

# The diagnosis that should speak its name: over het belang van preventie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie



Rede, uitgesproken  
door Prof. Dr. Joost Hutsebaut

**Joost Hutsebaut** (1974) is bijzonder hoogleraar preventie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie. Deze leerstoel bevordert het onderzoek naar een betere detectie, indicatiestelling en behandeling van persoonlijkheidspathologie in een vroeg stadium.

Joost studeerde psychologie aan de K.U. Leuven. Hij behaalde zijn doctoraat ('Trauma en de dissociatieve structuur') in 2003 aan dezelfde faculteit. Hij volgde opleidingen in onder meer Psychodiagnostiek, Gedragstherapie, Groepstherapie en Mentalization-Based Treatment. Sinds 2004 werkt hij in Nederland bij TOPGGz organisatie de Viersprong en sinds 2013 is hij BIG-geregistreerd Klinisch Psycholoog.

Hij combineert diagnostiek, behandeling en onderzoek. Daarbij heeft hij vooral met jongeren gewerkt. Ook nu nog behandelt hij jongeren met beginnende borderline-persoonlijkheidsstoornissen in het MBT-early programma. Daarnaast werkt hij voor het GIT-PD team. Verder is hij binnen de Viersprong sinds verschillende jaren Principal Investigator voor de Assessment-onderzoekslijn. Sinds 2010 werkt hij ook voor het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. Daar is hij onder meer nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling en verspreiding van de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD).

Joost Hutsebaut heeft drie grote interessegebieden: 1) vroege detectie en interventie van persoonlijkheidspathologie; 2) diagnostiek van persoonlijkheidspathologie en 3) de generieke behandeling van persoonlijkheidspathologie. Over deze onderwerpen publiceert hij in diverse nationale en internationale tijdschriften. Hij geeft ook geregeld presentaties op (inter)nationale congressen en geeft veelvuldig trainingen over deze onderwerpen.

Hij is nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de nieuwe behandelrichtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen. Hij maakt al jaren deel uit van het bestuur van de European Society for Personality Disorders (ESSPD) en van de Editorial Board van Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Ook is hij verbonden aan de Global Alliance for the Prevention and Early Intervention of Borderline Personality Disorders (GAP) en maakt hij deel uit van het Europese AMPD netwerk.

# THE DIAGNOSIS THAT SHOULD SPEAK ITS NAME: OVER HET BELANG VAN PREVENTIE EN VROEGE INTERVENTIE VAN PERSOONLIJKHEIDSPATHOLOGIE

## **Rede,**

uitgesproken bij de openbare aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Preventie en Vroege interventie van persoonlijkheidspathologie' aan Tilburg University op 2 december 2022 door Prof. Dr. Joost Hutsebaut

De bijzondere leerstoel wordt mogelijk gemaakt door de Viersprong, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin, in nauwe samenwerking met gemeenten in Jeugdhulpregio West-Brabant West.

© Prof. Dr. Joost Hutsebaut, 2022  
ISBN: 978-94-036-7437-7

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier.

[www.tilburguniversity.edu](http://www.tilburguniversity.edu)

THE DIAGNOSIS THAT SHOULD SPEAK  
ITS NAME: OVER HET BELANG VAN  
PREVENTIE EN VROEGE INTERVENTIE  
VAN PERSOONLIJKHEIDSPATHOLOGIE

# Inhoudsopgave

No time to waste	9
The diagnosis that should speak its name	13
Het perspectief van een cliënt	31
Wat we weten en wat we nog niet weten	35
Naar een betere preventie, vroege detectie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie op basis van modellen van stadiëring en profilering	39
Dankwoord	45
Referenties	49

No time to waste



Mijnheer de Rector Magnificus,  
Mevrouw de Decaan,  
Collega's,  
Familie en vrienden,  
Gewaardeerde toehoorders online en in de zaal,

Vroeger is beter. En vroeger *was* het beter. Vroeger was voor mij de jaren tachtig van de vorige eeuw. Dat waren de jaren waarin het gros van mijn kindertijd en jeugd zich afspeelde. Voor de jongere generatie: dat was de tijd van 'Stranger Things'. Ik groeide op in Keerbergen, een gemeente die in die tijd op wegwijzers werd aangeduid met drie groene boompjes. Een gemeente vol dennenbos en groen. Een gemeente vol Nederlanders ook. Misschien werd ik daar al wel ergens voorbereid op het land waar ik inmiddels al bijna twintig jaar werk. Brussel was niet heel ver en werd steeds meer de hoofdstad van Europa. De wereld was een even koude plek als vandaag, maar die kilte bereikte ons als kind minder. Tsjernobyl stond in brand, maar omdat de weerman zei dat de wind goed stond, konden we gewoon buiten blijven spelen. Of dat dachten we toch. We speelden in de stallen van onze buurman. Ik herinner me de geur van vers gemaaid gras, van droog stro en van de van urine doordrenkte uitwerpselen van de paarden. Ik herinner me de geur van de tractor waarmee de stobalen werden opgehaald en ik herinner me de harsachtige geur van de dennenbomen in de zomer. Voor Dutroux de bossen onveilig zou komen maken, was vroeger veilig. Of dat dachten we toch. We fietsten door die bossen naar school en we hingen er 's avonds in rond. En ja, ook ik zat te wachten met mijn vinger op de 'record-knop' op een liedje dat op de radio kwam. Van alcohol drinken krompen je hersencellen in die tijd nog niet. Of dat dachten we toch. Vroeger was eenvoudiger. Cowboys waren goed, indianen slecht. Amerika was goed, Rusland slecht. Bob Geldhof en godbetert Michael Jackson redden de wereld in de jaren tachtig en dus waren ze goed. Kernbommen waren slecht, maar ach, de bom valt nooit, zo vertelden ze ons. In de jaren tachtig was je al woke als je moeder werkte. We droegen t-shirts van Greenpeace en dat volstond om de natuur te redden. No time to waste. Alleen de regen was zuur in de jaren tachtig.

Hoe ouder ik word, hoe minder zeker ik ben of het vroeger inderdaad beter was.

Wat ik wel weet: de jaren tachtig hebben voor mij vastgelegd hoe groot de kans was dat ik psychopathologie zou ontwikkelen. Ik was puber in de jaren tachtig. Ik maakte de overstap van een dorpschool met alleen jongens, naar een gemengde middelbare school met duizenden leerlingen. Ik werd verder gevormd door de Salesianen van Don Bosco. In de jaren tachtig veranderde ik hormonaal en biologisch. De Berlijnse muur viel en de Russen werden aardiger. Ik werd 16 in 1990 en ook al stond ik nog aan het prilste begin van mijn

leven, ver weg van het midden waar ik nu overheen ben, toch was voor mij de kans om nog een psychische aandoening te ontwikkelen, al met de helft verminderd. Bush moest Irak nog binnenvallen, ik zat nog vol idealen en begon in het begin van de jaren negentig zowaar vegetarisch te eten, lang voordat we wisten dat de koeien verantwoordelijk waren voor de opwarming van de aarde. Dat gebeurde in mijn eerste jaren aan de universiteit van Leuven. Ik studeerde psychologie en maakte mijn thesis over valse herinneringen. In die tijd waren herinneringen aan seksueel misbruik immers vals. Of dat dachten we toch. Ik was 22 toen ik afstudeerde. Mijn kans om nog psychische aandoeningen te ontwikkelen was inmiddels nog een stuk verder gezakt. De kans om een persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen wellicht naar een verwaarloosbaar percentage. Of het moet zijn dat ik hem toen al had en me er nog steeds niet zo bewust van ben. Wat ik wil zeggen: ik had een kwart van mijn leven achter de rug en de kans dat ik ernstige psychopathologie zou gaan ontwikkelen, was op dat moment eigenlijk al verwaarloosbaar. Zonder het echt goed te beseffen, had ik toen al de fundamenten van mijn huidige sociale, professionele en gezinsleven gelegd. Niet dat alles een sprookje is, maar het is goed genoeg.

Psychopathologie heeft iets wreeds. Waar nagenoeg alle ernstige lichamelijke ziektes en aandoeningen zich pas manifesteren na je 50<sup>e</sup> of zelfs 65<sup>e</sup> levensjaar, komen psychische aandoeningen vaak vroeg in het leven. Veel mensen sterven aan kanker of hart- en vaat-aandoeningen, maar die ziektes gunnen ons meestal toch een jaar of 60-70 aan gezondheid. Ze gunnen je doorgaans een productief leven. Psychische aandoeningen zijn veel hardvochtiger. Ongeveer een derde van alle psychische aandoeningen ontwikkelen zich voor de leeftijd van 12 jaar, de helft voor de leeftijd van 18 jaar en twee derde voor de leeftijd van 23 jaar. Het wrede is dat zulke aandoeningen vaak levenslang last geven. Niet alleen psychische last. Ze doordringen en doordrenken vaak alle gebieden van iemands leven: sociaal, maatschappelijk, professioneel, lichamelijk, relationeel, ...

Dit alles geldt in het bijzonder voor persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen manifesteren zich doorgaans vanaf de puberteit. Ze hebben een immense impact op de kansen waarmee een jongvolwassene zijn of haar leven zelf kan beginnen vormgeven. Ze bepalen je kansen om een opleiding af te maken, een fijn sociaal netwerk te vormen, een stabiele relatie te ontwikkelen en een gezond leven te leiden. Bijna de helft van de mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis heeft nooit een betaalde baan. Ze zullen als volwassene ongeveer de helft van de tijd in behandeling zijn en ze leven twintig jaar korter dan andere mensen.

Greenpeace had gelijk in de jaren tachtig: no time to waste. De meeste gezondheidswinst boeken we wanneer we vroeg in de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis gepast ingrijpen. En toch is dat niet wat we vandaag doen. Behandelaars schromen zich vaak om persoonlijkheidspathologie vroeg vast te stellen. Ze vinden het vaak not-done, onethisch. In deze rede wil ik beargumenteren waarom het net ethisch is om persoonlijkheidspathologie vroeg te detecteren en om vroeg in het beloop ervan te interveniëren. En tegelijk wil ik aangeven waar ik denk dat het veld zich verder moet ontwikkelen.

The diagnosis  
that should speak  
its name

Bijna vijftien jaar geleden publiceerden Chanen en McCutcheon (2008) een artikel met de veelzeggende titel 'The diagnosis that dare not speak its name'. De titel zinspeelde op het taboe dat rust op de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis (PS) bij pubers. Enkele jaren later werd dat taboe in cijfers gegoten in een overzichtsstudie van Laurensen en collega's (2013) onder 566 psychologen. Uit de resultaten bleek dat slechts 8,7% van de psychologen daadwerkelijk de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis' bij tieners stelde, hoewel 57,8% aangaf deze problemen te herkennen bij de adolescenten die zij behandelden. Aarzeling (of zelfs terughoudendheid) om de diagnose te stellen werd vooral ingegeven door het idee dat kenmerken van PS van voorbijgaande aard zijn in de adolescentie (41,2%) en de veronderstelling dat de diagnose niet is toegestaan volgens de (toenmalige) DSM-IV-TR (25,9%). Voornamelijk psychologen werkzaam in de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg vermeden de diagnoses in vergelijking met psychologen werkzaam in meer specialistische settings.

Het onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen bij pubers is de laatste 15 jaar ontzettend toegenomen. Onderzoekers hebben zich georganiseerd in de Global Alliance for the Prevention and Early Intervention of Borderline Personality Disorders (GAP). Dit is een netwerk dat zich inzet voor meer erkenning van persoonlijkheidspathologie bij jongeren. De laatste jaren zijn er verschillende overzichtartikelen gepubliceerd (bv. Chanen et al., 2020; Fonagy et al., 2015; Kaess et al., 2014). Al deze reviews benadrukken dat de diagnose op een betrouwbare en valide manier kan worden vastgesteld bij adolescenten. Verschillende nationale en internationale behandelrichtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen verwijzen expliciet naar de noodzaak om ook op jonge leeftijd de diagnose te stellen (bijv. National Collaborating Centre for Mental Health 2009; National Health and Medical Research Council, 2012; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2022). De laatste 10-15 jaar verschenen ook de eerste behandelstudies en nog niet zo heel lang geleden zelfs de eerste systematische reviews en meta-analyses (Jørgensen et al., 2021; Wong et al., 2020). Er bestaat dus algemene consensus onder onderzoekers op dit gebied, dat persoonlijkheidspathologie in de adolescentie kan en misschien zelfs moet worden vastgesteld en behandeld.

Toch is het maar de vraag of dit snel tot verandering zal leiden in de klinische praktijk. Persoonlijkheidsstoornissen vormen van oudsher het domein van de volwassen geestelijke-gezondheidszorg. Kinder- en jeugdhulpverleners spreken zelden of nooit van persoonlijkheidsstoornissen. Wellicht vat de titel van het artikel van Chanen en McCutcheon het sentiment dat gepaard gaat met de weerstand onder klinici. 'Dare' of 'Durft' suggereert dat er een angst of vrees zit onder hulpverleners. Ik denk dat die vrees vooral te maken heeft met ethische bezwaren. Als klinici zeker zouden weten dat ze iets 'goeds' doen bij het stellen van de diagnose bij pubers, dan was er geen aarzeling. Dus hebben klinici wellicht vaak het idee dat ze iets 'fouts' doen, dat ze door vroeg te spreken van persoonlijkheidspathologie de jongere beschadigen of stigmatiseren. Of zijn of haar identiteit kleuren met een diagnose waar erg negatieve connotaties aan kleven. En welke clinicus wil een jongere beschadigen? Als deze indruk klopt, dan is het al dan niet stellen

van een diagnose niet zozeer een rationele, maar wel een morele of ethische kwestie. Het 'voelt verkeerd'. En dan is het begrijpelijk dat zulke affectieve of ethische motieven of bezwaren niet zomaar door richtlijnen of overzichtsartikelen veranderen. Wellicht moet je er dus iets affectiefs tegenoverstellen. Ik wil in het eerste deel van mijn oratie u door het veld loodsen en daarbij een redenering opbouwen. Ik probeer op uw gevoel voor ethiek in te spelen en te beargumenteren waarom het net nodig en zelfs ethisch juist is om persoonlijkheidspathologie vroeg te onderkennen en te behandelen.

## **Preventie en vroege interventie zijn breed geaccepteerde en wetenschappelijk ondersteunde strategieën in een (kosten-)effectieve gezondheidszorg**

Nagenoeg elk vakgebied binnen de somatische gezondheidszorg kent strategieën om progressieve en potentieel levensbedreigende ziektes vroegtijdig op te sporen en te behandelen. De reden is eenvoudig: vroeger is beter. De overlevingskansen nemen doorgaans toe bij het vroegtijdig ontdekken van een ernstige ziekte. Bovendien is de behandeling in een vroeg stadium van de ziekte vaak minder ingrijpend en veroorzaakt zij minder negatieve bijwerkingen. Het bekendste voorbeeld is de oncologie. Internationale richtlijnen adviseren de detectie in vroege stadia van de ziekte en de snelle inzet van bewezen effectieve interventies. Hierdoor is er een betere kans op genezing of in elk geval het stoppen of vertragen van de ziekte (Cardoso et al., 2019). Overlevingskansen voor verschillende soorten kankers zijn aanzienlijk beter bij vroegtijdige opsporing. Zo is de vijfjaarsoverlevingskans voor melanomen nagenoeg 100% bij behandeling in stadium I ten opzichte van slechts 28% bij detectie en behandeling in stadium IV (Stichting Kankerregister, 2012). De meeste nationale gezondheidszorgsystemen kennen populatiegerichte screeningsstrategieën. Het systematisch screenen op bepaalde types van kanker, zoals borstkanker of darmkanker, gebeurt dan vanaf een bepaalde leeftijd of in bepaalde risicogroepen. Nieuwe studies wijzen uit dat de overlevingskans bij longkanker met 25% toeneemt bij vroege opsporing van de ziekte. Bij het Erasmus MC loopt nu een grootschalige studie gericht op preventieve screening bij 400.000 (ex-)rokers. Zulke strategieën verhogen effectief de overlevingskansen (Allemani et al., 2018). Daarnaast zijn ze ook aantoonbaar kosteneffectief mits voldoende selectief ingezet (Pashayan et al., 2018). Andere disciplines in de geneeskunde stellen vergelijkbare strategieën voor, bijvoorbeeld voor hart- en vaatziekten (Hunt et al., 2005) of chronische nierziekten (Tsai et al., 2016). Het doel is vaak drievoudig: 1) de 'duration of untreated illness' zo kort mogelijk houden door ziektes in een vroeg stadium op te sporen; 2) een behandeling bieden die past bij het stadium van de ziekte; 3) een periode van opvolging of 'streamed care' bieden om mogelijke terugval snel te ontdekken.

Ook op gebied van de geestelijke gezondheidszorg vinden zulke ideeën steeds meer ingang (o.m. Scott et al., 2013). Wellicht is het baanbrekende werk van McGorry en

collega's (bv. McGorry et al., 2008) op het vlak van psychose het meest exemplarisch. Verschillende studies suggereren dat het zowel effectief als kosteneffectief is om psychotische stoornissen vroegtijdig op te sporen en te behandelen (bv. McCrone et al., 2010). Met het oog op vroege signalering zijn net als in de somatische geneeskunde ook voor psychische stoornissen stadiëringsmodellen ontwikkeld, die de mate van progressie van de aandoening situeren op een continuüm van 'disease progression' (Scott et al., 2013). Inmiddels bestaan er voor een hele reeks van psychische aandoeningen zulke stadiëringsmodellen, gekoppeld aan strategieën voor snelle detectie en gepaste behandeling (Cosci en Fava, 2013). Een cruciale variabele binnen dit paradigma is de duur van de onbehandelde aandoening. Dit wil zeggen de tijd die er verloopt tussen het begin van de symptomen en het inzetten van een (adequate) behandeling. Studies tonen herhaaldelijk aan dat ook binnen de geestelijke-gezondheidszorg de duur van de onbehandelde aandoening de behandeluitkomst voorspelt. Bijvoorbeeld voor depressieve (Kraus et al., 2019), angst- (Altamura et al., 2013), obsessief-compulsieve (Perris et al., 2021) en psychotische (Penttilä et al., 2014) stoornissen. Deze 'duration of untreated illness' is een interessante parameter, omdat we daar controle over hebben door gerichte screening en diagnostiek.

Dit onderzoeksgebied is binnen de GGZ volop in ontwikkeling en er is ongetwijfeld nog veel onderzoek nodig. Toch bestaan er alles bij elkaar genomen weinig twijfels over de potentiële voordelen van vroegtijdige opsporing en behandeling van ernstige psychische aandoeningen (McGorry, 2019). Dat betekent dat de meeste inspanningen zich moeten concentreren op het eerste kwart van het leven. Ook persoonlijkheidsstoornissen manifesteren zich in die periode. Het niet-inzetten van zulke strategieën voor preventie, vroege signalering en interventie voor zulke ernstige en zelfs levensbedreigende aandoeningen is op zijn minst merkwaardig.

## **Kenmerken van persoonlijkheidspathologie vormen een uitstekende marker om jongeren met een hoog-risicoprofiel voor ernstige psychopathologie te identificeren**

Al in de jaren zestig formuleerden Wilson en Jungner (1968) een reeks criteria waaraan een ziekte of aandoening moet voldoen voor de juiste preventieve screening en interventie. Eén van de belangrijkste criteria is dat de ziekte of aandoening een belangrijk gezondheidsprobleem vormt. Toegepast op persoonlijkheidsstoornissen: het is uiteraard alleen maar zinvol om systematisch te screenen op kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, wanneer die kenmerken ook effectief manifestaties zijn van ernstige psychopathologie. En knelt daar niet het schoentje, in het bijzonder wanneer het gaat om de meest prototypische persoonlijkheidsstoornis, de borderline-persoonlijkheidsstoornis? Heel wat hulpverleners zijn ervan overtuigd dat elke puber een beetje 'borderline' is. Het idee is wijdverspreid dat de typische kenmerken van een

borderline-persoonlijkheidsstoornis – zoals de wisselende emoties en stemmingen, de impulsiviteit, de fluctuaties in zelfbeeld, de identiteitsverwarring en de hypergevoeligheid in contact met anderen – weinig verschillen van normale ontwikkelingsverschijnselen in de puberteit. En als dat zo is, dan zou het weinig zinvol zijn om die ‘symptomen’ te zien als uitingen van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis. Wat samenhangt met deze overtuiging, is de notie dat (schijnbaar) ernstige problemen die zich vroeg in de ontwikkeling voordoen, doorgaans wellicht goedaardiger zijn en niet noodzakelijk veel voorspellen voor hoe deze kinderen en jongeren zich als (jong-)volwassenen gaan ontwikkelen. Twee decennia van onderzoek heeft deze overtuigingen resoluut van tafel geveegd. Helaas...

Ten eerste: als de kenmerken van een (borderline-)persoonlijkheidsstoornissen zouden overlappen met normatieve ontwikkelingsverschijnselen, dan zou je verwachten dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de puberteit erg zou toenemen, wanneer de diagnose vastgesteld wordt aan de hand van dezelfde criteria zoals bij volwassenen. Dat is niet het geval. De meest geciteerde onderzoeksgegevens komen uit de ‘Children in the Community Study’ waarin een grote groep Amerikaanse kinderen decennialang is gevolgd. Deze studies laten zien dat de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen op 14, 16, 22 en 33 jaar nagenoeg dezelfde is (Grilo et al., 1998; Johnson et al., 2000). Andere studies uit dezelfde periode laten zien dat specifiek de kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis even vaak werden vastgesteld bij klinisch opgenomen pubers als bij opgenomen volwassenen (Becker et al., 1999; 2002). Dezelfde onderzoeksgroep toonde aan dat elk afzonderlijk kenmerk van een borderline-persoonlijkheidsstoornis een groep van jongeren met een BPS-diagnose betrouwbaar onderscheidt van een groep ‘normale’ jongeren (Becker et al., 2002). Ook de eerste studies die wij zelf op dit gebied hebben uitgevoerd, laten prevalentiecijfers bij opgenomen jongeren zien die erg vergelijkbaar zijn met steekproeven van volwassenen in opname (Feenstra et al., 2011). We stelden bij deze jongeren die een jaar opgenomen werden, net als in eerdere studies (o.m. Westen et al., 2003) een patroon van co-morbiditeit vast dat erg vergelijkbaar is als de co-morbiditeit bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. 78% van de jongeren met een persoonlijkheidsstoornis voldeed ook aan de criteria van minstens één andere psychische aandoening, wat wellicht ook illustratief is voor de ernstige, chronische doelgroep die (destijds) is behandeld binnen de Viersprong.

Ten tweede: dat de kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis ook in de puberteit niet zo onschuldig zijn, blijkt uit talloze studies die aantonen dat ze samenhangen met een hele reeks van geassocieerde problemen op diverse levensgebieden. Meer zelfs: de symptomen van een persoonlijkheidsstoornis zijn aanmerkelijk meer voorspellend voor zulke problemen dan de symptomen van de meeste andere psychische aandoeningen. Ze lijken dus meer informatie te bevatten en meer onderscheidend te zijn om jongeren met een hoog-risicoprofiel te identificeren dan de klassieke internaliserende en externaliserende symptomen van de algemeen bekende aandoeningen zoals stemmings-, angst- of gedragsstoornissen. Om enkele voorbeelden te geven: voor jongeren die voldoen aan

de criteria van een persoonlijkheidsstoornis is er een aanmerkelijk hoger risico op uitval op school, veelvuldig gebruik van allerlei gezondheidszorgdiensten en het gebruik van middelen (Wertz et al., 2020). Ongeveer 60% van de jongeren die voldoen aan de criteria van een borderline-persoonlijkheidsstoornis rapporteert ernstige suïcidegedachten en 50 tot 60% verwondt zichzelf (Knafo et al., 2015). Vergeleken met pubers met een klassieke symptoomstoornis ('as-1') hebben jongeren met een persoonlijkheidsstoornis meer problemen op school en minder vrienden (Johnson et al., 2005; Westen et al., 2003), lopen ze meer risico op verslavingen en middelenmisbruik (roken, alcohol en drugs) (Serman et al., 2002; , Scalzo, et al., 2018), hebben ze meer seksuele partners, vaker onveilige seks en stellen minder goed hun grenzen (Lavan & Johnson, 2002; Penner et al., 2019). Ook maken ze vaker gebruik van medicatie en crisisopnames (Kasen et al., 2007). Jongeren met persoonlijkheidsstoornissen rapporteren een lage levenskwaliteit, een hoge subjectieve last en ze kosten de samenleving meer dan €14.000 per jaar (Feenstra et al., 2012). Ouders van jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis rapporteren aanmerkelijk hogere niveaus van opvoedingsstress, meer last, meer eigen psychische problemen geassocieerd met de opvoeding en ze voelen zich minder competent als ouder (Bailey & Grenyer, 2013).

Ten derde: vroege manifestaties van een borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn uiterst zorgelijk. Diverse studies laten zien dat de aanvangsleeftijd van deze symptomen de uitkomsten op langere termijn voorspellen. Een recente studie laat zien dat zowel een eerdere aanvangsleeftijd als een langere duur van zelfbeschadiging associëren met frequentere zelfbeschadiging nadien en met een verhoogd risico op een eerste suïcidepoging (Brager-Larsen et al, 2022). Eerdere aanvangsleeftijd hangt ook samen met meer herhaalde suïcidepogingen. Een belangrijke kanttekening: het gaat hier om een studie bij jongeren die in behandeling zijn vanwege (subklinische) BPS. Bij deze jongeren past de zelfverwonding dus in een breder plaatje van symptomen en problemen. Het gaat niet om een doorsnee steekproef waarin zelfverwonding relatief frequent wordt vastgesteld bij pubers, maar waarbij het vaak gaat om relatief geïsoleerde voorvallen.

Om samen te vatten: als er één conclusie uit het onderzoek van de laatste twintig jaar kan worden getrokken, dan is het dat kenmerken van een (borderline-) persoonlijkheidsstoornis uitstekende markers zijn om een groep jongeren te identificeren met een sterk verhoogd risico op ernstige problemen. Kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen zijn betere markers dan klassieke symptomen van symptoomstoornissen. Hun relevantie neemt bovendien toe wanneer ze zich eerder in de ontwikkeling voordoen.

## **Persoonlijkheidsstoornissen zijn wellicht veel stabielere dan we zijn gaan denken**

Eén van de meest aangehaalde redenen voor het niet vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen in de survey studie van Laurensen (2013) is de overtuiging dat de kenmerken



van een persoonlijkheidsstoornis vanzelf voorbijgaan en dat ook de diagnose zelf relatief weinig stabiel is. Onderzoeksbevindingen lijken dat argument ook deels te ondersteunen. Zo kennen de typische kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, zoals zelfverwonding of overdosissen, een dramatische toename tussen de leeftijd van 12 en 15 jaar. Ze nemen ook weer even dramatisch af naar het einde van de puberteit (Cairns et al., 2019). Zo laat een eerdere studie nog een hoge stabiliteit zien van de algemene categoriale diagnose van persoonlijkheidsstoornis over een tijdspanne van twee jaar (74%) bij 15- tot 18-jarigen (Chanen et al., 2004). Een recentere studie toont een heel wat beperktere stabiliteit aan (47,8%) over een periode van 10 jaar (d'Huart et al., 2022). Slechts 11 van de 23 tieners voldeden na tien jaar nog aan de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis. Natuurlijk zijn deze data beperkt. Toch lijken ze de notie te ondersteunen dat in heel wat gevallen een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld in de puberteit, niet noodzakelijk chronisch wordt tot in de volwassenheid. En daarmee roept het opnieuw de vraag op of je zo'n beladen diagnose dan wel moet vaststellen, wanneer ze relatief weinig stabiel is.

Of een bepaalde aandoening stabiel is, hangt wellicht ook deels af van de criteria die worden gebruikt om deze aandoening te definiëren en te operationaliseren. Deze opmerking is niet geheel vrijblijvend. De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fifth edition (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013) bevat voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen immers twee verschillende modellen. Het onderzoek dat net werd aangehaald, is gebaseerd op het Sectie II model. Persoonlijkheidsstoornissen worden in Sectie II gedefinieerd als duurzame patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen die zich uiten op gebied van emoties, cognities, impulscontrole en interpersoonlijk functioneren. Deze duurzame patronen worden vervolgens gespecificeerd in type-specifieke expressies van die patronen, met als meest exemplarische voorbeeld de borderline-persoonlijkheidsstoornis. De klassieke criteria van een persoonlijkheidsstoornis verankeren de diagnose dus in experiëntiële en gedragsmatige uitingen van duurzame patronen. In het geval van de borderline-persoonlijkheidsstoornis: duurzame patronen van instabiliteit in emoties, zelfbeeld, relaties en impulsiviteit. Zo wordt de angst om in de steek gelaten te worden doorgaans gezien als één van de meest kenmerkende aspecten van een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Maar het criterium spreekt zelf van 'krampachtige pogingen om te voorkomen dat men feitelijk of vermeend in de steek gelaten wordt'. In feite is dit criterium de gedragsmatige uiting van enerzijds een onderliggend onvermogen om zich veilig te voelen in een hechte relatie en anderzijds van de neiging om vanuit dit onvermogen erg snel angstig te worden en zich onveilig te voelen wanneer de veiligheid in de relatie wordt bedreigd. Alleen wordt het kunnen omgaan met hechte relaties niet op elk moment van het leven even sterk op de proef gesteld. Heeft iemand op een gegeven moment geen hechte relatie, dan wordt de onderliggende angst misschien minder voortdurend of minder intens getriggerd. Daardoor is de kans mogelijk een stuk kleiner dat dit soort van krampachtige pogingen om niet in de steek gelaten te worden, voorkomen. De huidige criteria voor persoonlijkheidsstoornissen vormen dus het gevolg van een interactie tussen een onderliggende kwetsbaarheidsdispositie en de huidige context of de actuele levensgebeurtenissen in het leven van het

individu. Wellicht verklaart dit ook deels de opmerkelijke instabiliteit van de diagnose persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen. Immers: net als bij adolescenten laat longitudinaal onderzoek bij volwassenen een relatief beperkte stabiliteit zien (o.m. Zanarini et al., 2012). Over een tijdsspanne van 16 jaar kennen bijna alle volwassenen met een (borderline-) persoonlijkheidsstoornis periodes waarin ze niet voldoen aan de criteria van de aandoening. Zijn er veranderingen in levensomstandigheden, dan heeft dat mogelijk invloed op de expressie van deze kwetsbaarheidsdispositie. Kortom, het gebrek aan stabiliteit van persoonlijkheidspathologie bij adolescenten is niet noodzakelijk een aanwijzing dat persoonlijkheidsstoornissen op jonge leeftijd veel minder stabiel zijn dan op latere leeftijd. Het kan ook een artefact van de huidige criteria zijn.

Onder meer vanwege deze redenen is tien jaar geleden het Alternatieve Model voor Persoonlijkheidsstoornissen voorgesteld (Bender et al., 2011). Dit model werd opgenomen in Sectie III van DSM-5 en biedt een blik op de toekomstige classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Dit model verschuift de focus in de definitie en operationalisering van een beschrijving van eerder gedragsmatige criteria naar zulke onderliggende kwetsbaarheidsdispositie. De algemene criteria verwijzen naar beperkingen in zelf- en interpersoonlijk functioneren en naar kenmerkende, maladaptieve persoonlijkheidstrekken (Bender et al., 2011; Morey et al., 2011). Een persoonlijkheidsstoornis zien we daardoor meer als een onderliggende structurele kwetsbaarheid. Het idee daarbij is dat mensen in zekere zin hulpeloos worden geboren en in hun leven – vaak in interactie met belangrijke zorgfiguren – een aantal psychische capaciteiten ontwikkelen waardoor zij zich aan kunnen passen aan hun omgeving. Als mens moeten we bijvoorbeeld leren om grip te krijgen op onze gedragsimpulsen, om onze emoties te reguleren. We vormen ons een beeld van onze kwaliteiten en beperkingen, van wie we zijn en wie we willen zijn. We geven zin aan ons leven, zoeken richting in ons bestaan. We leren afstemmen op anderen en rekening te houden met anderen. We bouwen veilige relaties met anderen, waarin we gelijkwaardig aan elkaar zijn en respectvol omgaan met anderen. Al deze bouwstenen stellen ons steeds beter in staat om te groeien tot iemand die in verbinding staat met anderen. Om ons flexibel aan te passen aan de eisen van een veranderende omgeving. Bekeken vanuit het Alternatieve Model markeert persoonlijkheidspathologie dat mensen – vaak door beroerde omstandigheden in hun jeugd – onvoldoende in staat zijn geweest om deze capaciteiten stevig uit te bouwen. Daardoor zijn ze kwetsbaar om in interactie met hun omgeving vast te komen zitten in rigide patronen. Het Alternatieve Model legt de kern van persoonlijkheidspathologie in die onderliggende kwetsbaarheid, het klassieke model in de eruit voortkomende duurzame patronen.

Met het Alternatieve Model heeft de psychologie haar intrede gedaan in het meest gangbare psychiatrische classificatiesysteem. We verbinden de kern van een persoonlijkheidsstoornis veel meer met psychologische theorieën die al veel langer gangbaar waren in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De terminologie vanuit het Alternatieve Model leunt aan bij constructen als ‘emotieregulatie’, ‘gehechtheid’, ‘mentaliseren’ en ‘sociale cognitie’. Deze constructen zijn zeker niet onveranderlijk vastgeroest in iemands

persoonlijkheidsfunctioneren, maar ze leunen wel meer aan bij robuuste en relatief stabiele aspecten van iemand psychische functioneren. Het lijkt me goed denkbaar dat longitudinale studies die gebruik maken van het Alternatieve Model veel meer stabiliteit gaan laten zien dan de huidige studies.

Het Alternatieve Model zou mogelijk ook een oplossing kunnen bieden voor een ander probleem met het huidige classificatiesysteem. De typische kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis in Sectie II blijken immers relatief weinig leeftijdsneutraal (Debast et al., 2016; Videler et al., 2019). Dat betekent dat ze niet op dezelfde wijze of in dezelfde frequentie of intensiteit voorkomen gedurende de gehele levensloop. Dat is wellicht ook niet zo verwonderlijk in het licht van het voorgaande. De wijze waarop de kwetsbaarheidsdispositie uit Sectie III zich uitdrukt in specifieke patronen uit Sectie II zal immers in aanzienlijke mate bepaald worden door leeftijd en ontwikkelingsfase. We lieten eerder al zien hoe verschillende criteria uit Sectie II vooral de uitingen representeren van persoonlijkheidspathologie op midden-volwassen leeftijd (Videler et al., 2019). Op puberleeftijd zullen sommige van deze uitingen er wellicht anders uitzien, waardoor de huidige Sectie II criteria ze niet goed vatten. Zo zouden de 'krampachtige pogingen' van volwassenen zich bij pubers wellicht vooral laten zien in bijvoorbeeld de extreme moeite die ze ervaren om hun 'beste vriendin' te delen met anderen. Daardoor passen een aantal criteria minder goed bij deze ontwikkelingsfase, waardoor ze ook relatief minder snel vastgesteld kunnen worden bij adolescenten (Debast et al., 2016). Ook deze tekortkoming van het huidige DSM-5 Sectie II model verklaart deels het gebrek aan waargenomen stabiliteit van persoonlijkheidsstoornissen van de puberteit naar de volwassenheid. Ook hier is het de vraag of het Alternatieve Model niet veel beter geschikt is om tegemoet te komen aan deze ontwikkelingsvariatie waardoor er wellicht meer stabiliteit van beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren waargenomen worden bij toepassing van deze criteria.

Meer onderzoek is absoluut nodig. Toch is het een erg aannemelijke hypothese dat de aangehaalde instabiliteit vooral te maken heeft met de wijze waarop we de laatste decennia persoonlijkheidsstoornissen hebben gedefinieerd. Het Alternatieve Model zou ons wel eens kunnen leren dat de essentie van persoonlijkheidspathologie helemaal niet zo veranderlijk is. In eerdere studies hebben we aangetoond dat het Alternatieve Model ook op een betrouwbare manier toelaat om persoonlijkheidspathologie bij adolescenten vast te stellen (Weekers et al., 2021). Meer zelfs, deze studie gaf aanwijzingen dat het Alternatieve Model mogelijk zelfs sensitiever is om hoog-risico pubers in een eerder stadium te detecteren.

## **Er valt veel meer te voorkomen dan persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenheid**

Zoals aangehaald bestaat er erg veel evidentie dat kenmerken van (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen erg informatief zijn om jongeren meteen ernstig verhoogd risico

te identificeren. Blijven deze problemen echter beperkt tot een 'heftige ontwikkelingsfase', dan vermindert dat de urgentie om snel en vroeg te interveniëren. Preventie en vroege interventie zijn vooral van belang wanneer ook het toekomstige functioneren door de stoornis of ziekte, gecompromitteerd zijn. En opnieuw helaas... Retro- en prospectieve studies laten zien dat jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis heel wat meer risico's lopen dan alleen het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis als volwassene.

Want laat me eerst dit duidelijk stellen: ondanks eerdergenoemde data over de beperkte stabiliteit van persoonlijkheidsstoornissen, blijft de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis tijdens de puberteit de beste voorspeller van een persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid (Chanen et al. 2004). Maar er is (veel) meer. Een grote Britse studie toonde aan dat de aanwezigheid van BPS-symptomen op de leeftijd van 12 jaar een hele reeks van negatieve uitkomsten voorspelde tijdens de overgang naar de jongvolwassenheid op 18 jaar. Dit is inclusief slechte psychische gezondheid, slecht functioneren en een verhoogd risico om slachtoffer van geweld te worden (Wertz et al., 2020). Jonge pubers met een volledige diagnose hadden drie keer verhoogd risico op suïcidepogingen en zelfverwonding, op een jeugdstrafblad, uitval uit school en baantjes, en het meemaken van seksuele grensoverschrijdingen als jongvolwassene (Wertz et al., 2020). Ook de eerdergenoemde Children in the Community Study schetst een beeld van de langetermijneffecten van kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis tijdens de puberteit. En opnieuw blijkt elk van deze nefaste uitkomsten aanzienlijk vaker voor te komen dan wanneer er een symptoomstoornis wordt vastgesteld in de puberteit. Zo falen jongeren met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis vaker in hun opleiding (Johnson et al., 2005), ze ervaren als volwassene meer negatieve emoties en mentale last, meer psychische en financiële problemen en vinden minder sociale steun (Chen et al., 2006; Chen et al., 2006b). Verder hebben ze vaker conflicten met andere gezinsleden en meer problematische contacten met andere volwassenen (Chen et al., 2004). Ook hebben ze als volwassene vaker last van andere psychische aandoeningen, zoals depressie (Daley et al., 1999) en angst-, stemmings- en middelenmisbruikstoornissen (Johnson et al., 1999). Deze pubers worden tenslotte als volwassene ook vaker in crisis opgenomen (Levy et al., 1999).

Een recente studie heeft erg overtuigend laten zien dat een borderline-persoonlijkheidsstoornis die op jonge leeftijd begint, al op de leeftijd van 20 jaar gepaard gaat met slechtere uitkomsten op gebied van opleiding, werk en gezondheidskosten (Hastrup et al., 2022). Zelfs wanneer rekening werd gehouden met het opleidingsniveau van ouders, bleken cliënten die voor de leeftijd van 19 jaar een diagnose van borderline-persoonlijkheidsstoornis hadden gekregen bijna 22 keer vaker werkeloos te zijn op hun 20<sup>e</sup>, ze kregen bijna 15 keer vaker een uitkering en ze hadden 8 keer hogere gezondheidskosten dan leeftijdsgenoten. Kortom, pubers die een diagnose van BPS krijgen, beginnen hun volwassen leven met een ernstige handicap. Wellicht kunnen deze gegevens geëxtrapoleerd worden naar volwassen cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Er bestaat massaal veel onderzoek dat laat zien dat volwassenen met BPS een leven lang moeilijkheden blijven ondervinden

(Biskin, 2015) en vaak beroep blijven doen op de geestelijke-gezondheidszorg (Bender et al., 2001; Zanarini et al., 2015). Mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis hebben een levensverwachting die 20 jaar minder is dan de gemiddelde volwassene (Fok et al., 2012), waarbij ze vatbaarder zijn voor allerhande ziektes (Moran et al., 2007). Longitudinale studies van mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis tonen een grillig verloop, met frequent herval in klachten en een moeizaam en weinig stabiel herstel op gebied van psychosociaal functioneren (Zanarini et al., 2012). Meer zelfs: uit deze studie blijkt dat een aanzienlijk deel (40%) van deze mensen nooit actief professioneel deelneemt aan de maatschappij.

De laatste jaren ben ik vanuit mijn rol bij het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen betrokken geweest bij verschillende initiatieven waarvoor we getuigenissen van cliënten met persoonlijkheidsstoornissen hebben verzameld. Het meest ontroerende, maar ook pijnlijke, in al die getuigenissen gaat over het gemiste leven. Over de kansen die mensen vanuit hun onbehandelde problematiek hebben gemist om een relatie aan te gaan en kinderen te krijgen, of om een veilige en kwaliteitsvolle relatie uit te bouwen en de ouder te worden die ze wilden worden. Over de kansen die mensen hebben gemist om hun talenten te ontplooiën of om de talenten die ze hebben in te zetten in een productief leven.

Om het enigszins kort door de bocht te zeggen: het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenheid is misschien nog wel het minste van onze zorgen. Preventie en vroege interventie gaan veel breder. Waar het in wezen om gaat, is om een leven te voorkomen dat op nagenoeg alle gebieden (gezondheid, sociaal, beroepsmatig) ernstig beperkt is. Adolescente symptomen van (B)PS blijken aanmerkelijk beter voorspellend te zijn voor een hele reeks van negatieve uitkomsten dan klassieke internaliserende en externaliserende symptomen. Dat is een erg krachtig argument om systematisch te screenen op deze symptomen.

## **De adolescentie is een cruciale periode om in te grijpen**

Vroege detectie en interventie zijn vooral van belang wanneer de timing van de interventie uitmaakt. Zoals ik al eerder zei: voor nagenoeg elke stoornis die werd bestudeerd, bestaat er evidentie dat een langere 'duration of untreated illness' geassocieerd is met slechtere behandeluitkomsten. Er is weinig reden om aan te nemen dat dit niet zou gelden voor een persoonlijkheidsstoornis, integendeel. Ik noemde al eerder dat wanneer zelfbeschadiging op jonge leeftijd voorkomt en langer duurt, de kans vergroot dat er ook nadien nog episodes van zelfbeschadiging en zelfs suïcidepogingen zullen voorkomen. Echt verwonderlijk is dat niet: hoe langer bepaalde maladaptieve emotieregulatiestrategieën worden gebruikt, des te lastiger het wellicht wordt om emoties anders te leren reguleren. Bij heel veel volwassenen bestaan deze chronische maladaptieve patronen al talloze jaren.

Lange tijd werd overigens aangenomen dat persoonlijkheidsstoornissen helemaal niet behandelbaar zouden zijn. Daar is de laatste twintig-dertig jaar gelukkig verandering in gekomen dankzij de ontwikkeling en onderzoek van verschillende behandelmethodieken, in het bijzonder voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Meta-analyses laten zien dat deze behandelingen doorgaans grote effecten sorteren, zowel op gebied van de kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis zelf, als op gebied van geassocieerde problemen, zoals depressie (Cristea et al., 2017; Storebø et al., 2020). Ook jongeren met persoonlijkheidspathologie lijken te profiteren van deze behandelingen (Jørgensen et al., 2021). Waar we echter minder goed zicht op hebben, is in welke mate deze behandelingen ook helpen bij psychosociaal herstel (Chanen et al., 2020). Niet-behandelstudies suggereren in elk geval dat functionele veranderingen heel wat moeilijker te bereiken zijn dan symptomatische verbeteringen (Zanarini et al., 2012). Deze observatie is niet uniek voor persoonlijkheidsstoornissen. Ook andere ernstige en chronische aandoeningen, zoals psychotische stoornissen, laten een vergelijkbare kloof zien tussen symptomen en functioneren (Armando, Hutsebaut & Debbané, 2019). Kortom, we slagen er met behandeling wel in om psychische klachten te doen verminderen, maar we krijgen mensen veel minder goed aan het werk of ingebed in een stabiel sociaal netwerk. Het is niet verwonderlijk dat een aantal boegbeelden op gebied van persoonlijkheidsstoornissen al jaren pleiten voor een sterkere focus op herstel. Legendarisch is het pleidooi van John Gunderson dat mensen met BPS eerst een baan moeten vinden (Gunderson & Links, 2014). Daarmee wilde hij benadrukken hoe belangrijk het is om betekenis en zelfsturing te krijgen in het leven opdat herstel duurzaam kan zijn. Vanuit een andere hoek hebben Peter Fonagy en collega's het belang van een constructief sociaal netwerk benadrukt (Fonagy et al., 2017a, b). Het punt van deze experts is hetzelfde: willen mensen duurzaam herstellen, dan hebben ze iets nodig waarin ze zichzelf kunnen ontplooiën ('work') en hebben ze een sociaal netwerk nodig waarin ze zich gesteund voelen ('love'). Zonder werk en liefde zijn mensen wellicht gedoemd om uiteindelijk ook symptomatisch te hervallen. Dat wist zelfs Freud al.

Dat brengt me tot het volgende punt: er bestaat wellicht een kritische periode waarin je de fundamenten van een productief professioneel en sociaal leven legt: de adolescentie. Zou het niet kunnen zijn dat het als dertiger of veertiger veel moeilijker is om (opnieuw of voor het eerst) de fundamenten van een stevig sociaal en beroepsleven te leggen? Als dit het geval is, dan zijn de eerdergenoemde cijfers van de studie van Hastrup en collega's (2022) nog alarmerender. Ze suggereren heel sterk dat de ernstige problemen die gepaard gaan met een borderline-persoonlijkheidsstoornis tijdens de puberteit dusdanig interfereren met de ontwikkelingsstaken in deze levensfase dat heel wat pubers met een borderline-persoonlijkheidsstoornis de fundamenten missen om hun leven richting te geven als jongvolwassene. Deze jongvolwassenen starten met een achterstand aan hun beroepsmatig leven en het is maar de vraag hoeveel van deze (jong-)volwassenen er echt in hun latere leven in slagen om deze achterstand weer ongedaan te maken en hun leven vorm te geven. Zoals eerder aangegeven: longitudinale studies laten wel een patroon van herstel en herval zien op vlak van symptomen, maar in heel wat gevallen

heel weinig herstel op gebied van psychosociaal en beroepsmatig functioneren. Veertig percent haalt nooit meer enige vorm van beroepsmatig functioneren in hun leven (Zanarini et al., 2012). Hetzelfde geldt mogelijk ook voor de gezondheidsproblemen van veel mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Nagenoeg elke leefstijlgebonden ziekte komt vaker voor bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis en is gebonden aan ongezonde levensgewoontes die typisch ontstaan in de adolescentie: middelengebruik, slaapproblemen, ongezond eetgedrag etc.

De adolescentie is een scharnierpunt in het leven. Het is de periode waarin mensen hun sociaal netwerk opbouwen, een opleiding volgen, doorgroeien naar meer intieme vriendschappen, naar een gezonde partnerrelatie, en een job vinden. Een borderline-persoonlijkheidsstoornis kan interfereren met deze ontwikkelingstaken, wat kan resulteren in een ontwikkelingstagnatie die moeilijk in te halen is op latere leeftijd. Wellicht het belangrijkste argument om hoog-risico pubers vroegtijdig te signaleren en een gepaste behandeling aan te bieden, is om zulke neerwaartse en op den duur wellicht onomkeerbare spiraal te voorkomen.

## **Behandeling is vaak onvoldoende afgestemd op jongeren met persoonlijkheidspathologie**

Vroegtijdige diagnose-specifieke interventie zou minder noodzakelijk zijn als de bestaande reguliere interventies succesvol zouden zijn. Deze jongeren komen immers in de regel in zorg als puber. Jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis worden echter zelden behandeld voor deze persoonlijkheidsstoornis. Of minstens: ze worden zelden behandeld in een behandelprogramma dat ontwikkeld werd voor deze aandoening. Het eerdergenoemde onderzoek van Laurensen (2013) suggereert dat slechts 6,5% van de professionals deze jongeren systematisch doorverwijst naar een specifieke behandeling. Wat de andere jongeren krijgen, is niet zo duidelijk. Wellicht een meer generieke behandeling of een specifieke behandeling voor een geassocieerd probleem, zoals een depressie, angst- of gedragsstoornis. Of dit noodzakelijk een probleem is, is niet zo duidelijk. Sommige gegevens lijken eerder geruststellend, andere gegevens zijn zorgelijk.

Laten we beginnen met wat op het eerste gezicht geruststellend is. Reguliere behandeling hoeft niet noodzakelijk minder effectief te zijn dan meer gespecialiseerde behandeling. In een Cochrane review naar interventies voor zelfbeschadiging werden verschillende gespecialiseerde behandelingen onderzocht (Witt et al., 2021). In deze review werden twee studies meegenomen die de effecten van Cognitieve gedragstherapie voor zelfverwonding vergeleken met reguliere behandeling. De studies waren van lage kwaliteit en lieten geen meerwaarde van CGT zien in het verminderen van zelfverwonding en suicidaliteit. Ook slaagde CGT er niet beter in jongeren in behandeling te houden. Ook Systeemtherapie heeft geen meerwaarde op zelfverwonding, suicidaliteit of depressiviteit, al bleven wel meer jongeren in behandeling. Mentalization-Based Treatment voor adolescenten (MBT-A)

is over de twee meegenomen studies niet beter in het verminderen van zelfverwonding en suïcidaliteit, al waren er grote verschillen tussen beide studies. Tenslotte bleek Dialectische Gedragstherapie tijdens de eerste 12 maanden wel degelijk effectiever dan reguliere behandeling, zowel op gebied van zelfverwonding, suïcidaliteit als het verminderen van uitval uit behandeling, maar verdwenen deze verschillen in follow-up.

In feite liggen deze bevindingen in het verlengde van andere studies waarin de effectiviteit van specialistische behandelprogramma's voor (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen bij jongeren is onderzocht (Jørgensen et al., 2021). Tien gerandomiseerde studies zijn inmiddels gepubliceerd. Emotieregulatietraining blijkt geen meerwaarde te hebben als toevoeging bij een reguliere behandeling op gebied van ernst van borderline problematiek (Schuppert et al., 2012). Individuele MBT-A behandeling bleek wel superieur aan reguliere behandeling (Rossouw & Fonagy, 2012), maar een groepsbehandeling MBT bij pubers (MBT-G) bleek geen meerwaarde te hebben (Beck et al., 2020). DGT-A bleek superieur bij einde behandeling, maar deze effecten verdwenen in follow-up (Mehlum et al., 2014, 2016, 2019). Ook Cognitief Analytische Therapie (CAT) bleek niet bij einde behandeling, niet in follow-up superieur, al trad er in de CAT-conditie een snellere verbetering op (Chanen et al., 2008). Deze bevindingen werden ook vastgesteld voor veruit de meeste secundaire uitkomstmaten.

De optimistische interpretatie van deze resultaten is dat reguliere behandelingen een prima alternatief vormen voor de (eerder recent ontwikkelde) specialistische behandelingen, zoals DGT-A, MBT-A en CAT. De minder optimistische interpretatie is dat zowel de specialistische als reguliere behandelingen nog een hele weg af te leggen hebben.

Het zorgelijke is immers dat er heel wat signalen zijn dat we jongeren met (borderline-) persoonlijkheidspathologie nog onvoldoende goed behandelen. Reguliere behandeling lijkt vaak ernstig tekort te schieten. Zo toonde een follow-up studie aan dat slechts 25% van de jongeren met angst- en stemmingsstoornissen die in reguliere behandeling waren, na drie jaar hersteld waren (Ranøyen et al., 2018). Relevant voor dit verhaal: falende behandeling bleek met name het geval te zijn voor jongeren met persoonlijkheidsproblemen. Kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis blijken de sterkste voorspeller te zijn van slechte toekomstige uitkomsten. De kans op terugkerende depressieve episodes is voor deze jongeren tot vier keer groter dan voor jongeren zonder zulke kenmerken (Kiviruusu et al., 2020). Kortom, opnieuw blijken kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis een marker van ernst, ditmaal in de zin dat ze niet-behandelrespons voorspellen. Daarnaast blijken jongeren met persoonlijkheidspathologie vaak uit te vallen uit behandeling, zowel in reguliere behandeling als in meer gespecialiseerde behandeling (Jørgensen et al., 2021). Dat geldt voor bijna 40% van deze jongeren. Dat is opmerkelijk gezien de subjectief ervaren last bij zowel de jongeren zelf als bij hun ouders (Jørgensen et al., 2021b).

Eerdere studies lieten zien dat de voornaamste reden waarom adolescenten een behandeling stoppen, te maken heeft met ervaren breuken in de therapeutische relatie (O'Keeffe et



al., 2020). De therapeutische relatie is één van de belangrijkste werkzame factoren die bepalend is voor het succes van een behandeling (Karver et al., 2018). Behandeling is vooral succesvol wanneer een behandelaar erin slaagt om een echte, authentieke relatie op te bouwen (Gelso et al., 2018). Wellicht zit hierin een deel van de verklaring voor het geringe succes van diverse behandelingen. Eigen aan jongeren met kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis is dat ze interpersoonlijk erg gevoelig zijn en daardoor ook erg vatbaar voor wat er gebeurt in de therapeutische relatie (Hutsebaut & Sharp, 2022). Ze zijn wellicht snel op hun hoede voor de bedoelingen van anderen, en dan vooral voor de oprechtheid van de bedoelingen van anderen. Dit ligt in lijn met onderzoeksbevindingen dat adolescenten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn te hyper-mentaliseren (Sharp et al., 2013), wat kan leiden tot breuken in het contact met de behandelaar wanneer ze iets van onechtheid denken waar te nemen. Dit kan vooral optreden wanneer de behandelaar te strak vasthoudt aan het protocollair uitvoeren van een behandeling (Hutsebaut & Sharp, 2022). Het zou kunnen dat een deel van de verklaring voor de matige bevindingen in diverse studies, en in het bijzonder voor de hoge mate van uitval uit behandeling, gevonden kan worden in het te strak vasthouden aan bepaalde behandelprotocollen en het te weinig flexibel inspelen op de relationele dynamieken die zich in het contact aandienen. Een diagnose-specifieke behandeling kan een kader bieden om met deze dynamieken om te gaan en daarbij specifieke aandacht te hebben voor de beperkingen van deze jongeren en ouders.

## Een falende behandeling is iatrogeen

Hulpverleners volgen vaak een stepped-care logica. Ze starten met een toegankelijke, generieke behandeling in een lage dosis en schalen slechts op naar intensievere, complexere en meer gespecialiseerde behandelingen wanneer deze eerstelijnsbehandelingen falen. De stilzwijgende assumptie is dat het beter is om na te gaan of de aandoening met een lichte interventie kan worden behandeld en slechts op te schalen als die onvoldoende is. Een variant daarvan is de assumptie dat je beter eerst de symptoomstoornis behandelt voor je de focus richt op de persoonlijkheidsstoornis. Baat het niet, dan schaadt het niet. Maar in de behandeling van psychische aandoeningen zou deze aanname wel eens foutief kunnen zijn.

Er zijn aanwijzingen dat in de tijd beperkte interventies voor ernstige aandoeningen een avers effect hebben. Data uit de 'Improving Access to Psychological Therapy' (IAPT) studie in het Verenigd Koninkrijk laten zien dat cliënten die een behandeling van hoge intensiteit volgen en niet in de eerste 5-7 sessies vooruitgang laten zien, dat ook later niet laten zien (Robinson, Delgado, & Kellett, 2020; Robinson, Kellett, & Delgado, 2020). Studies bij adolescenten en jongvolwassenen laten zien dat kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen het mislukken van een behandeling voorspellen wanneer die behandeling van bij aanvang te kort is. Zo laat een evaluatie van het Australische Headspace programma voor jongeren en jongvolwassenen (12-25 jaar) zien dat 40% van de jongeren

met kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis geen enkele vooruitgang liet zien na zes sessies, terwijl nog eens 40% achteruitging. 57% van de jongeren ging achteruit op het vlak van sociaal functioneren en 69% voor kwaliteit van leven (O'Dwyer, Rickwood, Buckmaster, & Watsford, 2020). Deze gegevens suggereren sterk dat wanneer wordt gestart met een te korte behandeling die onvoldoende afgestemd is op de ernst van de problemen, de kans op iatrogene effecten reëel is (Luyten, 2020). Meer nog: data uit de eerder genoemde IAPT studie in het Verenigd Koninkrijk laten zien dat slechts 29% van de cliënten die de behandeling van hoge intensiteit volgden (16 sessies) nadat ze eerst waren toegewezen aan het programma van lage intensiteit (8 sessies) klinisch significant herstel bereikten. Dit in vergelijking met 45% van de cliënten die meteen toegewezen werden aan het programma van hoge intensiteit (Delgadillo, Huey, Bennett, & McMillan, 2017).

Al deze gegevens suggereren dat enerzijds een te korte behandeling nefast is, maar anderzijds ook dat het eerst inzetten van een ineffectieve behandeling een negatief effect kan hebben op daaropvolgende behandelingen. Dit stelt de huidige praktijk van stepped-care zorg en voortdurend opschalen naar nieuwe en meer gespecialiseerde behandelingen, in vraag. Het is goed mogelijk dat jongeren en hun ouders in toenemende mate de hoop verliezen, gedemoraliseerd raken en zichzelf de mislukte behandelingen gaan aanrekenen. Dit zou kunnen interfereren met daaropvolgende behandeltrajecten.

Deze data zijn deels voorlopig en de interpretatie ervan enigszins speculatief. Toch zou het goed kunnen dat verschillende van onze huidige assumpties die aan de basis liggen van de wijze waarop we de zorg hebben georganiseerd, niet kloppen. Het idee bijvoorbeeld dat je eerst generiek inzet en pas specialistisch gaat behandelen wanneer een generalistische behandeling onvoldoende effecten heeft. Of het idee dat je eerst de geassocieerde symptoomstoornis moet behandelen en pas opschaaft naar diagnosespecifieke behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen wanneer die onvoldoende succes hebben. En opnieuw blijken kenmerken van (borderline-) persoonlijkheidsstoornissen een prima marker om de waarschijnlijke ineffectiviteit van deze behandelingen te voorspellen. Door vroegtijdig en systematisch deze kenmerken te signaleren zouden we de behandeltoewijzing kunnen verbeteren. Mogelijk kunnen een aantal, eerder mildere gevallen nog steeds in korte, generalistische behandelingen worden behandeld, maar dienen jongeren met een veel ernstiger risicoprofiel meteen naar hoger gedoseerde en meer specialistische behandelingen verwezen te worden.

## Vroege detectie en interventie kunnen anti-stigmatiserende neveneffecten hebben

Ik noemde eerder dat de weerstand om te spreken van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten wellicht vooral te maken heeft met de angst voor stigmatisering. Persoonlijkheidsstoornissen hebben een driedubbele stigmatiserende connotatie. Ten eerste suggereren ze 'onbehandelbaarheid' en 'levenslang lijden', ten tweede suggereren

ze cliënten die ‘moeilijk’ of ‘manipulatief’ zijn en ten derde zou het te zeer kunnen suggereren dat het probleem gesitueerd is in het kind en niet in bijvoorbeeld de omgeving of het gezin.

Er zijn veel meer voorbeelden van diagnoses die niet benoemd worden uit angst voor de implicatie ervan. AIDS en kanker zijn wellicht de twee bekendste. Hoewel er ongetwijfeld nog andere redenen een rol spelen, is één van de belangrijkste het feit dat deze ziektes lange tijd geassocieerd werden (en nog steeds worden) met ‘ongeneeslijk’ en dus met angst. Dankzij de medische vooruitgang kunnen nu een aantal ziektes die lange tijd onbehandelbaar waren, beter worden behandeld. Zo zijn de overlevingskansen van zeker AIDS en tot op zekere hoogte ook (bepaalde vormen van) kanker sterk verbeterd, waardoor de connotatie van de diagnose aan het veranderen is. De behandelbaarheid van deze ziektes wordt, zoals we eerder al noemden, in belangrijke mate bepaald door het stadium waarin ze worden opgespoord en behandeld. Het vroegtijdig inzetten van een gepaste behandeling heeft een positieve invloed op de prognose. Daarom is het wellicht niet toevallig dat er massaal veel campagnes zijn om ziektes als kanker bespreekbaar te maken, waardoor mensen zich vaker laten screenen en de behandelbaarheid verder verbetert. Bovendien kunnen de gezondheidszorgkosten door snelle interventies worden verminderd. Het stigma, dat vooral samenhangt met de chronische, onbehandelbare, late-stage varianten van de ziekte, vermindert als een neveneffect. In de GGZ vindt een vergelijkbare beweging plaats in de psychosezorg. Door snellere opsporing en behandeling van jongeren met een hoog-risicoprofiel kunnen positieve en negatieve symptomen van psychose worden verminderd en zelfs voorkomen. Daardoor verbeteren de uitkomsten. Als gevolg daarvan is ook de associatie tussen psychotische symptomen en schizofrenie verminderd. Ik ben ervan overtuigd dat een belangrijke reden waarom een borderline-persoonlijkheidsstoornis geassocieerd is met levenslang lijden, veelvuldige behandeltrajecten en onomkeerbare sociale beperkingen, te maken heeft met het feit dat de diagnose vaak zo laattijdig wordt vastgesteld. Ironisch genoeg krijgt het uitstellen van de diagnose daardoor een stigma-versterkend effect. Vroege interventie kan de prognose beïnvloeden en daarmee ook de connotatie van de aandoening. Ons veld heeft veel te lang de stoornis verengd tot haar late stadia en we hebben veel te veel getreuzeld met het ontwikkelen en inzetten van behandelingen die de negatieve prognose kunnen doen verminderen.

De diagnose roept, ten tweede, de associatie op van ‘moeilijke’, ‘lastige’ cliënten. De vrees is dat het geven van deze diagnose, de persoon kan vereenzelvigen met zulke zelfondermijnende labels. Hoewel ik geen weet heb van studies die aantonen dat de diagnose op zich stigmatiserend is, ken ik ook geen gepubliceerde studies die het tegendeel aantonen. Wel hebben we zelf ooit een studie gedaan die aantoont dat net deze jongeren – reeds voor ze uiteindelijk de diagnose van ‘borderline-persoonlijkheidsstoornis’ zouden krijgen – zichzelf ernstig stigmatiseerden (Cathoor et al., 2015). Aan de kern van het zelfbeeld van heel veel van deze jongeren, ligt de overtuiging ongewenst te zijn, een ‘aandachtszoeker’, een ‘last voor anderen’. In dat opzicht zou het stellen van de diagnose

ook een soort van opluchting kunnen bieden: het ‘moeilijke’ gedrag wordt herkadert als de uiting van een aandoening, geassocieerd met een onvermogen om intense emoties en impulsen te reguleren.

Tenslotte: de term ‘persoonlijkheidsstoornis’ suggereert dat het probleem zich ‘in de persoon zelf’ bevindt. Tegelijk weten we dat veel van deze jongeren als kind zijn opgegroeid in suboptimale omgevingen. Door de term wordt de suggestie gewekt dat het probleem gereduceerd wordt tot een individueel probleem van het kind of de puber. Natuurlijk kun je beargumenteren dat elke psychische aandoening het resultaat is van een interactie tussen biologische, psychologische en omgevingsinvloeden en dat de term ‘persoonlijkheid’ niet noodzakelijk naar een probleem in de persoon verwijst, maar naar een terugkerend probleem in de interactie tussen een persoon en zijn of haar omgeving. Toch klopt het dat het begrip ‘persoonlijkheidsstoornis’ geen gelukkige term is. Waarom ik toch blijf pleiten voor de diagnose, is omdat het op dit moment het kader is waarbinnen het onderzoek is gebeurd dat in deze rede werd besproken. De diagnose – met haar beperkingen – blijft één van de meest informatieve labels aan de hand waarvan jongeren die een hoog risico lopen op uitval op diverse levensgebieden en die niet goed reageren op reguliere behandelingen, kunnen worden geïdentificeerd. De ultieme waarde van een diagnose zou naar mijn mening moeten liggen in haar bruikbaarheid om de juiste kinderen, jongeren en gezinnen op de juiste behandelplek te krijgen en om in die behandeling de juiste focus te krijgen, gebaseerd op onderzoek naar deze groep van jongeren en hun gezinnen.

Het perspectief  
van een cliënt

Enkele maanden geleden kreeg ik een mail van Marlieke. Ik ken haar niet, ze schreef me naar aanleiding van enkele artikels die ze van me had gevonden. Ze mailde het volgende:

*Beste Joost,*

*Ik las onlangs twee artikelen van (o.a.) jouw hand over vroege interventie bij BPS en dit triggerde mij je deze mail te sturen.*

...

*Ik herkende mijn eigen verhaal heel erg in je artikel. Ik ben op mijn 14e gediagnostiseerd met ernstig ondergewicht en trauma-klachten, ben op mijn 15e gaan auto-mutileren en ben na een tijd ambulante EMDR gehad te hebben vlak voor mijn 16e verjaardag mijn eerste klinische eetstoornisbehandeling ingegaan. En toen een tweede en een intake voor een derde, bij een derde kliniek...waarna ik op mijn 19e de grens trok en zei: ik doe dit niet meer, dit helpt niet. Ik heb tien jaar lang geprobeerd m'n hoofd boven water te houden en niet te ver af te vallen zodat ik niet wéér opgenomen hoefde te worden in een eetkliniek. Daar werd ik naar mijn idee immers niet gehoord. Ik ontwikkelde in die tijd ook dwangklachten en gebruikte overmatig alcohol. Tot op mijn 28e een mevrouw die werkt met jongeren met ADHD tegen mij zei: Marlieke, je moet zoveel, je put jezelf uit, je hebt constant stress, je saboteert jezelf...laat je eens testen op ADHD. Zo gezegd, zo gedaan. Uit de anamnese met mijn vader bleek geen ADHD (daar zijn de meningen tot op de dag van vandaag over verdeeld, want mijn vaders geheugen is zo lek als een mandje), maar vermoedde men wel persoonlijkheidsproblematiek. Ik naar (naam instelling) en ja hoor...borderline met trekken van een vermijdende persoonlijkheidsstoornis.*

*Ik ben op mijn 30e bij de (naam instelling) DGT gaan volgen en vanaf mijn 31e heeft mijn "eetstoornis" herstel zich met rappe vaart ingezet.*

*Ik ben nu 39 en heb van een eetstoornis geen last meer. Wel van het feit dat ik nu nog aan het leren ben hoe ik met gevoelens als angst en afwijzing om moet gaan en wat ik toch moet doen als ik denk dat mijn vriend me niet leuk meer vindt omdat hij een keer te weinig lacht. Hoe ik in godsnaam uit die 'uit-contact' bubbel moet komen waar ik mezelf instop als ik de wereld weer niet snap.*

*Je verhaal raakt me dus in die zin dat ik geloof dat ik heel erg gebaat was geweest bij een eerdere accurate diagnose. Mijn eetstoornis was niks meer en niks minder dan een (heftig) symptoom van mijn emotie-regulatie problematiek. Net als mijn automutilatie, mijn dwang en mijn alcohol gebruik dat waren.*

*Ik weet niet precies wat het doel is van deze mail. Misschien je bedanken voor de aandacht die jij en anderen vragen voor het onderwerp. Ja, dat is het denk ik. De doelgroep met borderline-persoonlijkheidsstoornis gaat me erg aan het hart omdat ze zo vaak verkeerd begrepen en gezien worden, en ik denk dat vroege signalering hierin een enorm verschil kan maken. Dank jullie wel!*

Duidelijker dan dit kan ik niet verwoorden hoe belangrijk vroegtijdige detectie kan zijn om gepast te interveniëren en een leven in de dop betere kansen te geven.

Wat we weten  
en wat we  
nog niet weten



Waar staan we nu op het vlak van de preventie en vroege interventie van persoonlijkheidspathologie?

Heel wat onderzoek heeft aangetoond dat de kenmerken van een (borderline-) persoonlijkheidsstoornis duidelijke markers van ernst zijn. Ze laten toe om een groep van jongeren te identificeren die niet alleen tijdens hun puberteit ernstige problemen (kunnen) vertonen, maar die een duidelijk verhoogd risico lopen om ook als (jong-) volwassene een hele reeks van psychische, sociale en beroepsmatige problemen te blijven ondervinden. Bovendien blijken deze jongeren minder responsief voor behandeling.

Verder weten we uit onderzoek dat de typische kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis zich meestal manifesteren vanaf het begin van de puberteit. Er zijn toenemend aanwijzingen dat niet alleen de kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, maar ook de psychosociale beperkingen zich tijdens de puberteit beginnen te ontwikkelen. Er bestaat beginnende evidentie dat jongeren met een borderline-persoonlijkheidsstoornis al vroeg in hun leven ernstige problemen op diverse gebieden kunnen vertonen die mogelijk het fundament leggen voor de chronische beperkingen die bij volwassenen met persoonlijkheidspathologie worden gezien. In die zin vormt de puberteit naar alle waarschijnlijkheid een kritieke periode wanneer het gaat om vroege interventie van de kenmerken van persoonlijkheidspathologie en de preventie van de geassocieerde psychosociale beperkingen.

We weten niet of de kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis ook de beste markers van ernst zijn en of ze het meest informatief zijn om een risicoprofiel op te stellen. We weten ook niet goed of het aantal kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis of de terugkerende episodes van een borderline-persoonlijkheidsstoornis wel de beste parameters vormen om behandeltoewijzing op te baseren. We weten niet of ons huidige concept van persoonlijkheidsstoornissen het beste concept is om kwetsbare jongeren te identificeren en of het Alternatieve Model niet een meerwaarde biedt. We weten niet welke jongeren en gezinnen welk type van behandeling nodig hebben.

We weten niet goed wat nu de meeste effectieve behandelingen zijn. Specialistische behandelingen laten tot nu toe enigszins teleurstellende resultaten zien. Alle behandelingen hebben moeite om jongeren echt in behandeling te houden. Het betrekken van het gezin lijkt te helpen om jongeren aan boord te houden. Groepsbehandelingen daarentegen lijken net vaker tot uitval te leiden, al zijn deze bevindingen voorlopig. Een erg plausibele reden voor deze tegenvallende bevindingen en hoge uitval ligt in het feit dat er erg heterogene groepen van jongeren met een 'one-size-fits-all' behandeling werden behandeld in deze studies. Het is erg aannemelijk dat het gekozen format prima geschikt is voor een deel van deze jongeren, maar niet goed aansluit bij een ander deel.

We weten niet goed hoe we de dreigende psychosociale uitval – wat mij betreft de grootste uitdaging wanneer het gaat om de behandeling van jongeren met een beginnende

persoonlijkheidsstoornis – kunnen voorkomen. In geen enkele van de beschreven gespecialiseerde behandelingen wordt beschreven hoe er bijvoorbeeld samengewerkt kan worden met scholen.

We weten niet goed hoe we de bestaande behandelingen kunnen verbeteren zodat ze beter tegemoetkomen aan de moeilijkheden van deze jongeren en ouders. We weten bijvoorbeeld niet goed hoe we meer jongeren aan boord kunnen houden. En we weten niet goed voor welke jongeren zo'n 'ge-upgrade' reguliere behandeling mogelijk even effectief is als een specialistische behandeling. Immers, het is haast ondenkbaar dat we ooit een voldoende volume aan specialistische behandelingen kunnen implementeren, gezien de prevalentie van deze aandoening.

Tenslotte weten we niet of we in het kader van preventie niet kinderen at risk eerder zouden kunnen signaleren, nog voor de klassieke symptomen van persoonlijkheidsstoornissen zich gaan manifesteren. Immers, de manifestatie van deze symptomen suggereert dat de jongere al vastraakt in duurzame, maladaptieve patronen. Ook hier is de vraag of het Alternatieve Model zich niet beter zou kunnen lenen tot vroege detectie. En aansluitend is er de vraag of we iets universeel preventiefs kunnen doen, bijvoorbeeld om deze kwetsbare kinderen sneller te signaleren op scholen of om de eerste reactie op een hulpvraag te verbeteren waardoor de 'duration of untreated illness' kan verminderen.

Naar een betere preventie,  
vroeg detectie en  
vroeg interventie van  
persoonlijkheidspathologie  
op basis van modellen van  
stadiëring en profilering

Ik wil tot slot aangeven waar ik de leerstoel de komende jaren voor wil gebruiken. De focus daarbij is tweevoudig: 1) het verbeteren van de vroege detectie en indicatiestelling op basis van modellen van stadiëring en profilering en 2) het verbeteren van de werkzaamheid van breed inzetbare interventies voor deze kwetsbare jongeren en gezinnen.

## Stadiëring en profilering voor persoonlijkheidsstoornissen

Modellen van stadiëring en profilering vormen meestal het fundament van een visie op preventie en vroege interventie. Ze bieden een heuristisch kader voor het vaststellen van de geschikte interventies én ze richten de focus niet alleen op de *full-blown* diagnose, maar ook op voorlopers en vroege uitingen. Voor persoonlijkheidsstoornissen werden enkele stadiëringsmodellen geformuleerd (Chanen, Berk, & Thompson, 2017; Hutsebaut et al., 2019; Sharp et al., 2022). Deze modellen verschillen onderling nogal. Ook ontbreekt onderzoek.

In het kader van een promotieonderzoek van Sharon Clarke en ingebed in een netwerk met Bas van Alphen, Rien Van, Arjen Videler en Linda Dil zijn we bezig met een systematische review naar stadiëringsmodellen binnen de GGZ. Op basis daarvan willen we in afstemming met Chanen en Sharp een nieuw voorstel voor een stadiëringsmodel voor persoonlijkheidspathologie voostellen, waarin ook de nieuwe ontwikkelingen in het kader van het Alternatieve Model voor Persoonlijkheidsstoornissen worden meegenomen.

Daarnaast willen we een inventarisatie maken van risicofactoren die de prognose van de aandoening beïnvloeden. Waar stadiëringsmodellen meer het dynamische beloop van een aandoening schetsen, helpen risicofactoren of *profilers* om de noodzaak aan directe of hoog-specialistische interventie te identificeren. Bij kinderen of jongeren met een erg hoog-risico profiel kan meer en/of meer gespecialiseerde behandeling nodig zijn, zelfs in vroege stadia. De combinatie van stadiëring en profilering moet een theoretisch fundament leggen onder de leerstoel.

## Identificeren van hoog-risicoprofielen op jonge leeftijd

Of modellen van stadiëring en profilering effectief zijn om jongeren sneller te detecteren en op de juiste plek in de hulpverlening te krijgen, is een aanname. Er bestaat geen empirische ondersteuning voor de geformuleerde stadiëringsmodellen op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien zijn deze modellen geformuleerd vanuit onderzoek op basis van het traditionele model voor persoonlijkheidsstoornissen. Ze bouwen daarbij vooral voort op onderzoek bij pubers en volwassenen bij wie er minstens subklinische kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis werden vastgesteld.

In het kader van een promotiestudie die ingericht wordt aan de Tilburg University plan ik in samenwerking met Tom Smeets een reeks studies naar de waarde van modellen van stadiëring en profilering voor het identificeren van kinderen en jongeren met een hoog-risicoprofiel en het voorspellen van ontwikkelingsuitkomsten en behandelprognose op basis van deze profielen.

We plannen in eerste instantie een studie naar de heuristische waarde van deze modellen op basis van bestaande dossiergegevens. We willen nagaan of deze modellen betrouwbaar kunnen worden vastgesteld en voorspellend zijn voor feitelijke behandelosis in een retrospectieve studie. Verder willen we binnen deze onderzoekslijn bestaande instrumenten die we zelf ontwikkeld hebben, zoals het Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5 (STiP-5.1, Hutsebaut et al., 2017) aanpassen zodat ze bruikbaar zijn om ook voor de puberteit kinderen met een kwetsbare persoonlijkheid te identificeren. Daarbij willen we nagaan of we beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren betrouwbaar en valide kunnen identificeren nog voor er sprake is van de duurzame patronen die in de huidige classificatie de kern van de diagnose uitmaken. Het uiteindelijke doel daarbij is om hoog-risico kinderen en jongeren vroeg te identificeren, net om te voorkomen dat er zich duurzame patronen gaan ontwikkelen en vastzetten.

We willen op basis van deze bevindingen uiteindelijk ook een grotere groep kinderen prospectief opvolgen om de bruikbaarheid van diverse risicoprofielen op basis van deze modellen, te onderzoeken. We denken daarbij dat de voornoemde studies een basis moeten leggen om duidelijke hypothesen te formuleren over diverse risicoprofielen en hun samenhang met de ontwikkeling van ernstige persoonlijkheidspathologie op jongvolwassen leeftijd.

## Onderzoek naar de (kosten-)effectiviteit van vroege interventie van persoonlijkheidspathologie

Het hele concept van vroege interventie van persoonlijkheidspathologie is gebaseerd op de veronderstelling dat het snel detecteren (en reduceren van de duur van de onbehandelde aandoening) van persoonlijkheidspathologie en het inzetten van een diagnose-specifieke behandeling op de kenmerken van persoonlijkheidspathologie tot een beter zorg voor deze jongeren leidt dan de reguliere behandeling. Beter kan zowel inhouden dat deze kenmerken meer veranderen, dat er minder uitval of wissels in behandeling optreden en dat jongeren na een 'frontline' behandeling minder behandeling nadien nodig hebben.

Vanuit de Viersprong hebben we vanaf 2014 een specialistisch vroege-interventieprogramma voor jongeren in een vroeg stadium van een borderline-persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld, MBT-early (Hutsebaut et al., 2017). MBT-early biedt een korte interventie aan voor jongeren bij wie de klachten waarvoor ze hulp zoeken gerelateerd zijn aan beginnende kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, zoals moeite om emoties te

reguleren, impulsiviteit, een instabiel zelfbeeld of moeite met relaties. De hypothese in lijn met het eerder geciteerde onderzoek, is dat het toepassen van een behandelkader, zoals Mentalization-Based Treatment, bij jongeren die naast hun aanmeldklachten, zoals angst- of stemmingsklachten, ook kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis vertonen, beter zal aansluiten bij de specifieke beperkingen in persoonlijkheidsfunctioneren van deze jongeren en dus tot betere en meer duurzame resultaten zal leiden.

In het kader van een promotiestudie van Melissa Remeus en Sharon Clarke en in samenwerking met Ron Scholte (Radboud Universiteit), Patrick Luyten (Katholieke Universiteit Leuven) en Tom Smeets (Universiteit Tilburg) willen we de effectiviteit en kosteneffectiviteit van MBT-early onderzoeken. Deze studie wordt ondersteund met een subsidie van ZonMw. Het doel van deze studie is om na te gaan of vroegtijdige interventie op de kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis bij jongeren die naast deze kenmerken ook een stemmings- en/of angststoornis hebben, effectiever en kosten-effectiever is dan de reguliere richtlijnbehandeling voor jongeren met angst- en stemmingsstoornissen, Cognitieve Gedragstherapie. Deze studie loopt in samenwerking met Mentaal Beter en GGz Breburg. Deze studie is de eerste internationale studie waarin de potentiële meerwaarde van een vroege-interventieparadigma voor borderline-persoonlijkheidsstoornissen wordt getoetst. Ze heeft potentieel vergaande gevolgen voor de wijze waarop de zorg dient te worden ingericht.

## **Verbeteren van de reguliere zorg voor jongeren met persoonlijkheidspathologie en hun gezinnen**

Reguliere zorg is niet noodzakelijk ineffectief. Dat zien we ook terugkeren in diverse studies bij volwassenen. Als de reguliere zorg beter gestructureerd is en gebaseerd is op een kader voor persoonlijkheidspathologie, dan blijkt reguliere zorg niet noodzakelijk minder effectief dan specialistische behandeling (Hutsebaut et al., 2022). Vanuit die optiek hebben we vanuit het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen de Guideline-Informed Treatment for Personality Disorders (GIT-PD) ontwikkeld (Hutsebaut et al., 2020). GIT-PD biedt een behandelkader voor persoonlijkheidsstoornissen op basis van de common factors van goede zorg. Het is geen nieuw programma, wel een kader op basis waarvan de bestaande reguliere zorg kan worden verbeterd.

Samen met Christel Hessels en een aantal kartrekkers van vijf pilotinstellingen (Altrecht, Opvoedpoli-Care-express, Jeugd-GGZ, Karakter en de Viersprong) hebben we een jeugdversie van GIT-PD ontwikkeld. Dit project biedt een behandelkader, training, website, filmpjes, consultatie en themabijeenkomsten om de behandeling voor deze jongeren en gezinnen te verbeteren. We zijn bezig met een haalbaarheidsstudie en plannen de aanvraag van een subsidie om een effectiviteitsstudie uit te gaan voeren.

Met dit project wil ik vanuit de leerstoel ook echt de dagdagelijkse zorg helpen verbeteren. GIT-PD maakte 'good-enough' behandeling een stuk makkelijker bereikbaar, vergeleken met de vaak hoge eisen die aan de implementatie van bewezen effectieve specialistische behandelprogramma's worden gesteld.

## Preventie van persoonlijkheidspathologie

De vraag bij preventie is doorgaans wat je beoogt en ook nog *kan* voorkomen. De etiologische fundamente van persoonlijkheidspathologie liggen vaak in aanleg en ervaringen in de vroege kindertijd, in het bijzonder vroegkinderlijk trauma. Onveilige gehechtheid, epistemisch wantrouwen, maladaptieve schema's of een gebrekkige integratie van identiteit liggen vaak al veel langer besloten in iemands persoonlijkheidsontwikkeling. De kern van preventie van persoonlijkheidspathologie ligt vooral in vroege detectie en juiste behandeltoewijzing. Zo kan worden voorkomen dat een intrinsieke kwetsbaarheid aan de basis gaat liggen van duurzame patronen die uiteindelijk ernstig gaan interfereren met alle aspecten van iemands functioneren. Dat voorkomen is wellicht de kern van de preventie van persoonlijkheidspathologie.

Snelle detectie staat dus centraal. Dat vraagt samenwerking met scholen, wijkteams, huisartsen, jeugdprofessionals en andere partijen waarmee jongeren met een verhoogd risico in aanraking komen. Als onderdeel van het GIT-PD Jeugd project willen we de vorming van netwerken stimuleren. In zo'n netwerk werken scholen, gemeentes en GGZ-instellingen samen. De focus ligt op korte lijnen, veelvuldig overleg en nauwe samenwerking. Het doel is om binnen zo'n netwerk een context van expertise te creëren waardoor kwetsbare jongeren sneller worden opgepikt en waarin de behandeling van deze jongeren beter ingebed kan worden in bijvoorbeeld een school. Dat sluit aan bij een van de belangrijkste doelen, namelijk het helpen voorkomen van sociaal-maatschappelijke uitval. Dat begint wellicht door het makkelijker te maken om jongeren op school te houden. De samenwerking met de gemeenten van de Jeugdhulpregio West-Brabant West in het kader van deze leerstoel biedt wellicht unieke kansen om hierin regionaal samen te werken.

Tot slot heb ik al wat langer de 'missie' om kennis toegankelijk te maken. Zo schreef ik samen met Liesbet Nijssens en Miriam van Vessem een toegankelijk boek over mentaliseren, gehechtheid en epistemisch vertrouwen. Met Liesbet ben ik bezig aan een opvolger voor het onderwijs. Ik denk immers dat er erg veel expertise zit in al onze modellen van persoonlijkheidspathologie, die ook toegankelijk gemaakt kan worden om ook buiten het veld van de hulpverlening (een beetje) te helpen om kinderen en jongeren te begeleiden in hun ontwikkeling.

Dankwoord



Meneer de Rector Magnificus, mevrouw de Decaan, geachte toehoorders, ik ben nu aangekomen bij mijn dankwoord. Graag wil ik het college van bestuur van Tilburg University, het bestuur van de Tilburg School of Social and Behavioral Sciences en het departementsbestuur van Medische en Klinische Psychologie heel hartelijk danken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik wil in het bijzonder Tom Smeets bedanken, die in Coronatijden lange tijd zowat mijn enige aanspreekpersoon was, maar die -misschien door onze gedeelde Vlaamse achtergrond – mij van bij het begin een vertrouwd gevoel gaf. Door diezelfde Vlaamse achtergrond had ik weinig affiniteit met de Tilburg University. Alleen al door de slagzin van de Tilburg University – Understanding Society – kan het niet anders dan dat ik hier niet toevallig ben gekomen. Als er één rode draad door al mijn wetenschappelijke en klinische activiteiten loopt, dan is het wellicht dat het steeds een poging is geweest om iets te verbeteren in de praktijk. Ik hoop dat deze leerstoel me daar nog meer kansen in kan geven.

Ik eindigde mijn biografie daarnet in Leuven. Misschien was ik ervan overtuigd dat mijn kansen op psychopathologie na mijn periode in Leuven tot quasi nihil geslonken waren. Maar wat ik niet wist, was dat ik nadien naar Nederland zou trekken. Niet dat ik het na drie weken zo zou hebben verwacht, maar ik werk nu bijna 19 jaar bij de Viersprong. Ik ben heel erg veel dank verschuldigd aan de Viersprong. Het is de plek geweest waar ik volwassen ben geworden. Ik heb geleerd, kansen gekregen en bijgeleerd. Ik ben op mijn 'bek' gegaan, rechtgekrabbeld en heb nieuwe kansen gekregen. Ja, de Viersprong is ambitieus, maar nee, de Viersprong is niet (meer) arrogant. De Viersprong staat voor mij voor een niet aflatende zoektocht om binnen een steeds veranderende context toch trouw te blijven aan haar DNA: kwalitatieve zorg, gesteund en gestuurd door wetenschappelijk onderzoek; innovatie en ambitie, maar steeds in een streven naar de best mogelijke zorg voor de mensen en gezinnen die naar ons komen. Natuurlijk slaagt niet elke behandeling en natuurlijk loopt er geregeld van alles mis, maar de Viersprong heeft wel het juiste DNA.

De Viersprong is het instituut, maar voor mij is de Viersprong ook de mensen. Roel Verheul is lange tijd een grote bron van inspiratie voor mij geweest, maar het is Hester den Hartog die uiteindelijk deze leerstoel mogelijk heeft gemaakt. Ik wil met name haar, samen met Walter Franken, bedanken dat zij deze leerstoel heeft ingesteld en mij dus de kans geeft om dit thema, dat me zo aan mijn hart ligt, verder te kunnen doorontwikkelen. Naast Hester wil ik ook vooral Dineke Feenstra bedanken. Dineke is al sinds jaar en dag mijn compagnon-de-route. Ik heb haar ooit begeleid tijdens haar promotie. Op papier zijn de rollen misschien wel omgedraaid, maar in praktijk voel ik vooral dat we zij-aan-zij staan in onze missie om het DNA waarover ik het net had, in ere te houden. Verder is de Viersprong voor mij de collega's met wie ik al jaar en dag werk. Jan, Ton en Miriam toen ik nog op mijn bek ging. Vooral Jan van Gerwen is erg belangrijk geweest om te voelen dat ik op mezelf mocht vertrouwen. Nadien kwamen de teams van MBT-early en GIT-PD. Het zijn twee mooie teams, waarin een cultuur zit van vertrouwen en waarin ik nog steeds erg graag werk. Ik wil iedereen in beide teams erg bedanken om die cultuur elke dag mogelijk te maken.

Misschien een cliché, maar toch. Ik wil alle cliënten bedanken met wie ik heb mogen werken. Heel veel jongeren en gezinnen zitten echt in mijn hart. Het is hartverwarmend om even deel te mogen uitmaken van de meest kwetsbare kanten van hun beginnende leven. Als deze leerstoel meer is dan een academische uitdaging, als het een passie is, dan is het dankzij hen.

Deze leerstoel wordt mee gedragen door de gemeenten van de Jeugdhulpregio West-Brabant West. De gemeenten spelen natuurlijk een erg belangrijke rol in de zorg voor kwetsbare kinderen en jongeren en hun steun aan deze leerstoel biedt unieke kansen om via onderzoek en innovatie de zorg voor de meest kwetsbare kinderen en jongeren in deze regio verder te verbeteren. Dank daarvoor.

Ik was een volle dertiger en dus een stuk voorbij de kwetsbare puberjaren en nog niet aan mijn midlife crisis, toen het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen in mijn leven kwam. Het Kenniscentrum heeft me erg veel gegeven. Het kwam tijdens een lastige periode in de Viersprong. Ik wil Ad Kaasenbrood en Ellen Willemsen bedanken voor al het vertrouwen dat ze steeds hebben gegeven. En Ad, Nina en Ellen: ik wil jullie bedanken voor de erg leuke samenwerking. Ik ben erg trots op wat we van het Kenniscentrum hebben gemaakt. Het Kenniscentrum noem ik steeds een beetje mijn speeltuin omdat ik er me zo vrij voel om te doen wat ik wil. Maar het Kenniscentrum is ook mijn toegang geweest tot het brede netwerk, zowel nationaal als internationaal, van heel veel inspirerende en fijne collega's.

Eén van de belangrijkste punten die ik in mijn rede heb willen maken, is dat er een kritieke periode is waarin je je leven opbouwt. Die periode speelt zich wellicht ergens af tussen je 12<sup>e</sup> en 25<sup>e</sup>. Natuurlijk is wat ervoor gebeurt belangrijk en natuurlijk zijn mensen na hun 25<sup>e</sup> niet onveranderlijk, maar veel van de kansen die je krijgt, worden toch in die levensfase bepaald. Ook mijn meest trouwe vrienden gaan terug tot die periode. Ik denk bijvoorbeeld aan Tania, meter van Jutta, en Roel, peter van Natan. Het is fijn te weten dat jullie nog steeds in ons leven zijn.

Mijn ouders zijn hier vandaag ook bij, net als mijn broer en zus. Ik heb me steeds gesteund gevoeld in mijn keuzes, zowel professioneel als privé. Ik heb steeds het gevoel gehad dat ik in de paar crisisachtige momenten die we in ons gezin de afgelopen jaren hebben gehad, steeds op mijn familie kon terugvallen. En op de familie van Patries, die ik daarom ook wil bedanken. Door veel te werken met ouders en door zelf ouder te worden, ben ik meer gaan beseffen dat het niet steeds makkelijk is de beste versie van jezelf te zijn in je eigen gezinsleven. Dus ben ik dankbaar voor de versies die jullie geweest zijn.

Eindigen doe ik met mijn eigen gezin. Meer dan twintig jaar zijn we nu samen, Patries. Ik heb steeds je creativiteit, je speelsheid bewonderd. Ik bewonder de passie waarmee ook jij voor de kinderen van je klas staat en ik bewonder het initiatief dat je neemt om nieuwe hobby's uit te proberen en jezelf te blijven uitdagen. We verschillen en die verschillen

maken het soms moeilijk, maar zorgen toch vooral voor een tegengewicht waardoor we samen meer zijn dan apart. Samen hebben we ook drie kinderen. Elk anders, maar elk ook met goeie (en minder goeie) trekken die we ook in onszelf herkennen. Jutta, ik ben trots op jouw zuiverheid, jouw puurheid. Jouw vrienden kunnen blind op je bouwen en vertrouwen en dat is een onzettend belangrijke eigenschap. Natan, ik ben trots op jouw humor en je gezond verstand. Je hebt een erg fijn sociaal aanvoelen en hebt het vermogen om met heel veel verschillende vrienden om te gaan. Hasse, ik ben trots op jouw kracht en doorzettingsvermogen. Ik bewonder hoe jij voor jezelf durft op te komen, zelfs in sociaal lastige situaties. Jutta, Natan, Hasse: ik hoop dat wij jullie genoeg veerkracht hebben meegegeven om straks het fundament voor jullie eigen leven te leggen.

*Ik heb gezegd.*

# Referenties

- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M., . . . Estève, J. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population based registries in 71 countries. *The Lancet*, 391(10125), 1023-1075.
- Altamura AC, Camuri G, Dell’Osso B. Duration of untreated illness and duration of illness in anxiety disorders: assessment and influence on outcome. *Mod Trends Pharmacopsychiatry*. 2013;29:111-8. doi: 10.1159/000351950. Epub 2013 Sep 20. PMID: 25225021.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5 (5th Edition)*. American Psychiatric Association.
- Armando, M., Hutsebaut, J., & Debbané, M. (2019). A Mentalization-Informed Staging Approach to Clinical High Risk for Psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 10, 385. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00385>
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard review of psychiatry*, 21(5), 248–258. <https://doi.org/10.1097/HRP.obo13e3182a75c2c>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Fjellerad Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 61(5), 594–604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Morey, L. C., Walker, M. L., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1999). Applicability of personality disorder criteria to hospitalized adolescents: evaluation of internal consistency and criterion overlap. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 200–205. <https://doi.org/10.1097/00004583-199902000-00020>
- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *The American journal of psychiatry*, 159(12), 2042–2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(2), 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>

- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332–346. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.583808>
- Biskin R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(7), 303–308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Brager-Larsen, A., Zeiner, P., Klungsøyr, O., & Mehlum, L. (2022). Is age of self-harm onset associated with increased frequency of non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescent outpatients?. *BMC psychiatry*, 22(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03712-w>
- Cairns, R., Karanges, E. A., Wong, A., Brown, J. A., Robinson, J., Pearson, S. A., Dawson, A. H., & Buckley, N. A. (2019). Trends in self-poisoning and psychotropic drug use in people aged 5-19 years: a population-based retrospective cohort study in Australia. *BMJ open*, 9(2), e026001. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026001>
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I., . . . Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and followup. *Annals of Oncology*, 30(8), 1194-1220
- Catthoor, K., Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Schrijvers, D., & Sabbe, B. (2015). Adolescents with personality disorders suffer from severe psychiatric stigma: evidence from a sample of 131 patients. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 6, 81–89. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S76916>
- Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating Early Intervention for Borderline Personality Disorder and Mood Disorders. *Harvard review of psychiatry*, 24(5), 330–341. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000105>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 193(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>

- Chanen, A.M. & McCutcheon, L.K. (2008), Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality*, 2: 35-41.  
<https://doi.org/10.1002/pmh.28>
- Chanen, A. M., Nicol, K., Betts, J. K., & Thompson, K. N. (2020). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in Young People. *Current psychiatry reports*, 22(5), 25.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-020-01144-5>.
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal of personality disorders*, 18(6), 507–525.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.507.54794>
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., & Johnson, J. G. (2006). Adolescent axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 39(1), 14–19.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.07.005>
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., Johnson, J. G., Berenson, K., & Gordon, K. (2006b). Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(1), 93–99.  
<https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.93>
- Cosci, F., & Fava, G. A. (2013). Staging of mental disorders: systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 82(1), 20–34. <https://doi.org/10.1159/000342243>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(4), 319–328.  
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Daley, S. E., Hammen, C., Burge, D., Davila, J., Paley, B., Lindberg, N., & Herzberg, D. S. (1999). Depression and Axis II symptomatology in an adolescent community sample: concurrent and longitudinal associations. *Journal of personality disorders*, 13(1), 47–59.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.47>
- Debast, I., Rossi, G., Feenstra, D., & Hutsebaut, J. (2017). Developmentally sensitive markers of personality functioning in adolescents: Age-specific and age-neutral expressions. *Personality disorders*, 8(2), 162–171. <https://doi.org/10.1037/per0000187>
- Delgadillo, J., Huey, D., Bennett, H., & McMillan, D. (2017). Case complexity as a guide for psychological treatment selection. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(9), 835–853. <https://doi.org/10.1037/ccp0000231>

- d'Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., Birkhölzer, M., Jenkel, N., Fegert, J. M., Schmid, M., & Schmeck, K. (2022). Prevalence and 10-Year Stability of Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample. *Frontiers in psychiatry*, 13, 840678. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.840678>
- Feenstra, D. J., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2011). Prevalence and comorbidity of axis I and axis II disorders among treatment refractory adolescents admitted for specialized psychotherapy. *Journal of personality disorders*, 25(6), 842–850. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.842>
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Laurensen, E. M., Verheul, R., Busschbach, J. J., & Soeteman, D. I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *Journal of personality disorders*, 26(4), 593–604. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.593>
- Fok, M.L.Y., Hayes, R.D., Chang, C.K., Stewart, R., Callard, F.J., & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 104-107.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *European child & adolescent psychiatry*, 24(11), 1307–1320. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Gelso, C. J., Kivlighan, D. M., & Markin, R. D. (2018). The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 434–444. <https://doi.org/10.1037/pst0000183>
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Quinlan, D. M., Walker, M. L., Greenfeld, D., & Edell, W. S. (1998). Frequency of personality disorders in two age cohorts of psychiatric inpatients. *The American journal of psychiatry*, 155(1), 140–142. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.1.140>



- Gunderson, J. G., & Links, P. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing.
- Hastrup, L. H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J., & Simonsen, E. (2022). Welfare consequences of early-onset Borderline Personality Disorder: a nationwide register-based case-control study. *European child & adolescent psychiatry*, 31(2), 253–260. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01683-5>
- Hunt SA. American College of Cardiology; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (writing Committee to update the 2001 guidelines for the evaluation and management of heart failure). *Journal of the American College of Cardiology*. 2005; 46: e1-e82
- Hutsebaut, J., Bachrach, N., Kindt, K. C. M., & van Dam, L. J. H. (2022). Hoe bewezen effectief is de guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD)? *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 64(1), 18–24.
- Hutsebaut, J., Feenstra, D., Keur, E., Schäfer, B., & Bales, D. (2017). Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, <https://doi.org/10.1007/s12485-017-0216-6>
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J. H., Feenstra, D. J., Weekers, L. C., & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Personality disorders*, 8(1), 94–101. <https://doi.org/10.1037/per0000197>
- Hutsebaut, J., Videler, A. C., Verheul, R., & Van Alphen, S. (2019). Managing borderline personality disorder from a life course perspective: Clinical staging and health management. *Personality disorders*, 10(4), 309–316. <https://doi.org/10.1037/per0000341>
- Hutsebaut, J., Willemsen, E., Bachrach, N., & Van, R. (2020). Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: the guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00133-7>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of general psychiatry*, 63(5), 579–587. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>

- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S., Skodol, A.E., Hamagami, F., & Brooks, J.S. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 265-275.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S., & Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(9), 805–811. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.9.805>
- Johnson, J.G., First, M.B., Cohen, P., Skodol, A.E., Kasen, S. & Brook, J.S. (2005). Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 162 (10), 1926-1932.
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Poulsen, S., & Simonsen, E. (2021b). Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Family process*, 60(3), 772–787. <https://doi.org/10.1111/famp.12593>
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Faltinsen, E., Todorovac, A., & Simonsen, E. (2021). 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*, 16(1), e0245331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245331>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 341–355. <https://doi.org/10.1037/pst0000176>
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., First, M.B., Johnson, J.G., Brooks, J.S., & Oldham, J.M. (2007). Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: A 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 56-65
- Kiviruusu, O., Strandholm, T., Karlsson, L., & Marttunen, M. (2020). Outcome of depressive mood disorder among adolescent outpatients in an eight-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 266, 520–527. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.174>

- Knafo, A., Guilé, J. M., Breton, J. J., Labelle, R., Belloncle, V., Bodeau, N., Boudailliez, B., De La Rivière, S. G., Kharij, B., Mille, C., Mirkovic, B., Pripis, C., Renaud, J., Vervel, C., Cohen, D., & Gérardin, P. (2015). Coping strategies associated with suicidal behaviour in adolescent inpatients with borderline personality disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(2 Suppl 1), S46–S54.
- Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., Jr, & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational psychiatry*, 9(1), 127. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>
- Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>
- Lavan, H., & Johnson, J.G. (2002). The association between axis I and II psychiatric symptoms and high-risk sexual behavior during adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 16, 73-94.
- Levy, K. N., Becker, D. F., Grilo, C. M., Mattanah, J. J., Garnet, K. E., Quinlan, D. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *The American journal of psychiatry*, 156(10), 1522–1528. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1522>
- Luyten, P. (2021). Toegang tot en vergoeding van ambulante psychologische zorg: wat zegt wetenschappelijk onderzoek? *Tijdschrift Klinische Psychologie* (51(2)), 137-154.
- McCrone, P., Craig, T.K., Power, P., Garety, P.A. (2010). Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry*, 196: 377-82.
- McGorry, P. (2019). Building the momentum and blueprint for reform in youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 6(6), 459-461
- McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World psychiatry*. 2008; 7(3): 148.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>

- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(10), 1112–1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>
- Moran, P., Stewart, R., Brugha, T., Bebbington, P., Bhugra, D., Jenkins, R., & Coid, J.W. (2007). Personality disorder and cardiovascular disease: results from a national household survey. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 69-74.
- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 347–353. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.577853>
- National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. Leicester: British Psychological Society.
- National Health and Medical Research Council (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2022). *Herziene multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten.
- O'Dwyer, N., Rickwood, D., Buckmaster, D., & Watsford, C. (2020). Therapeutic interventions in Australian primary care, youth mental health settings for young people with borderline personality disorder or borderline traits. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 23. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00138-2>
- O'Keeffe, S., Martin, P., & Midgley, N. (2020). When adolescents stop psychological therapy: Rupture-repair in the therapeutic alliance and association with therapy ending. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 57(4), 471–490. <https://doi.org/10.1037/pst0000279>

- Pashayan, N., Morris, S., Gilbert, F. J., & Pharoah, P. (2018). Cost-effectiveness and Benefit-to-Harm Ratio of Risk-Stratified Screening for Breast Cancer: A Life-Table Model. *JAMA oncology*, 4(11), 1504–1510. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.1901>
- Penner, F., Wall, K., Jardin, C., Brown, J. L., Sales, J. M., & Sharp, C. (2019). A study of risky sexual behavior, beliefs about sexual behavior, and sexual self-efficacy in adolescent inpatients with and without borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 10(6), 524-535
- Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2014 Aug;205(2):88-94. doi: 10.1192/bjp.bp.113.127753. Epub 2014 Aug 1. PMID: 25252316.
- Perris F, Sampogna G, Giallonardo V, Agnese S, Palummo C, Luciano M, Fabrazzo M, Fiorillo A, Catapano F. Duration of untreated illness predicts 3-year outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: A real-world, naturalistic, follow-up study. *Psychiatry Res*. 2021 May;299:113872. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113872. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33770711.
- Ranøyen, I., Lydersen, S., Larose, T. L., Weidle, B., Skokauskas, N., Thomsen, P. H., . . . Indredavik, M. S. (2018). Developmental course of anxiety and depression from adolescence to young adulthood in a prospective Norwegian clinical cohort. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(11), 1413-1423.
- Robinson, L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2020). The dose-response effect in routinely delivered psychological therapies: A systematic review. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 79–96. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1566676>
- Robinson, L., Kellett, S., & Delgadillo, J. (2020). Dose-response patterns in low and high intensity cognitive behavioral therapy for common mental health problems. *Depression and Anxiety*, 37, 285-294. doi:10.1002/da.22999
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2018). Substance Use in Youth With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 32(5), 603–617. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_315](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_315)

- Schuppert, H. M., Timmerman, M. E., Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1314–1323.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.002>
- Scott, J., Leboyer, M., Hickie, I., Berk, M., Kapczinski, F., Frank, E., ... & McGorry, P. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry*, 202, 243-245.
- Serman, N., Johnson, J. G., Geller, P. A., Kanost, R. E., & Zacharapoulou, H. (2002). Personality disorders associated with substance use among American and Greek adolescents. *Adolescence*, 37(148), 841–854.
- Sharp, C., Cano, K., Bo, S., & Hutsebaut, J. (2022). The assessment of personality function. In S.K. Huprich, *Personality disorders and pathology: Integrating clinical assessment and practice in the DSM-5 and ICD-11 era*. American Psychological Association.
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: Treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, 27,3–18. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>
- Stichting Kankerregister (2012). *Cancer Survival in Belgium*, Belgian Cancer Registry, Brussels.
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Tsai, W. C., Wu, H. Y., Peng, Y. S., Ko, M. J., Wu, M. S., Hung, K. Y., Wu, K. D., Chu, T. S., & Chien, K. L. (2016). Risk Factors for Development and Progression of Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis. *Medicine*, 95(11), e3013. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003013>
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J., Sobczak, S., & van Alphen, S. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Current psychiatry reports*, 21(7), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>

- Weekers, L. C., Verhoeff, S., Kamphuis, J. H., & Hutsebaut, J. (2021). Assessing Criterion A in adolescents using the Semistructured Interview for Personality Functioning DSM-5. *Personality disorders*, 12(4), 312–319. <https://doi.org/10.1037/per0000454>
- Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Richmond-Rakerd, L. S., & Moffitt, T. E. (2020). Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1165–1177.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.005>
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *The American journal of psychiatry*, 160(5), 952–966. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.5.952>
- Wilson, J.M.G. & Jungner, G. (1968).; Principles and Practice of Screening for Disease, World Health Organization.
- Witt, K. G., Hetrick, S. E., Rajaram, G., Hazell, P., Taylor Salisbury, T. L., Townsend, E., & Hawton, K. (2021). Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CDo13667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CDo13667.pub2>
- Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 65(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American journal of psychiatry*, 169(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 66(1), 15–20. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400055>

# Colofon

*Fotograaf*

Maurice van den Bosch

*design*

Beelenkamp Ontwerpers, Tilburg

*Opmaak en druk*

Studio | powered by Canon