

# Preventie en vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornissen

C.J. Hessels

- Achtergrond** Nadat onderzoek naar borderlinepersoonlijkheidsstoornissen (BPS) zich lange tijd uitsluitend op de volwassenheid richtte, staat in toegenomen wetenschappelijke evidentie een levensloopperspectief op deze stoornis centraal.
- Doel** Pleiten voor een vertaling van de inzichten uit een levensloopperspectief op BPS naar interventies in de vroege fasen in het beloop van de stoornis.
- Methode** Beschrijven hoe een model van klinische stadiëring als leidraad kan dienen voor het ontwikkelen van preventie en vroege interventie voor BPS.
- Resultaten** Er is wetenschappelijke evidentie voor klinisch relevante voorlopers van BPS. Op basis van deze bevindingen kunnen er aanbevelingen gedaan worden voor preventie en vroege interventie van BPS.
- Conclusie** Door preventie en vroege interventie kunnen diagnostiek en behandeling van BPS verbeteren. Dit heeft implicaties voor de inrichting van zorg voor deze kwetsbare mensen.

Het lijkt een vanzelfsprekend gegeven dat de persoonlijkheid zich vanaf de geboorte gedurende de verdere levensloop ontwikkelt. Immers, individuele persoonlijkheidskenmerken kunnen van jongs af aan geïdentificeerd worden, begrepen worden vanuit een genetische predispositie en zich ontwikkelen onder invloed van omgevings- en psychologische processen (Newton-Howes e.a. 2015).

Minder vanzelfsprekend is het om persoonlijkheidsstoornissen, zoals borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS), in kaart te brengen vanuit de voortdurende veranderingen en ontwikkelingen van een individu tijdens diens levensloop. Hierbij zijn in elke fase van de ontwikkeling bevorderende en belemmerende factoren bij de persoon te identificeren die in interactie met de psychosociale omgeving variatie in het gezonde en pathologische bereik kunnen veroorzaken.

Lange tijd heeft onderzoek naar BPS zich als vanzelfsprekend gericht op volwassenen, waarbij zowel jongeren als ouderen over het hoofd gezien werden. Ondanks toegenomen wetenschappelijke evidentie voor de validiteit van BPS bij adolescenten stellen klinici de diagnose veelal uit tot in de volwassenheid met als argument de zorg om stigmatisering geassocieerd met de classificatie (Laurensen e.a. 2013). Echter, er zijn signalen dat stigma veelvuldig voorkomt onder en zelfs bevestigd

wordt door zorgprofessionals (Newton-Howes e.a. 2008) en daarmee passende interventie belemmert.

In dit artikel pleit ik voor een ontwikkelingspsychologische visie op BPS. Allereerst bied ik een overzicht van de belangrijke verschuivingen in het wetenschappelijke onderzoek rond BPS. Vervolgens beschouwen we de vroege fasen in de ontwikkeling van BPS vanuit een model van klinische stadiëring. Ten slotte beschrijf ik de eerste aanzetten in preventie en vroege interventie als pleidooi voor proactieve maatschappelijke en klinische aanpak van BPS.

## Een veranderende visie

BPS wordt gekenmerkt door problemen in relatie tot anderen en problemen in het zelfgevoel, die kunnen leiden tot een breed scala aan moeilijkheden in het functioneren (DSM-5; American Psychiatric Association 2013). Bij adolescenten wordt de prevalentie van BPS geschat op 1-3% in de algemene populatie en veel hoger in klinische steekproeven, vanwege de hoge mate van comorbiditeit van BPS met psychiatrische en psychosociale aandoeningen (Chanen e.a. 2017).

Binnen het wetenschappelijk onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen ligt de focus op BPS. Dit is niet zonder reden: er zijn steeds meer aanwijzingen dat BPS de kern van persoonlijkheidsstoornis in het algemeen

**AUTEUR**

**Christel Hessels**, klinisch psycholoog en leidinggevende, GGz Centraal, Expertisecentrum Vroege Interventie Helping Young People Early (HYPE).

**Correspondentieadres**

Dr. Christel Hessels, GGz Centraal, Westsingel 41, 3811 BB Amersfoort.  
E-mail: c.hessels@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-7-2020.

**Citeren**

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(2):138-141

vormt (Sharp e.a. 2015), en wellicht de kern van het bredere spectrum van psychische aandoeningen (Caspi & Moffitt 2018). Daarmee kunnen kenmerken van BPS gezien worden als risicomarker in de ontwikkeling van ernstige psychiatrische aandoeningen.

In de afgelopen 2 decennia hebben er drie belangrijke verschuivingen plaatsgevonden in het begrijpen van BPS.

Ten eerste: waar men voorheen dacht aan vrijwel uitsluitend stabiele ofwel chronische kenmerken, weten we nu dat zowel de normale als de pathologische persoonlijkheid zich ontwikkelt gedurende de levensloop (Videler e.a. 2019). Daarnaast heeft evidentie voor het effect van verschillende behandelvormen de visie op de prognose van BPS in gunstige zin veranderd (Cristea e.a. 2017), waardoor het aanvankelijke behandel pessimisme wat verminderd is.

Ten tweede heeft een verschuiving van een categoriale naar een dimensionale benadering op persoonlijkheidsstoornissen ertoe geleid dat de kloof overbrugd kon worden tussen wetenschappelijk onderzoek dat zich richt op volwassenen met BPS enerzijds en onderzoek gericht op kinderen met normale persoonlijkheidskenmerken anderzijds. Zo hebben studies gericht op kinderen en adolescenten een vergelijkbare hogere-orde structuur in persoonlijkheidsdimensies laten zien die bij volwassenen bekend is (Mervielde e.a. 2005). Ook vertonen meetinstrumenten van persoonlijkheidsdimensies gericht op kinderen, adolescenten en volwassenen vergelijkbare resultaten (Van Den Broeck 2013).

Ten derde weten we inmiddels dat we BPS niet alleen bij volwassenen, maar ook bij adolescenten betrouwbaar kunnen detecteren, diagnosticeren en behandelen (Chanen e.a. 2020). Daarnaast kan BPS al in een vroeg stadium in het beloop van de stoornis betrouwbaar gediagnosticeerd worden; zo blijken de subklinische kenmerken reeds samen te hangen met significante verhoging van psychische aandoeningen en verminderd psychosociaal functioneren (Thompson e.a. 2018), en blijkt vroege interventie effectief (Chanen & McCutcheon 2013).

Deze drie ontwikkelingen hebben bijgedragen aan een ontwikkelingspsychologische visie op BPS, waarin met name in de adolescentie vroege signalen richting kunnen geven aan de detectie, diagnostiek en interventie. Dit vraagt een benadering waarin interventies gericht aansluiten bij de verschillende fases in het beloop van BPS.

**Klinische stadiëring**

Waar in de geneeskunde klinische stadiëring veelvuldig gebruikt wordt als heuristische strategie in het selecteren van interventies bij ernstige, progressieve aandoeningen, zijn de aanzetten hiertoe in de geestelijke gezondheidszorg nog maar recent in opkomst (Hutsebaut & Hessels 2017). Het uitgangspunt van klinische stadiëring is dat progressieve aandoeningen een opeenvolging van stadia kunnen doorlopen (Scott e.a. 2013). Vroege stadia zijn doorgaans lichter en minder specifiek, terwijl de latere stadia ernstiger, specifiek en chronischer zijn en een grotere sociaal-maatschappelijke impact hebben. Bij klinische stadiëring beschrijven we de mate van progressie in een continuüm, variërend van een risico of latent stadium (stadium 0), naar een laat of eindstadium, (stadium IV). Klinische stadiëring kan helpen bij het selecteren van interventies, aangezien de latere stadia andere interventies vragen dan vroege.

Ook bij ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zien we bij de meeste stoornissen in vroege fases nog weinig specifieke toestanden van mentale *distress*, die zich in diverse richtingen kunnen ontwikkelen. Doordat psychische stoornissen veelal met elkaar overlappen en samenhangen (comorbiditeit), is een apart stadiëringsmodel per aandoening weinig zinvol.

Bij BPS is comorbiditeit met o.a. angststoornissen, stemmingsstoornissen en middelengebruik (Beauchaine e.a. 2009) eerder regel dan uitzondering. Daarnaast kunnen BPS-kenmerken, zoals plotseling en hevig wisselende emoties, zelfbeschadiging en intense en instabiele relaties, interfereren met de behandeling van andere psychische stoornissen. Zo verloopt behandeling van

depressie doorgaans moeizamer wanneer er ook sprake is van BPS, terwijl omgekeerd de behandeling van BPS tevens tot verbetering van depressieve symptomen leidt (Gunderson e.a. 2014).

De kenmerken van BPS ontwikkelen zich vroeg in de levensloop, zijn goed te detecteren bij adolescenten en worden consistent door interactie tussen genetische factoren en de omgeving. Daarbij voorspellen kenmerken van BPS diverse negatieve ontwikkelingsuitkomsten, zoals een breed scala aan psychische aandoeningen, financiële en gezondheidsproblemen tot ver in de volwassenheid.

Kortom, vanuit klinische stadiëring gezien, geldt net als bij somatisch potentieel levensbedreigende aandoeningen: hoe eerder een aandoening wordt onderkend en behandeld, des te beter de prognose en des te minder ingrijpend de behandeling (Scott e.a. 2013). Dit pleit voor een breed stadiëringmodel voor EPA, waarin kenmerken van BPS een belangrijke rol kunnen hebben, doordat deze naar een globale kwetsbaarheid verwijzen van waaruit zich diverse andere vormen van psychiatrische stoornissen kunnen ontwikkelen.

### Preventie en vroege interventie

Hoewel er bewezen effectieve behandelingen voor BPS voorhanden zijn, worden deze pas relatief laat ingezet, wanneer de stoornis zich in een chronischer en dus moeilijker te beïnvloeden fase in het beloop van de stoornis bevindt. Daarbij is behandeling slechts voor een beperkt aantal mensen toegankelijk (Chanen e.a. 2017). Een klinisch stadiëringmodel kan nuttig zijn bij het indiceren van interventies, al in de vroegste stadia. De mate van toepasbaarheid van verschillende vormen van preventie voor BPS varieert, waarbij universele en selectieve preventie op dit moment niet aan de orde lijken (Chanen & McCutcheon 2013). *Universele* preventie van BPS (voor de algehele populatie) lijkt op dit moment niet haalbaar omdat de stoornis niet voldoende vaak voorkomt om preventie in de algehele populatie te rechtvaardigen. *Selectieve* interventie, gericht op degenen die risico lopen op het ontstaan van BPS, is moeilijk uitvoerbaar omdat veel risicofactoren (bijvoorbeeld armoede), veelal leiden tot andere uitkomsten dan alleen BPS en om structurele sociale en politieke veranderingen vragen.

De vorm van preventie die het meest aansluit bij BPS lijkt daarmee *geïndiceerde* preventie, waarbij preventie zich richt op individuen met vroege signalen en symptomen van BPS (Chanen & McCutcheon 2013). Geïndiceerde preventie ofwel vroege interventie sluit aan bij het ontwikkelingsbeloop van de stoornis en is gericht op mensen met een aantal kenmerken van BPS, maar onvoldoende om de classificatie te stellen of mensen die al wel aan de volledige classificatie voldoen, maar nog sinds relatief korte tijd.

In prospectief longitudinaal onderzoek onderscheidt men vroege signalen van BPS, zoals ADHD, oppositio-  
nele-opstandige stoornis (ODD) en middelengebruik,

en kenmerken van BPS, zoals zelfbeschadiging. Hoewel zelfbeschadiging relatief vaak voorkomt onder adolescenten (bij ongeveer 10% in de normale populatie; Moran e.a. 2012), zijn er aanwijzingen dat terugkerende zelfbeschadiging als voorloper voor BPS gezien kan worden (Groschwitz e.a. 2015). Het DSM-5-criterium 'zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag' is het criterium van BPS dat het vaakst voorkomt bij adolescenten (Zanarini e.a. 2008). Retrospectief onderzoek heeft aangetoond dat meer dan 30% van volwassenen met BPS zelfbeschadiging voor het 12de levensjaar rapporteerde en nog eens 30% voor het 18de levensjaar (Zanarini e.a. 2006).

Dit betekent dat de detectie van zelfbeschadiging van belang is als potentiële risicomarker voor het ontstaan of reeds hebben van BPS. Gezien de hoge mate van comorbiditeit richt men zich bij vroege interventie wanneer risicomarkers aanwezig zijn, niet te veel op één klacht of stoornis, en vormen psychiatrische en psychosociale comorbiditeit geen exclusiecriteria.

In vergelijking tot reguliere specialistische behandelprogramma's voor BPS, kenmerken vroege interventieprogramma's zich door een sterke behandelingsfocus op het bevorderen van psychosociale ontwikkeling en functioneren van adolescenten met BPS; een duidelijke tijdslimiet; en het actief betrekken van gezinnen en andere belangrijke naasten. Vroege interventieprogramma's voor BPS zijn inmiddels empirisch onderbouwd en laten klinisch betekenisvolle verbetering van adolescenten zien. Voorbeelden van vroege interventie zijn *Helping Young People Early* (HYPE; Chanen e.a. 2013) en vroege *mentalization-based treatment* (MBT-early; Hutsebaut & Hessels 2017), die beide ook in Nederland toegepast worden.

---

## DISCUSSIE

Effectief gebleken behandelingen voor BPS worden relatief laat in het beloop van de stoornis en slechts bij een beperkt aantal mensen ingezet (Chanen e.a. 2017). Dit is een gemiste kans, omdat BPS sterk samenhangt met andere psychiatrische aandoeningen, de behandeling hiervoor bemoeilijkt en tot 20 jaar later vermindert sociaal-maatschappelijk functioneren voorspelt (Newton-Howes e.a. 2015). Een proactieve houding is dan ook geboden om de zorg in de vroege fases van de ontwikkeling van BPS te verbeteren en daarmee het functioneren van mensen met BPS op de lange termijn daadwerkelijk te kunnen veranderen. Hiervoor doe ik een aantal aanbevelingen:

Ten eerste is het, om stigma te verminderen, noodzakelijk empirische kennis te implementeren in de klinische praktijk. Hierbij is expliciete aandacht voor risicofactoren en beschermende factoren binnen de verschillende (sub)klinische stadia noodzakelijk om zorgprofessionals goed te kunnen opleiden in het sneller detecteren en op niet-stigmatiserende wijze bespreken van de kenmerken van BPS. Dit vraagt van de psychiater en klinisch

psycholoog om niet alleen BPS in een vroeger stadium te detecteren, te diagnosticeren en te behandelen, maar ook om diens expertise aan laagdrempeliger vormen van hulpverlening beschikbaar te stellen. Alleen door een proactieve inzet van zorgprofessionals zullen we de kenmerken bij adolescenten daadwerkelijk vroeger herkennen en bespreken, waardoor zij sneller hulp kunnen krijgen die afgestemd is op de fase in het beloop van de stoornis.

Ten tweede is uitbreiding van de mogelijkheden voor diagnostiek noodzakelijk. Hierdoor kunnen adolescenten bij wie men een verhoogd risico voor BPS detecteert snel toegang krijgen tot uitgebreidere diagnostiek, waarin een geïntegreerd beeld van klachten, problemen, ontwikkelingsgeschiedenis, context en de risico- en beschermende factoren gevormd wordt. Hierbij is het van belang dat naast de comorbide aandoeningen, zeker ook de gezonde steunbronnen in het functioneren en netwerk van de jongere geïnventariseerd worden, voor een optimaal behandelresultaat.

Ten derde zullen we het behandelaanbod voor adolescenten met kenmerken van BPS moeten uitbreiden en flexibiliseren, waardoor specialistische zorg gemakkelijker toegankelijk en afgestemd wordt op de vraag. Dit betekent het opheffen van kunstmatige schotten in financiering en organisatie van zorg voor leeftijdsgrenzen (18-/18+) of in stoornis-specifieke programma's. Vanuit een ontwikkelingsperspectief zal de jongere en zijn of haar gezin gevolgd moeten worden in hun problematiek en hulpvraag binnen een breed aanbod waarin specialistische behandeling ook kort en episodisch geboden kan worden. Op deze manier zou men de traditionele visie op stepped-carezorg anders kunnen invullen. Breed beschikbare specialistische expertise, in veel gevallen kortdurend en ondersteunend aan meer laagdrempelige vormen van hulp en in sommige gevallen intensief en/of langdurig qua aanbod, kan aansluiten op wat een jongere nodig heeft.

## CONCLUSIE

De evidentie voor een ontwikkelingsperspectief op BPS neemt in hoog tempo toe. Echter, deze kennis wordt nog maar mondjesmaat naar de klinische praktijk vertaald, men vermijdt nog veelal het stellen van de diagnose en biedt nog relatief laat in het beloop van de stoornis specialistische behandeling. Dit is een gemiste kans. Klinische stadiëring kan een leidraad bieden voor het verder ontwikkelen van preventie en vroege interventie. Daarmee kunnen we de zorg voor BPS verbeteren door aan te sluiten bij wat er nodig is binnen de fase van ontwikkeling van de stoornis.

## LITERATUUR

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: APA; 2013.

- Beauchaine TP, Klein DN, Crowell SE, Derbidge C, Gatzke-Kopp L. Multifinality in the development of personality disorders: A Biology× Sex× Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 735-70.
- Caspi A, Moffitt TE. All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *Am J Psychiatry* 2018; 175: 831-44.
- Chanen AM, McCutcheon L. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *Br J Psychiatry* 2013; 202(s54): s24-9.
- Chanen AM, Nicol K, Betts JK, Thompson N. Diagnosis and treatment of borderline personality disorder in young people. *Curr Psychiatry Rep* 2020; 22: 25.
- Chanen A, Sharp C, Hoffman P; Global Alliance for Prevention and Early Intervention for Borderline Personality Disorder. Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry* 2017; 16: 215.
- 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.
- Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M, Schumacher T, Stoehr R, Boege I. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 160.
- Markowitz JC, Morey LC, Sanislow C, Yen S, Zanarini MC, Keuroghlian AS, e.a. Interactions of borderline personality disorder and mood disorders over 10 years. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 829-34.
- Hutsebaut J, Hessels CJ. Klinische stadiëring en vroege interventie voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 166-74.
- Mervielde I, De Clercq B, De Fruyt F, Van Leeuwen K. Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *J Pers Disord* 2005; 19: 171-201.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, e.a. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet* 2012; 379: 236-43.
- Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015; 385: 727-34.
- Newton-Howes G, Weaver T, Tyrer P. Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 572-7.
- Laurenssen 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.
- Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczinski F, 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.
- Sharp C, Wright AG, Fowler JC, Frueh BC, Allen JG, Oldham J, e.a. The structure of personality pathology: Both general ('g') and specific ('s') factors? *J Abnorm Psychol* 2015; 124: 387-98.
- Thompson KN, Jackson H, Cavelti M, Betts J, McCutcheon L, Jovev M, e.a. The clinical significance of subthreshold borderline personality disorder features in outpatient youth. *J Personal Disord* 2019; 33: 71-81.
- Van den Broeck J, Bastiaansen L, Rossi G, Dierckx E, De Clercq B. Age-neutrality of the trait facets proposed for personality disorders in DSM-5: A DIFAS analysis of the PID-5. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35: 487-94.
- Videler AC, Hutsebaut J, Schulkens JE, Sobczak S, Van Alphen SP. A life span perspective on borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21: 51.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Weinberg I, Gunderson JG. The 10 year course of physically self destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 177-84.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Ridolfi ME, Jager-Hyman S, Hennen J, Gunderson JG. Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *J Personal Disord* 2006; 20: 9-15.