



**VROEGE SIGNALERING & BEHANDELING  
VAN (BORDERLINE)  
PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK BIJ  
JONGEREN**

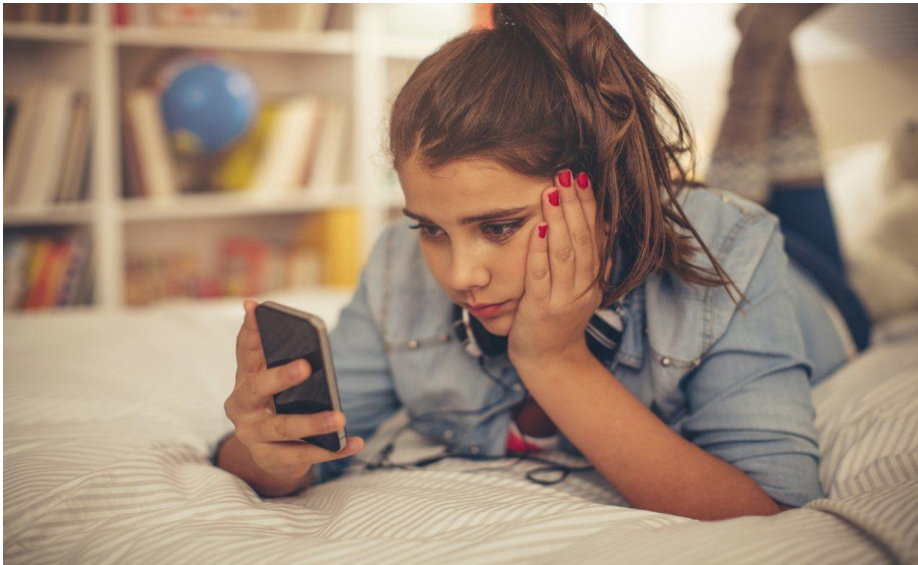
**Workshop Congres Klinisch Psychologen en  
Klinisch Neuropsychologen**

**20 april 2018, Utrecht**

**Christel Hessels & Joost Hutsebaut**

# KORTE VIGNETTEN

- Chelsea, 12 jaar
- Joyce, 13 jaar
- Sterre, 14 jaar



# BORDERLINE

## PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

- **1 á 2%** bij mensen in de algemene populatie
- **40-60%** bij mensen met een angst-, stemmingsstoornis of middelenmisbruik;
- **20** jaar kortere levensverwachting
- **8%** overlijdt ten gevolge van suïcide
- Zorgkosten: **€16.852,**= per patiënt per jaar
- DSM-5 BPS-criteria komen zelden voor **11** jaar voor en pieken tussen **14** en **17** jaar

*Specifiek bij adolescenten < 18 jaar:*

- voorspelt problemen in het functioneren **20** jaar later
- **8,7%** van de behandelaren stelt de diagnose
- **6,5%** van de behandelaren verwijst voor behandeling



‘BPD is primarily a disorder of young people’

(Chanen & McCutcheon, 2013)



# WAAROM WACHTEN?

Hoe sneller een ernstige (en potentieel levensbedreigende) aandoening wordt gedetecteerd en behandeld, des te milder haar impact, des te beter haar prognose en des te minder ingrijpend haar behandeling



# KLEINE MEISJES (EN JONGENS) WORDEN GROOT

- BPS wordt meestal (pas) specifiek behandeld in een later stadium
- In later stadia wordt BPS gekenmerkt door:
  - Verminderde levensverwachting (17-20 jaar)
  - Verhoogd risico op gezondheidsproblemen
  - Hoge zorgconsumptie
  - Hoge co-morbiditeit (stemming, middelen, eet)
  - Lage levenskwaliteit
  - Verminderde maatschappelijke en beroepsmatige integratie



# BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS IN DE ADOLESCENTIE

‘The diagnosis that dare not speak its name’  
(Chanen & McCutcheon, 2008)



# CAMOUFLERENDE FACTOREN BPS IN ADOLESCENTIE

(STEPP, 2013)



Comorbide factoren

The diagram features two overlapping ovals: a purple one on the left and a dark blue one on the right. Behind them is a stylized sun with orange triangular rays. In the bottom right corner, there is a solid orange circle. The entire slide is framed by a thin orange border on the right and bottom edges.

Factoren van de clinicus,  
organisatie, richtlijnen



[HTTP://WWW.GGZCENTRAAL.NL/WAAR-VINDT-U-ONS/GEBOUWEN-LOCATIES/F/FORNHESE---AMERSFOORT-WESTSINGEL---KINDER--EN-JEUGDPSYCHIATRIE-HYPE/FILMPJES-HYPE/FILMPJES-HYPE](http://www.ggzcentraal.nl/waar-vindt-u-ons/gebouwen-locaties/f/fornheese---amersfoort-westsingel---kinder--en-jeugdpsychiatrie-hype/filmpjes-hype/filmpjes-hype)

Prof Andrew Chanen

Shirley, ervaringsdeskundige

in gesprek met Joelle Hopmans (GioS) en Jory Schoondermark (PioG) GGz Centraal.

(fragment website GGz Centraal-HYPE-filmpjes)



# VROEGE INTERVENTIE

≠

behandeling van jonge mensen



# WANNEER IS VROEGE INTERVENTIE ZINVOL?

- Vroege interventie is zinnol wanneer:
  1. De ziekte of aandoening betrouwbaar kan worden vastgesteld in een vroeg stadium ('detecteerbaar')
  2. De ziekte of aandoening (potentieel) progressief is
  3. De ziekte of aandoening beter reageert op behandeling in een vroeg stadium ('responsief')



# VROEGE INTERVENTIE & BPS

1. BPS kan betrouwbaar worden vastgesteld vanaf de puberteit
  - Children in the Community Study & Girls Personality Study
    - Epidemiologische studies
    - Beide studies meten PS vanaf 14 jaar
    - Prevalentie 12-15%
    - Prevalentie gelijk op 14, 16, 22 en 33 jaar
  - DSM-5 BPS-criteria komen zelden voor 11 jaar voor en pieken tussen 14 en 17 jaar (Bornovalova e.a., 1999)
  - Het 'volstaat' om de kenmerken goed uit te vragen om een betrouwbare diagnose te stellen, vb m.b.v. SCID-II, BPDSI-A etc



# VROEGE INTERVENTIE & BPS

2. BPS kent een progressief verloop gedurende de puberteit
  - BPS-kenmerken nemen *gemiddeld* genomen af gedurende de puberteit
  - Deze afname komt vooral op rekening van ‘gezonde’ adolescenten
  - De verschillen tussen BPS-jongeren en gezonde jongeren nemen toe gedurende de puberteit
  - BPS zal vooral meer invloed gaan uitoefenen op sociaal functioneren naar het einde van de adolescentie



# VROEGE INTERVENTIE & BPS

## 2. BPS-diagnose in puberteit voorspelt toekomstige problemen als volwassene

- Academische problemen (Johnson e.a. 2005)
- Sociale problemen (Westen e.a., 2003)
- Relationele problemen (Daley e.a., 2002; Johnson e.a., 2004; Lavan en Johnson 2002)
- Financiële problemen (Chen e.a. 2006)
- Maatschappelijke problemen (criminaliteit)
- Gezondheidsproblemen (Chen e.a., 2006)
- Ongezonde levensgewoonten en vroege mortaliteit (Serman e.a., 2002)
- Veelvuldig gebruik van gezondheidszorg (Kasen e.a., 2007; Levy e.a., 1999)



# VROEGE INTERVENTIE & BPS

3. BPS is behandelbaar in een vroeg stadium van ontwikkeling
  - HYPE-CAT (Chanen e.a., 2008)
  - MBT-A (Rossouw en Fonagy 2012)
  - ERT (Schuppert e.a. 2012)
  - DGT-A (Mehlum e.a. 2014)
- Behandeleffecten zijn vergelijkbaar met volwassen studies
- Behandelduur is veel korter

Behandeling van BPS in een vroeg stadium van ontwikkeling is veilig, effectief en leidt tot goede uitkomsten op korte tijd



# VROEGE INTERVENTIE & BPS

## 3. Niet competent behandelen is mogelijk iatrogeen

- Veel gebruikte CGT-protocollen voor angst en depressie hebben matig tot slecht effect wanneer er sprake is van PS bij baseline (vb assertiviteitstrainingen)
- Hulpverleners grijpen vaker terug naar schadelijke interventies bij jongeren met BPS, zoals crisisopnames en medicatie (Cailhol e.a., 2012)
- Handelingsverlegen hulpverleners maken tot 5 keer meer suïcidepogingen mee (Davidson e.a., 2013)
- Volwassenen met chronische vormen van BPS hebben de meeste en meest verschillende behandelingsmodaliteiten gekregen in hun hulpverleningsgeschiedenis (Zanarini e.a., 2015)



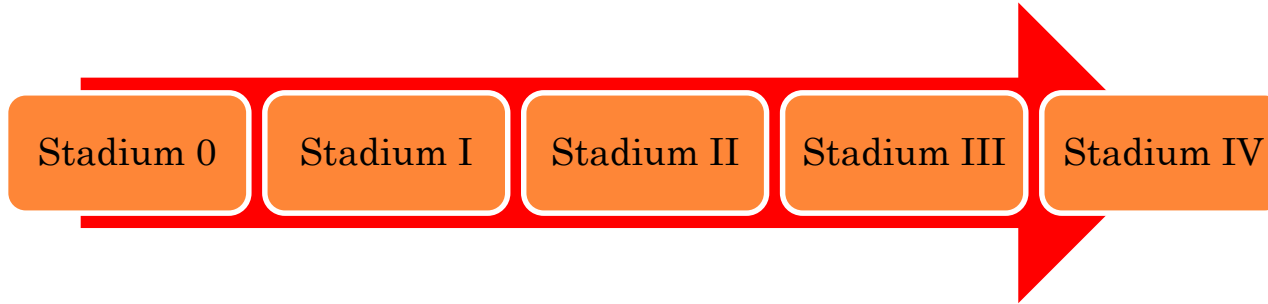


# VROEGE INTERVENTIE & BPS

- BPS als ‘levensloopstoornis’
- BPS als structurele kwetsbaarheid / gebrek aan veerkracht, die zich gedurende de levensloop progressief kan ontwikkelen
  - Klinische stadiëring: diagnostiek
  - Health management: zorgmodel

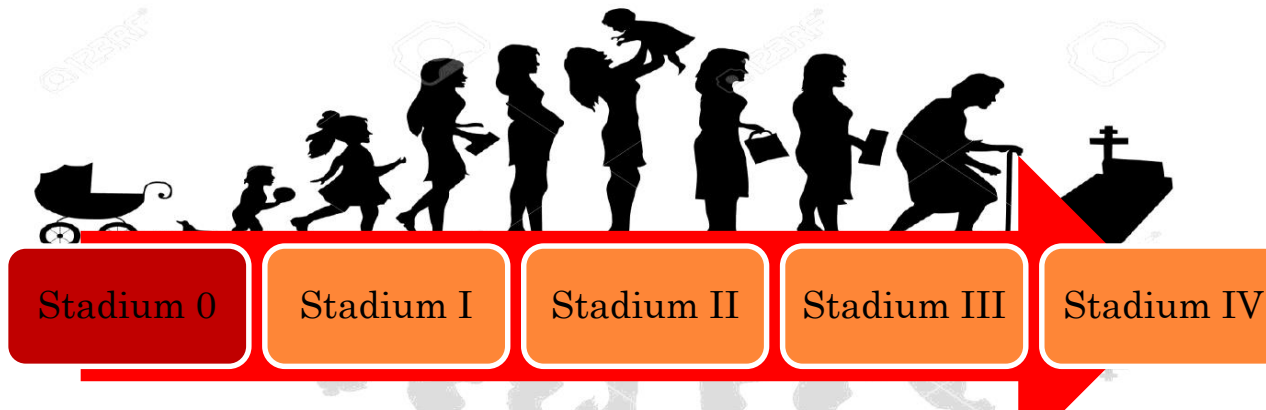


# KLINISCHE STADIÖRING & BPS



# KLINISCHE STADIËRING & BPS

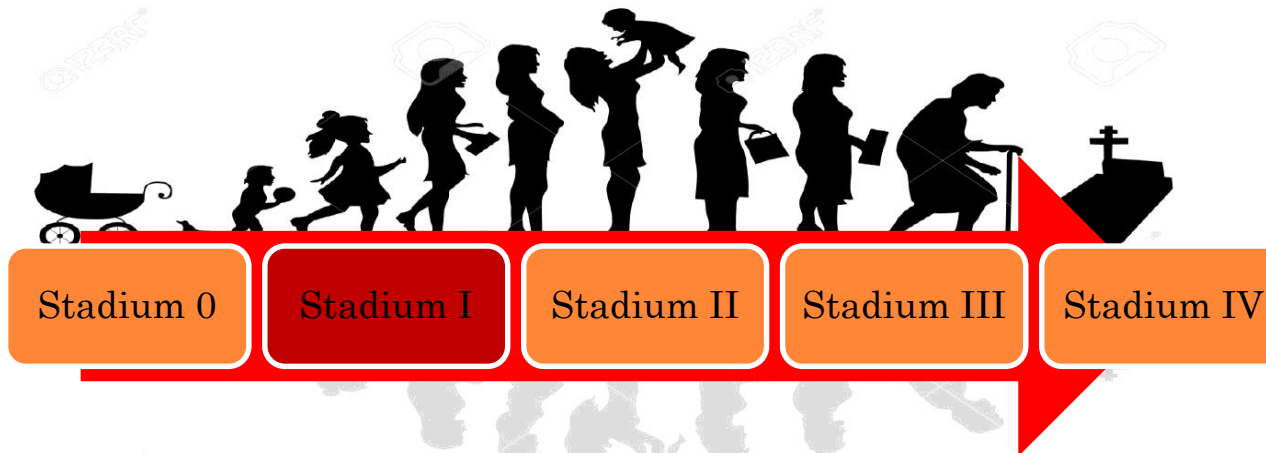
(HUTSEBAIT & HESSELS 2017)



Stadium	Klinische beschrijving	Persistentie/omvang	Duur	Sociaal-maatschappelijk functioneren
0	Aspecifieke voorlopers van BPS-symptomen, vooral binnen affectief en interpersoonlijk domein: prikkelbaarheid, ongewone gevoeligheid, uitzonderlijk veel behoefte aan troost en zelfregulatie, relationele agressie	Eerder vage klachten, mogelijk geen klinische diagnose	Premorbide	Lichte tot matige problemen op school, thuis en in contact met leeftijdsgenoten: moeilijkheden om zich te concentreren op school, sociale angst, druk en onrustig gedrag, moeite om vrienden te maken

# KLINISCHE STADIËRING & BPS

(HUTSEBAIT & HESSELS 2017)

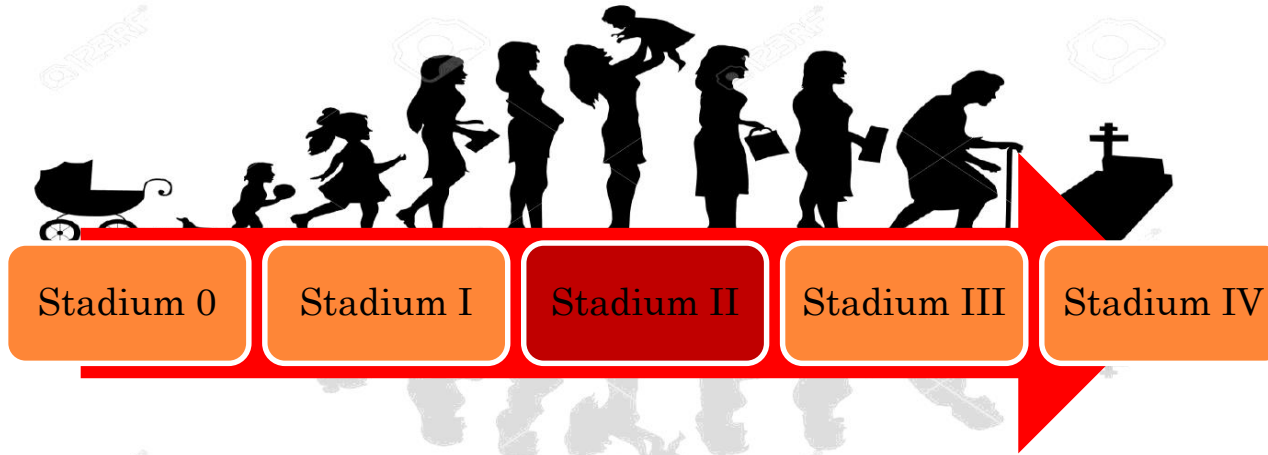


	Stadium 0	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
I	Subklinische BPS met voornamelijk affectieve en zelfdestructieve symptomen (zelfverwonding, woede-uitbarstingen, laag of instabiel gevoel van eigenwaarde); suïcidale en parasuïcidale symptomen niet chronisch	Mogelijk 'comorbiditeit' met as I-klachten, zoals ADHD, stemmings- en angst- of gedragsstoornissen	Duur van ernstige symptomen is beperkt tot maximaal 1 jaar	Dreigende ontwikkelingsstagnatie (schoolverzuim, weinig constructieve peercontacten, sociale terugtrekking); problemen beginnen te ontstaan op verschillende levensgebieden (school, peergroep, thuis)	



# KLINISCHE STADIËRING & BPS

(HUTSEBAIT & HESSELS 2017)

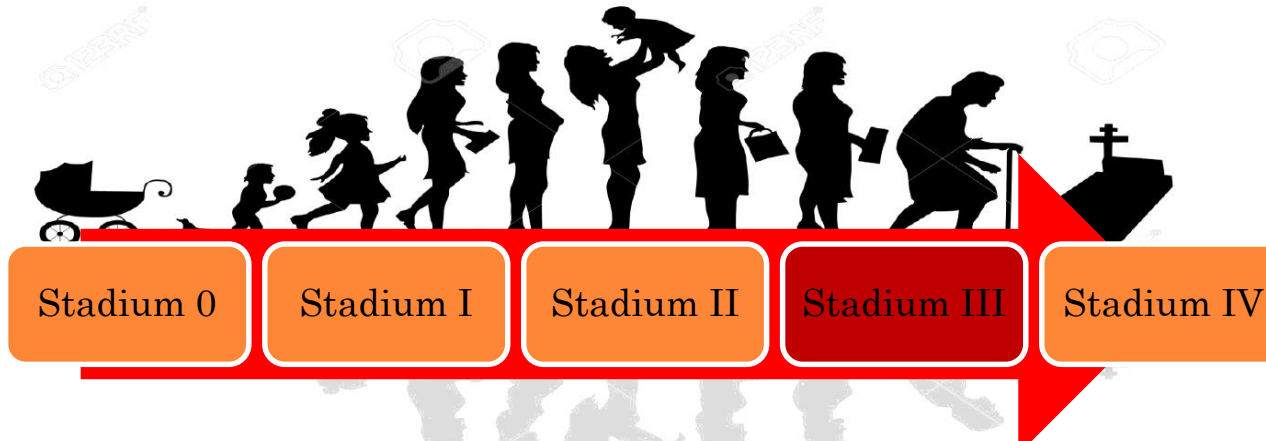


<p>II BPS met significante problemen op 4 gebieden (emoties, impulsiviteit, identiteit en zelfbeeld, interpersoonlijk functioneren); symptomen (suïcidaliteit, zelfverwonding) kunnen ernstig zijn</p>	<p>Doorgaans gepaard gaand met 1 of meer comorbide as 1-stoornissen</p>	<p>Eerste 'episode' waarin de problemen dusdanig ernstig zijn dat ze een diagnose rechtvaardigen; volle diagnose is minstens een jaar aanwezig, duur minder dan 3 jaar</p>	<p>Matige tot ernstige impact op diverse ontwikkelgebieden; duidelijke en niet-tijdelijke stagnatie/problemen op minstens 2 levensgebieden (gezin, sociaal/peers, school, vrijetijdinvulling)</p>
--	---	--	---



# KLINISCHE STADIËRING & BPS

(HUTSEBAIT & HESSELS 2017)

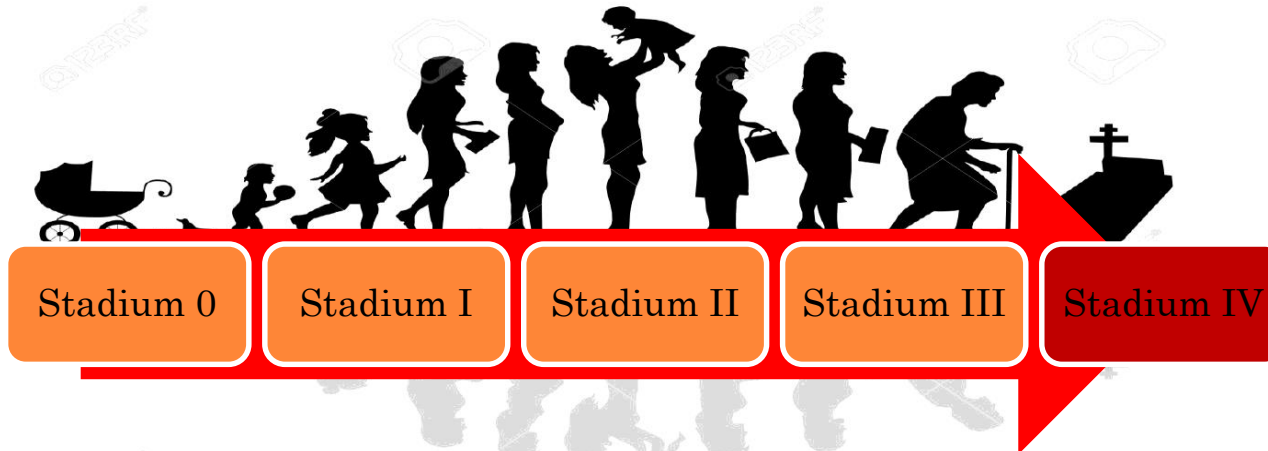


III	BPS, met veelal verschuiving van probleemgebieden richting interpersoonlijke problemen en leegte; doorgaans chronische suïcidaliteit	vaak ernstige comorbiditeit (middelenmisbruik, eetstoornissen, PTSS etc)	Chronische BPS of terugval in volle BPS, gedurende ten minste 3 jaar	Ernstige en chronische beperkingen in sociaal en maatschappelijk functioneren; geen of beperkt/tijdelijk herstel; nauwelijks of tijdelijke participatie aan werk
-----	--	--	--	--



# KLINISCHE STADIËRING & BPS

(HUTSEBAUT & HESSELS, 2017)



IV	BPS met ernstige problemen op alle gebieden	Comorbiditeit met ernstige as 1-stoornissen (chronische verslaving, psychotische stoornissen, etc.)	Chronische duur; geen remissie	Vrijwel geen deelname aan sociaal en beroepsmatig leven; vrijwel onomkeerbaar
----	---	---	--------------------------------	---



# SCREENING

- Zelftest Kenniscentrum  
Persoonlijkheidsstoornissen





# HERKEN JE DIT?

*Heb je momenten waarop je je zo gespannen voelt dat je anderen niet meer vertrouwt. Of dat alles rondom je heen als 'niet echt' voelt?*

*Ben jij vaak in de war over wie je bent?*

*Voel jij je vaak leeg van binnen?*

*Doe jij vaak dingen zonder erbij na te denken, waardoor je in de problemen kan komen? Denk bijvoorbeeld aan overmatig alcohol drinken, roekeloos met de bromfiets rijden of in één keer al je geld uitgeven.*

*Voel jij je vaak intens woedend op jezelf of anderen? Ook zonder duidelijke aanleiding?*

*Heb jij vaak dat je iemand het éne moment geweldig vindt en het volgende moment vreselijk?*

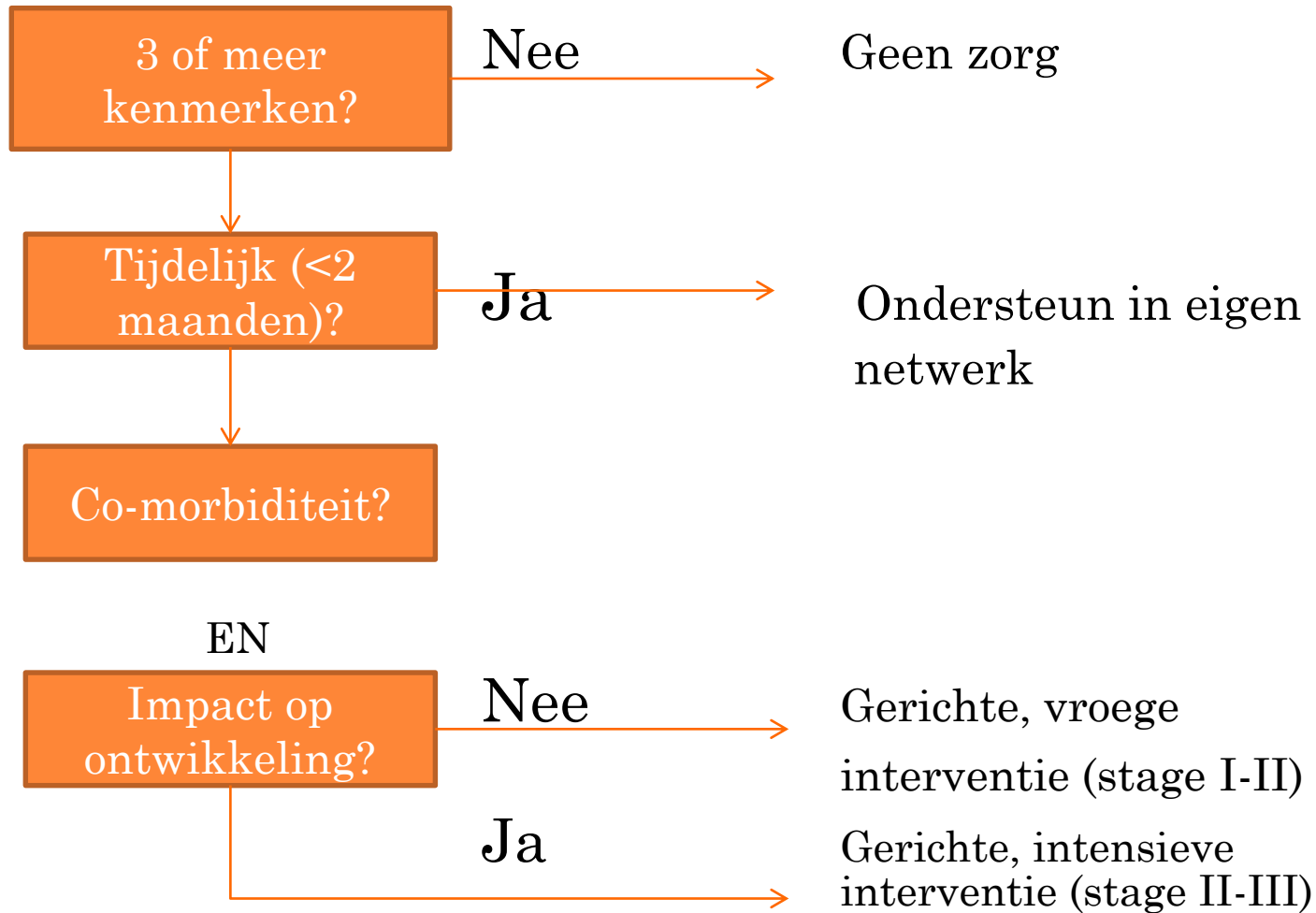
*Voel jij de neiging om jezelf pijn te doen?*

*Heb je heftige gevoelens die snel kunnen omslaan?*

*Ben je heel bang dat mensen je in de steek laten en ga je ver om dat te voorkomen?*



# BESLISBOOM



# PRINCIPES BIJ HET DIAGNOSTICEREN VAN PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN BIJ ADOLESCENTEN

(SHINER & ALLEN, 2013)

1. Denk aan het diagnosticeren van persoonlijkheidsstoornissen in adolescenten
2. Overweeg een dimensioneel model te gebruiken
3. Stel acute symptomen en persistente onderliggende patronen en stoornissen vast
4. Maak een inschatting van contextuele factoren
5. Vergaar informatie van de adolescent en derden
6. Richt de diagnostiek op problematische patronen van gedrag, gedachten en gevoelens
7. Belicht sterkten en mogelijkheden voor verandering



# KENMERKEN VAN VROEGE INTERVENTIE VOOR BPS

- Vroege systematische detectie van borderline ‘kwetsbaarheid’
  - Ook wanneer de ‘as 1’ op de voorgrond staat
- Snelle behandeling, ook van ‘beginnende’ cases (‘early incipient disorders’)
  - Verminderen van de duur van de onbehandelde of ongepast behandelde aandoening
  - Voorkomen van onset van secundaire stoornissen
  - Voorkomen van toenemende impact op sociaal en maatschappelijk leven (school, gezin, vriendengroep)
- Behandeling gericht op het bevorderen van de veerkracht en ontwikkeling, zowel van de jongere als van het gezin
  - Focus op empowerment
  - Focus op ontwikkeling ipv symptomen
  - Focus op specifieke risicofactoren



# KENMERKEN VAN VROEGE INTERVENTIE VOOR BPS

- Interventies moeten *flexibel* zijn
  - Aansluiten bij de hulpvraag
  - Wisselend accent op psychotherapie, gezinstherapie, case management
- Interventies moeten *afgestemd* zijn op de mate van progressie van de BP
  - Intensiever en langer wanneer de borderline problematiek complexer is
  - Opschalen en afschalen in functie van progressie of herstel
- *Intermittent* of *streamed care*
  - BP verwijst naar kwetsbaarheid, die zich in reactie op life stressors meer of minder kan gaan manifesteren
  - Continuïteit van behandeling is nodig, waardoor er snel opnieuw een interventie opgestart kan worden



# KENMERKEN VAN EFFECTIEVE BEHANDELINGEN

- Duidelijke structuur / kader
  - Bereikbaarheid
  - Crisismanagement
  - Grenzen
- Betrokken, validerende en onderzoekende basishouding
  - Betrokken, validerend, empathisch
  - Nieuwsgierig, onderzoekend
  - Transparant
  - Playful
- Focus op werkzame factoren
  - Emotie/crisis
  - Motivatie
  - Zelfreflectie
  - Therapeutische relatie
- Team-based
- Context-georiënteerd



# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

- Klinische stadiëring impliceert dat er veel vormen van ‘borderline’ zijn die niet allemaal dezelfde interventie vragen
  - Ons prototypische beeld wordt bepaald door stadia III en IV
- Interventie aangepast aan stadium
- Disease / Health management: zorgmodel voor ‘kwetsbare’ mensen die gedurende hun levensloop in meer of mindere mate ‘last’ en ‘symptomen’ kunnen ondervinden
  - Intermittent care (in plaats van één episode van evidence based behandelen)



# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

Stadium	Interventies	Kenmerken / focus
0 - premorbide	School-based preventie; MBT-P	‘mentale’ of ‘emotionele’ opvoeding
I - subthreshold	HYPE-CAT; MBT-early; ERT; MBT-i; MBT-F	Kortdurende interventie; focus op empowerment
II – volledige BPS	HYPE-CAT; MBT-early; MBT-A; DGT-A	Intensievere interventie, gericht op systeem en individu
III – chronische BPS	MBT-A / MBT; ST; DGT; TFP	Langdurige en voldoende intensieve interventie
IV – EPA-BPS	AMBIT	Zeer langdurige interventie met expliciete focus op outreachend werk & case management



# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

Stadium	Interventies	Kenmerken / focus
0 - premorbide	School-based preventie; MBT-P	'mentale' of 'emotionele' opvoeding
I - subthreshold	HYPE-CAT; MBT-early; ERT; MBT-i; MBT-F	Kortdurende interventie; focus op empowerment
II – volledige BPS	HYPE-CAT; MBT-early; MBT-A; DGT-A	Intensievere interventie, gericht op systeem en individu
III – chronische BPS	MBT-A / MBT; ST; DGT; TFP	Langdurige en voldoende intensieve interventie
IV – EPA-BPS	AMBIT	Zeer langdurige interventie met expliciete focus op outreachend werk & case management

# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

Stadium	Interventies	Kenmerken / focus
0 - premorbide	School-based preventie; MBT-P	'mentale' of 'emotionele' opvoeding
I - subthreshold	HYPE-CAT; MBT-early; ERT; MBT-i; MBT-F	Kortdurende interventie; focus op empowerment
II – volledige BPS	HYPE-CAT; MBT-early; MBT-A; DGT-A	Intensievere interventie, gericht op systeem en individue
III – chronische BPS	MBT-A / MBT; ST; DGT; TFP	Langdurige en voldoende intensieve interventie
IV – EPA-BPS	AMBIT;	Zeer langdurige interventie met expliciete focus op outreachend werk & case management

# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

Stadium	Interventies	Kenmerken / focus
0 - premorbide	School based preventie; <b>Geïndiceerde preventie</b>	'mentale' of 'emotionele' opvoeding
I - subthreshold	EBT; MBT-i; MBT-F	Kortdurende interventie; focus op empowerment
II – volledige BPS	HYPE-CAT; MBT-early; MBT-A; DGT-A	Intensievere interventie, gericht op systeem en individue
III – chronische BPS	MBT-A / MBT; ST; DGT; TFP	Langdurige en voldoende intensieve interventie
IV – EPA-BPS	AMBIT;	Zeer langdurige interventie met expliciete focus op outreachend werk & case management

# KLINISCHE STADIËRING & HEALTH MANAGEMENT

Stadium	Interventies	Kenmerken / focus
0 - premorbide	School-based preventie; MBT-P	'mentale' of 'emotionele' opvoeding
I - subthreshold	HYPE-CAT; MBT-early; ERT; MBT-i; MBT-F	Kortdurende interventie; focus op empowerment
II – volledige BPS	HYPE; MBT-A; DGT-A	Intensievere interventie, gericht op systeem en individue
III – chronische BPS	MBT-A / MBT; ST; DGT; TFP	Langdurige en voldoende intensieve interventie
IV – EPA-BPS	AMBIT;	Zeer langdurige interventie met expliciete focus op outreachend werk & case management

Vroege  
Interventie

# VROEGE INTERVENTIE

## Doel:

1. Het verminderen van de duur van de onbehandelde aandoening;
2. Het aanbieden van een zorgaanbod afgestemd op wat er nodig is

## Concreet:

- Het bevorderen van gezonde ontwikkeling
- Het zoveel mogelijk voorkomen/verminderen van de nadelige uitkomsten van BPS



# VROEGE INTERVENTIE HYPE (CAT) OF MBT EARLY

- “In treatment we try to unscramble eggs”.
- “The end of therapy is the beginning of change”.
- Intermittent therapy.
- Tools meegeven om in het echte leven te gebruiken.
- Primair doel: bevorderen psychosociaal functioneren.
- Integratieve behandeling op basis van een psychotherapeutisch model (CAT of MBT).
- Op basis van diagnostiek.
- Actief betrekken van ouders en naastbetrokkenen.
- Aandacht voor kwaliteitsbewaking in het team.
- Actieve samenwerking met ketenpartners.



# WAT STAAT ONS TE DOEN?

## voor de klinische praktijk:

- Screening en detectie van BPS;
- Diagnose mag niet meer uitgesteld of verhuld worden (“bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling”!)
- Vroege interventie;
- Late interventie;
- Training van professionals;
- Betrekken van familieleden en andere betrokkenen!



# WAT STAAT ONS TE DOEN?

voor wetenschappelijk onderzoek:

- Het verder uitwerken van het *clinical staging model*;
- Laagdrempelige screening en interventie;
- Stigma bestrijden door kennis!
- Uitbreiden van kennis om toegang tot behandeling te verbeteren.





# WAT STAAT ONS TE DOEN?

voor beleidsmakers:

- Flexibiliteit in het bekostigingssysteem;
- Laagdrempelige specialistische zorg;
- Continuïteit van zorg tijdens de kritieke periode van de adolescentie: bv binnen een transitiepoli?



# BEDANKT VOOR UW AANDACHT!

- [C.Hessels@ggzcentraal.nl](mailto:C.Hessels@ggzcentraal.nl)
- [Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl](mailto:Joost.Hutsebaut@deviersprong.nl)

