

## **Nederlandse samenvatting en discussie**

### **Inleiding**

Dit proefschrift gaat over klinische adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen en onveilige hechting. De overgang van lagere naar middelbare school markeert voor deze jongeren vaak de start van een veelvoud aan psychische problemen zoals depressie, laag zelfbeeld, niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI), suïcidale gedachten en acties, en interpersoonlijke problemen met familie, vrienden, school, werk en soms justitie. Deze misschien wel moeilijkste doelgroep in de Jeugd GGZ herken je in maatschappelijke debatten direct: een indringend voorbeeld van een suïcide of aandacht voor zelfbeschadiging laat de kwetsbaarheid van deze adolescenten zien en onderstreept tegelijkertijd de maatschappelijke onmacht. Het is vervolgens opvallend te noemen dat juist deze doelgroep in wetenschappelijk onderzoek vaak wordt buitengesloten.

Het doel van dit proefschrift is zowel het onderzoeken van persoonlijkheidsstoornissen, onveilige gehechtheid en NSSI in de adolescentie als het onderzoeken van de therapeutische factoren gerelateerd aan uitval en behandeluitkomsten van intensieve psychotherapie voor deze problemen. Eerst wordt een samenvatting van de bevindingen van dit proefschrift per hoofdstuk gegeven. Daarna worden de resultaten aan elkaar verbonden en geïnterpreteerd. Ten slotte worden de bredere implicaties van deze studie besproken. Wat leert dit onderzoek ons over persoonlijkheidsstoornissen, onveilige hechting en NSSI bij adolescenten? Hoe kan de geestelijke gezondheidszorg voor klinische adolescenten met deze problemen worden verbeterd? Welk verder onderzoek wordt aanbevolen?

### **Samenvatting van de bevindingen**

In Hoofdstuk 2 werden veranderingen in persoonlijkheidsstoornissen en symptomatologie onderzocht na intensieve mentalisatie bevorderende therapie (MBT) bij adolescenten en de relatie tussen persoonlijkheidsstoornisvariabelen en behandeluitkomsten. Hiertoe werd een steekproef van 62 (van de 115) adolescenten onderzocht op persoonlijkheidsstoornissen voor en na de behandeling met behulp van het gestructureerde klinische interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II) en de symptoomchecklist 90 (SCL- 90). Uitval kwam door het niet afronden van de reeks digitale vragenlijsten aan het eind van de behandeling door respondenten of het niet op komen dagen voor de eind SCID-II-interviewafpraak. Deze respondenten verschilden niet van de uiteindelijke steekproef in aantal en type persoonlijkheidsstoornissen. Bij de start van behandeling voldeed een meerderheid aan meer classificaties van persoonlijkheidsstoornissen tegelijk. Aan het eind van behandeling had

ongeveer driekwart van de deelnemers een lager aantal persoonlijkheidsstoornissen, terwijl twee derde niet langer voldeed aan de SCID-II-criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. Symptoomvermindering kon echter niet worden voorspeld door variabelen van de persoonlijkheidsstoornis voorafgaand aan de behandeling. Samenvattend, persoonlijkheidspathologie kan verminderen gedurende intensieve MBT, hoewel het niet duidelijk is of deze uitkomst een resultaat is van de gegeven behandeling, omdat er geen controlegroep was.

In Hoofdstuk 3 werden therapeutische factoren waarvan bekend is dat ze herstel bevorderen (Yalom & Leszcz, 1985) onderzocht in afscheidsbrieven (N = 70) geschreven zonder instructie aan het einde van behandeling, en of deze factoren gerelateerd waren aan de behandeluitkomsten. Inhoudsanalyse door twee onafhankelijke beoordelaars werd uitgevoerd op deze brieven met behulp van de 12 therapeutische factoren van Yalom in combinatie met potentiële aanvullende therapeutische factoren als codeercategorieën. Deze factoren waren gerelateerd aan het therapieresultaat, geoperationaliseerd als een afname van psychologische symptomen gemeten met de SCL-90. Alle therapeutische factoren van Yalom en vier nieuwe factoren werden geïdentificeerd, hoewel in verschillende percentages in vergelijking met onderzoeken met behulp van zelfrapportagevragenlijsten. De therapeutische factoren 'cohesie', 'ontwikkelen van sociale vaardigheden', 'begeleiding' en 'identificatie' werden door bijna alle deelnemers genoemd en worden daarom belangrijk geacht voor herstel bij adolescenten met persoonlijkheidspathologie. Deze therapeutische factoren lijken een voorwaarde te zijn voor de factoren die samenhangen met therapeutisch succes, namelijk de factoren 'leren van elkaar', 'zelfwaardering' en 'keerpunt', hoewel het niet duidelijk is of deze factoren tot deze verandering hebben geleid. Om die reden wordt met de nodige voorzichtigheid geopperd dat behandelaren in een intensieve groepspsychotherapie bij adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen zich naast op de gebruikelijke therapeutische factoren moeten concentreren op: a) hoe de groepsleden op elkaar overkomen, b) het gevoel van waarde te zijn voor de groep, en c) nieuw gedrag uitproberen en grenzen stellen aan gedrag dat verandering ondermijnt. Het zou echter voorbarig zijn om stellige klinische conclusies aan deze bevindingen te verbinden. Prospectief onderzoek is nodig om de generaliseerbaarheid van deze resultaten te bepalen voor andere intensieve MBT-afdelingen voor adolescenten met persoonlijkheidspathologie. Verder rijst de vraag of het samenspel tussen alle therapeutische factoren en de waarde die aan de factoren wordt gehecht in het algemeen niet alleen verschilt naargelang de inhoud en het doel van een groep (Yalom & Leszcz, 2005) maar ook per individueel groepslid. In dat geval zou de behandeling zich niet alleen kunnen richten op het verminderen van de symptomen, maar ook op het optimaliseren van belangrijke therapeutische factoren voor dat individu. Verder onderzoek lijkt belangrijk voor de behandeling in het algemeen en voor het personaliseren van de behandeling.

In Hoofdstuk 4 werd de relatie tussen de therapeutische alliantie en uitval in een intensieve MBT-behandeling voor adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen geëvalueerd. Deelnemers (N = 105) waren zowel degenen die een intensieve MBT-behandeling hebben afgerond als degenen die voortijdig uitvielen. De therapeutische relatie werd gemeten met de kindversie van de Session Rating Scale (C-SRS) die na elke groepstherapie sessie door de patiënt werd voltooid. Voor elke patiënt werd de behandelingsbeëindigingsstatus (afronder of uitvaller) geïndiceerd door het behandelend personeel. Er werd vastgesteld dat beide groepen begonnen met vergelijkbare scores op de C-SRS, waarna de gemiddelde score van de afronders naarmate de behandeling vorderde toenam en van de uitvallers juist afnam. Aan het einde van de behandeling verschilden de scores daardoor aanzienlijk tussen afronders en uitvallers. Een significante afname van C-SRS-scores tussen opeenvolgende sessies was gebruikelijk voor alle adolescenten, hoewel een significante afname van C-SRS-scores tijdens de laatste twee sessies vaker bij uitvallers voorkwam. De conclusie was dat een substantiële verlaging van de waardering van de therapeutische relatie in de loop van de therapie, het risico van voortijdige beëindiging verhoogt. Dientengevolge moet het oordeel van de patiënt over de kwaliteit van de therapeutische relatie worden gemonitord en met de patiënt en de groep worden besproken. Dit kan de therapeutische relatie verbeteren en het risico van uitval verminderen.

Het primaire doel van Hoofdstuk 5 was om gehechtheidsonveiligheid te onderzoeken bij adolescenten met persoonlijkheidspathologie. Het eerste doel van deze studie was om afwijkingen in adolescentie onveilige gehechtheidsverdeling van het normatieve patroon in de gehele onderzoeksgroep en in subgroepen van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) en andere persoonlijkheidsstoornissen te onderzoeken. Zestig adolescenten werden voorafgaand aan de behandeling onderzocht op zowel categorische als continue schalen van het Adult Attachment Interview (AAI). Het tweede doel van deze studie was om te onderzoeken of hechtingsrepresentaties veranderen in de loop van intensieve MBT en of deze veranderingen gerelateerd zijn aan veranderingen in psychische lijden. Daartoe werden pre- en post-AAI (N = 33) verschillen gerelateerd aan psychologische stress gemeten door de SCL-90. Adolescenten zonder post-AAI verschilden niet significant van de anderen in leeftijd, geslacht, ernst van de symptomen of persoonlijkheidsstoornissen. De duur van de behandeling voor deze patiënten week echter aanzienlijk af. Het bleek dat de meest ernstige categorie van onveilige gehechtheid, de categorie 'niet-te-classificeren', voorafgaand aan de behandeling oververtegenwoordigd was. Er werden geen verschillen in hechtingsonveiligheid waargenomen per type persoonlijkheidsstoornis, hoewel adolescenten die op een devaluerende manier over hun vader spraken, vaker (OR 1.6) de diagnose BPS hadden. Bij afronding van de behandeling toonde de helft van de deelnemers een positieve verandering in de gehechtheidsrepresentatie, die gerelateerd was aan een significante verlaging van het niveau van psychische problemen. Bovendien toonde de hele onderzoeksgroep verandering in de richting van een grotere veilige hechting. Kortom, er werd geen relatie gevonden tussen het type

persoonlijkheidsstoornis en de (geforceerde) hechtingsclassificatie. De onveilige gehechtheid nam af in de loop van intensief MBT. Zoals eerder vermeld, kan echter niet worden geconcludeerd dat veranderingen te wijten zijn aan de behandeling zelf.

Hoofdstuk 6 richt zich op het onderzoek naar verschillende aspecten van NSSI in de klinische praktijk in samenhang met persoonlijkheidsstoornissen, symptomen en copingvaardigheden (N = 140), om het begrip van NSSI en behandelingsinterventies te verbeteren. Het onderzoek werd vóór en na de behandeling uitgevoerd met behulp van een vragenlijst over NSSI ontwikkeld voor de klinische praktijk, evenals de SCID-II, de SCL-90 en de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Zoals verwacht, kwam NSSI veel voor in de onderzoeksgroep. Verrassender was dat NSSI gerelateerd was aan het aantal persoonlijkheidsstoornissen en niet exclusief was voor BPD of enige andere specifieke persoonlijkheidsstoornis. Bovendien bleek de frequentie van NSSI niet significant te verschillen tussen patiënten met BPS, patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen en patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen. Wel rapporteerden patiënten met NSSI aanzienlijk meer psychologische symptomen van angst aan het begin van de behandeling. Met betrekking tot de aanstekelijkheid van NSSI, toonde deze studie - met grote voorzichtigheid - aan dat NSSI in de klinische praktijk als aanstekelijk kan worden beschouwd, aangezien ongeveer een vijfde van de opgenomen patiënten zonder NSSI-gedrag NSSI startte tijdens de behandeling. Andere redenen voor het starten van NSSI naast aanstekelijkheid kunnen echter van toepassing zijn, zoals het verhogen van stress als gevolg van de klinische behandeling, therapeutische interventies of niet-melden van NSSI aan het begin van de behandeling ondanks psycho-educatie en grondige bevraging. NSSI is aldus veel voorkomend in de klinische praktijk voor klinische adolescenten en niet exclusief voor BPS. De aanwezigheid van NSSI bij anderen kan degenen die nog niet eerder met het gedrag bezig waren beïnvloeden om dit in de klinische praktijk te doen. Het verminderen van zelfbeschuldiging, en het verbeteren van concentreren op andere, positieve zaken en positief herinterpreteren zouden belangrijke behandelingsdoelstellingen kunnen zijn.

## **Discussie**

In dit proefschrift zijn drie belangrijke resultaten naar voren gekomen. Ten eerste is observationeel praktijkgericht onderzoek bij klinische adolescenten gecompliceerd vanwege specifieke omstandigheden waar rekening mee moeten worden gehouden, vooral wat betreft de behandelingsresultaten. Daarom moet de huidige manier van onderzoek doen bij adolescenten persoonlijkheidspathologie ter discussie gesteld worden. Ten tweede bestaat er een hoge mate van overlap tussen persoonlijkheidsstoornissen, onveilige gehechtheidsrepresentaties en NSSI bij klinische adolescenten. Ten derde treden er in de loop van intensief MBT substantiële positieve veranderingen

op bij klinische adolescenten: niet alleen in persoonlijkheidsstoornissen en symptomatologie, maar ook in hechtingsonveiligheid. In deze discussie worden deze resultaten verder onderzocht.

### Observationeel praktijkgericht onderzoek onder klinische adolescenten

De hoog risico adolescenten waarop dit proefschrift zich concentreert, zijn nog niet eerder bestudeerd. In gerandomiseerde klinische studies (RCT's), beschouwd als de hoogste standaard van bewijs, worden deze patiënten meestal uitgesloten, omdat ze worden gekenmerkt door comorbiditeit en vaak weinig gemotiveerd zijn voor onderzoek. Dit is verrassend, omdat de (financiële) druk van deze groep patiënten op de samenleving substantieel is, onder andere door directe medische kosten van zelf veroorzaakte letsels, waaronder NSSI en zelfmoordpogingen. Deze observationele praktijkgerichte studie verschilde van het onderzoek dat werd uitgevoerd in gecontroleerde onderzoekssituaties door de dagelijkse praktijk in een klinische psychotherapie setting met klinische adolescenten te bestuderen. Hiermee biedt deze studie zeldzame inzichten in klinische adolescenten met persoonlijkheidspathologie, onveilige hechting en NSSI.

Alleen een subgroep van patiënten die aan dit onderzoek deelnamen, kon van het begin tot het einde van de behandeling worden gevolgd, ondanks vele pogingen om hen te bereiken en te motiveren. Verschillende omstandigheden lijken het onderzoek onder adolescenten te compliceren. Ten eerste zijn adolescenten moeilijk te motiveren om zonder beloning deel te nemen aan onderzoeksprojecten, vooral aan projecten met vragenlijsten in een pre-post onderzoeksopzet. Deelname aan onderzoek is ongetwijfeld nog moeilijker voor klinische adolescenten vanwege hun psychopathologie. Ten tweede worden adolescenten over het algemeen gekenmerkt door kortetermijndenken en geleid worden door het hier en nu, wat de uitkomsten per meetmoment beïnvloedt. Evenzo is de adolescentie een periode van emotionele rijping, gekenmerkt door grote sprongen vooruit en achteruit in ontwikkelingstaken, zoals separatie-individuatie en identiteitsvorming (Kaltiala-Heino & Eronen, 2015). Jongeren groeien en veranderen tot ten minste 23 jaar oud. Als gevolg hiervan is het onduidelijk of bijvoorbeeld de uitkomsten van intensieve behandeling tijdens de adolescentie het effect zijn van de gegeven behandeling, natuurlijke ontwikkelingsverandering of een combinatie van beide. Tegelijkertijd is de adolescentie een ontwikkelingsfase waarin onder de juiste omstandigheden kansen voor verandering in persoonlijkheidspathologie groter zijn dan in de volwassenheid. Ten derde kan de rol van ouders en leeftijdsgenoten een belangrijke rol spelen in het beïnvloeden van de motivatie en het resultaat van een intensieve behandeling. Dit aspect moet verder worden onderzocht. Bij onderzoek onder adolescenten, zal met bovengenoemde omstandigheden rekening moeten worden gehouden.

Er is discussie over het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie, terwijl op dit moment classificaties wel de basis vormen van wetenschappelijk onderzoek en in sommige landen voor verzekerde gezondheidszorg. Aan de ene kant stimuleert het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen in de adolescentie vroegtijdige interventie en dus preventie van kristallisatie van gedrag dat ernstige gevolgen kan hebben voor het functioneren. Bovendien kan het wetenschappelijk onderzoek stimuleren en daarmee de ontwikkeling van effectieve behandelingen voor specifieke groepen. Aan de andere kant, als er geen duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen normale adolescentie problemen, adolescentie psychiatrische problemen die een natuurlijk herstel kennen en de adolescentie problemen die het begin zijn van ernstige persoonlijkheidspathologie, is het risico van het classificeren van normaal gedrag als pathologisch aanzienlijk. Onderzoek toont een subgroep van zeer slecht functionerende adolescenten voor wie BPD relatief stabiel blijft in de tijd, terwijl een minder ernstige subgroep in en uit de classificatie van BPD beweegt (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). Een andere zorg is dat adolescenten in deze fase van identiteitsverwarring en vorming het risico kunnen lopen zich te identificeren met een classificatie van een persoonlijkheidsstoornis. Daarom kan het classificeren van persoonlijkheidsstoornissen tijdens de adolescentie adolescenten stigmatiseren. Een dimensionele of netwerkbenadering in plaats van een categorische benadering van persoonlijkheidsstoornissen kan beter rekening houden met de ontwikkelingsvariabiliteit en heterogeniteit onder adolescenten.

Er bestaan specifieke zorgen over de nauwkeurigheid van het meten van onveilige hechting in de adolescentie. In het algemeen kan men zich afvragen hoe veilige gehechtheid zich presenteert in deze ontwikkelingsfase. Ten eerste kunnen pogingen om autonomie te verkrijgen in de adolescentie tijdelijk leiden tot hogere percentages van ontwijkende gehechtheid tijdens deze ontwikkelingsperiode (Warmuth & Cummings, 2015) dan op latere leeftijd. Een kenmerk van een separatie-individuatieproces is dat adolescenten de neiging hebben om tegen ouders in opstand te komen, wat in het geval van negatieve ervaringen mogelijk nog meer voorkomt. Ten tweede kenmerken adolescenten zich over het algemeen door kortetermijndenken, wat van invloed kan zijn op het vermogen om na te denken over ouder-kind ervaringen uit het vroege leven. In deze adolescentie AAI-studie is de oververtegenwoordiging van de niet-te-classificeren en geforceerde gepreoccupeerde gehechtheidsrepresentatie mogelijk een aanwijzing voor de ernst van psychopathologie in combinatie met tijdelijke kwetsbaarheid verband houdend met adolescentie. De verandering in de richting van een vergrote veilige hechting aan het einde van de behandeling kan te maken hebben met de lagere scores op psychische problemen waardoor de adolescenten beter in staat waren om AAI-vragen te beantwoorden. Helaas zijn er tot op heden geen gevalideerde snelle en gemakkelijke meetinstrumenten om hechtingsonveiligheid te onderzoeken, terwijl een nauwkeurige gedetailleerde analyse van gehechtheid juist belangrijk lijkt te zijn bij hoog risico adolescenten. Het meten van gehechtheid in de jeugdpsychiatrie staat nog in de kinderschoenen (Van Hoof, 2017), hoewel de kans dat dit zal

veranderen waarschijnlijk klein is door de complexiteit van het concept gehechtheid. In deze studie wordt het AAI gebruikt, dat een arbeidsintensief instrument is voor de klinische praktijk. Het scoren van het AAI is een complex proces en vereist de voltooiing van een intensieve training van twee weken in scorings- en coderingsprocedures (Main, Goldwyn, & Hesse, 1998).

Zoals hierboven betoogd, is onderzoek bij klinische adolescenten ingewikkeld. Meer onderzoek is nodig om preventie- en behandelprogramma's te bevorderen en de last van deze groep voor patiënten, hun families en de samenleving te verminderen. Tegelijkertijd is het de vraag of het gebruik van voornamelijk kwantitatieve onderzoeksmethoden voor deze doelgroep de juiste manier is van handelen bij wetenschappelijk onderzoek. De validiteit van een vragenlijst bij hoog risico adolescenten met verschillende mentale toestanden lijkt twijfelachtig. Sterker nog, in deze studie lijken geschreven reflecties op het behandelingsproces meer indicatief voor therapeutisch herstel dan een vragenlijst. Misschien bieden kwalitatieve in plaats van kwantitatieve onderzoeksmethoden, of een combinatie van beide, meer duidelijkheid over de manier waarop preventie- en behandelingsprogramma's voor klinische adolescenten kunnen worden geoptimaliseerd en hoe uitval kan worden verminderd.

#### Comorbiditeit in de onderzoeksgroep

Zoals verwacht werd in dit onderzoek een substantiële comorbiditeit tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen, onveilige gehechtheidsrepresentaties en NSSI gevonden. Het naast elkaar voorkomen van de persoonlijkheidsstoornissen komt overeen met bevindingen in andere onderzoeken (Chiesa, Cirasola, Williams, Nassisi, & Fonagy, 2017; Tyrer, Crawford, & Mulder, 2011). Verder werden er geen verschillen gevonden in hechtingsrepresentaties en NSSI tussen persoonlijkheidsstoornisgroepen. Vanwege deze substantiële overlap van symptomen in combinatie met de overlap met de kenmerken van de puberteit, is het classificeren van persoonlijkheidspathologie tijdens de adolescentie moeilijk, misschien zelfs onmogelijk, vooral bij ernstig dysfunctionele adolescenten. Als gevolg hiervan lijkt de categorisering van DSM naar type persoonlijkheidsstoornis arbitrair bij adolescenten met multimorbiditeit. Het algemene model van persoonlijkheidspathologie dat momenteel in gebruik is, lijkt vooral beperkt te zijn voor adolescenten omdat het de algehele ontwikkelingsproblemen en gezinsdynamiek van adolescenten negeert. De criteria voor een persoonlijkheidsstoornis in de DSM-5 hebben betrekking op het individu en zijn niet gebaseerd op de context van de patiënt, hoewel de context met name belangrijk is bij adolescenten (Chen, Brody, & Miller, 2017; Van Harmelen et al., 2016). Een dimensionaal model dat niet alleen de kernpathologie beschrijft, maar ook de invloed van adolescentie, hechtingsonveiligheid en familie-interacties, lijkt zinnvoller te zijn voor hoog risico adolescenten dan het huidige classificatiesysteem.

Het vaak samen voorkomen van hechtingsonveiligheid en persoonlijkheidspathologie kan bevestigen dat hechtingsonveiligheid inderdaad een onderliggende factor of een risicofactor is voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis tijdens de adolescentie (Levy, Johnson, Clouthier, Scala, & Temes, 2015; Venta, Shmueli-Goetz, & Sharp, 2013), ervan uitgaande dat de onveilige gehechtheid eerder plaatsvond dan de persoonlijkheidsstoornis. Deze aanname zou passen in het diathese-stressmodel, dat suggereert dat ouder-kind gehechtheid, samen met huidige en vroegere stressoren, temperament en genen, bijdragen aan de opkomst van psychopathologie (Steele, Bate, Nikitiades, & Buhl-Nielsen, 2015). Aan de andere kant kan het ook zijn dat de twee problemen geen andere relatie hebben dan dat ze vaak gelijktijdig voorkomen bij adolescenten met ernstige psychiatrische problemen. Een andere mogelijkheid om in overweging te nemen, is dat ernstige psychopathologie en puberteit de hechtingsveiligheid negatief beïnvloeden en dat het herstel van ernstige psychopathologie resulteert in een veiligere gehechtheid. Niettemin benadrukt deze studie het belang van veilige gehechtheid voor de geestelijke gezondheid van adolescenten. Vooral de invloed van de hechting aan de vader tijdens de adolescentie vereist verdere aandacht, omdat deze studie - met de grootste voorzichtigheid te interpreteren - heeft vastgesteld dat BPD zich mogelijk kan ontwikkelen in de adolescentie bij afwezigheid van positief hechtingsgedrag van de vader in combinatie met devaluatief denken van de adolescent over de vader.

#### Veranderingen over tijd

Een aanzienlijk aantal van de ernstig disfunctionerende adolescenten in onze steekproef veranderde positief in de loop van intensieve MBT. Hoewel MBT waarschijnlijk van invloed was, kan niet worden geconcludeerd dat deze veranderingen toe te rekenen zijn aan de behandeling zelf. Naast een afname van persoonlijkheidspathologie en symptomatologie, ontwikkelde de gehechtheidsonveiligheid zich ook ten goede. De vraag blijft of intensieve MBT heeft bijgedragen aan het behaalde resultaat; en als dat het geval is, welk effect deze behandeling dan heeft gehad? De eerste hypothese is dat de gedeeltelijke hospitalisatie op verschillende manieren vooral relevant was voor deze groep adolescenten met algehele adolescentie ontwikkelingsproblemen en problemen met hun families. Waarschijnlijk maakte de intensiteit van het 24 uur per dag, 5 dagen per week in therapie zijn, de doorbraak van rigide, ongezonde patronen mogelijk. Bovendien maakt het van huis weg zijn, de kans groter op verandering in vaste interactiepatronen in de gezinssituatie en in het ernstig gestoorde separatie-individuatieproces. Verder was vermoedelijk de continue beschikbaarheid van MBT-geschoold verplegend personeel tijdens de gedeeltelijke hospitalisatie van invloed (Reiner, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Fremmer-Bombik, & Beutel, 2016). Mogelijk trad tijdens de opname in de kliniek bij sommige deelnemers een emotionele corrigerende ervaring op in de relatie met de groep en het behandelpersoneel, wat resulteerde in een minder onveilige



gehechtheidsrepresentatie. Ten tweede kan psychotherapie in een groep met een groepspsychodynamische benadering hebben bijgedragen tot verandering (Yalom & Leszcz, 2005). De therapeutische factoren 'cohesie', 'ontwikkelen van sociale vaardigheden', 'begeleiding' en 'identificatie' lijken pre-conditionele factoren te zijn voor de voorspellers in dit onderzoek voor therapeutisch succes, namelijk 'leren van elkaar', 'zelfrespect' en 'keerpunt'. Ten derde kan de focus op mentalisatie in de verschillende therapieën in het programma een positieve uitkomst hebben gestimuleerd door op deze manier effectieve emotieregulatie en interpersoonlijke interactie aan klinische adolescenten te leren. Ook kan de invloed van emotionele steun van familie en vrienden (Van Harmelen et al., 2016) of van leeftijdsgebonden ontwikkeling de verandering hebben veroorzaakt.

De resultaten van dit proefschrift bieden hoop voor behandeling en voor de toekomst van adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen, onveilige hechting en NSSI. Daarnaast kan niet worden genegeerd dat een kleine groep geen verandering liet zien na intensieve MBT en dat een nog kleinere groep zelfs achteruitging. Dit is geen verrassing aangezien het percentage dat verslechtert als resultaat van psychotherapie varieert van 5% tot 14% bij volwassen patiënten en bij kinderen zelfs nog hoger worden geacht (Lambert, 2013).

### **Beperkingen**

Deze studie kent verschillende beperkingen. Deze cohortstudie was niet gerandomiseerd. Als gevolg hiervan is het niet mogelijk om te concluderen in welke mate de behandeling zelf tot verandering heeft geleid. Bovendien werd een groot deel van de onderzoeksgroep niet onderzocht aan het einde van de behandeling. Comorbide stoornissen naast de persoonlijkheidspathologie werden niet bestudeerd. Bovendien was de steekproef relatief klein en bestaand uit voornamelijk meisjes met een gemiddeld cognitief vermogen. Dientengevolge moet de generaliseerbaarheid naar andere intensieve psychotherapeutische behandelingen voor adolescentie persoonlijkheidsstoornissen nog worden bepaald. Ondanks deze beperkingen is deze studie vrij uniek omdat er weinig onderzoek is gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen en gehechtheidsonveiligheid bij adolescenten (Courtney-Seidler, Klein, & Miller, 2013; Hutsebaut, Feenstra & Luyten, 2013; Sharp et al., 2016).

### **Klinische implicaties**

Zoals eerder vermeld, werd een hoge mate van comorbiditeit tussen de persoonlijkheidsstoornissen, onveilige gehechtheidsrepresentaties en NSSI gevonden, en dan werden

andere comorbide stoornissen niet eens onderzocht. Het huidige classificatiesysteem voor persoonlijkheidsstoornissen lijkt een container van heterogeniteit te zijn en daarom niet geschikt voor adolescenten met persoonlijkheidspathologie. In de klinische praktijk moet deze heterogeniteit in overweging worden genomen en niet worden gemaskeerd door categoriseren. Derhalve worden twee aanpassingen voorgesteld voor het classificeren van adolescentie persoonlijkheidspathologie. Ten eerste wordt gesuggereerd dat een dimensionele benadering van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten beter rekening kan houden met de ontwikkelingsvariabiliteit en heterogeniteit van deze groep. Hopelijk vermindert een dimensionele benadering het risico van stigmatisering of identificatie met een diagnose van een persoonlijkheidsstoornis tijdens de adolescentie. In tegenstelling tot het categorische diagnostische systeem bekijkt een dimensionaal systeem verschillende persoonlijkheidskenmerken langs een continuüm. Het voorgestelde dimensionele model van DSM-5 (APA, 2013) omvat twee dimensies: Criterium A: niveau van persoonlijkheidsfunctioneren en criterium B: pathologische persoonlijkheidskenmerken. Het tweede voorstel is om een classificatiesysteem te gebruiken dat alleen de kernpathologie dimensionaal beschrijft nadat de invloed van adolescentie, onveilige gehechtheid en familie-interacties is beoordeeld. In de diagnostische fase zal de persoonlijkheidspathologie van adolescenten moeten worden beschreven in de context van deze ontwikkelingsfase van het leven en het sociale systeem van de patiënt. Dit benadrukt het belang van een grondige beschrijvende diagnose in plaats van alleen een DSM-5 classificatie. Een beschrijvende diagnose voor een adolescent zou de interacties van de pathologie van de adolescent moeten omvatten met 1) ontwikkeling en puberteit 2) gezinsdynamiek en 3) relaties met leeftijdsgenoten. Deze beschrijvende diagnose kan worden gecombineerd met het opkomende concept van gezondheid en welzijn, positieve gezondheid genoemd (Heerkens et al., 2018). Het positieve gezondheidsveld onderzoekt welke specifieke gezondheidsdimensies in de drie gezondheidsdomeinen, te weten fysieke, sociale en mentale gezondheid, een langer, betekenisvoller en gezonder leven betekenen en welke gezondheidsdimensies het ziekterisico en de kosten van de gezondheidszorg verlagen (Huber et al., 2011). Het bovenstaande vereist de ontwikkeling van nieuwe methoden voor het onderzoeken van klinische adolescenten met behulp van kwalitatieve in plaats van kwantitatieve onderzoeksmethoden, of een combinatie van beide.

De vastgestelde comorbiditeit heeft gevolgen voor de behandeling van persoonlijkheidspathologie van adolescenten. Volgend uit de beschrijvende diagnose is het nodig dat de behandeling deel uit maakt van een groter, persoonlijk plan dat is ontworpen samen met de adolescent en zijn / haar sociale systeem. Tijdens de behandeling zouden adolescenten regelmatig kunnen worden gevraagd om schriftelijk te reflecteren op zowel het behandelproces als op de voortgang. Met deze informatie zou het behandelteam het gepersonaliseerde plan aan kunnen passen om het te optimaliseren op voor deze adolescent belangrijke therapeutische factoren per behandelingsfase.

De comorbiditeit die tevens voorkomt bij andere psychische stoornissen (Caspi & Moffitt, 2018; Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005) dan persoonlijkheidsstoornissen heeft ook gevolgen voor de inhoud en organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen, aangezien het huidige gezondheidszorgsysteem gebaseerd is op de opvatting dat psychische problemen optreden als te categoriseren stoornissen (Van Os, Guloksuz, Vijn, Hafkenscheid, & Delespaul, 2019). Deze stoornissen moeten worden behandeld volgens evidence-based behandelrichtlijnen die gebaseerd zijn op meta-analytisch bewijs van meetbare symptoomvermindering op groepsniveau. Echter, evidence-based richtlijnen op groepsniveau zijn mogelijk niet te generaliseren naar het individuele niveau, vooral niet voor ernstig gestoorde adolescenten met gecombineerde aandoeningen. Verschillende nieuwe ontwikkelingen (Van Os et al., 2019) suggereren dat de nadruk moet liggen op het verbeteren van veerkracht, in plaats van op symptoomvermindering, en op verbondenheid met anderen. Ons onderzoek naar onveilige gehechtheid en therapeutische factoren lijkt het belang van verbinding met anderen aan te tonen om emotioneel te groeien in de adolescentie. Om die reden moeten klinici tijdens alle fasen van de behandeling het belang benadrukken van gehechtheidsrelaties en van het leren van de ene generatie op de andere en van sociale systemen. In klinische MBT-praktijken voor adolescenten, bevorderen klinici de veerkracht van adolescenten en hun systemen om kwetsbaarheden in contact met significante anderen op te vangen. Dit is een taak voor de moderne samenleving waarin eenzaamheid het grootste sterfterisico voor mensen vormt (Holt-Lunstad, Robles, & Sbarra, 2017).

### **Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

De adolescentie is een periode in het leven waarin persoonlijkheidsstoornissen zich vaak manifesteren (Kessler et al., 2005; Newton-Howes, Clark, & Chanen, 2015). Ondanks deze kennis is de klinische aandacht voornamelijk gericht op volwassenen en BPD. Onderzoek is nodig naar persoonlijkheidsstoornissen met comorbiditeit in de adolescentie door middel van evaluaties van preventie- en behandelingsprogramma's met niet alleen kwantitatieve, maar ook kwalitatieve onderzoeksmethoden, of een combinatie van beide. Aangezien de validiteit van een vragenlijst bij klinische adolescenten met verschillende mentale toestanden twijfelachtig schijnt in deze studie, lijken kwalitatieve onderzoeksmethoden meer duidelijkheid te bieden over het optimaliseren van preventie- en behandelprogramma's en het verminderen van uitval. Toekomstig onderzoek zou ook het dimensionele model kunnen onderzoeken zoals voorgesteld door de DSM-5 voor klinische adolescenten met comorbiditeit. Het onderzoeksadvies is om criterium A voor adolescenten aan te passen. Dit criterium is onderverdeeld in vier aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren: 1) identiteit, 2) zelfsturing, 3) empathie, 4) intimiteit. Deze aspecten kunnen worden beschreven in de ontwikkelingscontext van de adolescentie.

Tot nu toe missen studies die het beloop van de persoonlijkheidsstoornis hebben gevolgd van de kindertijd en de puberteit tot het latere leven, wat opvallend is omdat de persoonlijkheidsstoornis van kinderen en adolescenten de sterkste voorspeller is van persoonlijkheidsstoornissen bij jonge volwassenen (Newton-Howes et al., 2015). Het toepassen van stadiëringsmodellen (Scott et al., 2013) op persoonlijkheidspathologie kan een onderzoeksrichting zijn. Gezien de grote comorbiditeit die is gevonden, zou dergelijk onderzoek zich echter niet op één classificatie moeten concentreren zoals nu gebruikelijk is maar op de heterogeniteit van problemen vanuit een dimensionaal en ontwikkelingsoogpunt van klinische adolescenten. Vanuit dit bredere perspectief kunnen stadiëringsmodellen voor hoog risico adolescenten de klinische praktijk helpen bij het selecteren van interventies die geschikt zijn voor de levensfase en het stadium waarin de adolescent zich bevindt. Idealiter kan deze informatie ons in de toekomst ook helpen onderscheid te maken tussen de adolescenten die tijdelijke symptomen vertonen van persoonlijkheidspathologie die behoren tot de puberteit en diegenen die aan het begin staan van een chronisch probleem. Daarom moet voor vroeg detectie, preventie en behandeling van persoonlijkheidspathologie in de adolescentie, de komende tijd de nadruk liggen op beschrijvende diagnose en behandeling, en op onderzoek naar stadiëring van adolescentie persoonlijkheidsstoornissen vanuit een dimensionaal en ontwikkelingsoogpunt.

Ten slotte is onderzoek nodig naar moderatoren van de uitkomsten van psychotherapiebehandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. Met inzicht bij wie, onder welke voorwaarden en dosering, kunnen klinici deze werkzame factoren van behandelingen gebruiken om hoogst haalbare effecten te bewerkstelligen en de ontwikkeling van gepersonaliseerde psychiatrie te verbeteren. De rol van ouders en andere belangrijke anderen op de motivatie en op het resultaat van behandeling van adolescentie persoonlijkheidspathologie moet verder worden bestudeerd. Onderzoek zou zich tot slot moeten richten op moderatoren van uitval van behandeling bij deze adolescenten.