



RICHTLIJN

DIAGNOSTIEK EN INDICATIESTELLING

BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

BIJ ADOLESCENTEN

Janet Noorloos, klinisch psycholoog-psychotherapeut
Carolein Huijgen, kinder- en jeugdpsychiater

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Diagnostiek	4
1.1. Inleiding	4
1.2. Borderline persoonlijkheidsstoornis: ook bij adolescenten een valide diagnose	4
1.3. Borderline persoonlijkheidsstoornis: biosociaal bepaald en behandelbaar	4
1.4. Stepped care: via screening naar gespecialiseerde diagnostiek	5
2. Stappen in het proces van diagnostiek en indicatiestelling	5
3. Diagnostiek naar borderline persoonlijkheidsstoornis middels vragenlijsten en interviews	8
3.1. Inleiding	8
3.2. Screening	8
3.3. Gespecialiseerde diagnostiek bij de zorglijn emotionele stoornissen	8
3.3.1. Nadere nuancering van een borderline persoonlijkheidsstoornis	8
3.3.2. Meten van behandelbaarheid	9
4. Indicatiestelling voor behandeling	9
4.1. Inleiding	9
4.2. Divisie Gezondheidszorg, zorglijn Emotionele stoornissen	9
4.2.1. Team Dialectische Gedragstherapie	9
4.2.2. Centrum voor Traumagerelateerde Stoornissen	11
4.2.3. Centrum voor Eetstoornissen	12
4.3. Divisie Gezondheidszorg, zorglijn Gedragsstoornissen	12
4.4. Divisie Gezondheidszorg, afdeling acute psychiatrie voor adolescenten	13
4.5. Divisie Verstandelijke Beperking	14
4.6. Divisie Gezin en Gezag: de Koppeling	15
Conclusie	16
Literatuurlijst	17
Bijlage 1: McLean screeningslijst BPS	21
Bijlage 2: Informatie over aanbevolen vragenlijsten en interviews	22

Voorwoord

In het kader van het ontwikkelen van een Zorgprogramma Borderline persoonlijkheidsstoornissen in de Bascule is de werkgroep Diagnostiek en Indicatiestelling geformeerd. Doel van deze werkgroep was te komen tot een:

- richtlijn diagnostiek borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) bij adolescenten.
- voorstel voor indicatiestelling voor een gefaseerd en gedifferentieerd behandelaanbod.

De werkgroep bestond uit 3 kinder- en jeugdpsychiaters en 3 psychotherapeuten uit verschillende divisies en afdelingen van de Bascule: Elsa Stam, Roselien Vecht, Maria Kaatee, Francien Posthuma, Carolein Huijgen en Janet Noorloos.

De uiteindelijke versie van de richtlijn is geschreven door Janet Noorloos en Carolein Huijgen, beiden van de zorglijn Emotionele stoornissen. Anne-Pauline Cohen, eerste geneeskundige, en Martine Duurkoop, hoofd zorglijn Emotionele stoornissen, leverden feedback op eerdere versies van deze richtlijn.

Deze richtlijn is tot stand gekomen vanuit de nadrukkelijke behoefte vanuit de klinische praktijk aan kaders en handvatten in het diagnosticeren en behandelen van borderline persoonlijkheidsproblematiek. Het stellen van de BPS diagnose in de adolescentiefase is volgens de auteurs van belang om vroegtijdig en adequaat te kunnen interveniëren. Daarmee kan definitieve psychopathologie mogelijk voorkomen worden of de eventuele gevolgen van de persoonlijkheidsstoornis beperkt blijven.

Juli 2010

Janet Noorloos en Carolein Huijgen
Divisie Gezondheidszorg, zorglijn Emotionele stoornissen

Licht bijgewerkte versie
21 september 2010

1. Diagnostiek

1.1 Inleiding

BPS is sinds 1980 in de DSM III een officiële diagnose geworden. Deze stoornis wordt gekenmerkt door een grote mate van instabiliteit. De meest opvallende verschijnselen zijn volgens de DSM IV TR:

- Krampachtig proberen te voorkomen, feitelijk of zich ingebeeld, in de steek gelaten te worden.
- Een patroon van instabiele en intense relaties gekenmerkt door afwisselend overmatig idealiseren en kleineren.
- Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
- Impulsiviteit die in potentie betrokkene zelf kan schaden (bv. seks, misbruik van middelen, eetbuien).
- Terugkerende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, automutilatie.
- Affectlabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming.
- Chronisch gevoel van leegte.
- Onaangepaste, intense woede of gebrek aan beheersing hiervan (bv. driftbuien, vechtpartijen)
- Voorbijgaande, aan stress gerelateerde paranoïde denkbeelden of ernstig dissociatieve verschijnselen. Soms een periode van tekortschietend contact met de realiteit.

Om te kunnen spreken van BPS moeten de trekken inflexibel, niet aangepast en chronisch zijn en subjectief lijden en/of significant disfunctioneren veroorzaken, ongeacht de leeftijd. In de adolescentiefase kan de diagnose BPS gesteld worden als de symptomatologie dusdanig erg is dat gedurende minstens een jaar de daaruit voortvloeiende gedragingen aanhoudend interfereren met het dagelijks functioneren (APA, 2000). In de nieuwe DSM V zal waarschijnlijk meer dan tot op heden een dimensioneel ontwikkelingsperspectief op persoonlijkheidspathologie aanwezig zijn (Livesly, 2001, Tromp, 2010).

1.2 Borderline persoonlijkheidsstoornis: ook bij adolescenten een valide diagnose

Deze richtlijn is tot stand gekomen in een tijd waarin over borderline persoonlijkheidsproblematiek bij adolescenten veel onduidelijkheid en aarzeling bestond. Enkele redenen die aangevoerd worden om bij adolescenten geen BPS te diagnosticeren zijn dat het onderscheid met wat normaal gedrag is tijdens de adolescentiefase lastig is, dat het de vraag is of het tot in de volwassenheid een stabiel beeld blijft en dat met een BPS diagnose een mogelijkheid voor stigmatisering geboden wordt. Argumenten om de diagnose BPS juist wel in de adolescentiefase te stellen zijn dat er inmiddels steeds meer overtuigende empirische data zijn over de betrouwbaarheid, validiteit en stabiliteit van de diagnose BPS. Er zijn bovendien daarop afgestemde evidence-based behandelingen beschikbaar, zoals de Dialectische Gedrags Therapie (Miller e.a., 2007, 2008).

De visie van de werkgroep is dat er in de Bascule meer systematisch aandacht besteed zou moeten worden aan het diagnosticeren en vaststellen van borderline persoonlijkheidsproblematiek bij jongeren (zie ook Nice richtlijn, 2009, Miller e.a., 2008). In de NICE richtlijn wordt voorgesteld om hierbij geen versluisende taal te gebruiken, zoals "BPS in ontwikkeling" of "trekken van BPS". Men adviseert om de diagnose te stellen of niet te stellen en dus niet halfslachtig te zijn. Bij twijfel aan BPS kan men een persoonlijkheidsstoornis NAO classificeren en de as 2 diagnose kan ook worden uitgesteld. Voorzichtigheid is geboden om deze problematiek naar cliënten te benoemen, maar een te grote terughoudendheid heeft als nadeel dat waarschijnlijk geen adequate hulp zal worden ingezet. Doel daarvan is empowerment van de cliënt. Altijd is psycho-educatie aan de jongere en de omgeving (thuis, school, collega hulpverleners) nodig om evt. nadelige effecten van stigmatisering te verminderen. Na behandeling wordt bezien of de klachten stabiel in remissie zijn. In de einddiagnose wordt dan expliciet gesteld dat er op dat moment geen sprake meer is van de BPS.

1.3 Borderline persoonlijkheidsstoornis: biosociaal bepaald en behandelbaar

De huidige consensus over de etiologie van persoonlijkheidsstoornissen is de volgende: Het temperament is bij het jonge kind biologisch bepaald en heeft een hoge voorspellende waarde voor basale persoonlijkheidstrekken tijdens de adolescentie fase (Caspi, 2000). De sociale omgeving kan de mate van het tot uiting komen van de temperamentkenmerken beïnvloeden (Rothbart e.a., 2000). Uit onderzoek bij BPS blijkt dat risicofactoren in de omgeving een belangrijke bijdrage leveren in de manifestatie van en de duur van de diagnose (Zanarini e.a., 2003a, Zanarini e.a., 2006) Persoonlijkheidskenmerken blijven relatief stabiel door de tijd heen (McCrae e.a., 2002), maar er is

sprake van een waning en waxing beloop: klachten fluctueren in ernst. Er zijn aanwijzingen dat bij adolescenten deze problematiek minder is uitgekristalliseerd dan bij volwassenen (Tromp, 2010). De mate waarin BPS voorkomt tijdens de adolescentie fase wisselt met het gebruikte diagnostisch instrument. Uit recente onderzoeken blijkt dat BPS bij adolescenten (prevalentie score 3,3 %, Zonarini, 2003c) vaker voorkomt dan bij volwassenen (2 % bij volwassenen, APA 2000).

Uit veel research van de afgelopen jaren is gebleken dat het niet meer realistisch is om uit te gaan van een algeheel slechte behandelprognose voor BPS. Zoals bij veel psychiatrische beelden zal een klein deel van deze groep ook op de lange termijn ernstig disfunctioneren, maar bij de meerderheid zullen de problemen aanzienlijk verminderen of zelfs geheel verdwijnen. Over een periode van 10 jaar werd bij behandelde adolescenten een remissiepercentage van 88% gevonden (Zonarini e.a., 2006, Winograd e.a., 2008). Een kleine subgroep bij wie sprake is van een ernstige vorm van borderline persoonlijkheidsstoornis behoudt de diagnose, anderen niet, en een aantal blijft subklinische persoonlijkheidsproblematiek houden. Een tijdige en toegespitste behandeling is bij jongeren geïndiceerd (Chanen e.a. 2008a) en behandeling versnelt het herstelproces met de factor zeven ten opzichte van spontane remissie (Paris, 2002). Het is belangrijk om deze prognose aan de jongeren en hun ouders over te brengen.

1.4 Stepped care: via screening naar gespecialiseerde diagnostiek

De diagnostiek van BPS is ingewikkeld. Borderline persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren zijn nogal eens moeilijk te herkennen (zie ook Chanen, ea 2007). Er treedt veel comorbiditeit op, zowel met as 1 als met as 2 stoornissen. Vaak zal de diagnostiek naar BPS plaatsvinden na eerdere niet voldoende geslaagde behandelingen die door de verwijzer of de Bascule zelf zijn uitgevoerd. Daarom is het niet mogelijk om na een enkel gesprek meteen over te gaan tot een behandelprotocol. Hoewel dit bij veel andere stoornissen goed kan werken is de ervaring dat dit bij BPS vaak niet tot het gewenste resultaat leidt. Er is dan meer informatie nodig en er zijn bovendien meerdere behandelingen voorhanden.

We willen in deze richtlijn uitgaan van stepped care, omdat we cliënten niet onnodig willen belasten en zo snel mogelijk willen overgaan tot behandelen. Hoe e.e.a. praktisch wordt uitgevoerd is aan de afdelingen zelf. Het lijkt verstandig om bij vermoeden van BPS naast regulier psychiatrisch/psychologisch onderzoek eerst screening te laten plaatsvinden. Dit kan eenvoudig door een korte vragenlijst bij de jongere te laten afnemen. De gespecialiseerde diagnostiek vraagt veel expertise en ervaring en kan daarom het beste worden geconcentreerd op één afdeling. In de Bascule zal dit de zorglijn emotionele stoornissen van de Divisie Gezondheidszorg zijn. Daarbij kan gekozen kunnen worden om een deel van de diagnostiek van borderline persoonlijkheidsstoornis naast begeleidingscontacten te plannen en dus in een behandel dbc onder te brengen.

We zijn uitgegaan van wat er aan adviezen en research voorhanden is, omdat we zo veel mogelijk evidence-based keuzes willen maken. Dit wordt al lange tijd door het management en de zorgverzekeraars gestimuleerd, omdat dit uiteindelijk de beste prijs-kwaliteit verhouding in de zorg biedt. Er is ons geen Nederlandstalige richtlijn voor diagnostiek bij BPS bekend voor adolescenten. Daarom is gebruik gemaakt van meerdere bronnen.

2. Stappen in het proces van diagnostiek en indicatiestelling

Om bij een borderline persoonlijkheidsstoornis een betrouwbare en redelijk valide diagnose te kunnen stellen en nuancering aan te brengen voor indicatiestelling en behandelplan zijn naast klinische indrukken ook gestandaardiseerde methoden nodig. In de recente Nederlandse multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen voor volwassenen (2008) is men hierover nogal expliciet: "De diagnose laat zich in geen geval betrouwbaar stellen op basis van een (kortdurend) enkelvoudig klinisch interview" (blz. 57) en "de DSM IV classificatie ... dient in veel gevallen gevolgd te worden door meer verfijnde diagnostiek om recht te doen aan de klinische heterogeniteit" (blz. 58). Dezelfde visie komt naar voren uit de Engelstalige richtlijn van het National Institute for Health and Clinical Excellence in the UK over Borderline persoonlijkheidsstoornis die ook een hoofdstuk aan jongeren wijdt (2009).

In de literatuur is er discussie over op welke wijze BPS het beste gediagnosticeerd kan worden. Dimensionele assessment van BPS laat meer stabiliteit zien dan categorale assesment (Chanen e.a., 2004). Verschillende dimensionale modellen zijn ontwikkeld. Een geheel passend instrument is er echter

nog niet. Zolang dit nog niet het geval is lijkt een multi-conceptuele en multi-instrumentele benadering de beste optie (Eurelings- Bontekoe & Snellen, 2003, Verheul & Kamphuis, 2007). In deze diagnostiek richtlijn voor borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten wordt het categorale systeem (DSM) met dimensionale maten gecombineerd. Naast afname van zelfrapportage vragenlijsten zijn gestructureerde interviews nodig bij meerdere informanten.

Het disadaptief functioneren op meerdere van de volgende gebieden wordt als criterium gebruikt, mede omdat dit door de tijd redelijk stabiel blijft (Garnet e.a., 1994, Chabrol e.a., 2004) en de behandeling daarop gericht is: de cognitief perceptuele symptomen, de affectieve disregulatie, de impulsieve gedragingen en de problemen in relaties (Verheul e.a, 2003; Linehan, 1993; multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, deel medicatie, 2008)

Hieronder wordt in een stroomdiagram weergegeven welke stappen en beslismomenten in de diagnostiek naar BPS bij een cliënt nodig zijn om tot indicatiestelling te komen.

Stap 1: Diagnostiek naar as 1 diagnose(n)

Kunnen de klachten afdoende verklaard worden vanuit as I diagnose(n)?

- Ja: dan volgt een behandeling volgens de betreffende richtlijnen.
- Nee: dan wordt een inschatting gemaakt of er sprake is van minder begaafdheid en vindt daarop nader onderzoek plaats. Wat lijkt op borderline problematiek (zoals tekorten in emotieregulatie en probleemoplossend vermogen) kan in feite het gedragsmatig plafond zijn wat een jongere met een beperkt niveau heeft bereikt. Het gaat hierbij om een soort glijdende schaal die niet op enkele 'intelligentiepunten' is af te vinken. Wel gesteld kan worden dat de diagnose BPS onder een niveau 70 steeds moeilijker te verantwoorden zal zijn.

Stap 2: Heroriëntatie op de klachten: is er sprake van persoonlijkheidsproblematiek?

Indien de klachten vanuit as I diagnoses niet afdoende verklaard worden en/of als de op as I diagnose(n) gerichte geprotocolleerde behandeling(en) niet afdoende aanslaat(n) wordt bekeken of in meerdere, verschillende gebieden problemen zijn. Zijn er cognitief- perceptionele symptomen en/of is er sprake van affectieve disregulatie en/of impulsieve gedragingen en/of problemen in relaties?

- Ja: dan gaat men verder naar stap 3.
- Nee: Indien er geen kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond staan, vindt opnieuw diagnostiek plaats en worden de as I diagnoses en behandelingen heroverwogen.

Stap 3: Screening BPS

Met behulp van de DSM IV TR wordt nagegaan of er aanwijzingen zijn voor een Borderline persoonlijkheidsstoornis.

- Ja of bij twijfel: dan volgt afname van een screenings vragenlijst: de McLean (zie bijlage 1 en 2)) In de toekomst wordt hier waarschijnlijk de DAPP BQ A aan toegevoegd. Deze lijst is nu nog niet verkrijgbaar voor klinisch gebruik, maar wordt ontwikkeld (zie bijlage 2)
- Nee: dan wordt nagegaan of er sprake is van een andere persoonlijkheidsstoornis (DSM)

Er kan daarna op basis van alle gegevens al dan niet een diagnose BPS worden gesteld.

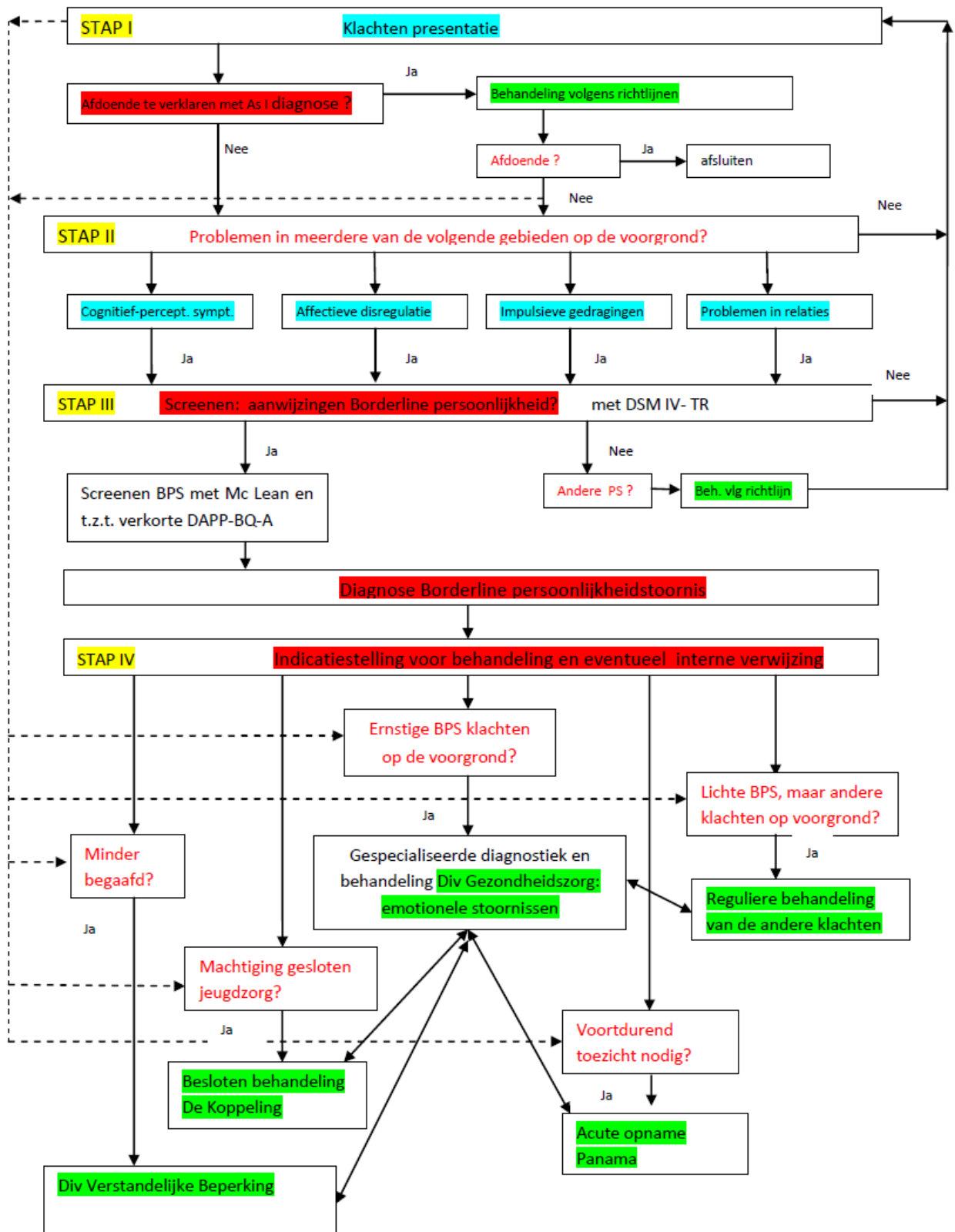
Stap 4: Indicatiestelling voor behandeling en evt. interne verwijzing

Als ernstige BPS klachten op de voorgrond staan wordt (direct bij aanmelding of na screening) verwezen naar de afdeling emotionele stoornissen voor gespecialiseerde diagnostiek en behandeling. In deze fase vindt een psychologisch onderzoek plaats om middels gestandaardiseerde vragenlijsten en gestructureerde interviews de klachten nader te objectiveren (zie H 3.3.1) en volgt behandeling middels DGT-J (zie H 4.2.1.)

Als er sprake is van een lichte vorm van BPS, maar andere klachten staan op de voorgrond dan wordt in de daarvoor aangewezen afdelingen het reguliere behandelaanbod gegeven, bv. bij trauma, eetstoornissen, gedragsstoornissen. Bij lichte BPS zonder comorbiditeit is individuele therapie genoeg. In een aantal gevallen is meteen bij aanmelding (of later) een andere route nodig, bv bij matige begaafdheid, als er een machtiging gesloten jeugdzorg werd afgegeven voor besloten behandeling of een acute psychiatrische opname noodzakelijk is. Dan vindt de verwijzing direct naar de betreffende afdelingen plaats.

In hoofdstuk 4 wordt aangeduid hoe jongeren met BPS binnen de Bascule geholpen kunnen worden.

Stroomdiagram diagnostiek en indicatiestelling bij Borderline Persoonlijkheidsstoornis De Bascule



Legenda Stroomdiagram

Blauw: symptomen/ klachten

Wit: vragenlijst/test

Rood: diagnostische beslissingen

Groen: behandeling

3. Diagnostiek naar borderline persoonlijkheidsstoornis middels vragenlijsten en interviews

3.1 Inleiding

Omwille van de leesbaarheid worden in dit hoofdstuk kort de meest gebruikte instrumenten genoemd die worden geadviseerd voor screening en gespecialiseerde diagnostiek. Voor geïnteresseerden wordt in bijlage 2 een beknopte beschrijving per instrument gegeven van de auteurs, de vorm, het doel, de psychometrische kwaliteiten en eventueel de redenen om erop gelijkende alternatieven niet aan te bevelen.

3.2 Screening

Bij een reguliere aanmelding zullen al de volgende gegevens bekend zijn:

- zelfrapportage van het algemeen functioneren : YSR, CBCL en zo mogelijk TRF
- voorlopige DSM IV classificatie: klinische beoordeling van het algemeen functioneren (as V).

Als er aanwijzingen zijn voor persoonlijkheidsproblematiek wordt aanbevolen om bij de jongere af te nemen de:

- McLean Screeningslijst voor Borderline persoonlijkheidsstoornis (MSI-BPS) in de Nederlandse adolescentenversie. Dit is een eenvoudige, korte, niet erg confronterende vragenlijst die de 9 BPS items van DSM IV nagaat en naar wantrouwen vraagt (zie bijlage 1).
- In de toekomst kan waarschijnlijk daarnaast worden afgenomen de DAPP-BQ-A: een vragenlijst die vanuit dimensionale visie alle persoonlijkheidsstoornissen in kaart brengt, maar nu nog niet op de markt verkrijgbaar is.

Er kan daarna op basis van alle gegevens al dan niet een diagnose BPS worden gesteld. De behandelverantwoordelijke schat in of er sprake is van lichte BPS of dat ernstige BPS klachten op de voorgrond staan. In het eerste geval wordt reguliere behandeling voor de andere klachten ingezet, in het tweede geval volgt gespecialiseerde diagnostiek en behandeling bij de zorglijn emotionele stoornissen

3.3 Gespecialiseerde diagnostiek bij de zorglijn Emotionele stoornissen

3.3.1 Nadere nuancering van een borderline persoonlijkheidsstoornis

De jongeren met ernstige BPS is erg heterogeen en er is een brede range van comorbide stoornissen op as 1 en as 2. De ene jongere met BPS zal bv. vooral internaliserende klachten hebben, terwijl bij een andere jongere dissociatieve en randpsychotische klachten voorop kunnen staan. Om een adequaat behandelplan te kunnen opstellen adviseert de werkgroep daarom nauwkeurig na te gaan hoe ernstig en divers de problematiek bij elke jongere is. In deze paragraaf richten we ons op het verder nuanceren en objectiveren van de BPS en de comorbide klachten. Dit heeft consequenties voor indicatiestelling en behandeling.

Het is zinvol om bij alle jongeren met BPS klachten op de voorgrond in deze fase de volgende 5 vragenlijsten af te nemen:

- CBSA: competentiebeleving t.a.v. schoolprestaties, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, uiterlijk, hechte vriendschap, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde.
- UCL: copingstijl en copingvaardigheden (actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten)
- MINI-plus: symptomen van de meeste DSM IV as I stoornissen, inclusief verslaving (lifetime)
- CDI (versie 2008): depressieve stoornis.
- DAPP-BQ- A verkorte versie: symptomen van persoonlijkheidsstoornissen

Bij ouders van jongeren met ernstige BPS zouden we graag de volgende lijsten afnemen

- BRIEF: ervaren problemen in het executieve functioneren (inhibitie, cognitieve flexibiliteit, emotieregulatie, initiatief nemen, werkgeheugen, plannen en organiseren, ordelijkheid en netheid, en gedragsevaluatie). Van deze functies is bekend dat het de meest bepalende factor is van schoolslagen
- GVL: kwaliteit van de gezins- en opvoedomstandigheden

Afhankelijk van hypothesen over comorbiditeit (o.a. afkomstig uit de Achenbach lijsten en de MINI plus) kunnen voor een specifieke jongere desgewenst nog één of meerdere instrumenten toegevoegd worden. Dit gebeurt dus *alleen op indicatie*.

- CRIES 13: Post Traumatische Stress Stoornis
- A-DES jongere /CDC ouders: dissociatie
- RCADS child: angst en depressie.
- RfLA: Adaptieve redenen om te leven
- CY-BOCS: obsessief-compulsieve stoornis
- EDI: eetproblematiek
- SDQ: ADHD en gedragsstoornissen

3.3.2 **Metten van behandel-effectiviteit**

In het kader van wetenschappelijk onderzoek en gestructureerde behandel-evaluatie zullen bij specifieke groepen nog extra metingen volgen aanvullend op die uit eerdere paragrafen. Daarom worden in deze paragraaf een aantal instrumenten genoemd die geschikt zijn voor gebruik bij een voormeting, nameting en follow-up. Hieronder wordt ingegaan op de aanvullende maten die op de afdeling emotionele stoornissen in research naar dialectische gedragstherapie (DGT) bij adolescenten worden gebruikt (De Haan e.a. 2009).

- SCID II BPS schaal van de SCID II : lifetime symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis.
- BPDSI-NL A: huidige ernst van DSM-IV borderline symptomen
- Dagboekkaart (wekelijks) doelgedrag (wanhoop, neiging tot zelfbeschadiging, zelfbeschadiging uitgevoerd, suïcidedgedachten, suïcidedgedrag plus 5 individuele doelen)
- MAAS: aandacht richten op het nu, een vaardigheid die mindfulness wordt genoemd.

4. **Indicatiestelling voor behandeling**

4.1 **Inleiding**

Per divisie, zorglijn of afdeling van de Bascule wordt beschreven welke indicatiecriteria voor welk behandelprogramma worden gehanteerd om zicht te geven op het bestaande gefaseerd en gedifferentieerd aanbod.

Met een *gefaseerd* behandel-aanbod wordt bedoeld het beschrijven van de verschillende interventies van één behandelprogramma (bv. intake, onderzoek, behandeling milde klachten/matige klachten/ernstige klachten, nazorg) binnen dezelfde afdeling. Met een *gedifferentieerd* behandel-aanbod wordt bedoeld dat er inhoudelijk verschillende behandelprogramma's naast elkaar kunnen bestaan.

Wanneer medicatie wordt overwogen kan gebruik gemaakt worden van de Bascule richtlijn voor medicatie bij een borderline persoonlijkheidsstoornis (Huijgen en Goddard, 2010).

4.2 **Divisie Gezondheidszorg, zorglijn Emotionele stoornissen**

4.2.1 **Team Dialectische Gedragstherapie**

Polikliniek en dagbehandeling St. Tropez

Contactpersonen: Rosanne de Bruin, Janet Noorloos en Carlijn Bergsma

Via het CAI wordt aangemeld voor poli of dagbehandeling DGT. Er wordt contact opgenomen met de verwijzer om nader te overleggen. Dit gebeurt door de DGT-wachtlister coördinator, Rosanne de Bruin of door de DGT therapeut die het oriënterend gesprek zal voeren.

Zo spoedig mogelijk volgt een oriënterend gesprek met de jongere en evt. diens ouders om na te gaan of DGT inderdaad geschikt lijkt en om de jongere te motiveren om te starten met een commitmentfase.

De commitmentfase van DGT houdt in dat een individuele DGT therapeut een aantal gesprekken voert en daarna samen met jongere en ouders besluit tot acceptatie voor de behandeling (of niet). De verwijzer blijft in deze fase behandelverantwoordelijk.

Dialectische gedragstherapie voor jongeren (DGT-J)

De zorglijn emotionele stoornissen heeft een team dat gespecialiseerd is in de diagnostiek en behandeling van jongeren met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Sinds 2004 wordt binnen deze zorglijn gewerkt met een aangepaste versie van dialectische gedragstherapie voor jongeren: DGT-J. (De

Bruin e.a. 2009). De voor volwassenen bewezen effectieve Dialectische Gedragstherapie (DGT: Linehan, e.a. 1991; 1993; 2006) is in de Verenigde Staten eveneens bewerkt voor adolescenten (Miller e.a. 2000, 2007). DGT voor jongeren is in een aantal ongecontroleerde of niet gerandomiseerde studies onderzocht, waarvan in drie studies jongeren met BPS werden behandeld. Ook in deze studies bleek DGT effectief (Rathus & Miller, 2002; Katz e.a. 2004; Fleischhaker e.a. 2006, Backer e.a., 2009). In onderzoek bij volwassen patiënten met een BPS bleek dialectische gedragstherapie ook kosteneffectief te zijn. (Linehan e.a., 1991). In de Bascule is in 2009 een pilot onderzoek gestart naar de effectiviteit van DGT bij adolescenten (De Haan, 2009)

DGT is gebaseerd op de biosociale theorie: van jongs af aan bestaande biologische kwetsbaarheid bij de jongere kan versterkt worden door een niet adequate omgeving (ouders, familie, school, samenleving), die het voelen en uiten van emoties niet erkent. Daardoor ontstaat heftige emotionele disregulatie. De jongere en de omgeving reageren vaak in extremen en versterken zo vervolgens elkaars patroon. De therapie is vanuit dialectische principes opgebouwd: zowel door acceptatie (met behulp van mindfulness-oefeningen) als door verandering (cognitieve gedragstherapie) kan een jongere werken aan een leven dat de moeite waard is. De jongere volgt wekelijks individuele psychotherapie en wekelijks groepsvaardigheidstraining en kan gebruik maken van 24-uurs telefonische consultatie. De ouders krijgen ouderbegeleiding aangeboden en kunnen deelnemen aan een oudercursus (Pijnenburg, 2009). Ook kan gezinstherapie worden geboden. Zo nodig worden medicatie en een Bed op Recept regeling toegevoegd, zeer incidenteel kan een korte klinische (gesloten) crisisopname (zie paragraaf 4.4) behulpzaam zijn. De DGT-behandelaren van polikliniek en dagbehandeling vormen een consultatieteam om ieder te ondersteunen in het coachen van de cliënten. In dagbehandeling is er aanvullend op het bovenstaande aanbod bovendien een interne school, volgt de jongere sociotherapieprogramma's en creatieve therapie (beeldend).

Er wordt in principe een half jaar behandeld, dit kan met een half jaar worden verlengd. Daarna volgt nazorg of terugverwijzing.

Doelgroep

Aan al de onderstaande criteria moet worden voldaan bij aanmelding:

- 12 t/m 18 jaar
- er is sprake van enige lijdensdruk
- minimaal 3 criteria van BPS volgens DSM IV gedurende een jaar (BPS diagnose is niet vereist)
- impulsief stemmingsafhankelijk gedrag met een duidelijke internaliserende component op tenminste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos auto of brommer rijden, vreetbuien).
- evt. recidiverende automutilatie en/of suïcidaal gedrag in afgelopen 16 weken of huidige suïcidale gedachten

Voor dagbehandeling is een aanvullend criterium: middelbare school volgend/weer willen volgen

(Contra-)indicaties

- Minimale commitment van adolescent voor verandering: komen, huiswerk maken, werken aan doelen die het leven de moeite waard maken, werken volgens de DGT methode, waarbij het onder controle krijgen van zelfschadelijk gedrag het eerste doel vormt, kunnen werken met deze individuele therapeut
- Toestemming en minimale commitment van de ouders (WGBO)
- Gemiddelde intelligentie (recent TIQ > 80)
- Voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Veilige vaste woonplek (geen doorgaand misbruik, niet steeds onverwacht verhuizen)
- Misbruik/afhankelijkheid van middelen is niet de belangrijkste klacht
- Eetstoornis is niet de belangrijkste klacht, somatische risico's zijn nog aanvaardbaar.
- Geen psychose of onbehandelde manische depressie

Gefaseerd behandel aanbod

Poliklinische behandeling heeft de voorkeur. Dagbehandeling is geïndiceerd als de middelbare schoolgang is gestagneerd of anderszins aanwijsbaar intensievere behandeling nodig is dan poliklinisch geboden kan worden. Klinische behandeling wordt in de afdeling emotionele stoornissen bij adolescenten met borderline persoonlijkheidsstoornis *niet* aangeboden, omdat dit minder effectief is dan de andere behandelprogramma's en meer risico's in zich draagt voor de jongeren. Zo is er bij deze doelgroep vaak een toename van afhankelijkheid en passiviteit en blijken er tijdens dag/nacht-opnames meer suïcides plaats te vinden (Paris, 2007, Sansone 2004 in De Bruin, in druk).

Het bovenstaande is verder uitgewerkt. Er wordt onderscheid gemaakt naar ernst terwijl ook rekening gehouden wordt met randvoorwaarden zoals het onderwijs dat door de jongere wordt gevolgd.

Milde klachten

- poliklinische individuele therapie: psycho-educatie/individuele therapie, evt met onderdelen uit DGT. Als na 12 zittingen onvoldoende verbetering optreedt wordt aangemeld voor poli DGT

Matige klachten

- poliklinische DGT: De jongere volgt individuele therapie, groepsvaardigheidstraining en kan gebruik maken van telefonische consultatie. Bed op Recept (BOR bed) en medicatie worden op indicatie toegevoegd. Voor ouders is er een oudercursus en is ouderbegeleiding mogelijk. Bij onvoldoende commitment voor DGT wordt de reguliere individuele therapie aangeboden

Ernstige klachten

- dagbehandeling DGT St. Tropez: De jongere volgt individuele therapie, creatieve therapie, groepsvaardigheidstraining en kan gebruik maken van telefonische consultatie. Vijf dagen per week is er voor hen sociotherapie en scholing door het Altra college op VMBO-T, HAVO of VWO-niveau. Bed op Recept (BOR bed) en medicatie worden op indicatie toegevoegd. Voor ouders is er een oudercursus en ouders en jongeren volgen systeemtherapie. Bij neiging tot regressie in een dagklinische setting wordt poliklinische DGT aangeboden. Als de schoolvorm die de jongere volgt niet bij het Altra college beschikbaar is, wordt poliklinische DGT aangeboden.
- Als besloten behandeling geïndiceerd is kan een klinische opname in De Koppeling worden overwogen in combinatie met poliklinische DGT (zie ook hoofdstuk 4.6)

DGT-BOR (Bed op Recept) bed

Voor het zorgprogramma DGT wordt (per geïndiceerde jongere) door Lissabon 4 nachten per maand gedurende 3 maanden een BOR-bed aangeboden. De jongere kan (als er plek is) vanaf 16 uur tot de volgende ochtend op Lissabon verblijven en meedraaien in het programma daar. De behandelverantwoordelijke van emotionele stoornissen (DGT) blijft behandelverantwoordelijk tijdens de BOR. Doel is een crisis te voorkomen op een wijze waarbij de jongere zelf verantwoordelijk kan zijn voor de eigen veiligheid. Voor vragen over hoe een BOR bed geïndiceerd wordt etc. kan contact opgenomen worden met de collega's van DGT.

4.2.2. Centrum voor Traumagerelateerde Stoornissen

Polikliniek

Contactpersoon: Renee Beer

Het Centrum voor Traumagerelateerde Stoornissen biedt poliklinische behandeling aan kinderen en jongeren van 4-18 jaar met traumagerelateerde klachten van welke aard dan ook (emotionele, gedragsmatige of lichamelijke). Aanmelding geschiedt via het CAI. Als de patiënt al ingeschreven is in de zorglijn Emotionele stoornissen, dan hoeft alleen omzetting in care4 plaats te vinden door de zorgadministratie.

Op verschillende afdelingen verspreid over de gehele Bascule zijn medewerkers opgeleid om kinderen en jongeren met traumagerelateerde klachten te behandelen met traumagerichte behandelingen, die bewezen effectief zijn. De twee beschikbare methoden zijn: Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TGCGT), volgens model van Cohen, Mannarino & Deblinger (2008) en EMDR. Diagnostisch onderzoek, voormeting en nameting behoort tot de standaard procedures.

Specifieke effectiviteit van deze behandelingen bij jongeren met een BPS is nog niet onderzocht.

Onderzoek naar de effectiviteit van EMDR wordt momenteel uitgevoerd bij jongeren die in residentiële forensische jeugdpsychiatrische instellingen verblijven (Leenarts). Een deel van deze jongeren heeft vermoedelijk een BPS. Bij jongeren met borderline klachten wordt over het algemeen eerst aan stabilisatie gewerkt, zodat er voldoende controle komt over emoties en risicovol gedrag.

Traumaverwerking is hier een onderdeel van een gefaseerde behandeling. Een behandelaar van het centrum traumagerelateerde stoornissen kan altijd meedenken over timing van inzet traumabehandeling en over de keuze om dit zelf te blijven doen (evt. met begeleiding van iemand van het traumateam) of dit deel van de behandeling over te dragen. Traumagerichte behandeling wordt bij voorkeur uitgevoerd door gespecialiseerde behandelaren, omdat bij deze jongeren chronische en/of complexe traumatisering in de

voorgeschiedenis vaak een rol blijkt te spelen; voor effectieve traumabehandeling is in deze gevallen veel ervaring vereist met toepassing van genoemde behandelmethoden.

4.2.3 Centrum voor Eetstoornissen

Contactpersoon: Chaim Huyser

Als eetproblemen voorop staan wordt aangemeld bij het Centrum voor Eetstoornissen .

Voor de gehele afdeling eetstoornissen kan worden aangemeld t/m 23 jaar

Via contactpersoon of het CAI wordt de jongere aangemeld voor poli, deeltijdbehandeling, dagbehandeling of kliniek van het Centrum voor Eetstoornissen (CvE).

Voor alle BPS jongeren die bij de afdeling eetstoornissen worden aangemeld is het noodzakelijk dat

- de eetstoornis voorop staat en DGT behandeling (mede) daardoor niet mogelijk is
- minimale commitment van adolescent
- toestemming en minimale commitment van de ouders (WGBO)
- gemiddelde intelligentie (recent TIQ > 80)
- voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- veilige vaste woonplek (geen doorgaand misbruik, niet steeds onverwacht verhuizen)
- geen harddrugs gebruik of misbruik/afhankelijkheid van middelen als belangrijkste klacht
- geen psychose of onbehandelde manisch depressiviteit
- geen agerend agressief gedrag zonder lijdensdruk

Polikliniek

Afhankelijk van de ernst en vorm van de eetstoornis wordt een multidisciplinair behandelplan opgesteld waarbij de ingrediënten kunnen zijn: ondersteunende therapie met eetmanagement door diëtiste en sociaal psychiatrische verpleegkundige, zo nodig kindergeneeskundige controles, systeemtherapie, individuele psychotherapie (CGT, IPT of EMDR), oudercursus, nazorg.

Voor BPS patiënten kan samenwerking gezocht worden om als extra aanbod een voor eetstoornissen aangepaste vaardigheidsmodule DGT te doen, waarbij de eetstoornis als therapie interfererend gedrag wordt gezien.

Deeltijdbehandeling (Sao Paulo) en dagbehandeling (Santiago):

Als er een intensiever aanbod nodig is kan er voor gekozen worden om in deeltijd/dagbehandeling (5 dagen in de week) te komen. Hierbij ligt het accent op energiemangement en het hervinden van structuur en regelmaat in de dagelijks leven. Er kan een begin worden gemaakt met de behandeling van bij komende (BPS) problemen.

Klinische opname (San Francisco of klinische afdeling kindergeneeskunde AMC):

Bij ernstig ondergewicht, meerdere malen per dag braken of laxantiagebruik of een onhoudbare thuissituatie kan een tijdelijke 24-uurs opname noodzakelijk zijn. Deze is in principe van korte duur (4-6 weken) en wordt meestal vervolgd met dagbehandeling. Voor BPS patiënten kan dit ook op de afdeling voor DGT behandeling zijn.

4. 3 Divisie gezondheidszorg, zorglijjn Gedragsstoornissen

Contactpersoon: Karin Hermeler

Een jongere die kenmerken heeft van BPS waarbij de externaliserende klachten (ADHD, woede, oppositioneel gedrag, agressie) op de voorgrond staan, kan via het CAI worden aangemeld bij de zorglijjn gedragsstoornissen. Voor de gehele afdeling gedragsstoornissen geldt als leeftijd 12 t/m 18 jaar

Polikliniek en dagkliniek (Havana) en open kliniek (Lissabon)

De jongere kan instromen in het reguliere behandelaanbod. Er kan geïndiceerd worden voor:

- Individuele gedragstherapie
- Systeemtherapie (bijeenkomsten met wisselende samenstelling, dus deels ouders, deels ouders samen met jongere en evt. met anderen erbij)
- Groepstraining agressieregulatie (Agressie Replacement Training: ART)
- Medicamenteuze behandeling

De (dag)kliniek biedt daarnaast ook school via het Altra college en andere onderdelen (sociotherapie, creatieve therapie).

Wanneer de internaliserende klachten (te heftige emotionele uitbarstingen van bv. angst of verdriet, te veel zelfbeschadiging of suïcidaal gedrag) ernstig interfereren met de reguliere behandeling/het groepsklimaat wordt in overleg met de jongere doorverwezen naar het DGT team.

4.4 Divisie Gezondheidszorg: afdeling acute psychiatrie voor adolescenten

Contactpersoon: Nick Goddard

Panama is een acute, psychiatrische afdeling voor jongeren van 12 tot 18 jaar oud. Het is een gesloten afdeling. Patiënten zijn opgenomen op vrijwillige basis of onder dwang (door het gebruik van de Wet BOPZ). Het doel van de afdeling is het stabiliseren van acute psychiatrische stoornissen. De afdeling probeert, voor zover mogelijk, korte opnames te bieden. Als er voldoende herstel is bereikt, volgt ontslag met ambulante behandeling. Panama maakt gebruik van Non-Violent Resistance (NVR). Dit is een methode om agressie op de afdeling te vermijden en om beter met patiënten en ouders samen te werken.

Jongeren met borderline problematiek zijn enorm gevoelig voor signalen uit hun directe omgeving en raken emotioneel snel overprikkeld. De reactie in stressvolle situaties is er vaak één van extreme hulpeloosheid. De omgeving heeft dan de neiging om in te gaan springen, maar dit levert meestal alleen een verergering van het beeld op. Als behandelaar moeten we dus extra rekening houden met de emotionele kwetsbaarheid en vooral voorkomen dat we de hulpeloosheid versterken. Ook als de jongere ronduit gevaarlijk gedrag laat zien zullen wij onze neiging bedwingen om tot bescherming en restrictie over te gaan. Door niet meteen de helpende hand uit te steken voorkomen we verdere escalaties. En de jongere is aan zet om met zijn eigen problemen aan de slag te gaan.

Vanuit deze visie is een lange behandeling op Panama niet geschikt want op een gesloten afdeling:

- loop je extra risico om afhankelijk te worden van hulp, juist door het gesloten karakter
- is het vaak hectisch met jongeren met allerlei ernstige psychiatrische problemen. Er komen dus heel veel emotionele prikkels op je af
- is het lastig om voldoende afstand tot anderen te houden, terwijl dat het beste helpt.

Alhoewel mensen met BPS last kunnen hebben van acute psychiatrische problemen, zijn langdurende opnames, vooral op een acute en gesloten afdeling zoals Panama dus niet geïndiceerd.

In de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn voor de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis (2008) staat: 'kortdurende opnames (enkele dagen) met een vooraf overeengekomen doelstelling zijn effectiever dan een langdurende opname'.

We realiseren ons heel goed dat we met deze aanpak voor korte opnames een risico nemen. De jongere is mogelijk nog steeds erg instabiel en de draagkracht van de ouders of het gezin is vast nog gering. Toch weten we dat een terugkeer naar huis een beter perspectief biedt dan een langere behandelduur op Panama omdat de 'bijwerkingen' groter zullen zijn dan de eventuele positieve effecten. Uit onderzoek is overigens bekend dat de risico's op een daadwerkelijke suïcide bij ontslag uit de kliniek, relatief gering zijn.

Een opname op Panama kan soms wel het begin zijn van behandeling – door het stellen van een juiste diagnose of het bieden van een kortdurende crisisinterventie zodat de behandeling elders weer kan worden opgepakt. Panama biedt de volgende twee opnamemogelijkheden in verband met een diagnose van BPS:

Korte acute crisisopname Panama (maximaal 3 dagen)

Doel: Een kortdurende opname in geval van crisis met impulsief en suïcidaal gedrag (als een minder restrictieve of ingrijpende oplossing niet mogelijk is).

Aanmeldingsprocedure: De opname wordt geregeld door de behandelaar en de behandelaar is verantwoordelijk voor het bespreken van de doelstelling met de patiënt. Een opname kan soms buiten kantooruren plaatsvinden en wordt dan geregeld door de stedelijke crisisdienst. Als een opname niet op vrijwillige basis gebeurt, maar onder dwang plaatsvindt (bijvoorbeeld met een IBS - Inbewaringstelling), dan zal deze maatregel zo snel mogelijk worden opgeheven. Dit gebeurt in overleg met de Eerste Geneeskundige van de Bascule.

Nazorg: Nazorg vindt plaats door de eigen behandelaar.

Diagnostische opname Panama (maximaal 3 weken)

Doel: Als er een vermoeden is van een mogelijke borderline persoonlijkheidsstoornis, maar er is op dat moment nog geen diagnose BPS, dan biedt deze opname de mogelijkheid van observatie, diagnostiek en uiteindelijk advies over diagnose en de best passende behandeling. Zo'n opname vindt vrijwillig plaats, onder de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Het is belangrijk dat de jongere zelf gemotiveerd is voor een opname en hiermee instemt. Anders heeft zo'n opname weinig zin. Als er sprake is van toenemende agressieproblemen wordt tot ontslag overgegaan. In de eerste week worden ook een risicoanalyse en een stappenplan opgesteld.

Aanmelding: De opname wordt door de behandelaar (die als verwijzer optreedt) geregeld. Elke jongere kan voor een vrijwillige opname door zijn huisarts, huidige GGZ behandelaar of door Bureau Jeugdzorg bij de Bascule worden aangemeld. U kunt rechtstreeks aanmelden bij de behandelverantwoordelijke van de afdeling, de heer dr. Nick Goddard, kinder- en jeugdpsychiater (020 8901000).

Gewoonlijk is er eerst een intakegesprek met de patiënt en de familie om over het plan en de voorwaarden van de opname te bespreken.

Diagnostiek: In het kader van de diagnostiek worden de volgende activiteiten ondernomen:

- gesprekken met de patiënt over zijn/haar eigen situatie;
- semigestructureerde interviews
- gesprekken met de ouders: met de ouders proberen we vanaf het begin een werkrelatie op te bouwen. Vanuit onze visie bespreken we de mogelijkheden voor een aanpak thuis. Tijdens deze periode vinden we het belangrijk dat het 'gewone leven' buiten de afdeling zoveel mogelijk doorgaat.;
- observaties van jongere en ouders/gezin door het behandelteam gedurende de opname.

Nazorg: Na 3 weken wordt de patiënt terugverwezen naar zijn eigen behandelaar.

In sommige gevallen zal in overleg met de jongere een aanmelding bij een van de afdelingen voor dialectische gedragstherapie worden gedaan. Het is belangrijk je te realiseren dat deze hulp meestal niet direct aansluitend kan starten. Als er al een eerdere hulpverlener bij de jongere betrokken was, wordt deze hier naar terug verwezen.

4.5 Divisie Verstandelijke Beperking

Contactpersoon: Maria Kaatee, zorglijn Emotionele Stoornissen (afdeling VB)

Op de afdeling VB komen kinderen en jongeren met een (licht) verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische stoornis. De afdeling bestaat onder meer uit een polikliniek voor kinderen en jongeren tot 21 jaar met een intelligentieniveau < 85. Er zijn twee manieren om een cliënt aan te melden, ofwel via het CAI (centrale aanmelding), ofwel rechtstreeks bij de afdeling zelf (contactpersoon Selma Rozenboom).

Diagnostiek

De diagnostiek en behandeling wordt zo mogelijk door een en dezelfde persoon gedaan. De diagnostiek kan bestaan uit persoonlijkheidsonderzoek en gezinsonderzoek. Afhankelijk van het niveau kunnen hiervoor geëigende onderzoeksmiddelen en vragenlijsten gebruikt worden.

Ook gedurende de behandeling kan besloten worden om nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden en/of acute veiligheid van de cliënt.

Behandeling

Voor kinderen en jeugdigen met IQ onder 70 ligt de nadruk op bescherming, het aanbieden van een passende leefomgeving, psycho-educatie voor de omgeving en en inslijten/trainen van adequaat gedrag. Voor de groep tussen de 70 en 85 blijkt in de praktijk dat veel (enigszins aangepaste) 'evidenced based' behandelingen met succes ingezet kunnen worden. Ook in de NICE (National Institute for health and Clinical Excellence, jan 2009) Richtlijn wordt geadviseerd cliënten met een licht verstandelijke beperking toegang te verlenen tot de reguliere onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Volgens de huidige 'state of the art' zou Dialectische Gedragstherapie ook voor deze groep toegankelijk moeten zijn.

Het gedrag van deze jongeren wordt vaak gekenmerkt door impulsiviteit en stemmingswisselingen mede afhankelijk van de mate van de verstandelijke beperking. Daarnaast zijn omgevingsfactoren als gezinsproblemen vaak een kwetsbare component. Wanneer zelfbeschadigend en roekeloos gedrag naast suïcidedachten overheersen en er gesproken kan worden van (veel kenmerken) van BPS heeft de afdeling de volgende mogelijkheden.

- Psycho-educatie aan cliënt, ouders en school/werk over cognitieve mogelijkheden en de impact van de psychiatrische stoornis is een onderdeel van de behandeling. Het aspect van veiligheid in de leefsituatie is hierbij een belangrijk onderwerp daar deze cliënten in een grote mate afhankelijk zijn van een sturende en veilige omgeving. Een tolk kan ingeschakeld worden wanneer beheersing van de Nederlandse taal een issue is.
- Individuele therapie aan de cliënt waarbij Gedragstherapie (GT) een eerste keuze is. Afhankelijk van de klachten kan deze gericht zijn op traumabehandeling (EMDR, TF-CGT) of meer op gedragsverandering. Ook vaktherapie als PMT, spel- en creatieve therapie zijn opties om zelfbeeld, lichaamsbeleving en copingmogelijkheden te vergroten.
- Systeemtherapie wordt ingezet wanneer interactiepatronen binnen de familie de ontwikkeling van de cliënt verstoren, deze kan tevens bestaan uit FFT.
- Groepstherapie als ART wordt ingezet wanneer gedragsregulatie beoogd wordt.
- Medicamenteuze behandeling is een optie bij ernstige agressieregulatie en stemmingsproblematiek.
- De reguliere DGT (Dialectische Gedragstherapie) bij afdeling Gezondheidszorg, emotionele stoornissen is aan te bevelen wanneer het intelligentieniveau rond de 80 of hoger ligt is.
- Samenwerking met en/of doorverwijzing naar andere instellingen is een belangrijk onderdeel om zo nodig langdurige zorg voor cliënt te waarborgen.

4.6 Divisie Gezin en Gezag, De Koppeling

Contactpersoon: Tijs Jambroes

De Koppeling is een besloten behandelinstelling voor jongeren met ernstige gedragsproblemen.

Alle jongeren hebben een OTS en een machtiging gesloten uithuisplaatsing. Regelmaat, structuur en grenzen bieden jongeren veiligheid. De behandeling duurt gemiddeld 8 maanden waarbij jongeren in principe na 6 weken starten met verloven.

Diagnostiek

De Koppeling biedt klinische diagnostiek t.a.v. individuele jongeren en het betrokken systeem.

Behandeling

Naast sociotherapie en school (Altra) kan er geïndiceerd worden voor

- Vaktherapie (beeldend of muziek)
- Washington State Agressie Replacement Training
- Systeemtherapie
- Medicamenteuze therapie

Bij een aantal jongeren met BPS wordt overlegd met de poli DGT (afdeling emotionele stoornissen). DGT is altijd een vrijwillige toevoeging. Als de commitmentfase met succes is afgerond, wordt naast het behandelplan van de Koppeling een apart DGT behandelplan opgesteld. De jongere kan deze laatste desgewenst opzeggen. De Koppeling blijft hoofdbehandelaar.

Conclusie

De conclusie van deze richtlijn over BPS diagnostiek en indicatiestelling bij adolescenten is:

- volg de normale procedures voor jeugdpsychiatrisch en psychologisch onderzoek
- neem zo nodig de McLean screeningslijst voor BPS af
- indien geïndiceerd, verwijs voor gespecialiseerde diagnostiek naar de afdeling emotionele stoornissen
- geef psycho-educatie en meld dat er een behoorlijke kans is dat verbetering optreedt
- adviseer een passende behandeling: de behandeling van eerste keuze bij BPS is momenteel Dialectische Gedrags Therapie voor Jongeren (DGT-J), maar er zijn meerdere opties in de Bascule mogelijk
- evalueer na behandeling de diagnose
- als er geen sprake meer is van BPS, maak dit dan expliciet duidelijk aan alle betrokkenen
- als er restklachten zijn, bied hoop en verwijs door.

Binnen de Bascule komen professionals op verschillende momenten in contact met borderline cliënten en hun verwijzers of behandelaars. Afhankelijk van de cliënt, diens problematiek en hulpverleningsgeschiedenis is andere diagnostiek nodig. Getracht is om voor de verschillende keuzes in het diagnostisch proces concrete hulpmiddelen aan te reiken. Het is aan iedere professional om hierin eigen afwegingen te maken. Men kan gebruiken wat uit deze richtlijn van toepassing is of er gemotiveerd van afwijken.

Juli 2010

© De Bascule, namens de werkgroep drs. J.R. Noorloos

Literatuurlijst

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index: professional manual (3rd ed.)*. Lutz, F.L.: Psychological assessment Resources, Inc.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the child behaviour checklist 4-18, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fourth edition, text revision (DSM IV)*. Washington D.C.: Author
- Arntz, A. van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R. van den Bosch, W.M.C, de Bie, A.J.H.T. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders, 17*, 45-59.
- Backer, H.S., Miller, A.L. & van den Bosch, L.M.C. (2009). Dialectische gedragstherapie bij adolescenten, een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie, 1*, 31-43.
- Beurs, E. de, Rinne, Th., Van Kampen, D., Verheul, R. & Andrea, H. (2009). Reliability and validity of the Dutch Dimensional Assessment of Personality Pathology- Short Form (DAPP-SF), a shortened version of the DAPP-Basic Questionnaire. *Journal of personality Disorders, 23 (3)*, 308-326.
- Brock, A.J.L.L. de, Vermulst, A.A., Geris, J.R.M. & Abidin, R.R. (1992). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Pearson.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in in psychological well-being. *Journal of Personality and social psychology, 84*, 822-848.
- Bruin, R.M. de (in druk). Van de regen in de drup. Over het opnemen van suïcidale adolescenten met Borderline Persoonlijkheidsproblematiek .Aangeboden voor publicatie Kind en Adolescent Praktijk..
- Bruin, R.M. de, Koudstaal, J. A., Delft, L. van & Muller, N. (2009). *Dialectische gedragstherapie voor jongeren: een protocol voor de vaardigheidstraining (trainershandleiding en jongeren werkboek)*. Interne Publicatie De Bascule, Curium en GGZ Rivierduinen.
- Caspi, A. (2000). The child is the father of the man: Personality continuities from childhood to adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology, 78 (1)*, 158-172.
- Chabrol, H., Montovany, A., Chouicha, K., Callahan, S., & Mullet, E. (2001). *Frequency of borderline personality disorder in a sample of French high school students*. Canadian Journal of Psychiatry, 46, 847-849.
- Chabrol, H., Montovany, A., Duconge, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). *Factor structure of the borderline personality inventory in adolescents*. European Journal of Psychological Assessment, 20, 59-65.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J. McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V. & Yuen, H. P. (2004). *Two-year stability of personal disorder in older adolescent outpatients*. Journal of Psychological Assessment, 20, 59-65.
- Chanen, A.M., Jovev, M., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2007). Adaptive functioning en psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*. 207-306.
- Chanen, A.M., Jovev, M., McCutcheon, L.K., Jackson, H.J., McGorry, P.D. (2008a). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews, 4*, 48-57.
- Chanen, A. M., Jovev, M., Gjaj, D. McDougall, E. , Pan Yuen, H. Rawlings, D. & Jackson, H.J. (2008b). Screening for Borderline Personality Disorder in Outpatient Youth. *Journal of Personality Disorders, 22 (4)*, 353-364.
- Children and War Foudation, 1998 (CRIES)
- Chorpita, B.F., Yim, L., Moffit, C., Umemoto, L.A. & Francis, S.E. (2000). Assessment of symptoms of DSM IV anxiety and depression in children: a revised child anxiety and depression scale. *Behavior Research and therapy,*
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie. Bohn Stafleu Van Loghum. COTAN: Commissie Test Aangelegenheden van het NIP (Nederlands Instituut voor Psychologen), interne uitgave, Amsterdam.
- Damen, K.F.M., de Jong, C.A.J. & van der Kroft, P.J.A. (2004). Interrater reliability of the SIDP-IV in an opioid-dependant patient sample. *European Addiction Research, 10*, 95-138.
- Does, W. van der (2002). *BDI-II-NL: Handleiding Beck depression inventory-II, Nederlandse vertaling en bewerking*. Swets & Zeitlinger
- Eurelings- Bontekoe, E.H.M.. & Snellen, W.M. (2003). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ferdinand. R.F. van der Reyden, M. Verhulst, F.C. Nienhuis, F.J. & R. Giel (1995). Assessment of the Prevalence of Psychiatric Disorder in Young Adults. *British Journal of Psychiatry, 166*, 480-488.

- First, M.B., Gibbin, M., Spitzer, R.L., Williams J.B.W., Benjamin, L.S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM IV, Axis II Personality Disorders (SCID II)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Fleischhaker, C., Munz, M., Böhme, R., Six,t B., Schulz, E. (2006). Dialectical Behaviour Therapy for adolescents (DBT-A)--a pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behaviour in female patients with a borderline disorder. *Kinder Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 15-25.
- Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1994). *Borderline Personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific?* American Journal of Psychiatry, 151(9), 1380-1382.
- Giessen-Bloo, J. Wachters, L., Schouten, E., Arntz, A. (2006). *Assessment of borderline personality disorder with the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. Chapter 4. In: Crossing borders: Theory, assessment and treatment in borderline personality disorder (pp 69-84)*. The Netherlands: Universitaire Pers Maastricht.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (11), 1337-1345.
- Gunderson, J.G., Shea, M.T., Skodol, A.E., McGlashan, T.H., Morey, L.C., Stout, R.L., Zanarini, M.C., Grilo, C.M., Oldham, J.M. & Keller, M.B. (2000). The collaborative longitudinal personality disorder study: development, aims, design, and sample characteristics, *Journal of personality disorders*, 14(4), 300-315.
- Haan, E. de (2009). Implementatie en meten van effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie voor de ambulante en dagklinische behandeling van adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. ZON MW aanvraag vanuit De Bascule.
- Haan. E. de & Wolters, L. (2009) *Behandeling van de dwangstoornis bij kinderen en adolescenten*. Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum
- Hartveld, G. & M. Janssen (1992). Checklist voor Dissociatieve stoornissen bij kinderen. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Hengeveld, M.W. & Schudel W.J. (2005) *Het psychiatrisch onderzoek*. De Tijdstroom.
- Jong, C.A.J. de, Derks, F.C.H., van Oel, C.J. e.a. (2006). *SIDP-IV Gestructureerd interview voor de DSM IV persoonlijkheidsstoornissen*. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S., Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical behaviour therapy for suicidal inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 43, 276-282.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H. e.a. (1997). The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Kaufman, J. Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., e.a. (1997). A schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and lifetime version (KIDDIE-SADS PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H.L.(1991) Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. (1993). Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. *Theorie en behandeling*. Swets & Zeitlinger Lisse
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z, Gallop R.J., Heard, H.L e.a.(2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Livesley, W.J. (2001). *Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions*. Journal of Personality 69, 277-286.
- Livesley, W.J. & Jackson, D.N. (2009). *Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire. Technical Manual*. Port Huron: MI Sigma Press.
- McCrae, R. R., Costa, P. T., Terracciano, A., Parker, W. D., Mills, C. J., De Fruyt, F., & Mervielde, I. (2002). *Personality trait development from age 12 to 1: Longitudinal, cross-sectional, and cross-cultural analyses*. Journal of Personality and Social Psychology, 83(6), 1456-1468.
- Miller, A.L., Glinski, J. (2000). Youth suicidal behaviour: assessment and intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1131-1152.
- Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press New York.

- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J., Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review* 28, 969–981.
- Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis* (2008). Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence in the UK, 2009). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Nice richtlijn 78*. Londen.
- Olf, M. (2005) *Herziene Schokverwerkingslijst*. Amsterdam: AMC de Meren TZP Psychotrauma.
- Osman, A., Downs, W.R., Kopper, B.A., Barrios, F.X., Baker, M.T., Osman, T.R., Besset, T.M., Linehan, M.M. (1998). The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and Psychometric Properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1063-1078.
- Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & P. Smith. The children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2005, 33,487-498.
- Nice (National Institute for Health and Clinical Excellence in the UK, 2009). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Nice richtlijn 78*. Londen.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Paris, J. (2007). Managing suicidal crisis in patients with severe personality disorders. In J.B. van Luyn, S. Akhtar, & W.J. Livesley (Red.). *Severe personality disorders. Everyday issues in clinical practice*. (pp 109-117) Cambridge : Cambridge University Press.
- Pfohl, B., Blum N., Zimmerman, M. (1995). *The Structured Interview for DSM IV Personality Disorders (SIDP-IV)*. Iowa City, I.A.: University of Iowa College of Medicine.
- Ploeg, J. van den & Scholte, E. (2008). *Gezinsvragenlijst (GVL) Handleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Putnam, F.W. (1990). *Child Dissociation Checklist*
- Putnam, F.W. (1996). Dissociative Measures Summary Sheet, ongepubliceerd A4
- Pijnenburg, H.C.E. (2009). *DGT Oriëntatiecursus Dialectische Gedragstherapie voor ouders/verzorgers van jongeren die in behandeling zijn vanwege ernstige emotionele problemen*. De Bascule, interne publicatie
- Rathus, J.H. & Miller, A.L., (2002). Dialectic behaviour therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Reichart, C.G., Wals, M & M. Hilligers (2000) Vertaling K-SADS. Utrecht: H.C. Rumke.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). *Temperament and personality: Origins and outcomes*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 122-135.
- Sansone, R.A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 8 (3), 215-225.
- Scahill, L., Riddle, M.A., McSwiggan-Hardin, M. Ort, S.I., King, R.A. Goodman, W.K. Chicchetti, D. & Leckman, J. (1997). Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 844-852.
- Schaffer, D., Gould, M.S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P. & Bird, H. e.a. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry*, 40, 1228-1231.
- Schmidts, D. & Huizinga, M. (2009). *BRIEF Executieve Functies Gedragsvragenlijst*. Hogrefe.
- Schreurs, P.J., Van de Willige, G., Brosschot JF, Tellegen, B., Graus, G.M. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen. Herziene handleiding*. Swets Test Services/Pearson.
- Schroevens, M., Nuklicek, I., Topman, R. (2008). Validatie van de Nederlandstalige versie van de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Gedragstherapie*, 41, 225-240.
- Schuppert, H.M., Nauta, M.H., Giesen-Bloo (2007). *Borderline personality disorder severity index-IV, adolescent and parent version*. Groningen, Accare, interne publicatie.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y.L., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J. Willer, E., Hergueta, T., Baker, R., Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM IV and ICD 10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Siebelink, B.M. & Treffers, Ph.D.A. (2001). ADIS-C: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM IV-Child version. Nederlandse bewerking. Swets/Pearson.
- Strien, Van, T. (2002). Eating Disorder Inventory (EDI II NL). Pearson
- Timbremont, B. & Braet, C (2008). Children's Depression Inventory. Pearson.
- Treffers, P.D.A., Goedhart, A.W., Veerman, J.W., Van den Bergh, B.R.H., Ackaert, L., de Ryke, L. (2002). *Handleiding competentiebelevingsschaal voor adolescenten*. Swets/Pearson.

- Tromp, N.B. (2010). *Adolescent Personality Pathology, a dimensional approach*. Proefschrift VU Amsterdam.
- Vliet, I.M. van, Leroy, H. Van Megen, H.J.G.M. (2000). *M.I.N.I. Plus. M.I.N.I. International Neuropsychiatrisch Interview Nederlandse versie 5.0.0*. PDF-bestand, toestemming om dit voor eigen onderzoeks- of klinische doeleinden te gebruiken, zie voor andere talen <http://www.medical-outcomes.com>
- Verheul, R & Kamphuis, J.H. (redactie) (2007) *De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen diagnostiek, behandeling en beleid*, Bohn Stafleu van Loghum.
- Verheul, R, Bosch, L.M.C. van Koeter, M.W.J. Ridder, M. A. de, Stijnen, T. & Brink, W. van den (2003). *Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12month, randomised clinical trail in the Netherlands*. *British Journal of Psychiatry* 182, 135-140.
- Verhulst F.C., van der Ende, J. Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18. Child Behavior Checklist.4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M.L.M. (2000). *SCID II Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM IV as II Persoonlijkheidsstoornissen, Nederlandse bewerking*. Harcourt
- Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *The journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 933-941.
- Zanarini, M. C, Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003a). The longitudinal course of borderline psychopathology: a 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 274-283.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E. A. , Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder ((MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568- 573.
- Zanarini, M. C. (2003 c). *Update on borderline personality disorder*. Presentation at the Conference of the National Education Alliance for Borderline Personality Disorder, White Plains, NY.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, B. & Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.

Bijlage 1

McLean screeningslijst BPS

Bij de volgende vragen gaat het vooral om de laatste 3 maanden:

	1= ja / 0 = nee
1. Heb je in de relatie met je ouders, je vrienden of op school vaak last van ruzies/ conflicten? Lopen vriendschappen bij jou vaak stuk?	
2. Heb jij jezelf wel eens opzettelijk pijn gedaan of iets gedaan om jezelf te beschadigen, bijvoorbeeld door jezelf te krassen, te branden, met je hoofd te bonken, etc.? Heb je wel eens een poging gedaan om een eind aan je leven te maken?	
3. Heb je minstens 2 andere problemen gehad die te maken hebben met impulsiviteit (iets doen zonder er goed bij na te denken), zoals bijvoorbeeld te veel eten, te veel geld uitgeven, te veel drinken of woede-uitbarstingen?	
4. Heb je vaak last gehad van (plotselinge) stemmingswisselingen?	
5. Heb je je vaak kwaad gevoeld? Ben je vaak woedend geweest? Heb je vaak sarcastische of gemene opmerkingen gemaakt?	
6. Vertrouw je andere mensen vaak niet?	
7. Heb je je vaak onwerkelijk gevoeld, of het gevoel gehad dat de wereld om je heen vreemd of niet echt was? Alsof je in een droom leefde?	
8. Voel je je vaak leeg van binnen?	
9. Heb je vaak het gevoel gehad dat je geen idee hebt wie je bent? Of dat je niet steeds dezelfde persoon bent?	
10. Heb je eindeloze pogingen gedaan om ervoor te zorgen dat je je niet in de steek gelaten voelt? Of om ervoor te zorgen dat je niet in de steek gelaten wordt? (Bijvoorbeeld door steeds iemand te bellen om jezelf gerust te stellen dat diegene jou nog steeds aardig vindt, of door mensen te smeken om je niet in de steek te laten, of door je aan iemand vast te klampen?)	
Totaal	

Bron:

Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E. A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R. & Hennen, J. (2003b). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder ((MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568-573.

McLean – 29 okt 2007 – Schuppert.

Bijlage 2

Informatie over aanbevolen vragenlijsten en interviews

ASEBA

Voor eerste assessment wordt geadviseerd een uitgebreide *zelfrapportage van het algemeen functioneren* af te nemen middels de Achenbach vragenlijsten (1991), namelijk bij de adolescent de Youth Self Reportlijst (YSR, in het Nederlands de "Zelf in te vullen vragenlijst"), bij de ouder(s) over de adolescent de Child Behavior Checklist (CBCL ofwel de "Gedragsvragenlijst voor kinderen") en zo mogelijk bij leerkrachten en/of groepsleiding de Teacher Report Form (TRF: in het Nederlands de "Gedragsvragenlijst voor kinderen, informatie leerkracht" genoemd). Deze drie op elkaar lijkende lijsten worden internationaal veel gebruikt, ze zijn in meerdere talen beschikbaar en voor het Nederlandse taalgebied genormeerd en gevalideerd door Verhulst e.a. (1996). Nadat een aantal open vragen zijn gesteld, wordt middels ongeveer 100 items gevraagd naar uiteenlopende, ook zeldzame symptomen van psychopathologie. De afnameduur is een half uur per lijst. Deze wordt meestal door de informant zelfstandig ingevuld.

Andere soortgelijke lijsten beslaan veelal veel minder items, bv. de SDQ (Sterke kanten en moeilijkheden: vragenlijst voor jongeren: Goodman, 2001). Juist bij BPS wordt deze beknoptheid als nadeel gezien: er is bij BPS een grote mate van comorbiditeit en er komen ernstige internaliserende klachten voor die zonder expliciete vragen van de hulpverlener vaak niet worden genoemd door de client.

DSM IV

Bij het merendeel van de adolescenten wordt in zeer vroeg stadium een voorlopige DSM IV-classificatie opgesteld met op as V een *klinische beoordeling van het algemeen functioneren* (APA, 2000). Men scoort op een schaal van 0-100. Als globale beschrijving hiervan wordt gebruikt de Nederlandse Child Global Assessment Schaal (N-CGAS)-score voor kinderen van 4 t/m 17 jaar (vertaling door Ferdinand e.a., 1995, Schaffer e.a., 1983). Schuppert e.a. (2007) gebruiken een versie die nader is toegespitst op suïcidale gedragingen in alle relevante nivo's van ernst. Vanaf 18 jaar heet de DSM IV as 5-schaal de Global Assessment of Functioning Scale (GAF score). Er is naar deze GAF score weinig psychometrisch onderzoek gedaan, maar de test-hertest betrouwbaarheid bleek in een kleine onderzoeksgroep (N=18) goed (Ferdinand e.a., 1995).

McLean (MSI BPS)

Een eenvoudige, korte en niet erg confronterende vragenlijst die *huidige BPS symptomen* nagaat is het McLean Screenings Instrument. De kwaliteit van deze MSI-BPS zou goed zijn (Zanarini 2003b, Chanen e.a. 2008b, Nice richtlijn, 2009). Een Nederlandse adolescenten versie is ontwikkeld door Schuppert e.a. (2007, zie bijlage 1). De DSM IV criteria voor BPS worden opgesplitst en in begrijpelijk Nederlands geherformuleerd.. Op de 10 vragen kan geantwoord worden met ja/nee. Deze zelfrapportagelijst is in 15 minuten af te nemen door huisartsen, schoolartsen, aanmeldingscoördinatoren of in een lopende behandeling.. Bij een positieve uitkomst (≥ 3 keer ja) is nader onderzoek geïndiceerd. Psychometrische gegevens voor Nederlandse adolescenten zijn nog niet beschikbaar.

Evt SIDP-IV

Voor gebruik in Panama is de McLean screeningslijst te beknopt en de BPDSI te confronterend. De werkgroep stelt daarom voor om op deze afdeling voor acute psychiatrische opname te werken met de vragen over BPS uit een gestructureerd klinisch interview: het Structured Interview for DSM IV Personality Disorders (SIDP-IV van Pfohl e.a. 1995, Nederlandse vertaling De Jong e.a., 2006). In het interview wordt nagegaan in hoeverre en in welke mate zich *symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis (lifetime)* in de ontwikkelingsgeschiedenis hebben voorgedaan. De afnameduur is circa 30 minuten. Er wordt door de clinicus gescoord op een 4 puntsschaal (0 niet aanwezig, 1 bijna aanwezig, 2 aanwezig, 3 sterk aanwezig). De Amerikaanse voorloper had goede psychometrische kwaliteiten en de Nederlandse vertaling heeft een redelijk tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Damen e.a., 2004). Een nadeel is dat de officiële afname slechts mag plaatsvinden na uitgebreide scholing. Bij de scoring volgt men dan de DSM-IV richtlijnen voor adolescenten, waar het tijds criterium op 1 jaar wordt gesteld, i.p.v. 5 jaar voor volwassenen.

CBSA

Het *zelfbeeld* is bij jongeren met BPS vaak negatief of irrealistisch. De Competentieschaal voor adolescenten (CBSA, Treffers e.a. 2002) is een zelfbeoordelingslijst waar gevraagd wordt naar de competentiebeleving t.a.v. schoolprestaties, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, uiterlijk, hechte

riendschap, gedragshouding en gevoel van eigenwaarde. De afnameduur is 15 minuten. De COTAN beoordeling is op alle punten voldoende tot goed, met uitzondering van de criterium validiteit.

UCL

De *copingstijl en copingvaardigheden* (In het Nederlands: "Omgaan met problemen en gebeurtenissen") kan gemeten worden met de Utrechtse Coping Lijst (UCL, Schreurs & van de Willige, 1988, handleiding 1993). De afnameduur is 15 minuten. Subscales zijn: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties en geruststellende gedachten. De COTAN beoordeling is op alle punten voldoende tot goed, alleen zijn er twijfels over de representativiteit van de normgroep.

MINI-plus

Symptomen van de meeste DSM IV as I stoornissen, inclusief verslaving (lifetime) worden nagegaan door middel van het Mini International Neuropsychiatrisch Interview (MINI plus, Sheehan e.a. 1998, Van Vliet e.a. 2000). Dit is een gestructureerd interview waarbij bij 26 modules enkel met ja of nee geantwoord hoeft te worden. De afnameduur is 30-60 minuten. Elke module begint met 1 a 2 screeningsvragen. Alleen als daar bevestigend op wordt geantwoord volgen meerdere items in de desbetreffende module. Middels een beslisboom wordt zo in korte tijd op betrouwbare en valide manier (Lecrubier, e.a. 1997 in De Beurs e.a. 2009) een globaal zicht verkregen welke diagnoses nader uitgevraagd dienen te worden. Dat kan in een ongestructureerd klinisch interview. De lijst is ook digitaal beschikbaar in andere talen. Er is ons geen Nederlandse adolescentenversie bekend. Bij de scoring volgt men de DSM-IV TR richtlijnen, waar voor adolescenten bv. het tijds criterium voor dysthymie op 1 jaar wordt gesteld, i.p.v. 2 jaar voor volwassenen.

Alternatieven zoals de Kiddie SADS (Kaufman e.a. 1997, Nederlandse vertaling door Reichart, Wals & Hilligers, 2000) of ADIS (Silverman e.a., Nederlandse vertaling Siebelink & Treffers, 2001) waar naar lifetime symptomen wordt gevraagd kosten veel meer tijd en/of vragen meer inspanning van de adolescent en/of gaan niet voldoende in op bijvoorbeeld verslaving. Dat lijkt bij borderline jongeren minder geschikt.

CDI (2008)

Het merendeel van de jongeren met BPS heeft daarnaast ook een *depressieve stoornis*. Hiervoor wordt afgenomen de Child Depression Inventory (CDI, Timbremont & Braet, 2002). Het gaat hier om een zelfrapportagevragenlijst die ongeveer 20 minuten duurt. Hoewel deze lijst qua item formulering soms wat kinderlijk overkomt is de CDI na de laatste revisie in 2008 degene met de beste psychometrische kwaliteiten. De normgroep is uitgebreid naar kinderen van 7 t/m 18 jaar.

Het huidige alternatief, de BDI II NL (Van der Does, 2002) heeft minder goede normgegevens, zeker voor adolescenten en wordt daarom afgeraden.. Een serieus alternatief komt waarschijnlijk binnen redelijke termijn op de markt; de Hamilton-Jeugdversie. Dat is een gestructureerd interview, wat voordelen heeft (betere validiteit) en nadelen (kost meer tijd).

DAPP-BQ-A

Recent zijn er gegevens bekend over een vragenlijst die *persoonlijkheidspathologie bij adolescenten* meet: de Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire-Adolescenten versie (Tromp, 2010, Livesley & Jackson, 2009). Het gaat hierbij om alle persoonlijkheidsstoornissen van DSM IV as 2. Deze vragenlijst kan worden afgenomen bij adolescenten vanaf 12- 22 jaar en diens ouders over hun kind. Er zijn 18 subscales (bv. cognitieve vervorming, onveilige hechting en passieve agressiviteit) en 4 hogere orde dimensies (Emotionele Disregulatie, Dissociaal Gedrag, Emotionele Geremdheid en Compulsiviteit). Deze correleren goed met 4 van de 5 schalen die bij de normale persoonlijkheid worden onderscheiden in de Big Five Inventory. De DAPP BQ A is betrouwbaar en valide, maar deze oorspronkelijke lijst is lang en afname kost 45 minuten. Er is een verkorte versie beschikbaar voor research met 139 items die 20 minuten duurt en waarvan de psychometrische kwaliteiten veelbelovend zijn (Tromp, persoonlijke mededeling).

BRIEF

De BRIEF - Executieve Functies Gedragsvragenlijst (Smidts & Huizinga, 2009) is de Nederlandse bewerking van de Amerikaanse Behavior Rating Inventory of Executive Function (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000). Met de BRIEF wordt de ervaren belasting gemeten t.a.v. problemen met de *executieve functies*. Deze worden op beschrijvend gedragsniveau in kaart gebracht. Van deze executieve functies is bekend dat het de meest bepalende factor is van schoolslagen. Het is een vragenlijst voor kinderen in de leeftijd van 5 t/m 18 jaar en bestaat uit twee versies: één voor ouders en één voor leerkrachten. Beide

omvatten 75 items en er worden volgens een 3-puntsschaal (nooit, soms, vaak) scores verkregen op acht klinische schalen, twee algemene indexen en twee validiteitsschalen. De subschalen zijn: inhibitie, cognitieve flexibiliteit, emotieregulatie, initiatief nemen, werkgeheugen, plannen en organiseren, ordelijkheid en netheid, en gedragsevaluatie. De lijst is in 15 minuten af te nemen en via Bergop te scoren en interpreteren. De BRIEF is een valide en betrouwbaar instrument.

Evt PSI

Bij ouders van jongeren met BPS zouden we graag een vragenlijst voor *gezinsfunctioneren en/of ouderlijke stress* afnemen, zoals de verkorte versie van de Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSIK, Brock e.a. 1992). De NOSIK is een zelfrapportage vragenlijst met 25 items waarop de ouder op een 6-punt schaal aangeeft hoe de opvoeding en de relatie met het aangemelde kind wordt ervaren en hoe de ouder het kind en zichzelf inschat. Helaas is deze lijst nog niet voor adolescenten genormeerd. Als alternatief kan gedacht worden aan de Nederlandstalige Parental Stress Index (Abidin, 1995, Nederlandse vertaler onbekend). Deze wordt in het TRAILS onderzoek meegenomen, dus psychometrische gegevens zijn te verwachten.

GVL

Een veelbelovend instrument is de Gezinsvragenlijst (GVL, Van den Ploeg en Scholte, 2008) die middels ouders de kwaliteit van de *gezins- en opvoedomstandigheden* meet van kinderen in de leeftijd van 4 t/m 18 jaar. De vragenlijst is beschikbaar in twee versies. Een met en een zonder het onderdeel 'partnerrelatie'. De lijst is door de COTAN beoordeeld en scoort op alle criteria van psychometrische kwaliteit 'goed'. De lijst kan de effectiviteit van gezinsinterventies vaststellen. De afname duurt ongeveer 10 minuten.

CRIES 13

Symptomen van *een posttraumatische stress-stoornis* kunnen gemeten worden met de Children's Impact of Event Scale (CRIES 13, Children and War Foundation 1998, Nederlandse vertaling door Olf, 2005). Deze lijst wordt afgenomen voor elke traumatische gebeurtenis die de jongere noemt. De engelse versie is voldoende valide als screeningsinstrument (Perrin e.a. 2005). De Nederlandse lijst wordt momenteel in de Bascule psychometrisch onderzocht.

A-DES/CDC

Aanwijzingen voor *dissociatie* zijn nog moeilijk meetbaar. Bij het traumacentrum van de Bascule zijn hiervoor instrumenten te verkrijgen: de Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES, kindversie, Nederlandse vertaling Hartveld & Janssen, 1992) en de Checklist voor dissociatieve stoornissen bij kinderen (CDC, ouderversie) beiden ontwikkeld door Putnam (1990, 1996).

RCADS child

De Revised Child Anxiety and Depression Scale (Chorpita e.a., 2000) is een vragenlijst (47 items) die een uitbreiding is van de SCAS. De RCADS is DSM georiënteerd en meet angstklachten en daarnaast ook symptomen van depressie. Voordeel van de RCADS is dat er een ouder- en kindversie is. Normen zijn nog in ontwikkeling en worden gebaseerd op het TRAILS onderzoek. Duur: 10 tot 15 minuten. Leeftijd: 8 -18 jaar

RfL A

Assessment en management van het *suïciderisico* is een belangrijk onderdeel van het behandelplan als er sprake is van dit BPS symptoom. Hoewel in veel van bovenstaande instrumenten naar suïcidaliteit wordt gevraagd, is gekozen om daarop een interessante aanvulling te doen. Linehan (e.a., 1983) heeft een vragenlijst ontwikkeld die vraagt naar de *adaptieve redenen om te leven*. Door haar en collega's is deze lijst aangepast en gevalideerd voor adolescenten, de Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFLA, Osman e.a. 1998). Het is een zelfrapportage vragenlijst met 32 items waarin gevraagd wordt naar optimisme over de toekomst, zorgen over suicide, familiebanden, acceptatie en steun door leeftijdsgenoten en zelfacceptatie. De psychometrische kwaliteiten zijn goed. Voor crisisinterventie en behandeling biedt dit nuttige aanknopingspunten. De lijst is nog niet officieel vertaald, daarover zal mogelijk in de toekomst contact gezocht worden met de auteurs

CY BOCS

Een *obsessief-compulsieve stoornis* kan nader geobjectiveerd worden door de Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), een klinisch interview van Scahill e.a. (1997) die voor de Nederlandse situatie is vertaald en aangepast door De Haan & Wolters (2009). Op 10 vragen beoordeelt

de onderzoeker op een 5 puntsschaal de ernst en de aard van de dwanggedachten en dwanghandelingen bij het kind.

EDI

Eetproblematiek in engere zin wordt bij voorkeur gemeten met de (Eating Disorder Inventory (EDI-II-NL door Gardner, Nederlandse vertaling door Van Strien, 2002). De COTAN beoordeling is op alle punten voldoende tot goed.

SDQ

Comorbiditeit met *ADHD en gedragsstoornissen*: hiervoor zijn de schalen hyperactiviteit en gedragsproblemen van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) geschikt (Goodman 2001, www.sdqinfo.com). Dit is een vragenlijst met 25 items die volgens een 3-puntsschaal gescoord wordt (niet waar, een beetje waar, zeker waar). Deze lijst kan worden afgenomen bij jongeren, ouders en leerkrachten. De COTAN beoordeling varieert van (3x onvoldoende) tot goed.

SCID II

De BPS schaal van de SCID II (First e.a. 1997, Nederlandse vertaling door Weertman e.a. 2000) wordt internationaal in research als een gouden standaard gebruikt voor het bepalen van *lifetime symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis*. De afname duurt 15 minuten en wordt gecombineerd met de BPDSI IV (zie hieronder): eerst wordt de vraag gesteld of een bepaald probleem bij de jongere is voorgekomen en wordt gescoord volgens de SCID richtlijnen, vervolgens vraagt men naar de aard en frequentie ervan en scoort men dit volgens de BPDSI IV richtlijnen. De lijst wordt bij de jongere en bij een betrokken ouder m.b.t. het kind afgenomen.

BPDSI NL A

De *huidige ernst van DSM-IV borderline symptomen* wordt gemeten met de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI IV NL, Arntz e.a. 2003, Giessen-Bloo e.a., 2006). In dit gestructureerde interview wordt middels circa 70 gedetailleerde items gevraagd hoe vaak de afgelopen 3 maanden BPS symptomen zijn voorgekomen. Er wordt op een 10 puntsschaal gescoord. De totaalscore loopt van 0-90. De afnameduur is circa 45 minuten. De lijst wordt bij de jongere en bij de ouders m.b.t. hun kind afgenomen. Er kan gekozen worden om het interview in delen af te nemen, zodat het niet te belastend is. Deze lijst is psychometrisch zeer goed gebleken (o.a. sensitief voor therapie-effect) en wordt internationaal bij volwassenen veel gebruikt. De BPDSI IV-NL is recent voor Nederlandse adolescenten en hun ouders aangepast door Schuppert (2007). Validatie-onderzoek bij adolescenten loopt en lijkt veelbelovend. Bij voormeting en nameting moet de afname door dezelfde onderzoeker plaatsvinden.

Dagboekkaart

In het kader van de individuele therapie vult de jongere thuis wekelijks een gestructureerd dagboek in: de *dagboekkaart*. Hierop worden de voor deze jongere relevante gedragingen genoteerd, bv. intensiteit van de stemmingswisselingen, mate van wanhoop, alcoholgebruik, neiging tot automutileren, daadwerkelijk automutileren, suicidegedachten, suicidegedragingen.

MAAS

Een belangrijk onderdeel van Dialectische Gedragstherapie bij adolescenten is oordeelvrij oplettend leren zijn, een vaardigheid die mindfulness wordt genoemd. De mate waarin de jongere deze vaardigheden beheerst, kan gemeten worden met de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) van Brown & Ryan (2003, vertaling Schoevers e.a. 2008). Dit is een zelfrapportage vragenlijst met 14 items, bv. "ik voer activiteiten haastig uit zonder er echt aandacht aan te schenken", of "ik doe klussen en taken automatisch zonder mij bewust te zijn wat ik aan het doen ben". De afname duurt 15 minuten. De lijst wordt bij de jongere afgenomen. De gegevens over betrouwbaarheid en validiteit zijn positief.

Overzicht meetinstrumenten

De hierboven beschreven instrumenten kunnen in verschillende fasen van onderzoek en behandeling worden gebruikt. De volgende tabel geeft hiervan een overzicht.

jongere
 ouders
 screening
 facultatief
 alleen bij research

	Meetpretentie	Intake algemeen	Screening BPS	Diagnostiek BPS/comorbid.	Effectmeting DGT
YSR adol. CBCL ouders	Algemeen psychisch functioneren	x		x	x
Evt TRF school /groep	idem	x		x	
DSM IV CGAS/GAF schaal	Beoordeling functioneren (ernst)	x		x	
McLean lijst	DSM IV crit. BPS (10 vragen)		x		
Evt. SIDP-IV deel BPS evt. ASP	DSM IV crit. BPS/ASP (verleden 0-3)		x	x	
CBS-A	Zelfbeeld			x	x
UCL	Copingstijl vaardigheden			x	x
MINI-plus	DSM IV as 1 screening, incl verslaving			x	x
CDI (2008)	Depressie			x	x
DAPP A (kort)	Persoonlijk problematiek			x	x
BRIEF (ou)	Executief			x	x
GVL (ou)	gezinsfunctio			x	x
Evt CRIES 13	Posttraumatische stress stoornis			x	
Evt A-DES CDC (ado, ou)	Dissociatie			x	

Evt. SCARED	Angst depr			x	
Evt. RFLA	Suicidaliteit Redenen om te leven			x	x
Evt. CY-BOCS	Obsessief- compulsieve stoornis			x	
Evt. EDI	Eetstoornis			x	
Evt. SDQ	ADHD, gedrags- stoornis			x	
SCID II BPS schaal adol/ouders	DSM IV crit. BPS (verleden 0-3)				x
BPDSI IV (A- nl) adol / ouders	DSM IV crit. BPS (ernst en freq nu 0-10)				x
Dagboekkaart					x
MAAS adol	Mindfulness				x