

Klinische stadiëring en risicoprofi- lering bij jongeren met borderline- persoonlijkheidsproblematiek



Anouk Aleva, Joost Hutsebaut

Drs. A. Aleva, GZ-psycholoog en promovendus bij HYPE GGz Centraal, Expertisecentrum voor vroege interventie bij borderlinepersoonlijkheidsproblematiek, Amersfoort; Universiteit Utrecht
Dr. J. Hutsebaut, klinisch psycholoog, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin, De Viersprong, Bergen op Zoom; Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht

SAMENVATTING

Dit artikel introduceert een klinisch stadiëringsmodel van borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) met aanvullend een voorstel voor risicoprofiëring. Een diagnose BPS heeft ernstige en langdurige gevolgen op volwassen leeftijd. Door jongeren met een zich ontwikkelende BPS vroeg te signaleren en gepast te behandelen is grote gezondheidswinst mogelijk. Klinische stadiëringsmodellen en risicoprofiëring kunnen klinici helpen om deze problematiek bij jongeren tijdig te signaleren en om passende behandeling te indiceren. Naast het bepalen van het stadium van de problematiek, middels het klinisch stadiëringsmodel, kunnen risicofactoren een indicatie geven voor een ongunstige prognose. Het voorstel voor deze risicofactoren wordt gedaan op basis van een systematische literatuuronderzoek. Zeven categorieën van risicofactoren worden onderscheiden: negatieve ervaringen in de kindertijd, BPS-symptoomprofiel, comorbide stoornissen, persoonlijkheidstrekken en -functioneren, actuele interpersoonlijke context, biologische aanleg en sociaal-demografische factoren. De risicofactoren zijn samengevat in een checklist waarmee het risicoprofiel van een jongere kan worden ingeschat. Toekomstig onderzoek kan een verdere aanvulling geven op het huidige voorstel van risicofactoren en de inzet van hierbij passende interventies.

LEERDOELEN

Na het bestuderen van dit artikel:
bent u op de hoogte van het klinisch stadiëringsmodel van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek;
ziet u de mogelijkheden en het belang van vroege signalering van en interventie bij borderlinepersoonlijkheidsproblematiek;
hebt u kennis over het voorstel van risicoprofiëring in de ontwikkeling van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis;
kunt u een checklist inzetten om het risicoprofiel van een jongere in te schatten.

Inleiding

Een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is een ernstige psychiatrische stoornis, die zich kenmerkt door instabiliteit van emoties, relaties en zelfbeeld. Behalve de symptomatologie zoals beschreven in de DSM-5,¹ is er bij patiënten met een BPS vaak sprake van een hoge mate van comorbide psychische en somatische problematiek, beperkt psychosociaal functioneren en een lage kwaliteit van leven.^{2,3} Het idee dat patiënten met een BPS onbehandelbaar zouden zijn veranderde⁴ nadat wetenschappelijke studies aantoonde dat symptomatische remissie wel degelijk mogelijk is.⁵ Minder duidelijk is hoe duurzaam deze remissie is en of behandelingen ook voldoende impact hebben op het herstel van het psychosociale functioneren.^{2,6} Door een BPS vroeger in het beloop van de stoornis te onderkennen en gepast te behandelen kan mogelijk belangrijke behandelwinst behaald worden. Vroeg in het beloop zijn de persoonlijkheidspatronen en geassocieerde sociaal-maatschappelijke beperkingen nog pril, waardoor deze waarschijnlijk meer veranderbaar zijn dan later in het beloop.⁷ Vanuit dit idee is de aandacht voor klinische stadiëring en profiëring van BPS de afgelopen jaren toegenomen. In dit artikel ligt de focus op de toepassing van stadiëring en profiëring bij BPS. Dit hoeft echter niet te betekenen dat voor andere

typen persoonlijkheidsstoornissen geheel andere modellen nodig zijn. Het wordt immers steeds duidelijker dat de diverse typen heel wat generieke componenten bevatten en dat de typische kenmerken van een BPS vooral verwijzen naar deze meer generieke beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren. In die zin is BPS zeer representatief voor persoonlijkheidsproblematiek in het algemeen.

Klinisch stadiëringsmodel

Al langer bestaat er kritiek op de statische en categoriale classificatie van persoonlijkheidsstoornissen in het DSM-systeem. Niet toevallig introduceerde de DSM-5 in zijn appendix dan ook een Alternatief Model voor Persoonlijkheidsstoornissen (AMPD).¹ Het AMPD laat een meer dimensionele benadering toe, waarin verschillen in ernst van de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek beter kunnen worden gerepresenteerd. Toch blijft ook het AMPD een statische weergave van het functioneren van een patiënt op een bepaald moment in de tijd. Er is echter een groot verschil tussen patronen die net zijn ontstaan en nog slechts een beperkte impact hebben op het functioneren van een individu, en chronische patronen met langdurige impact op iemands leven. Een klinisch stadiëringsmodel integreert ook dit tijdsaspect van een stoornis, oftewel het idee dat een stoornis zich ontwikkelt gedurende een langere periode. Klinische stadiëring gaat dus uit van een progressieve ontwikkeling van een stoornis, zoals BPS, via een aantal stadia.⁸ Binnen de somatische zorg zijn klinische stadiëringsmodellen al lange tijd de gangbare benadering, bijvoorbeeld bij het beoordelen van hartfalen met behulp van het ACC/AHA-classificatiesysteem.⁹

Het benaderen van een psychische stoornis als progressieve klinische stadia biedt een alternatief voor het huidige DSM-systeem, dat tot op heden nog categoriaal van aard is en waarin stoornissen aan- of afwezig zijn op basis van een drempel van een (willekeurig) aantal symptomen.¹ In het geval van een BPS: voldoet een patiënt aan vijf BPS-symptomen, dan kan op dat moment de DSM-classificatie BPS worden gesteld. Deze categorisering weerspiegelt onvoldoende het beloop van deze stoornis, waarin symptomen gradueel toenemen parallel aan sociaal-maatschappelijk vastlopen, tot op een bepaald moment aan de categoriale drempel wordt voldaan.^{7,8} Noch omvat een dergelijk categoriaal systeem voldoende het komen en gaan van symptomen gedurende de levensloop.⁷ In tegenstelling tot het categoriale systeem, geeft een klinisch stadiëringsmodel het graduele beloop van een stoornis weer in stadia die gedefinieerd zijn op basis van de ernst van actuele symptomen en de geassocieerde psychosociale beperkingen. Vroege stadia identificeren de vroege uitingen en symptomen van een ziekte of stoornis, nog vóór de klinische diagnose kan worden gesteld. Latere stadia kunnen herhaalde patronen van terugval en nieuwe klinische episodes van de stoornis weergeven. Klinische stadiëring vormt in die zin een verfijning van het categoriale classificatiesysteem.

Het laat een meer dynamische representatie van de stoornis toe en draagt bij aan een vroege onderkenning.¹⁰ Terugkerend naar de analogie met de somatische zorg: binnen het ACC/AHA-classificatiesysteem voor hartfalen wordt het (risico op) hartfalen bij een patiënt ingedeeld in één van de vier progressieve stadia (A, B, C en D). Stadium A betreft patiënten met een hoog risico, maar zonder actuele symptomen en stadium D omvat aanhoudend hartfalen en ernstige beperkingen. Ook in de oncologie worden stadiëringsmodellen gebruikt om de progressie van de ziekte weer te geven. In de psychiatrie wordt klinische stadiëring onder meer reeds gebruikt bij de beoordeling van psychotische stoornissen.¹¹ In de benadering van persoonlijkheidsproblematiek is deze visie relatief nieuw.

De afgelopen jaren is een aantal klinische stadiëringsmodellen met progressieve stadia van BPS geformuleerd.^{7,12} Het uitgangspunt van deze modellen is hetzelfde: de heterogene groep van BPS-patiënten wordt ingedeeld op basis van progressieve stadia en deze indeling kan vervolgens richting geven aan de indicatiestelling voor behandeling. Klinische stadiëring biedt wellicht ook een uitkomst voor clinici die tot op heden terughoudend zijn met het vaststellen van BPS-problematiek bij jongeren,¹³ ondanks de wetenschappelijke bevindingen dat deze problematiek wel degelijk betrouwbaar en valide vast te stellen is bij jongeren.^{8,14-15} De klinische stadia bieden de mogelijkheid de problematiek dynamisch te beschrijven en meer kleur te geven dan alleen een categoriale symptoomdrempel.

Eén van de eerste klinische stadiëringsmodellen van BPS was van Chanen en collega's, waarin de stadia vooral gebaseerd werden op de (subklinische) aanwezigheid van BPS symptomen.¹² Het door Hutsebaut en collega's⁷ voorgestelde stadiëringsmodel breidt het onderscheid in de stadia uit door deze te baseren op:

1. de mate, ernst en duur van BPS-symptomen;
2. de mate en ernst van comorbide psychische stoornissen;
3. de mate van sociale, relationele en beroepsmatige beperkingen.⁷

In tabel 1 is een aangepaste versie van de stadia, zoals eerder geformuleerd door Hutsebaut en collega's,⁷ weergegeven. Hierin is eveneens opgenomen bij welke hulpverlener patiënten in een bepaald stadium vaak in beeld komen en bij wie zij mogelijk (deels) gepaste zorg kunnen ontvangen. In aanvulling op deze klinische stadia wordt in dit artikel het hanteren van risicoprofilering op basis van wetenschappelijk gedefinieerde risicofactoren voorgesteld. Het klinische stadiëringsmodel beschrijft de progressie van de stoornis en het risicoprofiel geeft een indicatie van de kans op progressie van de stoornis naar een volgend stadium of ander negatief beloop in de toekomst. Na een korte toelichting op de in tabel 1 weergegeven klinische stadia volgt de beschrijving van de risicofactoren.

Tabel 1 Klinisch stadiëringsmodel van borderline-persoonlijkheidstoornis, aangepaste versie van Hutsebaut en collega's (2019).

stadium	definitie	klinisch beeld	functioneren	waar in beeld?
stadium 0	asymptotisch, maar verhoogd risico op basis van de aanwezigheid van risicofactoren	beperkingen in zelf- en interpersoonlijke regulatie, zich uitend in verhoogde kwetsbaarheid in stemmingsregulatie, aandachtsfuncties, frustratie en impulstolerantie	geen uitgebreide problemen, mogelijk wel alarmsignalen in het functioneren op school of het contact met leeftijdsgenoten	indien klachten zich ontwikkelen dan o.a. bij huisarts, wijkteam, GGD, zorgcoördinator op school
stadium 1A	hulpzoekend, niet-specifieke symptomen met milde tot matige lijdensdruk; geen specifieke BPS-symptomen	aanwezigheid van duidelijke problemen in zelf- en interpersoonlijke regulatie, vaak uitgedrukt in internaliserende/externaliserende stoornissen zoals stemmingsstoornis of gedragsstoornis	ontwikkeling van problemen op school, met leeftijdsgenoten en/of in de ouder-kind relatie	idem stadium 0 met aanvulling van actievere screening op signalen bij jongeren en jongvolwassenen
stadium 1B	subklinische BPS-symptomen of klinisch met duur < 12 maanden; ultrahog risico voor ontwikkeling van meer chronische patronen van persoonlijkheidspathologie	aanwezigheid van specifieke BPS-symptomen, die de uitdrukking vormen van een acute episode gerelateerd aan onderliggende beperkingen in zelf- en interpersoonlijke regulatie; meest typisch gaat het om BPS-symptomen van zelf-pathologie (stemming en impulsregulatie); symptomen van comorbide stoornissen kunnen optreden, zoals angst- of stemmingsstoornissen	toename van problemen op school, in contact met leeftijdsgenoten en/of in ouder-kindrelatie	idem 1A met aanvulling van patiënten die in beeld komen in de basis GGZ, crisisopnameafdelingen, ziekenhuisopnames na bijvoorbeeld een overdosis, bingedrinken of middelengebruik, en forensische afdelingen
stadium 2	eerste keer dat voldaan wordt aan klinische BPS-diagnose met matig tot ernstige symptomen, de duur van de actuele episode is 12-36 maanden	eerste episode van significante symptomen van BPS waarvoor een diagnose gesteld kan worden; uitdrukking van matige tot ernstige beperkingen in zelf- en interpersoonlijke regulatie; de concrete BPS-symptomen kunnen verschuiven door de levensloop; comorbide stoornissen kunnen aanwezig zijn, maar zijn vaak beperkt in ernst	duidelijke beperkingen in sociaal, academisch en professioneel functioneren	idem 1B + verwijzingen vanuit de basis GGZ naar de specialistische GGZ na onsuccesvolle behandeling
stadium 3A	terugkerende of persistente BPS (of onvolledige remissie na eerdere episodes, waarbij symptomen en functionele last blijven bestaan)	significante BPS-symptomen blijven bestaan in matige tot ernstige ernst; duur van de stoornis is > 36 maanden; comorbide stoornissen vaak aanwezig	persisterende en pervasieve functionele beperkingen, weerspiegeld in een gebrek aan herstel in sociaal en/of professioneel functioneren	basis en specialistische GGZ

stadium	definitie	klinisch beeld	functioneren	waar in beeld?
stadium 3B	veelvuldig herhal in BPS-diagnose, verslechterend klinisch beeld en toegenomen mate van symptomen en functionele beperkingen	persisterende BPS-diagnose of terugkerend herhal in acute episodes van diagnose; symptomen boven de drempel voor een BPS-diagnose zijn in de voorafgaande zes jaar minstens de helft van de tijd aanwezig geweest; comorbide stoornissen vaak aanwezig en hoge mate van ernst; geregeld comorbide somatische problemen	persisterende en pervasieve functionele beperkingen, weerspiegeld in een gebrek aan herstel in sociaal en/of professioneel functioneren	specialistische GGZ
stadium 4	ernstige, chronische en niet meer in remissiekerende BPS	aanwezigheid van klinische BPS diagnose in meer dan 80% van de tijd in de laatste 6 jaar; er is sprake van behandelresistentie, weerspiegeld in onsuccesvolle pogingen om te behandelen in de specialistische GGZ	persisterende en pervasieve functionele beperkingen, weerspiegeld in een gebrek aan herstel in zowel sociaal als professioneel functioneren	specialistische GGZ

Stadium 0 reflecteert patiënten zonder classificeerbare symptomen maar bij wie wel lichte klachten aanwezig zijn in bijvoorbeeld de stemmingsregulatie. In deze groep is de impact op het dagelijks leven nog beperkt. In stadium 1A is de symptomatologie mild tot matig, maar nog aspecifiek. Er worden problemen in de schoolgang, werksituatie en/of sociale reacties zichtbaar. In stadium 1B komen meer specifieke BPS-symptomen naar voren (hoewel nog subklinisch) en dreigt de gezonde ontwikkeling te stagneren. Stadium 2 geeft een patiëntengroep weer die (voor het eerst) voldoet aan de huidige DSM BPS-classificatie (zijnde minimaal vijf van de negen omschreven symptomen waardoor gesproken wordt van een klinische diagnose). Er is bij deze groep geregeld sprake van comorbide problematiek en de impact op het psychosociale functioneren is aanzienlijk. Stadium 3A betreft patiënten bij wie sprake is van een terugkerende of chronische BPS. Comorbide (classificeerbare) stoornissen komen in dit stadium vaak voor. De problematiek heeft een ernstige impact op het functioneren. In stadium 3B valt een patiënt veelvuldig terug in een BPS, waarbij de drempel voor de klinische diagnose in de afgelopen zes jaar minstens de helft van de tijd gehaald werd. De uitval op sociaal-maatschappelijk gebied is in dit stadium nagenoeg volledig. Stadium 4 weerspiegelt een beeld waarin echte remissie en herstel onbereikbaar worden geacht.

Vroege interventie

Door het huidige categoriale DSM-systeem als uitgangspunt te nemen zijn specialistische behandelingen voor BPS vaak pas toegankelijk wanneer een patiënt voldoet aan de drem-

pelwaarde van de DSM-classificatie. Op dat moment zijn de symptomen en beperkingen in het psychosociale functioneren vaak al sterk ontwikkeld. Door te wachten tot de drempelwaarde voor classificatie is bereikt, gaat een kritieke periode voorbij, waarin interventie mogelijk veel effectiever is. Vertaald naar het beschreven stadiëringsmodel betekent dit dat in de huidige praktijk patiënten doorgaans pas in stadium 2 – en meestal nog later – worden herkend en doorverwezen naar een specialistisch behandelprogramma. Vaak gaat het om volwassenen die al jaren in de hulpverlening zitten en bij wie de problemen een steeds grotere impact op het functioneren hebben gekregen zonder dat ze gekaderd werden binnen een BPS. Dit houdt dikwijls ook in dat de behandeling die nodig is om deze patronen alsnog om te buigen, langdurig en intensief is. Het implementeren van het klinische stadiëringsmodel van BPS geeft handvatten om de symptomen eerder te onderkennen en behandelingen afgestemd op een eerder stadium te ontwikkelen. Het stadiëringsmodel maakt het mogelijk de focus te verleggen van een later stadium van de stoornis naar vroege detectie en interventie in het beloop. Het uitgangspunt hierbij is, dat de vorm, intensiteit en duur van de behandeling aansluiten bij de progressie van symptomen. Net als in de geneeskunde gaat men ervan uit dat de problematiek in eerdere stadia meer responsief is op behandeling dan in latere stadia. Dat betekent dat vroeg in het beloop vermoedelijk een minder intensieve en invasieve behandeling noodzakelijk is dan in latere stadia. Terugkomend op de analogie met de somatische zorg is het bij hartfalen in stadium A, waarbij risicofactoren vooropstaan, doorgaans gebruikelijk leefstijladviezen aan te

bevelen. Terwijl in stadium D gedacht kan worden aan operaties zoals een pacemaker.¹⁶

Specialistische behandelingen voor BPS, zoals dialectische gedragstherapie (DGT) en Mentalization-Based Treatment (MBT), worden binnen het klinisch stadiëringsmodel van BPS in de gebruikelijke vorm geïndiceerd in stadium 3 of 4. De vorm van deze behandelingen sluit wat betreft intensiteit en duur vermoedelijk het beste aan bij de ernstige en omvangrijke problematiek in de verder gevorderde stadia: de gemiddelde behandelduur is doorgaans ongeveer één jaar (DGT) tot anderhalf jaar (MBT) en de behandeling bestaat vaak uit meerdere (groeps)sessies per week.^{17,18} De afgelopen jaren zijn adaptaties ontwikkeld van deze volwassen programma's voor jongeren in een eerder stadium van BPS, zoals HYPE, DGT-A en MBT-early.^{19,20} Deze programma's richten zich op jongeren in stadium 1 en 2, de relatief vroege stadia in het beloop van een BPS, waarin de problematiek en de beperkingen in het functioneren vaak matig zijn en vermoedelijk responsiever op behandeling. Deze vroege-interventieprogramma's duren korter dan de meer originele behandelvormen. Zo bestaat het DGT-A protocol uit 19 sessies, en zowel HYPE als MBT-early hanteren 16 sessies met de mogelijkheid op individueel niveau te intensiveren met bijvoorbeeld systeemgesprekken en praktische ondersteuning.

Inmiddels is een tiental studies gepubliceerd waarin specialistische vroege-interventie behandelprogramma's voor jongeren werden vergeleken met de bestaande zorg voor BPS-patiënten.^{8,20} De bevindingen uit deze studies zijn niet eenduidig. Globaal gezien zijn de vroege-interventie behandelprogramma's effectief in het verminderen van BPS-symptomen, het verschil in effectiviteit ten opzichte van het alternatieve zorgaanbod in deze studies lijkt echter beperkt. Een mogelijke verklaring voor deze bevindingen is dat de onderzochte behandelingen vaak (kenmerken van) vroege-interventieprogramma's betroffen, terwijl de onderzochte doelgroep zeer heterogeen was. Mogelijk sloot het homogene programma daardoor onvoldoende aan bij de doelgroep en paste de behandeling slechts bij een deel van deze jongeren. Hoewel de meeste jongeren in deze studies zich in een (relatief) vroeg stadium (1 of 2) van BPS bevinden, lijkt een deel van hen een ernstig belaste groep. Hierdoor ontstaat de vraag of er naast het bepalen van het stadium waarin een BPS zich bij een patiënt bevindt, aanvullend sprake moet zijn van profilering op basis van de aan- of afwezigheid van risicofactoren. Het opstellen van een risicoprofiel kan een indicatie geven van de waarschijnlijkheid van een negatieve prognose van het beloop van de problematiek bij een patiënt. Jongeren die op basis van hun actuele klachten en functioneren in hetzelfde stadium worden ingedeeld, kunnen verschillen in de aan- of afwezigheid van risicofactoren en daarmee in hun risicoprofiel. Als bij een jongere sprake is van een groot aantal risicofactoren, zou dit – naast het stadium van de stoornis –

impact kunnen hebben op de uiteindelijke werkzaamheid van een behandeling en dus een indicatie kunnen vormen om de behandelingsdosering aan te passen.

Risicoprofilering

In een eerdere publicatie deden Noteboom, Dil en Van²¹ een voorzet voor risicoprofilering en -factoren als aanvulling op het klinisch stadiëringsmodel van BPS. Zij noemden onder andere de volgende risicofactoren: complexe posttraumatische stressstoornis, familiair psychiatrische belasting en beperkt ziekte-inzicht. Daarnaast beschreven deze auteurs een aantal beschermende factoren die mogelijk een meer gunstig verloop voorspellen, zoals een hoge mate van extraversie en vriendelijkheid, een blanco hulpverleningsgeschiedenis en een hoog IQ. Het opstellen van een individueel risicoprofiel aan de hand van de aan- of afwezigheid van vooraf gedefinieerde risicofactoren kan een indicatie geven over de (geschatte) prognose. In de klinische praktijk kan dit helpen bij het bepalen van de behandelindicatie. De aanwezigheid van een groot aantal risicofactoren voorspelt een hogere waarschijnlijkheid van progressie naar een volgend stadium van BPS. Wanneer de problematiek zich bijvoorbeeld in een vroeg stadium bevindt maar er een hoog risicoprofiel is, kan overwogen worden de behandeling aan te vullen met extra interventies of grotere gerichtheid op specifieke onderdelen zoals het psychosociaal functioneren. Door naast het stadium af te stemmen op het risicoprofiel in de behandeling kan de effectiviteit van vroege-interventieprogramma's mogelijk worden vergroot. Zo zou in de toekomst beter geïndiceerd kunnen worden welke jongeren volstaan met milde interventies en welke jongeren (en systemen) mogelijk intensievere interventies nodig hebben om, ondanks een vroeg stadium, de ontwikkeling van BPS af te remmen en de algemene kwaliteit van leven en het psychosociaal functioneren te verbeteren.

Een aanvulling van risicoprofilering op klinische stadiëring komt ook in de somatische zorg voor: risicofactoren voor een patiënt met hartfalen zijn onder andere diabetes mellitus, een belaste familieanamnese voor hart- en vaatziekten, roken, verhoogde bloeddruk of cholesterol en COPD.²¹ Leefstijladviezen bij hartfalen in stadium A worden bij een zeer hoog risicoprofiel bijvoorbeeld aangevuld met de overweging reeds medicatie te starten.

In lijn met het voorstel van Noteboom, Dil en Van²¹ en het toenemend aantal onderzoeken op dit gebied, hebben we op basis van een systematische literatuurstudie van recente onderzoeken (periode 2018-2020) een voorstel gedaan voor de psychologische, sociale en biologische risicofactoren die gebruikt kunnen worden bij het samenstellen van een risicoprofiel van een patiënt met een (subklinische) BPS.²³ De nadruk ligt hierbij op de factoren die onderbouwd zijn met wetenschappelijke onderzoeksresultaten. Hierdoor kan het voorkomen dat factoren die op basis van klinische ervaring

Tabel 2 Overzicht van psychologische, sociale en biologische risicofactoren geassocieerd met een ongunstige prognose van een BPS.

categorie	risicofactor	wetenschappelijke onderbouwing
negatieve ervaringen in de kindertijd	verschillende interpersoonlijke traumatische gebeurtenissen	+++
	seksueel misbruik	++
BPS-symptoomprofiel	aantal en ernst van de BPS-symptomen	+++
	impulsief/willekeurig patroon van zelfbeschadiging	+
comorbide psychische problematiek	psychotische symptomen	+++
	middelenmisbruik	+++
persoonlijkheidstrekken en -functioneren	bepkeringen op het gebied van criterium A van het alternatieve model voor persoonlijkheidsstoornissen (AMPD)	++
	hoge mate van neuroticisme en lage mate van vriendelijkheid	++
actuele interpersoonlijke context	hoge mate van ouderlijk conflict en weinig ervaren (relationele) steun van leeftijdsgenoten	+
	actuele negatieve interpersoonlijke gebeurtenissen	+
biologische aanleg	defect in amygdalagewenning	+
	familiaire dispositie voor ernstige psychopathologie	+

als risico voor een negatieve prognose worden beschouwd, niet terugkomen in het huidige artikel vanwege het ontbreken van wetenschappelijk bewijs op dit moment. Toekomstige onderzoeken kunnen een verdere aanvulling geven op het huidige voorstel van risicofactoren. Daarnaast zal verder onderzoek zich moeten richten op de werkzaamheid van concrete interventies bij specifieke risicoprofielen.

Op basis van onze literatuurstudie hebben we de voorgestelde risicofactoren geordend volgens zeven categorieën: negatieve ervaringen in de kindertijd, BPS-symptoomprofiel, comorbide psychische problematiek, persoonlijkheidstrekken en -functioneren, actuele interpersoonlijke context, biologische aanleg en sociaal-demografische factoren. Tabel 2 geeft een overzicht van de risicofactoren met de mate van wetenschappelijk bewijs. In de tabel is de categorie sociaal-demografische factoren niet opgenomen omdat er op dit moment onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor specifieke risicofactoren binnen deze categorie. Achtereenvolgens volgt een korte toelichting van de categorieën risicofactoren en bijbehorende wetenschappelijke onderzoeken.

Negatieve ervaringen in de kindertijd

Diverse onderzoeken laten zien dat veelvuldig ernstig interpersoonlijk trauma in de kindertijd een sterke voorspeller is van de ernst en het voortduren van BPS-symptomen na de adolescentie.²⁴ Vooral seksueel misbruik in de kindertijd is geassocieerd met ernstigere en chronischere BPS.²⁵ Andere stu-

dies vonden een link tussen emotioneel misbruik en de ernst van BPS.^{26,27} De combinatie van verwaarlozing en misbruik in de kindertijd lijkt voorspellend voor psychopathologie in het algemeen, interpersoonlijke onveiligheid, suïcidaliteit en BPS.²⁸

BPS-symptoomprofiel

De ernst, het aantal en de aard van de BPS-symptomen hangen samen met de prognose van de stoornis. Een onderzoek naar het effect van één jaar behandeling liet zien dat ernstigere BPS-symptomatologie bij intake voorspellend was voor een lager niveau van functioneren na dat jaar.²⁹ Met name een chronisch gevoel van leegte, impulsiviteit en de frequentie van zelfbeschadiging bleken van invloed op deze resultaten. Een ander onderzoek toonde aan dat de symptomen impulsiviteit en interpersoonlijke problemen het aantal suïcidepogingen onder BPS-patiënten voorspelden.³⁰ Verder is onderzoek gedaan naar de associatie tussen zelfbeschadiging onder BPS-patiënten en de prognose die hiermee samenhangt. Er werden twee patronen van zelfbeschadigend gedrag gevonden. Bij het eerste patroon, genaamd impulsief/willekeurig, was er geen regelmaat in de momenten dat zelfbeschadiging voorkwam en was eerder sprake van relatief onverwachte momenten. Bij het tweede patroon, genaamd regelmatig/gewoonte, was er sprake van een relatieve voorspelbaarheid. Een impulsief/willekeurig patroon van zelfbeschadiging bleek geassocieerd met een hogere mate van ernst van de zelfbeschadiging en meer suïcidepogingen, in tegenstelling

tot een regelmatig/gewoonte-patroon.³¹ Patiënten kunnen ook gelijktijdig beide patronen laten zien of wisselen van patroon. Een ander longitudinaal onderzoek vond dat bij patiënten die uiteindelijk herstellen van BPS de ernst van het symptoom dissociatieve ervaringen lager was bij de start ten opzichte van BPS-patiënten die niet herstellen.³²

Comorbide psychische problematiek

Comorbide stoornissen komen bij BPS-patiënten vaak voor³³ en sommige van deze stoornissen zijn geassocieerd met een grotere waarschijnlijkheid van een negatieve prognose van BPS. Allereerst vonden meerdere onderzoeken dat jongeren met BPS en comorbide psychotische klachten, specifiek auditief verbale hallucinaties, een minder gunstige prognose kennen dan jongeren zonder deze klachten.³⁴ Jongeren met auditief verbale hallucinaties hadden hogere niveaus van psychopathologie, waaronder zelfbeschadiging, paranoïde ideaties, angst, stress en suicidaliteit.³⁵ Naast psychotische klachten zijn comorbide stoornissen in het gebruik van een middel eveneens gevonden als voorspellend voor een negatieve prognose van BPS³⁶ en geassocieerd met ernstigere BPS-symptomen.^{37,38} Hoewel andere stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen en ADHD, ook vaak voorkomen naast BPS is verder wetenschappelijk onderzoek nodig naar de invloed van deze stoornissen op de prognose van BPS om gefundeerde uitspraken te kunnen doen over deze stoornissen als risicofactor.

Persoonlijkheidstrekken en -functioneren

Het niveau van het persoonlijkheidsfunctioneren, zoals gedefinieerd in criterium A van het AMPD, komt in wetenschappelijke onderzoeken op verschillende manieren naar voren als risicofactor. Onder meer onduidelijkheid in het zelfconcept,³⁹ emotieregulatieproblemen⁴⁰ en het vermijden van emotionele reacties⁴¹ hangen samen met ernstigere manifestaties van BPS en/of een verlaagde kwaliteit van leven bij BPS-patiënten. Niet-productieve zelfreflectie^{42,43} en een hoge mate van het op zichzelf betrekken van negatieve boodschappen⁴⁴ zijn geassocieerd met ernstigere BPS-symptomatologie. Een beschermende factor binnen deze categorie lijkt zelfsturing: het vermogen om betekenis en zin aan het leven te geven.⁴⁵ Daarnaast is er onderzoek naar de samenhang tussen de Big Five persoonlijkheidstrekken en de ernst en prognose van BPS. Vooral neuroticisme en vriendelijkheid laten een relatie met de prognose voor BPS zien,⁴⁶⁻⁴⁸ waarbij de algemene tendens lijkt dat een hoge mate van neuroticisme en lage mate van vriendelijkheid samenhangen met een ernstiger en chronischer beloop van BPS.

Actuele interpersoonlijke context

Recente of actuele interpersoonlijke omstandigheden kunnen een negatief effect hebben op het beloop van BPS. Een toename van conflicten met ouders⁴⁹ en gebrek aan (ervaren) relationele steun in romantische relaties⁵⁰ blijken geassocieerd

met een toename van BPS-symptomen en/of afname van levensvredeheid gedurende de adolescentie. Met betrekking tot romantische relaties heeft onderzoek laten zien dat slachtofferschap binnen een relatie geassocieerd lijkt met het voortduren of zelfs verergeren van BPS-symptomen.⁵¹ Retrospectief onderzoek toonde aan dat volwassen BPS-patiënten een hogere mate van seksueel misbruik rapporteerden dan adolescente BPS-patiënten, inclusief het ervaren van seksueel misbruik/aanranding in meerdere ontwikkelingsstadia.⁵² Deze bevinding benadrukt het belang van alertheid op signalen van actuele traumatische situaties in het werken met jongeren in vroege stadia van BPS.

Biologische aanleg

Onderzoek naar de neurobiologie en epigenetica van BPS staat op dit moment nog in de kinderschoenen. Recent verscheen een reviewartikel van de resultaten tot dusver, waarin onder andere een mogelijk erfelijke component van BPS naar voren komt.^{53,54} Met betrekking tot neurobiologische risicofactoren wijst wetenschappelijk onderzoek onder andere op een gebrekkige gewinning van de amygdala in reactie op opeenvolgende boze en angstige gezichtsuitdrukkingen.⁵⁵ Een andere bevinding op het gebied van neurobiologie is de associatie tussen een verlaagde variabiliteit van de hartslag in rusttoestand en een algemeen verhoogde hartslag met ernstigere BPS-symptomatologie en psychosociale beperkingen.⁵⁶

Sociaal-demografische factoren

Resultaten op het gebied van sociaal-demografische risicofactoren zijn niet eenduidig. Een longitudinaal onderzoek vond een associatie tussen een lagere leeftijd op het moment dat de BPS-diagnose werd gesteld en een grotere kans op herstel.² Het is echter onduidelijk of een lagere leeftijd expliciet gunstig is (o.a. grotere flexibiliteit), of dat er ook andere visies kunnen zijn op dit verband (bijv. risico op later in het leven terugval in symptomen door op jonge leeftijd vastlopen). Met betrekking tot geslacht en BPS lopen de resultaten uiteen. Een meta-analyse impliceerde dat vrouwen meer moeite hebben om tot verbetering van het psychosociaal functioneren te komen,² ander onderzoek vond echter dat mannen meer beperkingen in het functioneren ervaren en een hoger risico hebben te overlijden ten gevolge van suicide.⁵⁷

Advies voor de praktijk

Lange tijd heeft het debat rondom BPS bij jongeren in het teken gestaan van de discussie over het al dan niet stellen van een diagnose en de mogelijke stigmatisering als gevolg van de classificatie BPS. Hoewel onderzoeksbevindingen al enige tijd laten zien dat BPS-symptomen betrouwbaar en valide vastgesteld kunnen worden bij jongeren,^{8,14,15} blijft een groot deel van de klinici terughoudend.¹³ De angst om jonge mensen voorbarig te stigmatiseren lijkt hierin een rol te spelen evenals mogelijk ook twijfel over behandelmogelijkheden. Het voorgestelde model van klinische stadiëring van BPS en

Tabel 3 Checklist risicofactoren bij een patiënt met BPS-symptomen.

Nb. Vragen staan op volgorde van wetenschappelijke evidentie (meest naar minst).

• Is er sprake van verschillende interpersoonlijke trauma's in de kindertijd?
• Is er sprake van psychotische symptomen (specifiek auditief verbale hallucinaties)?
• Is er sprake van middelenmisbruik?
• Is er sprake van ernstig seksueel misbruik in de kindertijd?
• Is er sprake van matig tot ernstige beperkingen in het zelf-functioneren (AMPD-criterium A)?
• Is er sprake van een combinatie van hoog neuroticisme en lage vriendelijkheid?
• Is er sprake van een impulsief/willekeurig patroon van zelfbeschadiging?
• Is er sprake van een hoge mate van ouderlijk conflict en weinig ervaren (relationele) steun van leeftijdsgenoten?
• Is er sprake van actuele negatieve interpersoonlijke gebeurtenissen (zoals gepest worden, slachtofferschap of seksueel grensoverschrijdende ervaringen)?
• Is er sprake van ernstige psychopathologie in de familie van de patiënt?

risicoprofilering op basis van risicofactoren biedt mogelijk een nieuw, minder stigmatiserend, perspectief. De problematiek kan immers op een meer dynamische manier worden beschreven, zonder dat één specifieke drempelwaarde bepalend is voor classificatie. Daarnaast geeft het meer mogelijkheden om behandelingen af te stemmen op het individu, waarbij de assumptie is dat vroege detectie en interventie niet alleen de prognose verbeteren, maar het doorgaans ook toelaten om minder langdurige en intensieve behandelvormen in te zetten. De mogelijkheden voor interventies liggen in vroegere stadia vermoedelijk bij hulpverleners eerder in de zorgketen, zoals wijkteams, zorgcoördinatoren op scholen en de basis GGZ. Bij verdere progressie kan vervolgens verwezen worden naar kortdurende of meer intensievere behandelprogramma's binnen de specialistische GGZ, afhankelijk van het stadium waarin de problematiek zich bevindt. Hiervoor is het belangrijk dat er voldoende afstemming en kennisoverdracht is tussen de verschillende hulpverleners, zodat jongeren goed gemonitord worden en tijdig de gepaste zorg wordt geïndiceerd, waarbij zowel onder- als overbehandeling voorkomen moet worden. De mogelijkheid om in de klinische stadia een meer dynamische weergave van de problematiek te beschrijven, waarbij ook het functioneren en eventuele comorbiditeit geïntegreerd worden, zorgt mogelijk voor een vermindering van de terughoudendheid onder klinici in het onderkennen van BPS-symptomen bij jongeren. Waarom zou immers voor BPS niet hetzelfde gelden als voor zoveel andere ernstige medische en psychische aandoeningen, namelijk dat het beter is om vroeg te detecteren en gepast te interveniëren, het liefst vóór de symptomen ernstig zijn? Een cardioloog wacht tenslotte ook niet tot een patiënt een hartaanval heeft voor hij of zij leefstijladviezen en/of medicatie geeft. Net als in de cardiologie en oncologie kan een model van klinisch stadiëring en risicoprofilering een perspectief bieden voor jongeren met BPS-symptomen. Risicoprofilering biedt een belangrijke aanvulling op het klinisch stadiëringmodel om in kaart te

brengen of er een hoger risico is op een ongunstige prognose, om zo de behandelindicatie beter te kunnen afstemmen op de heterogeniteit binnen een stadium. Soms scoren jongeren immers zo hoog op allerhande risicofactoren dat er zelfs in een vroeg stadium wellicht noodzaak is tot intensivering van behandeling.

In tabel 3 zijn de voorgestelde risicofactoren weergegeven in een checklist voor in de klinische praktijk. De diagnosticus kan deze vragen doorlopen en op basis daarvan een risicoprofiel bepalen. Zelfs wanneer de problemen (nog) niet ernstig zijn in termen van symptoomlast en/of psychosociale beperkingen kan een verhoogd risicoprofiel toch aanleiding geven tot intensivering van de behandeling. In de praktijk kan op deze manier informatie over het stadium en het risicoprofiel worden gecombineerd als basis voor indicatiestelling. De diagnosticus kan eerst systematisch screenen op BPS-symptomen en nagaan hoe omvangrijk deze zijn, hoeveel andere psychische en sociaal-maatschappelijke beperkingen er zijn en hoelang deze problemen al spelen. Deze informatie kan gebruikt worden om het stadium van BPS te bepalen. Aanvullend kan de diagnosticus de checklist uit tabel 3 gebruiken om het risicoprofiel op te stellen. Op basis van beide stappen kan globaal worden gezegd dat behandeling specialistischer, intensiever en langduriger moet zijn naarmate een BPS in een verder stadium is ontwikkeld en het risicoprofiel ernstiger is. Zo zou een jongere met enkele BPS-symptomen en een comorbide depressie, die verder op school en thuis nog goed functioneert, wellicht afdoende behandeld kunnen worden met een vroege-interventieprogramma zoals HYPE of MBT-early. Is er echter naast de genoemde aspecten sprake van een ernstig risicoprofiel bestaande uit meerdere interpersoonlijk trauma, auditieve hallucinaties en een ontbrekend steunsysteem thuis, dan moet wellicht opgeschaald worden naar een intensievere en langdurigere behandeling, zoals MBT-A of DGT-A.

Nog een stap verder zou deze informatie tevens bruikbaar kunnen zijn om ook later in de levensloop te differentiëren tussen generieke en specialistische behandelingen. Generieke behandelingen, zoals Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD), zouden bijvoorbeeld vooral ingezet kunnen worden bij (volwassen) BPS-patiënten in stadium 2 of 3 met een relatief beperkt risicoprofiel. Terwijl de specifieke behandelingen, zoals DGT en MBT, vooral ingezet kunnen worden bij BPS-patiënten in een later stadium (3 of 4) met een belast risicoprofiel. Op die manier zouden de beperkte middelen voor psychotherapie op de meest kosteneffectieve manier besteed kunnen worden.

Uiteraard is meer wetenschappelijk onderzoek nodig. Zo kunnen nieuwe wetenschappelijke bevindingen het belang van specifieke risicofactoren verder verduidelijken en de lijst aanvullen met nieuwe risicofactoren. Ook is er onderzoek nodig om de genoemde assumpties in de indicatiestelling voor specifieke vormen van psychotherapie verder te onderbouwen. Wellicht is het dan in de toekomst mogelijk een meer gepersonaliseerd behandeladvies te geven op basis van theoretisch en wetenschappelijk goed onderbouwde modellen van klinische stadiëring en risicoprofilering. ■

Literatuur

7. Hutsebaut J, Videler AC, Verheul R, Van Alphen SP. Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2019;10(4):309.
 8. Chanen AM, Nicol K, Betts JK, et al. Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current Psychiatry Reports* 2020;22(5):25.
 15. Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM. Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review* 2008;28(6):969-81.
 19. Hutsebaut J, Debbané M, Sharp C. Designing a range of mentalizing interventions for young people using a clinical staging approach to borderline pathology. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2020; 7(1): 1-10.
 20. Jørgensen MS, Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, et al. Psychological therapies for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or BPD features – A systematic review of randomized clinical trials with meta-analysis and Trial Sequential Analysis. *Plos One* 2021;16(1):e0245331.
 24. Hailes HP, Yu R, Danese A, et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry* 2019;6(10):830-9.
 29. Miller CE, Lewis KL, Huxley E, et al. A 10-year follow-up study of capacity to love and work: What components of borderline personality disorder most impair interpersonal and vocational functioning? *Personality and Mental Health* 2018;12(4):334-44.
 34. Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet M, et al. Comorbid diagnosis of psychotic disorders in borderline personality disorder: Prevalence and influence on outcome. *Frontiers in psychiatry* 2018;9:84.
 46. Conway CC, Hopwood CJ, Morey LC, et al. Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *Journal of abnormal psychology* 2018;127(6):590.
 54. Perez-Rodriguez MM, Bulbena-Cabré A, Nia AB, et al. The neurobiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics* 2018;41(4):633-50.
- Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar www.psyxpert.nl.

Eindtoets

1. Welk voordeel biedt het klinisch stadiëringmodel vergeleken met de DSM-classificatie?
 - De stadia bieden de mogelijkheid de problematiek dynamisch te beschrijven.
 - De stadia geven een duidelijke drempelwaarde aan voor BPS op basis van een aantal symptomen.
 - De stadia geven een beeld van het functioneren van een patiënt op een bepaald moment in de tijd.
2. Vanaf welk stadium van het klinisch stadiëringmodel zal men binnen de huidige DSM-5 een categoriale BPS-classificatie stellen?
 - stadium 0
 - stadium 1
 - stadium 2
 - stadium 3
 - stadium 4
3. Om BPS-kenmerken te behandelen is minimaal één jaar behandeling noodzakelijk.
 - Juist
 - Onjuist
4. In het kader van BPS is de samenhang met Big Five persoonlijkheidstrekken onderzocht. Een hoge mate van neuroticisme lijkt geassocieerd met een slechtere prognose van BPS. Welke persoonlijkheidstrekk(en) lijkt ook geassocieerd met een slechtere prognose van BPS?
 - lage mate van openheid
 - lage mate van vriendelijkheid
 - hoge mate van extraversie
5. Prevalentiecijfers over BPS bij adolescenten komen steeds meer naar buiten. Welke schatting is er op dit moment met betrekking tot de prevalentie van BPS bij adolescenten en jongvolwassenen in de algemene

populatie? Informatie hierover vindt u op <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/professionals/borderline/>

- 0,5%
 - 3%
 - 12%
6. Als een patiënt aangeeft dat de zelfbeschadiging met een vaste regelmaat voorkomt (bijvoorbeeld om de twee dagen), bent u dan alert op een verandering in dit patroon?
- Nee, een patroon van zelfbeschadiging verandert niet bij een patiënt.
 - Ja, een patroon van zelfbeschadiging kan veranderen bij een patiënt.
7. Voor welke comorbide psychische problematiek is voldoende wetenschappelijk bewijs om deze als risicofactor op een negatieve prognose op te nemen in het model?
- ADHD
 - depressieve episode
 - middelenmisbruik
8. Behandeling van symptomen van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis dient altijd in de specialistische GGZ plaats te vinden.
- Juist
 - Onjuist
9. Vroege-interventieprogramma's zouden op dezelfde manier moeten worden ingezet voor jongeren in hetzelfde vroege klinische stadium.
- Juist
 - Onjuist
10. De risicofactoren in het huidige model staan niet vast, verder onderzoek blijft nodig.
- Juist
 - Onjuist