

Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen

J. HUTSEBAUT, C.J. HESSELS

- ACHTERGROND** Binnen de toegenomen wetenschappelijke evidentie voor een levensloopperspectief op borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (BPS'en) staat een ontwikkelingspsychologische visie centraal.
- DOEL** Pleiten voor het toepassen van lessen uit de vroege interventie binnen de somatische zorg en psychose, op de diagnostiek en behandeling van BPS.
- METHODE** Beschrijven van de rationale voor vroege detectie en interventie vanuit een model van klinische stadiëring voor BPS, dat als leidraad kan dienen voor het ontwikkelen en selecteren van interventies.
- RESULTATEN** Er is wetenschappelijk evidentie dat BPS zich manifesteert vanaf de adolescentie en onderscheiden kan worden van de 'normale puberteit'. Verder is er evidentie dat BPS zich progressief kan ontwikkelen met een toenemende impact op sociaal-maatschappelijk functioneren, dat inadequate behandeling tot iatrogene schade kan leiden, terwijl doelmatige behandeling van BPS bij adolescenten goede resultaten geeft. Op basis van deze bevindingen pleiten wij voor het toepassen van een vroege-interventieparadigma bij BPS.
- CONCLUSIE** Door vroege interventie en klinische stadiëring kunnen de diagnostiek en behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen zoals BPS verbeteren. Dit heeft implicaties voor wetenschappelijk onderzoek, zorgbeleid en de maatschappij.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 166-174

TREFWOORDEN adolescentie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, klinische stadiëring, vroege interventie



ARTIKEL



Borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (BPS'en) zijn ernstig invaliderende aandoeningen die gedurende vele jaren een grote impact kunnen hebben op het sociale en beroepsmatige functioneren (Zanarini e.a. 2012). Ze gaan gepaard met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit (Chanen & McCutcheon 2013). Hoewel de meeste mensen met BPS al tijdens hun puberteit hulp zoeken, wordt de diagnose op die leeftijd vaak gemist of uitgesteld (Laurensen e.a. 2013). Hiermee gaat een kritische periode voor het stellen van de diagnose en het behandelen van de aandoening voorbij zonder adequate interventie. Inmiddels weten we dat we BPS betrouwbaar en valide kunnen vaststellen, ook in vroege fases van de aandoening (o.a. Miller e.a. 2008; Newton-Ho-

wes e.a. 2015) en is er toenemende bewijskracht voor de haalbaarheid, veiligheid en doelmatigheid van vroege interventies bij BPS (Chanen e.a. 2008; Schuppert e.a. 2008; Rossouw & Fonagy 2012; Mehlum e.a. 2014).

Op basis van deze bevindingen pleiten wij in dit artikel voor een model van vroege detectie en interventie van BPS. We beogen allereerst een rationale te bieden voor vroege detectie en interventie bij BPS. Vervolgens introduceren we een model van klinische stadiëring voor BPS. Ten slotte pleiten we op basis daarvan voor het reorganiseren van de zorg voor (zich ontwikkelende) BPS door het inrichten van een spectrum aan interventies afgestemd op het ontwikkelstadium van de aandoening.

Vroege interventie

In de geneeskunde zijn vroege interventie en klinische stadiëring algemeen aanvaarde strategieën in de behandeling van ernstige, progressieve aandoeningen.

In de geestelijke gezondheidszorg wordt vroege interventie schoorvoetend toegepast. Het bekendste voorbeeld van vroege interventie binnen de ggz is op het gebied van psychosen (McGorry e.a. 2008). Hierbij is het verminderen van de termijn waarin de stoornis niet behandeld wordt, de *duration of untreated psychosis*, geassocieerd met een betere behandelrespons (Perkins e.a. 2005). Vroege-interventieprogramma's blijken het risico op transitie naar een volgend stadium in het ziekteproces te verminderen, tot betere resultaten te leiden voor negatieve symptomen en sociaal functioneren en kosteneffectief te zijn (McCrone e.a. 2010). Deze ontwikkelingen hebben het laatste decennium geleid tot het wereldwijd oprichten van vroege-interventieprogramma's voor psychose.

Klinische stadiëring

Vroege interventie is veelal geënt op modellen van klinische stadiëring. Het uitgangspunt hierbij is dat veel (psychische) aandoeningen een progressief verloop kennen, dat kan worden uitgedrukt in een opeenvolging van stadia (Scott e.a. 2013). Vroege stadia van een aandoening zijn doorgaans lichter en minder specifiek. Latere stadia zijn doorgaans ernstiger, specifiek en meer chronisch. Klinische stadiëring definieert de mate van progressie van een aandoening langs dat continuüm, variërend van stadium 0 (at-risk of latent stadium) naar stadium IV (laat of eindstadium). Verschillende stadia worden onderscheiden op basis van hun klinisch fenotype, dat gekenmerkt wordt door de ernst en duur van symptomen, de associatie met andere vormen van morbiditeit en de sociaal-maatschappelijke impact van de aandoening.

Klinische stadiëring wordt gebruikt als heuristische strategie voor het selecteren van interventies (Scott e.a. 2013). Latere stadia vragen andere interventies dan vroege stadia. Interventies die vroeg worden ingezet, hebben vaak minder schadelijke neveneffecten dan laat ingezette interventies en ze zijn met minder middelen vaak effectiever. Door snel in te grijpen kan een aandoening in een vroeg stadium – wanneer ze nog minder impact heeft op gezondheid en levenskwaliteit – gestabiliseerd en/of omgebogen worden en kan progressie naar een later en ernstiger stadium worden voorkomen.

Het doel van vroege interventie is tweevoudig: 1. het verminderen van de duur van de onbehandelde aandoeningen 2. het aanbieden van een zorgaanbod afgestemd op wat er nodig is (McGorry e.a. 2007). Als kritieke periode wordt doorgaans een periode van 2-5 jaar genoemd, die cruciaal zou kunnen zijn voor langetermijnherstel en waarin het

AUTEURS

JOOST HUTSEBAUT, klinisch psycholoog, programma MBT-early, De Viersprong, Halsteren, en Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht.

CHRISTEL J. HESSELS, klinisch psycholoog, programma Helping Young People Early (HYPE), GGz Centraal, Amersfoort. Beide auteurs maken deel uit van de Global Alliance for Prevention and Early Intervention for BPD (GAP).

CORRESPONDENTIEADRES

Joost Hutsebaut, De Viersprong, Postbus 7,4660 AA Halsteren.

E-mail: Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-9-2016.

risico op vroegtijdig beëindigen van de behandeling het grootst is, net als de kans op terugval in ernstigere symptomen en suïcidaliteit. Niet toevallig valt deze kritieke periode voor ernstige psychische stoornissen vaak samen met de adolescentie, een periode waarin jongeren hun identiteit vormen, een sociaal netwerk verbreden, studie- en beroepskeuzes maken en intieme relaties vormen.

Vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen: rationale

Er zijn opvallende parallellen te trekken tussen de diagnostiek en behandeling van psychose/schizofrenie en van BPS. Net als bij schizofrenie is het stigma op de diagnose aanwezig en werd de aandoening lange tijd geassocieerd met behandel pessimisme. Behandelaars zijn vaak terughoudend met het (vroeg) diagnosticeren uit angst voor stigmatisering en demoralisatie. Verder wordt in de publieke opinie (en wellicht onder hulpverleners) het prototypische beeld van BPS veelal geassocieerd met chronische, ernstige varianten, comorbiditeit en moeizame behandelingen. Net als bij psychose/schizofrenie worden de sociaal-maatschappelijke gevolgen van BPS vaak gezien als intrinsiek horend bij de aandoening. In 2008 publiceerden Chanen en McCutcheon een artikel met de titel *'the diagnosis that dare not speak its name'*, die de controversie weergeeft rond de diagnose van BPS bij adolescenten op dat moment (Hessels e.a. 2008; Hutsebaut 2009).

Het laatste decennium keert het tij onder invloed van wetenschappelijk onderzoek. BPS blijkt bij adolescenten en volwassenen vergelijkbaar te zijn in termen van fenomenologie, structuur, stabiliteit, validiteit en morbiditeit (Chanen & Thompson 2015). De rationale voor een vroege

ge-interventieparadigma voor BPS is gebaseerd op de volgende elementen:

ONTWIKKELING

1. BPS'en ontwikkelen zich vanaf de adolescentie en kunnen onderscheiden worden van de 'normale puberteit'

DSM-5 (APA 2013) erkent persoonlijkheidsstoornissen bij kinderen en adolescenten en beschrijft dat de maladaptive patronen terug te voeren dienen te zijn tot de adolescentie of jongvolwassenheid. Recent wetenschappelijk onderzoek laat zien dat persoonlijkheidsstoornissen ook bij adolescenten betrouwbaar en valide vastgesteld kunnen worden (Miller e.a. 2008). De befaamde 'Children in the Community Study' toont aan dat persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten ongeveer even vaak voorkomen en even stabiel zijn als bij volwassenen (Johnson e.a. 2000) en dat ze geassocieerd zijn met gedragsproblemen op school (Johnson e.a. 2005), alcohol- en drugsgebruik en rookverslaving (Serman e.a. 2002), meer seksuele partners en onveilig seksueel gedrag (Lavan & Johnson 2002) en meer crisisopnames en medicatiegebruik (Kasen e.a. 2007). Naast de vaak ernstige psychiatrische symptomen, spelen er problemen in het contact met leeftijdsgenoten, de zelfverzorging en gezins- en relationeel functioneren (Chanan e.a. 2008). Verder blijken kenmerken, zoals identiteitsverstoring, goed te differentiëren tussen jongeren met BPS en jongeren met een gezonde ontwikkeling (Becker e.a. 2002) en blijken symptomen van BPS, zoals zelfverwonding en suicidaliteit, een negatievere prognose te hebben wanneer ze al op jongere leeftijd voorkomen (Claes en Vandereycken, 2007).

Kortom: BPS gaat gepaard met een breed scala aan psychiatrische symptomen en hoe vroeger kenmerken van BPS zich uiten, des te meer ze geassocieerd lijken met ernstigere problematiek.

IMPACT

2. BPS'en ontwikkelen zich vaak progressief met een steeds grotere impact op sociaal-maatschappelijk functioneren

Adolescenten met BPS vormen een groep met een hoge morbiditeit en een slechte prognose (Chanan & McCutcheon 2013). Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten voorspellen diverse negatieve ontwikkelingsuitkomsten, zoals falen op school (Johnson e.a. 2005), negatieve affecten, minder sociale steun, meer geldproblemen en meer gezondheidsproblemen in de volwassenheid (Chen e.a. 2006), problematische partnerrelaties (Daley e.a. 2006), angst-, stemmings- en middelenmisbruikstoornissen (Johnson e.a. 1999) en drugsmisbruik en crisisopnames (Levy e.a. 1999). Hoewel uit longitudinaal onderzoek (*McLean Study of Adult Development*) blijkt dat de diagnose BPS vaak in remissie gaat gedurende periodes in het leven,

komt bij een aanzienlijke groep ook veelvuldig terugval voor. Bovendien blijft – zelfs bij symptoomremissie – het sociaal-maatschappelijk functioneren van volwassenen met BPS vaak minder goed, ook vergeleken met andere persoonlijkheidsstoornissen, bijvoorbeeld doordat ze geen betaald werk hebben (Zanarini e.a. 2012). Kortom: BPS tijdens de adolescentie voorspelt diverse negatieve uitkomsten en moeizaam sociaal-maatschappelijk herstel.

GEVOLGEN INADEQUATE BEHANDELING

3. Inadequate behandeling van BPS kan leiden tot iatrogene schade

De gemiddelde leeftijd in veel RCT's is tussen 30 en 35 jaar, ongeveer 15-20 jaar na de eerste manifestatie van de BPS (Stoffers e.a. 2012). Bovendien blijkt in Nederland slechts een kleine minderheid van aangemelde volwassen patiënten met BPS psychotherapie te krijgen (Hermens e.a. 2011). Verschillende studies tonen lange en gefragmenteerde behandelgeschiedenissen bij volwassenen met BPS, bestaande uit diverse behandelmodaliteiten, inclusief psychofarmaca, groepstherapie, systeemtherapie, opname en alle andere denkbare vormen van behandeling (Zanarini e.a. 2015). Dit is niet zonder schadelijke gevolgen voor de patiënt en leidt tot hoge kosten. Experts beschrijven iatrogene schade van reguliere behandeling van BPS (Bateman & Fonagy 2004), te wijten aan het onvermogen van behandelaars om ernstige crises adequaat te hanteren en hun neiging om terug te grijpen naar schadelijke interventies, zoals polyfarmacie en crisisopnames. Norrie e.a. (2013) toonden aan dat minder competente behandelaars bij patiënten met BPS te maken hadden met vijf maal meer suïcide-incidenten. Kortom: in de behandeling van BPS is er sprake van late inzet van behandeling, onderbehandeling en mogelijke iatrogene schade van reguliere behandeling.

Vroege-interventieparadigma

De adolescentie vormt een cruciale periode om de ontwikkeling van BPS aan te pakken en de negatieve ontwikkelingsuitkomsten te voorkomen. Twee sleutelementen voor een vroege-interventieparadigma voor BPS zijn 1. een model van klinische stadiëring voor BPS; en 2. het ontwikkelen van een spectrum van interventies in functie van het ontwikkelstadium van BPS.

KLINISCHE STADIËRING BIJ BPS

Er bestaat nog geen model voor klinische stadiëring specifiek voor BPS. Hierbij moeten we ons afvragen, hoe valide het is om voor elke stoornis afzonderlijke stadiëringmodellen te ontwikkelen (Fusar-Poli e.a. 2013). De meeste psychische aandoeningen kennen eerste, weinig specifieke toestanden van mentale distress, die zich in diverse richtingen kunnen ontwikkelen. Het is onduidelijk vanaf

wanneer het fenotype specifiek genoeg wordt om specifieke interventies voor een aandoening te ontwikkelen. Een alternatief model zou dan ook een breed stadiëringsmodel kunnen zijn, beginnend met vroege mentale distress, waarvoor niet-specifieke interventies geschikt zouden kunnen zijn. Mogelijk zou BPS kandidaat voor een relatief omvattend model kunnen zijn, doordat de centrale probleemgebieden van BPS meer algemeen naar een globale kwetsbaarheid verwijzen van waaruit diverse andere vormen van psychiatrische stoornissen zich kunnen ontwikkelen. In **TABEL 1** doen wij een voorstel voor een model van klinische stadiëring op basis van de actuele kennis over de manifestatie en het beloop van BPS.

ONTWIKKELING VAN SPECTRUM AAN INTERVENTIES VOOR BPS

Vroege interventie past binnen een spectrum van verschillende vormen van preventie. Chanen en McCutcheon (2013) stellen dat *universele preventie* van BPS (voor de algemene populatie) op dit moment niet haalbaar is. Daarvoor komt de stoornis niet vaak genoeg voor om preventie in de algemene populatie te rechtvaardigen. Bovendien is het niet duidelijk hoe deze algemene preventie eruit zou moeten zien.

Selectieve preventie (stadium 0 volgens klinische stadiëring), gericht op degenen die risico lopen op het ontstaan van BPS, is praktisch niet haalbaar omdat specifieke risicofactoren zoals armoede, om structurele sociale en politieke veranderingen vragen en daarbij waarschijnlijk geen grote impact op het voorkomen van BPS in de nabije toekomst heeft.

Geïndiceerde preventie en *vroege interventie* lijken het meest passend, waarbij de interventie wordt gericht op individuen die vroege signalen en symptomen van BPS vertonen. Deze vorm van preventie sluit aan bij stadium I en II van het klinische stadiëringsmodel uit **TABEL 1**.

Het doel van deze interventies is primair om gezonde ontwikkeling te bevorderen door het versterken van de veerkracht van jongeren en hun gezin, en het zoveel mogelijk voorkomen of verminderen van de nadelige uitkomsten van BPS. De focus van behandeling is niet alleen het veranderen van de diagnostische kenmerken van BPS, maar primair het functioneren van jongeren en gezinnen op alle relevante ontwikkelingsgebieden, zoals thuis, school en peergroep te bevorderen.

Op dit moment bestaan er effectieve interventies voor jongeren met (kenmerken van) BPS. *‘Helping Young People Early’* (HYPE) is het programma van Andrew Chanen, grondlegger van het vroege-interventieparadigma bij BPS (Chanen & McCutcheon 2009; Hesselse e.a. 2014). Dit programma hanteert expliciet de uitgangspunten van vroege interventie en bleek tot effectieve vermindering van symptomen en verbetering van functioneren te leiden (Chanen e.a.

2008). Emotieregulatietraining (ERT) wordt ingezet als een toegevoegde interventie – vooral gericht op het versterken van de emotieregulatievaardigheden – naast een reguliere behandeling (Schuppert e.a. 2012).

Daarnaast verschenen de laatste jaren ook RCT's waarin de doelmatigheid van adaptaties van effectieve interventies voor volwassenen, werd onderzocht, zoals dialectische gedragstherapie voor adolescenten (Mehlum e.a. 2014) en *mentalization-based treatment* voor adolescenten (Rossouw & Fonagy 2012). Globaal genomen laten al deze programma's zien dat een gestructureerde, specialistische aanpak kan leiden tot een aanzienlijke verbetering van het functioneren van deze kwetsbare jongeren.

Vroege interventies voor BPS: principes en elementen

De genoemde ontwikkelingen zijn alle van relatief recente datum, waarbij de aanvankelijke terughoudendheid tegenover het classificeren en behandelen van BPS heeft plaatsgemaakt voor een levenslopperspectief. Vanuit een levenslopperspectief op BPS worden interventies ontwikkeld die passen bij het stadium van de stoornis en bij de ontwikkelingsfase van de patiënt. In plaats van de diagnose uit te stellen tot 'volwassen', chronische varianten van BPS zich hebben ontwikkeld, wordt gepleit voor vroege detectie en interventie van BPS. Daarbij gelden de volgende leidende principes:

1. Toegankelijkheid van behandeling: belangrijk is dat de drempels verlaagd worden, het stigma op behandeling afneemt en effectieve verwijsstromen georganiseerd worden, zodat jongeren zo snel mogelijk passende hulp kunnen krijgen.
2. Snelle respons: het is belangrijk dat de duur van onbehandelde aandoening zo kort mogelijk blijft, wat betekent dat vroege detectie snel gevolgd wordt door doelmatige behandeling.
3. Flexibele interventies: interventies moeten afgestemd zijn op het feit dat problemen zich op diverse ontwikkelingsgebieden manifesteren, zoals op school, thuis of in de omgang met leeftijdsgenoten. Waar nodig, moet de behandelaar ook 'uit zijn of haar kamer', bijvoorbeeld doordat casemanagement of interventies van wijkteams ingebed zijn binnen de specialistische behandeling.
4. Goede aansluiting: interventies sluiten aan bij het stadium van ontwikkeling van BPS; niet *one size fits all*. Soms is er op de leeftijd van 14 jaar al sprake van stadium III en dienen interventies dus intensiever te zijn. Omgekeerd moet ook niet 'overbehandeld' worden bij recent duidelijk geworden BPS-problemen. Interventies zijn gericht op risico- en beschermende mechanismen die bij het betreffende stadium horen. Zo zal bij de meeste jonge adolescenten het gezin een belangrijke modere-

TABEL 1 Preliminair model van klinische stadiëring bij borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS)

Stadium	Klinische beschrijving	Persistentie/omvang	Duur	Sociaal-maatschappelijk functioneren
0	Aspecifieke voorlopers van BPS-symptomen, vooral binnen affectief en interpersoonlijk domein: prikkelbaarheid, ongewone gevoeligheid, uitzonderlijk veel behoefte aan troost en zelfregulatie, relationele agressie	Eerder vage klachten, mogelijk geen klinische diagnose	Premorbide	Lichte tot matige problemen op school, thuis en in contact met leeftijdsgenoten: moeilijkheden om zich te concentreren op school, sociale angst, druk en onrustig gedrag, moeite om vrienden te maken
I	Subklinische BPS met voornamelijk affectieve en zelfdestructieve symptomen (zelfverwonding, woede-uitbarstingen, laag of instabiel gevoel van eigenwaarde); suïcidale en parasuïcidale symptomen niet chronisch	Mogelijk 'comorbiditeit' met as I-klachten, zoals ADHD, stemmings- en angst- of gedragsstoornissen	Duur van ernstige symptomen is beperkt tot maximaal 1 jaar	Dreigende ontwikkelingsstagnatie (schoolverzuim, weinig constructieve peercontacten, sociale terugtrekking); problemen beginnen te ontstaan op verschillende levensgebieden (school, peergroep, thuis)
II	BPS met significante problemen op 4 gebieden (emoties, impulsiviteit, identiteit en zelfbeeld, interpersoonlijk functioneren); symptomen (suïcidaliteit, zelfverwonding) kunnen ernstig zijn	Doorgaans gepaard gaand met 1 of meer comorbide as 1-stoornissen	Eerste 'episode' waarin de problemen dusdanig ernstig zijn dat ze een diagnose rechtvaardigen; volle diagnose is minstens een jaar aanwezig, duur minder dan 3 jaar	Matige tot ernstige impact op diverse ontwikkelgebieden; duidelijke en niet-tijdelijke stagnatie/problemen op minstens 2 levensgebieden (gezin, sociaal/peers, school, vrijetijdinvulling)
III	BPS, met veelal verschuiving van probleemgebieden richting interpersoonlijke problemen en leegte; doorgaans chronische suïcidaliteit	vaak ernstige comorbiditeit (middenmisbruik, eetstoornissen, PTSS etc)	Chronische BPS of terugval in volle BPS, gedurende ten minste 3 jaar	Ernstige en chronische beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren; geen of beperkt/tijdelijk herstel; nauwelijks of tijdelijke participatie aan werk
IV	BPS met ernstige problemen op alle gebieden	Comorbiditeit met ernstige as 1-stoornissen (chronische verslaving, psychotische stoornissen, etc.)	Chronische duur; geen remissie	Vrijwel geen deelname aan sociaal en beroepsmatig leven; vrijwel onomkeerbaar

rende invloed hebben op de ontwikkeling van het persoonlijkheidsfunctioneren, en zal in een later stadium wellicht de peergroep of eventuele partner aan belang gaan winnen.

5. *Empowerment*: de behandelaar versterkt het competentiegevoel van ouders en jongeren en maakt hen zoveel mogelijk (mede)verantwoordelijk voor het behandelproces.
6. Periodieke behandeling of *streamed care*: persoonlijkheidsstoornissen kennen een fluctuerend beloop, veelal onder invloed van stressoren die kunnen leiden tot een tijdelijke terugval en voor een nieuwe zorgepisode. Dit gebeurt bij voorkeur vanuit hetzelfde behandelkader en door dezelfde behandelaar, opnieuw gericht op empowerment, waarna het gezin weer verder kan. Op die manier kan de kritieke fase van 2-5 jaar tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid worden overbrugd, zonder eindeloze behandelingen te bieden die het risico op afhaken vergroten.
7. Aanpassing: monitor en schaal op of af in functie van het stadium. Wanneer de ontwikkeling richting BPS in gunstige zin kan worden omgebogen, dan kan de behandeling worden afgebouwd (al dan niet gevolgd door een nieuwe zorgepisode bij dreigende terugval). Omgekeerd is herindicatie naar een intensievere behandeling aangewezen indien de symptomen ernstiger worden.

DISCUSSIE

BPS is betrouwbaar vast te stellen in de adolescentie. De problemen van jongeren met (beginnende) BPS onderscheiden zich van normale puberteitsfenomenen en voorspellen een veelheid aan negatieve uitkomsten in de volwassenheid. Het niet onderkennen leidt minimaal tot het laat inzetten van gepaste behandelingen, maar ook tot onderbehandeling en schadelijke interventies waardoor de patronen verergeren en chronisch worden.

Om voor meer jongeren met (beginnende) BPS passende behandeling te kunnen bieden, is vroege interventie nodig. Hiermee kunnen jongeren vroeg in het beloop van de stoornis op een effectieve en efficiënte manier geholpen worden, waarbij meer intensieve en langdurige vormen van behandeling slechts worden ingezet voor jongeren bij wie de problematiek meer persistent en chronisch van aard is.

Nuttig model

Om tot een goede inschatting te komen voor het stadium van de stoornis en de vorm van behandeling die daarbij passend is, kan een model van klinische stadiëring nuttig zijn en daarmee fundament bieden voor een spectrum aan interventies, aansluitend bij het ontwikkelstadium van BPS. Klinische stadiëring sluit hierbij aan bij de meer

dimensionele benadering van persoonlijkheidsstoornissen (DSM-5, sectie III), waarin het accent verschuift van een classificatie op basis van aan- of afwezigheid naar een evaluatie van de ernst van de aandoening. Het stadiëringmodel kan een aanvulling bieden door de progressieve impact van de stoornis, zowel op het gebied van comorbiditeit, sociaal-maatschappelijk functioneren als (wellicht) neurobiologische aspecten, te betrekken in de diagnostiek. Tegelijk willen we benadrukken dat een stadiëringmodel vooral een heuristische strategie is en niet bedoeld is om de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen te vervangen.

Uitdagingen

Bij het implementeren van een vroege-interventieparadigma voor BPS zien we uitdagingen op het gebied van wetenschappelijk onderzoek en beleid en op maatschappelijk vlak. Zo is meer onderzoek nodig naar betrouwbare markers van vroege stadia van BPS, naar de risico- en beschermende factoren binnen de verschillende (sub)klinische stadia en naar kosteneffectieve interventies in deze stadia.

Daarnaast is het van belang dat de traditionele voorzichtigheid bij hulpverleners om BPS te onderkennen bij jonge mensen plaatsmaakt voor het objectief diagnosticeren. Daarmee kan de traditionele *stepped-care* visie anders worden ingevuld: specialistische hulp voor deze (potentieel) complexe aandoening dient wel laagdrempelig te zijn, maar wellicht in vele gevallen kort in plaats van per definitie intensief en langdurig.

Om episodische zorg, afgestemd op de hulpvraag van de jongeren en hun gezinnen mogelijk te maken, is er een (financieel) model nodig dat continuïteit van zorg mogelijk maakt gedurende de kritieke periode van de adolescentie. In dat opzicht is de transitie van zorgbekostiging naar de gemeenten voor jongeren onder de 18, een ongelukkige ingreep die continuïteit van zorg dreigt te belemmeren. Ook de bekostiging op basis van diagnose-behandelcombinaties belemmert een vroege interventie op basis van kenmerken van de aandoening.

Ten slotte is er ook een wijziging nodig van de maatschappelijke beeldvorming rond BPS. We denken dat het stigma rond de diagnose kan veranderen, wanneer die minder geassocieerd wordt met chronische en ernstige aandoeningen (stadia III en IV) en meer met behandelbare vroege uitingen (stadia I en II).

BESLUIT

Vroege detectie en interventie van BPS staan in de kinderschoenen. Na het aanvankelijke enthousiasme kwamen er ook in de psychosoziale zorg meer kritische geluiden rond de meerwaarde van vroege-interventieprogramma's (Larsen

e.a. 2001). Een risico is bijvoorbeeld dat veel mensen met een fout-positieve uitslag uiteindelijk onnodig in behandeling komen.

Toch denken we dat in de huidige ggz het probleem vooral omgekeerd is: de meeste jongeren met zich ontwikkelende BPS komen niet of te laat in vaak niet gespecialiseerde behandelingen met iatrogene schade en hoge kosten tot

gevolg. Om passende interventie vorm te kunnen geven, is het nodig dat vanuit wetenschappelijk onderzoek en zorgbeleid en vanuit de maatschappij een gezamenlijke agenda wordt opgesteld, waardoor kennis verder uitgebreid kan worden en meer passende interventies ontwikkeld en geïmplementeerd kunnen worden. Wij hebben getracht een voorzet voor deze agenda te doen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA; 2013.
- Bateman AW, Fonagy P. Mentalization-based treatment of BPD. *J Pers Disord* 2004; 18: 36-51.
- Becker DF, Grilo CM, Edell WS, McGlashan TH. Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 2042-7.
- Chanen AM, McCutcheon LK. Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Pers Ment Health* 2008; 2: 35-41.
- Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 524-9.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Germano D, Nistico H, Jackson HJ, McGorry PD. The HYPE Clinic: an early intervention service for borderline personality disorder. *J Psychiatr Pract* 2009; 15: 163-72.
- Chanen AM, Jackson HJ, McCutcheon LK, Jovev M, Dudgeon P, Yuen HP, e.a. Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 477-84.
- Chanen AM, Thompson, K. Borderline personality and mood disorders: risk factors, precursors, and early signs in childhood and youth. In *Borderline personality and mood disorders*. New York: Springer; 2015. p. 155-74.
- Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG. Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *J Adolesc Health* 2006; 39: 14-9.
- Claes L, Vandereycken W. *Zelfverwonding. Hoe ga je ermee om?* Tielt: Lannoo; 2007.
- Daley SE, Rizzo CJ, Gunderson BH. The longitudinal relation between personality disorder symptoms and depression in adolescence: The mediating role of interpersonal stress. *J Pers Disord* 2006; 20: 352-68.
- Fusar-Poli P, Yung AR, McGorry P, van Os J. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention. *Psychol Med* 2014; 44: 17-24.
- Hermens MLM, van Splunteren PT, van den Bossch A, Verheul R. Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2011; 62: 1381-3.
- Hessels CJ, van Aken MAG. HYPE: helping young people early. *Vroeginterventie voor adolescenten met kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis*. *Kind en Adolescent Praktijk* 2014; 13: 38-45.
- Hessels CJ, Aken MAG van Orobio de Castro B. Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten. Mogen, kunnen en willen we diagnosticeren en classificeren? *Kind en Adolescent* 2008; 29: 194-207.
- Hutsebaut J. Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. In: *Eurelings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WD, red. Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2009. p 539-62.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 265-75.
- Johnson JG, Cohen P, Skodol AE, Oldham JM, Kasen S, Brooks JS. Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 805-11.
- Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, e.a. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1406-12.
- Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1926-32.
- Kasen S, Cohen P, Skodol AE, First MB, Johnson JG, Brooks JS, e.a. Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: A 20-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115: 56-65.
- Laurensen EM, Hutsebaut J, Feenstra DJ, Van Busschbach JJ, Luyten P. Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013; 7: 3. Doi: 10.1186/1753-2000-7-3.
- Larsen TK, Friis S, Haahr U, Joa I, Johannessen JO, Melle I, e.a. Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 323-34.

- Lavan H, Johnson JG. The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *J Pers Disord* 2002; 16: 73-94.
- Lenzenweger MF, Castro DD. Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 1207-37.
- Levy KN, Becker DF, Grilo M, Mattanah JJ, Garnet KE, Quinlan DM, e.a. Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1522-8.
- McCrone P, Craig TK, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010; 196: 377-82.
- McGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Med J Australia* 2007; 187: S10.
- McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry* 2008; 7: 148-56.
- Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, e.a. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014; 53: 1082-91.
- Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact of Fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 969-81.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *The Lancet* 2015; 385: 727-34.
- Norrie J, Davidson K, Tata P, Gumley A. Influence of therapist competence and quantity of cognitive behavioural therapy on suicidal behaviour and inpatient hospitalisation in a randomised controlled trial in borderline personality disorder: Further analyses of treatment effects in the BOScot study. *Psychol Psychother* 2013; 86: 280-93.
- Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785-804.
- Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1304-13
- Schuppert HM, Timmerman ME, Bloo J, van Gemert TG, Wiersema HM, Minderaa RB, e.a. Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012; 51: 1314-23.
- Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczinski, Frank E, e.a. Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 243-5.
- Serman N, Johnson JG, Geller PA, Kanost RE, Zacharapoulou, H. Personality disorders associated with substance use among American and Greek adolescents. *Adolescence* 2002; 37: 841-54.
- Stoffers JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb, K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8(2).
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Conkey LC, Fitzmaurice GM. Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 15-20.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among borderline patients and axis ii comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 476-83.

SUMMARY

Clinical staging and early intervention for borderline personality disorder

J. HUTSEBAUT, C.J. HESSELS

BACKGROUND Within the accumulating evidence for a life span perspective on borderline personality disorder (BPD), the key factor is a developmental perspective.

AIM To demonstrate that the lessons learnt from early intervention in somatic medicine and psychosis should be used to improve the diagnosis and treatment of BPD.

METHOD We describe the rationale for early detection and intervention and present a staging model which can serve as a guideline for the development and selection of interventions for BPD.

RESULTS There is increasing evidence that BPD first manifests itself in adolescence and that BPD symptoms can already be distinguished from normative adolescent development. BPD tends to develop gradually and to have a progressive, social and professional impact. Inadequate treatment can lead to iatrogenic damage, whereas adequate treatment shows promising results in adolescents with emerging BPD. These findings may underpin an early intervention paradigm for BPD.

CONCLUSION Early intervention and clinical staging can improve the assessment and treatment of severe forms of psychopathology, such as BPD. This has implications for research, mental health care policy and society.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)3, 166-174

KEY WORDS adolescence, borderline personality disorder, clinical staging, early intervention