

Is een gepersonaliseerde benadering bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zinvol?

A. NOTEBOOM, L.M. DIL, H.L. VAN

- ACHTERGROND** De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) komt vaak tot uiting in de adolescentie, heeft de hoogste prevalentie in de vroege volwassenheid en deze neemt daarna af. De kenmerken veranderen gaande het beloop. Daarmee leent deze stoornis zich goed voor een gepersonaliseerde benadering in een model van stadiëring en profilering.
- DOEL** Beschrijven van een klinisch bruikbaar model voor stadiëring en profilering van BPS.
- METHODE** Literatuuronderzoek naar evidentie voor het definiëren van stadia en risicofactoren in het beloop van BPS.
- RESULTATEN** BPS kan beschreven worden in verschillende stadia, variërend van een fase met verhoogd risico, tot een chronische therapieresistente fase. Hoewel specifieke voorspellers ontbreken, zijn er verschillende factoren die de kans op het ontstaan van BPS vergroten.
- CONCLUSIE** Stadiëring en profilering kunnen bijdragen aan een meer gepersonaliseerde en evidence-based indicatiestelling bij BPS. Vervolgonderzoek is nodig om dit verder te ontwikkelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 174-181

TREFWOORDEN borderlinepersoonlijkheidsstoornis, profilering, stadiëring



ARTIKEL



De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gezien als een emotieregulatiestoornis die gepaard gaat met ernstige impulsiviteit, identiteitsproblematiek, sociaal en interpersoonlijk disfunctioneren (Fonagy e.a. 2017). Bij meer dan de helft van de patiënten ontstaan de eerste symptomen, vooral automutilatie, in de (vroege) adolescentie (Biskin 2015). Risicofactoren en klinische voorlopers, zoals gedragsproblemen, kunnen al bij jonge kinderen geobserveerd worden (Chanen & Kaess 2012).

De hoogste prevalentie ligt in de vroege volwassenheid, waarna deze gestaag afneemt (Chanen e.a. 2016). De prognose van BPS is relatief gunstig: de meerderheid van patiënten voldoet enkele jaren na het stellen van de diagnose niet meer aan voldoende criteria, al komt terugval regelmatig voor evenals persisterende beperkingen op het gebied van kwaliteit van leven, werk en relaties. Behandelingen zorgen vooral voor een versnelde verbetering op symptoom-

niveau in vergelijking met het natuurlijk beloop (Stone 2017). Impulsiviteit, automutilatie en suïcidaal gedrag nemen sneller af dan de stemmingswisselingen. Het risico op suïcide blijft echter hoog (Biskin 2015). Ook comorbiditeit zoals middelenmisbruik, stemmingsklachten en somatische gezondheidsproblemen persisteren vaak (Sharp & Fonagy 2015).

Welke behandeling het beste werkt voor wie is niet goed bekend en in de praktijk hangt de indicatiestelling vaak af van het beschikbare aanbod. Een wetenschappelijk onderbouwd stadiërings- en profileringsmodel kan dit verbeteren door richting te geven aan de indicatiestelling, met als doel het preciseren van behandelindicaties, progressie naar een ernstiger vorm te voorkomen (McGorry e.a. 2006) en beter geïnformeerd de gezamenlijke besluitvorming met de patiënt vorm te geven. Voorts helpt het de zorg doelmatiger te organiseren.

Stadiëring

Recent zijn de eerste modellen gepresenteerd voor stadiëring bij BPS (Chanen e.a. 2016; Choi-Kain e.a. 2016; Hutsebaut & Hessels 2017). Wij werkten dit verder uit tot een model met nadruk op de klinische toepasbaarheid (TABEL 1). Het model legt de nadruk op vroegsignalering en het eerder en preciezer indiceren van bewezen effectieve behandelingen. Wij beschrijven dit model en baseren ons waar mogelijk op reviewartikelen, waar nodig op primaire studies.

STADIUM 0: VERHOOGD RISICO ZONDER SYMPTOMEN

In stadium 0 zijn er enkel risicofactoren aanwezig en is selectieve preventie aangewezen. De bekendste groep betreft de kinderen van een moeder met BPS (Macfie & Swan 2009). Vaders zijn zowel klinisch als in onderzoek weinig in beeld, maar bekend is dat bijvoorbeeld verslaving en vroegkinderlijk trauma bij hen eveneens een risicofactor vormen voor latere ontwikkeling van BPS bij hun kinderen (Stepp e.a. 2013; Reichl e.a. 2017). Algemene interventies zoals psycho-educatie, KOPP-groepen (kinderen van ouders met psychiatrische problematiek) of deelname aan zelfhulpcurssussen kunnen worden aangeboden. Recente systeemtherapeutische vroeginterventieprogramma's bij BPS richten zich op het verbeteren van de emotionele interactie tussen ouders en kind en het vermogen van de ouders om als consistente hechtingsfiguren voor het kind te functioneren (Newman 2015). De belangrijkste vorm van selectieve preventie blijft echter een adequate behandeling van de psychiatrische stoornis, met name BPS, bij de ouder(s).

STADIUM 1A: PRODROMAAL

In de prodromale fase (1a) is sprake van een mengeling van symptomen, welke geen specifieke voorlopers van BPS zijn, maar wel een aanwijzing vormen voor een verhoogd risico (zie TABEL 2). Interventies in deze fase zijn meestal kortdurend en klachtgericht.

STADIUM 1B: SUBKLINISCH, BEPERKT

De subklinische fase (1b) treedt in als zich kernsymptomen van BPS manifesteren, zonder dat voldaan wordt aan voldoende criteria voor BPS. Een vroeginterventieprogramma is dan geïndiceerd (Chanen e.a. 2014). De effectiviteit van *helping young people early* (HYPE), dialectische gedragstherapie met een duur van 6 maanden (DGT-kort) en vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS-trainingen) en mentalisation-based treatment-adolescenten (MBT-A) is op het niveau van gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) aangetoond (Sharp & Fonagy 2015). Recent is een eerste beschrijving van MBT-early verschenen (Hutsebaut e.a. 2017). Kortdurende psychodynamische psychotherapie is ook bewezen effectief (Abbass e.a., 2013). Het doel

AUTEURS

ANNEMIEKE NOTEBOOM, klinisch psycholoog, manager behandelingen GGZ inGeest, Amsterdam.

LINDA DIL, psychiater-psychotherapeut voor jeugd en volwassenen, manager behandelingen NPI, onderdeel van Arkin, Amsterdam

RIEN VAN, opleider psychiatrie, directeur behandelingen NPI, onderdeel van Arkin, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Annemieke Noteboom, GGZ inGeest, Amsterdam.

E-mail: a.noteboom@ggzingeest.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-1-2018.

van deze programma's is symptoomreductie en het voorkomen van ontwikkelingsstagnatie bij deze jongeren.

STADIUM 2A: EERSTE EPISODE, MATIG

De eerste klinische presentatie van het volledige beeld van BPS is meestal in de late adolescentie, maar het kan ook aanzienlijk eerder of later zijn. Van matig ernstige problematiek spreken we als suicidaliteit ontbreekt (Choi-Kain e.a. 2016). Hoe vroeger BPS ontstaat en hoe ernstiger de eerste manifestatie, des te ongunstiger is de prognose op lange termijn (Chanen e.a. 2007). Hoewel men vaak terughoudend is met het diagnosticeren van een persoonlijkheidsstoornis op jeugdige leeftijd, wordt het belang van vroegdiagnostiek toenemend beschreven (o.a. Chanen e.a. 2014). Verschillende behandelvormen die ontwikkeld zijn voor volwassenen met BPS zijn aangepast aan de behoeften van adolescenten (Hutsebaut e.a. 2017). Ze richten zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en negatieve interactiepatronen daarbinnen. Er is veel aandacht voor het leefmilieu, vriendschappen en opleiding. De behandelduur is korter dan bij volwassenen en vaak intermitterend (Chanen e.a. 2009).

Bij volwassenen kan in deze fase worden gekozen voor een van de specifieke BPS-therapieën of een algemene gemanualiseerde therapievorm. DGT, MBT, *transference-focused psychotherapy* (TFP) en schematherapie (ST) zijn specifiek op BPS gerichte psychotherapieën en eerstekeusbehandelingen bij BPS (Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen, zie www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl). Daarnaast worden in Nederland VERS-trainingen aangeboden die bewezen effectief zijn (Stoffers e.a. 2012). Al deze behandelingen vergen gedegen training, zijn, afgezien van de VERS, relatief langdurig (1-3 jaar), kostbaar en door lange wachttijden bij gespecialiseerde behandelcentra onvoldoende beschik-

TABEL 1 Stadiëring borderlinepersoonlijheidsstoornis (BPS)

Klinisch stadium	Klinische kenmerken	Interventies
0 Verhoogd risico zonder symptomen	Behoort tot een risicogroep	Psycho-educatie, zelfhulp, KOPP-groepen, adequate behandeling ouders, ouder-kindprogramma's
1a Prodromaal	Aspecifieke verschijnselen als angst, impulsiviteit, ongewone gevoeligheid of sterke behoefte aan troost of zelfregulatie	Als stadium 0 en korte oplossingsgerichte therapieën
1b Subklinisch, licht	Voldoet aan enkele kernsymptomen (< 5) BPS volgens DSM-5-criteria	HYPE VERS MBT-A DGT-kort Psychodynamische behandeling
2a Eerste episode, matig	Voldoet aan DSM-5-criteria BPS zonder ernstige suïcidaliteit	DGT (DGT-A) MBT (MBT-A) TFP SFT VERS GRB Toevoegen: farmacotherapie, e-health, systeeminterventies
2b Eerste episode, ernstig	Voldoet aan DSM-5-criteria BPS met ernstige suïcidaliteit	DGT (DGT-A) MBT (MBT-A) TFP SFT VERS GRB Toevoegen: farmacotherapie, e-health, crisisopname, systeeminterventies
3 Langer bestaande klachten of terugval in matig tot ernstige problematiek	Voldoet DSM-5-criteria BPS + eerdere ambulante behandeling onvoldoende resultaat	Onderzoek naar werkrelatie en contextuele factoren Herdiagnostiek comorbiditeit Overwegen doorbehandelen in eerder gebruikte methodiek of wisselen van behandelmethodiek of toevoegen specifieke interventies dan wel intensivering behandeling (dag)klinische psychotherapie
4 Chronische fase	Onsuccesvolle evidence-based psychotherapieën, primaire behandelresistentie of restverschijnselen, GAF < 40	EPA-PS-aanbevelingen

KOPP: kinderen van ouders met psychiatrische problematiek; HYPE: *helping young people early*; VERS: vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis; MBT-A: *mentalisation-based treatment-adolescenten*; DGT(-kort): dialectische gedragstherapie (met een duur van 6 maanden); TFP: *transference-focused psychotherapy*; SFT: *schema focused therapy*; GRB: geïntegreerde richtlijn behandeling; EPA-PS: persoonlijkheidsstoornissen die in de categorie ernstige psychiatrische aandoeningen vallen.

baar (Choi-Kain e.a. 2016). Om deze redenen wordt ook voor dit stadium gepleit voor het verbeteren van de gebruikelijke zorg (*care as usual*) middels algemene

gemanualiseerde therapievormen (waarbij het gewenste verloop van de behandeling is beschreven in een *manual*), zoals *good psychiatric management* (GPM) (Links e.a. 2015) of

TABEL 2 Risicofactoren borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS)

Omgevingsfactoren	Kenmerken bij het kind
<ul style="list-style-type: none">– Sociale factoren: lage sociaaleconomische klasse, problemen binnen het gezin van herkomst– Opvoeding/gezin: psychiatrische stoornissen bij moeder en/of vader en gebrekkige opvoedvaardigheden– Trauma: fysieke mishandeling, seksueel misbruik en/of verwaarlozing	<ul style="list-style-type: none">– Symptoomprofiel met sterke in- en externaliserende problematiek– Laag IQ– Hoge negatieve affectiviteit en impulsiviteit– Emotionele en/of gedragsstoornissen (o.a. ADHD en ODD)– Middenmisbruik (met name alcohol) in adolescentie– Onveilige hechtingsstijl blijvend uit vijandigheid, wantrouwen, affectlabiliteit en/of interpersoonlijke agressie– Genetische factoren

Omgevingsfactoren gebaseerd op: Stepp (2016).

Kenmerken bij het kind gebaseerd op: Sharp en Fonagy (2015), Stepp (2016) en Chanen en Kaess (2012).

structured clinical management (Bateman & Fonagy 2009). Voor de Nederlandse situatie is de geïntegreerde richtlijn behandeling (GRB, zie www.kenniscentrump.nl) beschikbaar.

STADIUM 2B: EERSTE EPISODE, ERNSTIG

Er is sprake van ernstige problematiek als suïcidaliteit aanwezig is (Choi-Kain e.a. 2016). De genoemde BPS-psychotherapieën of een gemanualiseerde behandeling zoals de GRB kunnen dan geïndiceerd zijn. Als aanvulling is geregeld farmacotherapie geïndiceerd, vooral bij angst en depressie of bij specifieke symptomen zoals waarnemingsvervormingen of ernstige stemmingsklachten (Ingenhoven & Rinne 2017). De eerste bevindingen met e-healthmodules zijn veelbelovend, maar deze zijn nog schaars (Fassbinder e.a. 2015). Een korte crisisopname of bed-op-recept kan nuttig zijn, vooral indien de doelen en voorwaarden vooraf duidelijk afgesproken zijn (Helleman e.a. 2014). Voor alle behandelvormen geldt dat ondanks goed resultaat op symptoomniveau psychosociale beperkingen vaak blijven bestaan. Daardoor worden behandelingen soms jarenlang gecontinueerd. Er zijn echter weinig aanwijzingen uit onderzoek dat dit doorbehandelen veel meerwaarde heeft (Paris 2013). Er wordt daarom gepleit om eerder de herstelvisie in de behandeling te integreren, o.a. in de zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen. Wetenschappelijke evidentie voor een verbeterde effectiviteit van behandeling is hiervoor voorsnog niet beschikbaar.

STADIUM 3: LANGER BESTAANDE KLACHTEN OF TERUGVAL IN MATIG TOT ERNSTIGE PROBLEMATIEK

In deze fase is allereerst onderzoek naar de achtergrond van de terugval of het voortduren van de klachten aangevoelen. Vaak spelen contextuele factoren, zoals problemen rond het systeem, huisvesting of financiën, een rol. Doordat de borderlinedynamiek zich ook in de behandelrelatie manifesteert, moet nagegaan worden of hierin de oorzaak van een terugval speelt. Verder is (her)diagnostiek aangevoelen naar interfererende comorbiditeit zoals depressie, ADHD, posttraumatische stressstoornis, autismespectrumstoornis, verstandelijke beperkingen, overmatig psychofarmacagebruik, verslaving of een somatische ziekte. Wisselen van behandelmodel bij onvoldoende resultaat kan klinisch logisch lijken, maar is niet wetenschappelijk onderzocht. Dit geldt ook voor de optie van intensivering van behandeling. In de praktijk is het bij onvoldoende resultaat echter wel zinnig dit te overwegen. Een dosering van twee sessies per week, waaronder bij voorkeur een groepstherapie, lijkt tot betere resultaten te leiden dan een minder hoge frequentie of alleen individuele sessies (Omar e.a. 2014). Voor (dag)klinische behandelvormen is evidentie beschikbaar, al laten directe vergelijkingen met minder intensieve behandelingen wisselende resultaten zien (Bartak e.a. 2017; Antonsen e.a. 2017; Laurensen e.a. 2017) en wordt in een recente meta-analyse geconcludeerd dat voor de gehele groep van BPS duur en intensiteit van behandelingen niet aan uitkomst zijn gerelateerd (Cristea e.a. 2017).

Of er sprake is van een subgroep die wel meer zou kunnen profiteren van (dag)klinische behandeling kunnen we op basis van deze onderzoeken niet uitsluiten. Pogingen tot subtypering bij BPS zijn tot nu toe echter niet succesvol

TABEL 3 Profileringskenmerken borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS)

Determinant	Specificatie	Consequenties
Beginleeftijd	Onderscheid < 18 jaar > 18 jaar	Ongunstiger prognose bij vroeg begin symptomen, maar jongere leeftijd bij start behandeling is juist gunstige voorspeller (a)
Psychiatrische voorgeschiedenis	Blanco voorgeschiedenis bij start behandeling Redelijk functioneren in werk of school	Gunstig (b)
Persoonlijkeitskenmerken en IQ	Hoge extraversie en vriendelijkheid Hoog IQ	Gunstig (b)
Vroege trauma's	Complexe posttraumatische stressstoornis (CPTSS) Psychiatrische stoornissen of verslaving in gezin van herkomst	Ongunstig (b); behandeling met focus op trauma (parallel) toevoegen of integreren Ongunstig (d)
Impulsiviteit Angst	Aard, ernst, duur en frequentie	Hogere kans uitval Versterkte focus op initiële therapeutische relatie (c)
Beperkt ziekte-inzicht Extrinsieke motivatie Initiële behandelrelatie	Mate van aanwezigheid Mate van negatieve overdrachtsconstellaties	Verhoogde kans op uitval (c) Negatief therapeutische reactie Kans uitval (c)
Comorbiditeit	Andere psychiatrische stoornissen: – depressie, angst – trauma/PTSS – Middelenmisbruik – Andere PS – Somatische ziekten	Personaliseren en keuze in behandeling: achtereenvolgend of geïntegreerd. Bij comorbide PS: – Voorkeur voor specifieke behandelmethodiek (MBT) – Prognose ongunstiger bij cluster C (d) en bij antisociale kenmerken – Hogere kans op suïcide bij comorbide narcistische trekken (b).

MBT-A: *mentalisation-based treatment*.

Bronnen: a. Chanen e.a. (2007); b. Stone (2017); c. Stepp (2016); d. Zanarini e.a. (2006).

gebleken (Fonagy e.a. 2017). Bij deze stand van zaken raden we aan vooral een (dag)klinische behandeling te overwegen bij ernstige symptomen en na eerdere onsuccesvolle ambulante behandeling.

STADIUM 4: CHRONISCHE FASE

In de chronische fase is er sprake van behandelresistentie of zeer beperkte remissie. Er is nauwelijks wetenschappelijke evidentie voor effectieve behandeling bij deze groep. Voor ernstige chronische problematiek gelden de *best practice*aanbevelingen voor persoonlijkheidsstoornissen

die in de categorie ernstige psychiatrische aandoeningen vallen (EPA-PS) (Steendam e.a. 2013). Deze groep wordt gekenmerkt door hoge mate van comorbiditeit, iatrogene polyfarmacie, gebroken hulpverleningsgeschiedenissen samenhangend met hechtingsproblemen of beperkt mentaliserend vermogen, impulsiviteit en suïcidaal gedrag. Er zijn eerste beschrijvingen voor de waarde van methodieken uit de MBT (Knapen e.a. 2016) en DGT (van den Bosch & Kaasenbrood 2013) binnen een functie *assertive community treatment* (FACT)-model bij EPA-PS. Herstelgerichte interventies zouden eveneens goed kunnen aansluiten bij

de zorgbehoefte van deze patiënten, maar er zijn ook daarover nog weinig gegevens beschikbaar (Hutsebaut e.a. 2017).

Profilering

In **TABEL 3** staan relevante profileringskenmerken samengevat. Deze factoren kunnen leiden tot gepersonaliseerde aanpassingen in het behandelbeleid, zoals: eerder kiezen voor een specifieke behandeling, toepassen van extra *add-on* interventies of grotere gerichtheid op het tot stand brengen van een adequate therapeutische relatie. Een onderbouwde keuze tussen de beschikbare psychotherapieën is voornamelijk niet goed te maken, omdat er nauwelijks directe vergelijkende studies beschikbaar zijn. Wel zijn specifieke effecten gevonden die bij de keuze een rol kunnen spelen. Zo werd bij DGT en MBT een gunstig effect gevonden op suïcidaal gedrag en automutilatie (Bateman & Fonagy 2009; Kliem e.a. 2010), TFP leidde tot verbetering van gehechtheidsstijlen (o.a. Levy e.a. 2006) en MBT had meerwaarde bij complexere problematiek van comorbide persoonlijkheidsstoornissen met ernstigere symptomen boven *structured clinical management* (SCM; Bateman & Fonagy 2013). Bij deze stand van de wetenschap kan echter een grote rol gegeven worden aan de voorkeur en klachtenbeleving van de patiënt.

Bij comorbiditeit met andere psychische aandoeningen doet zich de vraag voor wat eerst te behandelen. Bij een lichte of matig ernstige depressie, gegeneraliseerde angststoornis (GAS) of sociale fobie is het advies eerst de BPS te behandelen. Paniekstoornissen en obsessieve-compulsieve

stoornissen kunnen daarentegen beter gelijktijdig met de BPS behandeld worden (Yoshimatsu & Palmer 2014; Keuroghlian e.a. 2015). De behandeling voor PTSS en BPS kan succesvol geïntegreerd kan worden (Harned & Valenstein 2013) evenals ADHD en BPS (Matthies & Philippen 2014).

Conclusie

De vraag of een gepersonaliseerde benadering van BPS zinvol is, kan positief worden beantwoord. Selectieve preventie en vroeg interventie hebben een duidelijke plek in het voorgestelde stadiëringsmodel. Het doel is verminderen (op termijn) van ziektebelasting en een doelmatiger inzet van zorg. Profilering draagt bij aan een nauwgezetere indicatiestelling en geeft een beter zicht op de prognose. Een stadiërings- en profileringsmodel helpt niet alleen behandelaar en patiënt om tot een doordachte behandelkeuze te komen, maar kan ook aan beleidsmakers handvatten bieden voor een efficiëntere inrichting van het zorgaanbod. Daarnaast sluit een stadiëringsmodel goed aan bij het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen, waarin ook subklinische vormen vastgesteld kunnen worden.

Tot slot, de kennis over borderlineproblematiek is de laatste decennia enorm uitgebreid en het beeld dat ooit heerste van 'de patiënt met borderline als lastig en onbehandelbaar' is onomkeerbaar veranderd. Tegelijkertijd is veel van de kennis gebaseerd op een beperkt aantal studies, met relatief kleine en geselecteerde patiëntpopulaties. Grotere interventie- en beloopstudies zijn nodig om de gepersonaliseerde benadering verder te onderbouwen.

LITERATUUR

- Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 863-75.
- Antonsen BT, Hummelen B, Karterud S, Wilberg T. Favourable outcome of long-term combined psychotherapy for patients with borderline personality disorder: Six-year follow-up of a randomized study. *Psychother Res* 2017; 27: 51-63.
- Bartak A, Spreeuwenberg MD, Ziegler UM, Dekker J, Rossum BV, e.a. Effectiveness of outpatient, day hospital, and inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 80: 28-38.
- Bateman A, Fonagy P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1355-64.
- Bateman A, Fonagy P. Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Br J Psychiatry* 2013; 203: 221-7.
- Biskin RS. The lifetime course of borderline personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 303-8.
- Bosch W van den, Kaasenbrood AJA. Mozes en de berg. De bijzondere samenwerking tussen FACT en dialectische gedragstherapie. *Tijdschr Psychother* 2013; 39: 242-54.
- Chanen AM, Kaess. Developmental pathways to borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 45-53.

- Chanen AM, McCutcheon L, Kerr IB. HYPE: a cognitive analytic therapy-based prevention and early intervention program for borderline personality disorder. In: Sharp C, Tackett JL, red. Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents. New York: Springer; 2014: 261-383.
- Chanen AM, Berk M, Thompson K. Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 330-341.
- Chanen AM, McCutcheon LK, Jovev M, Jackson HJ, McGorry PD. Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *Med J Aust* 2007; 187 (7 Suppl): 18-21.
- Chanen AM, McCutcheon L, 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.
- Choi-Kain LW, Albert EB, Gunderson JG. Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 24: 342-56.
- Cristea IA, Gentili C, Cotet CD, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 319-28.
- Fassbinder E, Hauer A, Schaich A, Schweiger U, Jacob GA, Arntz A. Integration of e-Health tools into face-to-face psychotherapy for borderline personality disorder: a chance to close the gap between demand and supply? *J Clin Psychol* 2015; 71: 764-77.
- Fonagy P, Luyten P, Bateman A. Treating borderline personality disorder with psychotherapy. Where do we go from here? *JAMA Psychiatry* 2017; 74: 316-7.
- Harned MS, Valenstein HR. Treatment of borderline personality disorder and co-occurring anxiety disorders. *Prime Rep* 2013; 5: 15.
- Helleman M, Goossens PJJ, Kaasenbrood A, van Achterberg T. Evidence base and components of brief admission as an intervention for patients with borderline personality disorder: a review of the literature. *Perspect Psychiatr Care* 2014; 50: 65-75.
- Hutsebaut J, Hessels CJ. Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkeitsstoornissen. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 166-74.
- Hutsebaut J, Videler AC, Schoutrop MJA, van Amelsvoort TAMJ, van Alphen SPJ. Persoonlijkeitsstoornissen: levensloopbenadering zinvol. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 52-5.
- Hutsebaut J, Feenstra D, Keur E, Schafer B, Bales D. Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early. *Tijdschr Psychother* 2017; 43: 330-44.
- Ingenhoven T, Rinne T. Farmacotherapie persoonlijkheidsstoornissen. In: Eurlings-Bontekoe EHM, Verheul R, Snellen WM, red. *Handboek persoonlijkheidspathologie. Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk* (3de herz ed). Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2017. p. 407-24.
- Keuroghlian AS, Gunderson JG, Pagano ME, Markowitz JC, Ansell EB, Shea MT, e.a. Interactions of borderline personality disorder and anxiety disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 1529-34.
- Kliem S, Kroger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 936-51.
- Knapen S, de Leeuw M, Meinderts R, Fokkert M. Van Onbehandelbaar naar behandelbaar? De toepassing van de combinatie FACT en MBT bij EPA-persoonlijkeitsstoornissen. *Tijdschr Psychother* 2016; 42: 86-103.
- Laurensen EMP, Luyten P, Kikkert MJ, Westra D, Peen J, Soons MJB e.a. Randomized controlled trial of day hospital mentalization-based treatment versus specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder. *Psychol Med* [ter perse].
- Levy K N, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF e.a.. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 1027-40.
- Links PS, Ross J, Gunderson JG. Promoting good psychiatric management for patients with borderline personality disorder. *Clin Psychol* 2015; 71: 753-63.
- MacFie J, Swan SA. Representations of the caregiver-child relationship and of the self and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorders. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 993-1011.
- Matthies SD, Philipsen A. Common ground in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) - Review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* 2014; 1: 3.
- McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, Pantelis C, Jackson HJ. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006; 40: 616-22.
- Newman L. Parents with borderline personality disorder: approaches to early intervention. *Australas Psychiatry* 2015; 23: 696-8.
- Omar H, Tejerina-Arreal M, Crawford MJ. Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current UK guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis. *Personal Ment Health* 2014; 8: 228-37.
- Paris J. Stepped care: an alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatr Serv* 2013; 64: 1035-7.
- Reichl C, Brunner R, Fuchs A, Holz B, Parzer P, Fischer-Waldschmidt G, e.a. Mind the fathers: associations of parental childhood adversities with borderline personality pathology in female adolescents. *J Pers Disord* 2017; 31: 827-43.

- Sharp C, Fonagy P. Practioner review: borderline personality disorder in adolescence-recent conceptualization, intervention and implications for clinical practice. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56: 1266-88.
- Steendam M, van Luyn B, Knapen S, Nijmeijer B, van Meekeren E, Kaasenbrood A, e.a. Meedoen. Aanbevelingen voor behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen; 2013.
- Stepp SD, Olino TM, Seeley JR, Lewinsohn PM. Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personal Disord* 2013; 4: 223-9.
- Stepp SD, Lazarus SA, Byrd AL. A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: taking stock and moving forward. *Personal Disord* 2016; 7: 316-23.
- 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: CD005652.
- Stone MH. Long-Term course of borderline personality disorder. *Psychodyn Psychiatry* 2016; 44: 449-74.
- Yoshimatsu K, Palmer B. Depression in patients with borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2014; 22: 266-73.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Bradford Reich D, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 827-32.

SUMMARY

Is a personalised approach of the borderline personality disorder useful?

A. NOTEBOOM, L.M. DIL, H.L. VAN

BACKGROUND Borderline personality disorder (BPD) seems to have a progressive course, starting during adolescence. It's prevalence peaks during early adulthood, after which it declines. The symptom profile changes during its course. Consequently, a personalised approach based on staging and profiling appears suitable for BPD.

AIM To describe a useful model for clinical staging and profiling of BPD.

METHOD A literature analysis, reviewing the evidence of clinical stages and risk factors.

RESULTS BPD can be described in different stages, ranging from a preliminary stage associated with a higher risk of developing BPD to a chronic, therapy resistant stage. Although there are no specific predictors, there are several factors that increase the risk of developing BPD.

CONCLUSION Clinical staging and profiling can contribute to a more personalised approach and treatment selection. More research is needed to develop this model further.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 174-184

KEY WORDS borderline personality disorder, profiling, staging