en suicidepogingen. Ook opvallend is dat verveling voor deze jongeren gevaarlijk is. Verveling zorgt voor een hol gevoel, roept een chronische leegte op, en kan leiden tot dissociatie en depersonalisatie.

Marsha Linehan beschrijft jongeren met BPS zo teergevoelig als hebben ze brandwonden: “Ze hebben geen beschermende huid. Alles komt hard binnen.” Kijk maar eens naar dit korte filmpje (1.41 min.) <https://www.bpdvideo.com/borderline-personality-disorder-videos/bpd>. Linehan geeft aan dat deze overgevoeligheid vaak de reden vormt van de mismatch in opvoeding tussen ouders en een zo zeer sensitief kind. Ouders reageren afkeurend in plaats van uitleggend en begrijpend op het emotioneel overdreven gedrag. Het kind wordt niet gerustgesteld, raakt nog sterker verward en voelt zich afgevozen en vernederd als persoon. Dat leidt tot een gevoel van alleen zijn en niet begrepen worden, en tot nog meer overdreven reacties, omdat ze niet weten hoe dan wel te reageren en ‘omdat het toch nooit goed is’. Ook voor docenten kan in het omgaan met emotioneel zeer gevoelige kinderen een mismatch ontstaan. Kennis hebben van risicofactoren die een kwetsbaarheid kunnen inhouden voor het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis kan docenten goed helpen om beter met deze kinderen en jongeren om te gaan. Niet het overdreven gedrag is dan leidraad voor de aanpak en omgang, maar de kwetsbaarheid die eronder ligt. Bij veel signalen is het belangrijk om ouders in te schakelen en eventueel te verwijzen. Het diagnosticeren van BPS in de adolescentiefase (12 – 23 jaar) is van groot belang om vroegtijdig te kunnen interveniëren. Ernstige en langdurige psychopathologie kan hiermee voorkomen worden en de heftigheid van gevolgen van de stoornis kunnen dan verminderd worden. Het doet recht aan het lijden van de persoon en ook

aan de moeilijkheden die degenen in de omgeving ervaren.

Hoe vaak komt de borderline-persoonlijkheidsstoornis voor (prevalentie)?

Geschat wordt dat tussen 0,9 tot 2% van adolescenten een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. Als het onderzoek betreft dat uitgaat van vragenlijsten ligt het percentage nog hoger. In 75 % van de gevallen betreft het vrouwen. Aangegeven wordt dat de ‘mannelijke’ variant van borderline vaak anders gediagnosticeerd wordt, omdat hun extreme reacties gekenmerkt worden door geweld, criminaliteit en verslaving en dat levert een andere diagnose op. (KJP, 2017).

Linehan beschrijft jongeren met BPS zo teergevoelig als hebben ze brandwonden: “Ze hebben geen beschermende huid”

Oorzaken

We kunnen niet spreken over één oorzaak. Er is sprake van een complexe wisselwerking tussen genetische factoren, omgevingsfactoren en risicofactoren.

Mensen met een BPS zijn doorgaans erg gevoelig en van nature impulsief. Bij mannen zal zich het impulsieve gedrag eerder uiten in alcohol- en drugsmisbruik en agressief gedrag dan bij vrouwen. Bij vrouwen uit zich deze impulsiviteit eerder in eetbuien en impulsief koopgedrag en seksueel risicovol gedrag. Hoe een BPS zich ontwikkelt is per persoon verschillend.

Genetisch

Bepaalde aandoeningen hebben een sterkere erfelijke component. Dit is het geval bij o.a. ADHD, autisme, bipolaire stoornis en schizofrenie. Maar ook

(deelaspecten van de) persoonlijkheidsstoornissen, en daarmee ook de borderline-stoornis zijn voor 50% genetisch bepaald. De andere helft komt op het conto van omgevingsfactoren (Meekeeren, E. van & Jong, H. de, 2014).

De BPS komt vaak binnen families voor. De stoornis komt ongeveer vijf keer zo vaak voor bij eerstegraads bloedverwanten (ouders, broers en zussen) van mensen met deze stoornis (APA, 2016)

Omgevingsfactoren

Hierbij kunnen we denken aan ingrijpende life-events (overlijden van vrienden of dierbare familieleden, seksueel misbruik, ervaringen met ernstige agressie). Maar ogenschijnlijk ook minder ernstige gebeurtenissen zoals een verhuizing of pesterijen. Van invloed op het ontstaan van een BPS kan ook een zeer instabiele ouderlijke gezinssituatie zijn waarbij sprake is van emotionele verwaarlozing. We denken hier aan hechtingsproblematiek en de gevolgen hiervan zoals aanklampend gedrag, angst voor afwijzing, verlatingsangst. Het kind voelt zich steeds vernederd, teruggezet en overgeslagen. Dit roept weer woede op en dat leidt weer tot fout gedrag. Onbegrip van de ouders op de extreme emotionele reacties biedt geen geruststelling. Gevolg: grote escalaties. Een onaangepaste hechting blijft in de adolescentie opspelen: Niet overweg kunnen met het vormen van een eigen identiteit, gender, beroep. Een gevolg is het snel en veel wisselen van groepen/cults en ideeën. Afstoten en aantrekken van opvoeders (ouders/leraren), siblings en vrienden (‘zie je wel ze houden niet van mij’...) is kenmerkend voor een deel van deze jongeren. Onderzoek laat zien dat verwaarlozing, (seksueel) misbruik en dysfunctioneel ouderschap in de kinderjaren

risicofactoren vormen voor de ontwikkeling van een BPS in de adolescentie.

Hersenenwerking

Als verklaring voor een wat hogere prevalentie bij adolescenten worden ook de toegenomen sociaal-maatschappelijke verantwoordelijkheden bij nog onvoldoende hersenrijping gezien. Met name de hersengebieden (prefrontale cortex en limbisch systeem) die de mate van impulsiviteit en het affect reguleren en voor de planning zorgen zijn in deze ontwikkelingsfase nog onvoldoende ontwikkeld.

Verder lijkt het erop dat de amygdala (deel van het limbisch systeem dat emoties regelt) 'te scherp' is afgesteld en overactief is. 'Gewone emoties' worden voor extreme emoties aangezien. De prefrontale cortex, de regulerende instantie van emoties en gedrag is onderactief.

Ondersteuning en behandeling

Behandeling

BPS kan wel behandeld worden. Het gaat om een langdurige en intensieve behandeling van jaren. Op oudere leeftijd (40 jaar) worden de symptomen minder heftig.

De behandeling is gericht op het verminderen van de symptomen, het verbeteren van het functioneren en het verbeteren van relaties. Er is altijd sprake van maatwerk. Het is van belang dat gezin, familie, school, op de hoogte gehouden worden over het behandelbeleid en de voortgang van de

behandeling. Centraal in de behandeling staat het ervaren van veiligheid, voorspelbaarheid en betrouwbaarheid ((Meekeren, E. van & Jong, H. de, 2014). Bij de behandeling van de BPS bij jongeren wordt uitgegaan van een stepped care model. Hierbij geldt het principe van: kies, ook in het geval van crisis, eerst voor een lichte (poliklinisch als het kan) behandeling en kies voor een intensievere methode als het moet. Aan dit laatste moet men denken aan langdurend zelfschadelijk gedrag, verergering van klachten, verslechtering van het functioneren en wanneer het systeem onvoldoende steun kan bieden. Een langdurige opname kan leiden tot regressie en verheviging van de problematiek. In het kort enkele behandelmethoden/-protocollen) die ingezet worden bij de behandeling van BPS.(KJP, 2018/ LSMR, 2018/ Boer en Verhulst, 2014)

Dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-A/J):

Deze therapie is in de jaren '90 ontwikkeld door Marsha Linehan. Uitgangspunt is: BPS is een gevolg van een combinatie van biologische, psychosociale en interactionele factoren. Door de constitutionele hogere gevoeligheid voor hun omgeving reageren jongeren/volwassenen heftiger op (levens)gebeurtenissen en duurt het langer dat zij weer emotioneel rustiger zijn. Door hun omgeving (ouders, peers,

school) wordt niet goed afgestemd op deze gevoeligheid en worden deze emotionele ervaringen ontkend, gebagatelliseerd of zelfs bestraft. Hierdoor ontstaat een patroon van emotionele disregulatie. Interactionele patronen versterken elkaar hetgeen uiteindelijk kan resulteren in symptomen van BPS. DGT is opgebouwd uit drie theoretische kaders: gedragstherapie, mindfulness en dialectiek. De therapievorm is enerzijds gericht op gedragsverandering en anderzijds op het leren herken-

De behandeling van BPS is gericht op het verminderen van de symptomen, het verbeteren van het functioneren en het verbeteren van relaties

nen, erkennen en accepteren van eigen gedachten en emoties. De dialectiek verwoordt het bewust hanteren van spanningen, tegenpolen, these en antithese om zo tot een nieuwe synthese te komen: acceptatie en gericht zijn op verandering. De focus van de behandeling ligt bij emotieregulatie. De jongere wordt zoveel mogelijk op zijn eigen verantwoordelijkheid aangesproken. Prioriteit bij de behandeling ligt eerst bij het onder controle krijgen van het levensbedreigende impulsieve gedrag en de jongere in therapie houden. Daarna wordt gewerkt aan het verminderen van gedrag dat de kwaliteit van het leven bedreigt en worden nieuwe copingsvaardigheden aangeleerd. De therapie start met een commitmentfase. Hier worden de doelen en

Informatieve sites	
Trimbos Instituut	https://www.ggzrichtlijnen.nl/
Fonds psychische gezondheid	https://www.psychischegezondheid.nl/action/psychowijzer/23/borderline.html
Gedragsproblemen Kinderen Info	http://www.gedragsproblemen-kinderen.info/borderline
Labyrint in Perspectief	http://labyrint-in-perspectief.nl/
Engelstalige site met o.a. Marsha Linehan met beeldmateriaal en uitleg	https://www.bpdvideo.com/

de wijze van samenwerking besproken (gericht op het bevorderen van de motivatie). De kwaliteit tussen therapeut en jongere blijft de hele therapie een onderwerp van gesprek.

DGT-A/J bestaat uit vijf basiselementen: wekelijkse individuele therapie, wekelijkse vaardigheidstraining, (crisis)consultatie, systeeminterventies en wekelijkse intervisie voor de therapeuten.

Emotieregulatie Training (ERT).

Hier gaat het om een groepstraining voor jongeren met emotieregulatieproblemen. Doel van de training is het krijgen van controle over emoties en gedachten, en het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag. De jongeren leren hoe ze om kunnen gaan met dagelijkse stress en hun psychische kwetsbaarheid. Tevens wordt gewerkt aan de afname van zelfbeschadigend gedrag en verminderen van problemen in relaties met anderen. Er wordt gebruik gemaakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie en ontspanningsoefeningen. Uitgangspunt voor de ERT is net als bij de DGT dat bij patiënten met BPS de emotionele disregulatie (stemmingswisselingen en onvoorspelbaar gedrag) op de voorgrond staat. Een deel, het temperament, lijkt verankerd te zijn in het karakter van de jongere en is relatief stabiel. Een ander deel, b.v. automutilatie, is daar een gevolg van en lijkt meer veranderbaar.

Meer dan het gericht zijn op de verandering van kernsymptomen van de persoonlijkheid is deze therapievorm gericht op het leren accepteren van kwetsbaarheid, het leren omgaan met de eigen persoonlijkheidskenmerken en het vergroten van controle mogelijkheden en coping mechanismen. ERT kan

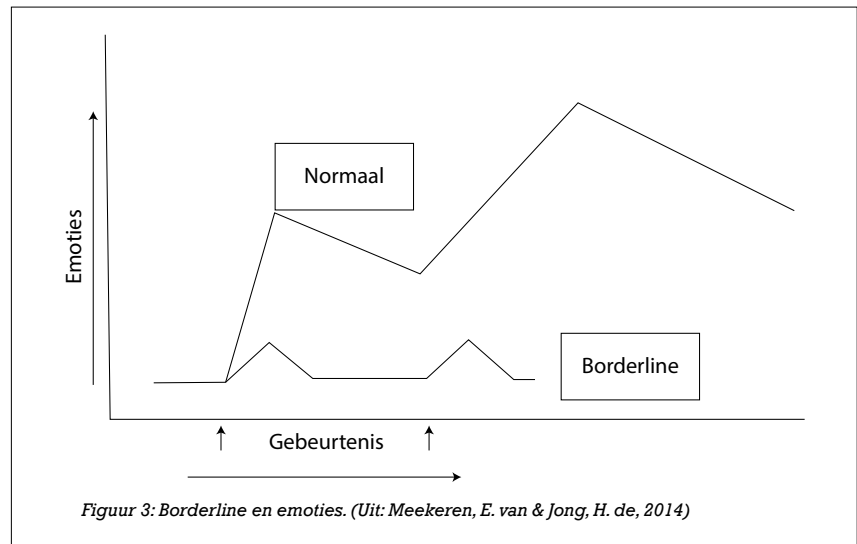
als een wat 'lichter' programma gezien worden in vergelijking met DGT-A/J.

Schemagerichtetherapie (PsyQ, 2018)

Uitgangspunt bij de schematherapie is dat bepaalde vroege ervaringen in combinatie met iemands temperament hebben geleid tot bepaalde schema's

plekken die veel emotie oproepen reageren mensen vaak fel: te boos, te verdrietig, te blij. Dit kan leiden tot gedrag waarvan de adolescent last van krijgt.

De therapie is gericht op het herkennen, opsporen, beïnvloeden en veranderen van deze schema's. Hierdoor



(overtuigingen, denkpatronen). Deze bepalen hoe de adolescent naar zichzelf en naar de wereld kijkt. De kiem hiervoor is gelegd in de kindertijd. De schema's hebben zich verder ontwikkeld door wat de adolescent verder heeft meegemaakt. Ervaringen worden vaak zodanig door de persoon met BPS gedraaid tot ze de juistheid van die onderliggende eigen schema's bevestigen. Een voorbeeld van een schema is 'wantrouwen/misbruik': de verwachting dat andere mensen je pijn zullen doen, je vernederen, je manipuleren of je bedriegen. Een ander voorbeeld is 'zelfopoffering': Het voortdurend in de gaten houden en vervullen van wensen van anderen, ten koste van zichzelf. Bedoeld om te voorkomen dat anderen pijn ervaren en dat de adolescent egocentrisch wordt gevonden.

In bepaalde situaties worden die onderliggende schema's getriggerd. Omdat het gaat om iemands kwetsbare

leert men beter omgaan met bepaalde situaties. Onder begeleiding wordt in deze groepstherapie gewerkt aan de schema's waar men last van heeft. Herkenning en steun door groepsgenoten spelen hier een belangrijke rol.

Voor- en nadelen van groepstherapie

Een voordeel van groepstherapie is dat ervaringen gedeeld kunnen worden. Luisteren naar elkaar kan een positief effect hebben. Het is een mogelijkheid om van elkaar te leren. Een ander aspect kan in bepaalde gevallen ook een voordeel zijn. Namelijk: De intensiteit van de persoonlijke relatie tussen de therapeut en de cliënt wordt wat afgezwakt. Dit kan wat ruimte bieden voor de cliënt.

Over de nadelen van groepstherapie kan het volgende gezegd worden. Een therapeut kan niet de emotionele reacties van een ieder in de gaten houden. Voor cliënten kan het soms moeilijk zijn

om in de groep zijn/haar emoties te uiten of hij/zij raakt emotioneel betrokken bij de problemen van anderen. Het verschil in tempo kan er toe leiden dat de training niet is aangepast op het niveau van de cliënt. Het kan voorkomen dat men elkaars problematiek niet herkent.

deze bijdrage ook enkele richtlijnen geven voor de omgang met leerlingen/deelnemers in het VO en MBO bij wie mogelijk sprake is van een BPS. Hierbij maken we gebruik van een brochure 'Succesvol studeren met een borderline stoornis' (Hofman & Korevaar, 2004) uit de reeks 'Studeren met steun' en de

- Geef niet te snel adviezen en tips. Begrip, sympathie en steun zijn het belangrijkste.
- Professionele hulp is vaak noodzakelijk. Onderwijspersoneel kan niet behandelen, wel een goede steun zijn (betrokkenheid op gepaste afstand).
- Voor de relaties van studenten/leerlingen met borderline problematiek met anderen geldt: open en eerlijk met elkaar blijven praten over de moeilijkheden die wederzijds worden ervaren. Het is belangrijk respect op te brengen voor elkaars beperkingen.
- Geduld kan beloond worden: veel patiënten hebben redelijk tot goede vooruitzichten.
- Regelmaat en ritme, waaronder het langere tijd volhouden van studie, sociale contacten, de behandeling, zijn belangrijke voorwaarden voor verbetering.
- Zoek meer informatie over borderline.

Borderline-persoonlijkheidsstoornis

Van een borderline-persoonlijkheidsstoornis is sprake bij een patroon van problematische relaties, extreme wisselingen in het zelfbeeld en de neiging tot impulsief gedrag dat begint vanaf de jong volwassenheid en blijkt uit minstens van de vijf van de volgende punten:

- Verwoede inspanningen om verlating te voorkomen
- Patroon van instabiele, intense relaties (met overgangen van extreme liefde naar intense haat)
- Een zelfbeeld dat zich kenmerkt door veelvuldige extreme wisselingen (van een groot zelfvertrouwen naar een zeer lage zelfwaardering)
- Riskant gedrag dat impulsief of zelfbeschadigend kan zijn, zoals in een korte tijd veel geld uitgeven, riskant seksueel gedrag, middelen misbruik, roekeloos rijden en eetbuien
- Patroon van suïcidaal gedrag of zelfverminking
- Intense uitbarstingen van intens verdriet of angst, die meestal een paar uur duren en zelden langer dan een paar dagen
- Frequent gevoel van leegte (zoals verveling, het gevoel geen doel te hebben of betekenisloos te zijn)
- Intense woede die buitenproportioneel is t.o.v. de aanleiding, of problemen met woedebeheersing (vaak op de vuist gaan of heel boos worden), continu kwaad zijn
- Voorbijgaande wantrouwende gedachten of gevoelens als reactie op stress (het vermoeden dat andere verkeerde motieven hebben of slechte bedoelingen) of het gevoel 'er niet echt te zijn' of losgekoppeld te zijn van zichzelf en de wereld

Figuur 4: Borderline-persoonlijkheidsstoornis (uit: APA, 2016)

Medicatie

Medicijnen kunnen worden ingezet wanneer de symptomen ernstig zijn en/of passen bij een klinische stoornis zoals een depressieve stoornis, angststoornis of psychotische stoornis. In feite gaat het erom dat medicijnen worden ingezet om psychotherapie mogelijk te maken. Geneesmiddelen kunnen een belangrijke rol spelen om symptomen als gevoelslabiliteit, impulsiviteit en zelfdestructiviteit te verminderen.

Bij BPS worden antipsychotica, stemmingsstabilisatoren en SSRI's (serotonine heropname remmers) gebruikt.

Ondersteuning op school

Naast het (tijdig) signaleren van mogelijke symptomen willen we met

brochure 'Speciale aandacht gevraagd' (Janssen & Lierop, 2006).

Hofman & Korevaar (2004) geven de volgende adviezen en tips voor docenten, mentoren en anderen die betrokken zijn bij het onderwijs aan leerlingen/studenten/deelnemers (VO/MBO):

- Neem de leerling/student met een borderline stoornis serieus want het gaat om een ernstige aandoening.
- Geef duidelijk aan waarvoor en wanneer de leerling/student wel of niet bij u terecht kan.
- Houd u aan de gemaakte afspraken en aan uw grenzen. Dat maakt u betrouwbaar.
- Pas op dat u niet in de rol van hulpverlener kruipt.

Zij eindigen hun adviezen met de opmerking: Studenten met Borderline problematiek hebben het regelmatig moeilijk en worden soms moeilijk gevonden. Aan de andere kant zijn het ook vaak pientere, slimme en innemende leerlingen.

Samenwerking met ouders en siblings lijkt ons ook van belang. Hierbij kan een mentor de contactpersoon zijn.

Janssen en Lierop (2006) schetsen in een brochure een aantal situaties die zich voordoen in een leersituatie en geven hierbij een aantal tips waarmee de docent zo goed mogelijk kan omgaan met de leerling/deelnemer met BPS.

U bent in gesprek met de leerling/deelnemer (in het volgende gebruiken we de term leerling):

- wees duidelijk en concreet

Bronnen

- APA (redactie Nederlandse editie: Garenfeld, W en Clijnsen, M.): (2016) *Alles over psychische stoornissen*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Boer, F. & Verhulst F. (2014) *Kompas Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Utrecht: De tijdstroom uitgeverij.
- Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (2017) *Borderline persoonlijkheidsstoornis*. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Borderline-persoonlijkheidsstoornis/Diagnostiek-4#Algemeen> Geraadpleegd op 24-01-2018
- Meekeren, E., van & Jong, H. de (2014) *Omgaan met Borderline*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hofman, E. & Korevaar, L. (2004) *Succesvol studeren met een borderline persoonlijkheidsstoornis*. http://www.begeleiders.nl/php/downloadproducten/studeren_met_borderline.pdf. Geraadpleegd op 27-01-2018
- Janssen, M. en Lierop, B. van (2006) Speciale aandacht gevraagd. CINOP <https://www.passendonderwijs.nl/wp-content/uploads/2014/06/Docenten-borderline-213-KB.pdf> Geraadpleegd op 27-01-2018
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (2008) Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht (art. no.: AF0806)) <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/ff14af55-31a6-408d-9d01-29db4c6a8dda.pdf>. Geraadpleegd 27-01-2018.
- PsyQ Schematherapie. <https://www.psyq.nl/persoonlijkheidsstoornis/behandelingen-persoonlijkheidsstoornis/schematherapie> Geraadpleegd 27 – 01 – 2018
- <https://www.bpdvideo.com>. Geraadpleegd 31-01-2018
- Linehan, M (2016) *De DGT vaardigheden*. Amsterdam: Pearson
- Ten Have et al. (2016) Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2, *BMC Psychiatry*. http://www.kenniscentrumpsi.nl/sites/default/files/publications/prevalentie_bpd_nemesis.pdf

- laat de leerling zien dat u aandacht voor de leerling heeft en de leerling serieus neemt
- wees consequent en reageer altijd op dezelfde manier
- geef duidelijk aan wanneer u van mening bent dat de leerling verkeerde denkbelden heeft
- houd u strikt aan afspraken die u maakt met de leerling
- weiger de rol van hulpverlener
- geef aan voor welke zaken de leerling bij u terecht kan.

Voorwaarden voor opdrachten, al dan niet in groepsverband:

- creëer een sociale vluchtheuvel voor de leerling. Wanneer stress teveel wordt of de situatie te bedreigend, is een veilige plek een oplossing voor de leerling om even tot rust te komen
- zorg voor een vast contactpersoon waartoe de leerling zich kan richten met een hulpvraag en waar hij zich veilig voelt.

Belangrijke zaken tijdens de uitvoering van (groeps)opdrachten:

- maak duidelijke afspraken over het contact dat de leerling met u heeft. Geef hier duidelijke grenzen aan.
- laat de leerlingen zien en begrijpen dat u ook aandacht aan de anderen moet geven.
- spreek met de leerling af dat er ook tijd mag zijn voor ontspannende momenten.
- geef regelmatig feedback. Geef aan wat goed is en wat beter kan.
- stel haalbare doelen. Overleg hierover met de leerling.
- maak afspraken over gewenst gedrag en leg dit vast in een contract.
- wees voortdurend alert op een eerste aanzet tot anti-gedrag.
- reageer snel op een actie.

Bij een conflict geldt het volgende:

- maak afspraken met de leerling/deelnemer en de ouders en/of de behandelaar over hoe te handelen bij een crisissituatie
- geef aan dat u geen problemen heeft met de leerlijn/deelnemer maar met het gedrag. Geef aan dat u de leerling/deelnemer als persoon waardeert.
- laat onaangename gevolgen van ongewenst gedrag zien en maak deze bespreekbaar
- leg uit waarom u dingen doet zoals u ze doet.
- blijf vergevingsgezind.

Als tip geven zij: Geef de mededeleemers deze ‘communicatie-aandachtspuntenlijsten’ Ook zij hebben behoefte aan aanwijzingen op dit vlak. Janssen en van Lierop (2006) adviseren verder nog een individueel gesprek met de leerling/deelnemer over hoe deze de stoornis zelf ervaart. Samen met de leerling kan een lijst van aandachtspunten worden gemaakt die hij van belang vindt om beter mee om te gaan en n.a.v. deze lijst kunnen ontwikkelpunten worden geformuleerd. Het is dan belangrijk regelmatig feedback te geven over deze ‘eigen’ leerpunten. Zij adviseren verder de leerling te helpen bij het bewust worden welk gedrag wel en welk gedrag niet bij de stoornis hoort. Samen met de leerling compensatiestrategieën verzinnen voor ongewenst gedrag behorend bij de stoornis en beloning bij toepassing hiervan is een laatste advies.

Van Meekeren en de Jong (2014) geven in hun publicatie *Omgaan met borderline* een reeks adviezen en tips voor personen die omgaan met jongeren en volwassen met BPS.

Zij achten het van belang goed geïnformeerd te zijn wat betreft de stoornis. Kennis van de stoornis leidt tot



herkennen van de symptomen en dit leidt tot erkenning. Ook erkenning dat het 'gedrag' niet 'expres' gebeurt. BPS gaat niet zomaar in een korte tijd over. De auteurs geven aan dat een lange adem de moeite waard kan zijn. Zij adviseren intimi voor steun en lotgenoten contact te maken met de Stichting Labyrint-in Perspectief. Deze stichting beschikt over een zeer uitgebreide en informatieve website: <http://labyrint-in-perspectief.nl>.

Door duidelijk te zijn en goede afspraken te maken kunnen personen in de nabije omgeving van de jongere met BPS een bijdrage leveren aan het herstel. Hulpmiddelen zijn: ventileren, valideren en realiteitstoetsing. Daarnaast noemen de schrijvers: Veiligheid, voorspelbaarheid en betrouwbaarheid. Van een hele lijst adviezen voor intimi die zij geven noemen we hier enkele: Ga

vooral geen lange discussies aan. Luister aandachtig zonder meteen te reageren. Mogelijk is er enkel behoefte aan een luisterend oor. Verlaat de ruimte als de discussie te hoog oploopt. Vergeet niet om positief gedrag te benoemen. Laat u niet overrompelen maar biedt wel ruimte voor tegenargumenten. Wees u er bewust van dat veel rumoer en verbaal geweld ontstaat door schaamte en angst om verlaten of afgewezen te worden. Wees duidelijk over uw eigen mogelijkheden en grenzen. Voorkom zoveel mogelijk onverwachte situaties. Maak duidelijke afspraken en wees consequent in het nakomen hiervan. Betrokkenheid is belangrijk, maar te veel betrokkenheid triggert de borderline symptomen. Laat u niet verleiden om over alles adviezen te geven; biedt keuzemogelijkheden aan en laat kiezen.

(advertentie)

Samenvattend

In het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs zullen docenten leerlingen tegenkomen met een risico voor BPS, of die een BPS ontwikkelen. Het is belangrijk om wat meer te weten over de signalen om de onderliggende problematiek te herkennen en niet alleen te reageren op onaangepast gedrag. Overleg met collega's, de zorgcoördinator en ouders en het maken van afspraken met collega's, ouders en eventuele externe hulpverlening kan een leerling behoeden voor veel ernstiger gevolgen en afglijden. Een luisterend oor, voorspelbaar en betrouwbaar zijn in wat mag en kan en geduld biedt de leerling veiligheid om tot leren te kunnen komen.

Over de auteurs:

Do Quekel en John Jeninga zijn als docenten verbonden aan de Opleiding tot Master Educational Needs van Fontys Hogescholen. Beiden zijn gespecialiseerd in gedragsproblemen en -stoornissen.

morgen zijn we er nog dichterbij

KWF Kankerbestrijding zorgt voor minder kanker, meer genezing en een betere kwaliteit van leven voor patiënten.

Kijk vandaag nog op kwfkankerbestrijding.nl om te zien wat ú kunt doen.

iedereen verdient een morgen

KWF KANKER BESTRIJDING