

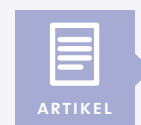
Auditieve verbale hallucinaties bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

C. ZONNENBERG, M.B.A. NIEMANTSVERDRIET, J.D. BLOM, C.W. SLOTEMA

- ACHTERGROND** Traditioneel wordt verondersteld dat auditieve verbale hallucinaties (AVH) bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) zeldzaam zijn, dat ze een ‘pseudo’-karakter hebben en dat ze weinig lijdensdruk veroorzaken.
- DOEL** Het bieden van een overzicht van studies naar de prevalentie en fenomenologische karakteristieken van AVH bij patiënten met een BPS en de daaruit voortvloeiende lijdensdruk.
- METHODE** Een systematische literatuurstudie in PubMed en het Ovid-databestand.
- RESULTATEN** AVH worden ervaren door 27% van de patiënten met een BPS. Deze verschijnselen zijn in fenomenologische zin niet te onderscheiden van die bij patiënten met een schizofreniespectrumstoornis. Bij 50% van de patiënten met een BPS waren hallucinaties in meerdere modaliteiten aanwezig. De gemiddelde periode waarin AVH werden ervaren, besloeg 17 jaar, de frequentie was gemiddeld enkele minuten per dag. De lijdensdruk was hoog met een matige verstoring van het leven.
- CONCLUSIE** AVH en andere hallucinaties komen frequent voor bij de BPS. Het verdient aanbeveling om patiënten hier gericht naar te vragen en hun waar mogelijk een behandeling te bieden. Een probleem hierbij is wel dat evidence-based behandelmethoden zoals antipsychotica, cognitieve gedragstherapie en transcraniële magnetische stimulatie voor deze specifieke groep nog niet systematisch werden onderzocht.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 122-129

TREFWOORDEN lijdensdruk, prevalentie, pseudohallucinatie, stemmen horen, zelfbeeld



ARTIKEL



Het horen van stemmen door patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) roept bij klinici en onderzoekers veelvuldig vraagtekens op. Stemmen – of auditieve verbale hallucinaties (AVH) – zijn vooral bekend als symptoom van schizofrenie, waarbij de prevalentie rond de 70% ligt. Het is bekend dat ze ook voorkomen bij andere psychische aandoeningen, waaronder dissociatieve stoornissen, stemmingsstoornissen en eetstoornissen (Larøi e.a. 2012); sinds de jaren 40 van de vorige eeuw worden ze tevens beschreven als mogelijk symptoom bij patiënten met een BPS – maar met de clausule dat ze dan van voorbijgaande aard zouden zijn (Hoch & Polatin 1949). Het

duurde tot 1987 voordat de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R, APA 1987) psychotische verschijnselen includeerde als mogelijke symptomen van de BPS, maar ook de recentere DSM-IV en DSM-5 spreken in dit verband alleen van ‘voorbijgaande, stress-gerelateerde’ paranoïde verschijnselen (APA 1994; 2013).

Net als in de DSM wordt in wetenschappelijke publicaties vaak verondersteld dat AVH bij patiënten met een BPS licht en fenomenologisch ‘anders’ zijn dan bij schizofrenie. Daarom worden ze dikwijls aangeduid met termen als pseudohallucinatie (Heins e.a. 1990), voorbijgaande micropsychotische episode (Soloff 1979), hysterische

psychose (Lotterman 1985), quasipsychotische gedachte (Zanarini e.a. 1990), stressgerelateerde psychose (Glaser e.a. 2010) en hallucinatieachtig symptoom (Skodol e.a. 2010).

In de klinische praktijk is dit niet anders (Adams & Sanders 2011), terwijl de vraag vooralsnog onbeantwoord is of de AVH van patiënten met een BPS werkelijk zoveel verschillen van die bij andere patiënten én of ze minder belastend zijn. Sterker nog, het gebeurt niet zelden dat patiënten met een BPS zich automutileren of suïcideren in opdracht van stemmen. In een studie van Wong e.a. (2013) bleken imperatieve akoestische hallucinaties het risico op suïcide bij patiënten met een psychotische stoornis significant te vergroten. Deze associatie zou mogelijk ook bij patiënten met een BPS en AVH aan de orde kunnen zijn. Bovendien vonden zij dat AVH bij deze groep optreden onafhankelijk van comorbide stoornissen zoals een depressie of middelemisbruik. Het is dan ook de vraag of AVH bij patiënten met een BPS werkelijk zoveel zeldzamer en lichter zijn, of dat ze in de praktijk wellicht dezelfde aandacht verdienen als de AVH bij andere patiëntengroepen.

Daarom presenteren wij in dit artikel een overzicht van studies over dit onderwerp, met speciale aandacht voor de fenomenologische karakteristieken van AVH bij patiënten met een BPS, de prevalentie ervan en de lijdensdruk die zij veroorzaken.

METHODE

Voor dit overzichtsartikel verrichtten wij een systematische literatuurstudie in PubMed en het Ovid-databestand,

AUTEURS

CHERRYL ZONNENBERG, arts in opleiding tot psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

MARIEKE B.A. NIEMANTSVERDRIET, arts in opleiding tot psychiater; thans: psychiater, Parnassia Groep, Den Haag.

JAN DIRK BLOM, psychiater en plaatsvervangend opleider psychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag; tevens universitair docent bij de vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

CHRISTINA W. SLOTEMA, psychiater, PsyQ, en plaatsvervangend opleider volwassenenpsychiatrie, Parnassia Groep, Den Haag.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. C.W. Slotema, Parnassia Academie, Kiwistraat 43, 2552 DH Den Haag.

E-mail: c.slotema@psyq.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-6-2015.

inclusief EMBASE (1974 tot april 2015), Ovid Medline (1946 tot april 2015) en PsycINFO (1806 tot april 2015). Daarbij combineerden wij het trefwoord ‘borderline personality disorder’ achtereenvolgens met ‘auditory hallucination’, ‘auditory verbal hallucination’, ‘verbal auditory hallucination’ en ‘pseudohallucination’. In de literatuur werden 89 artikelen gevonden, waarvan er 30 geschikt waren voor dit

TABEL 1 Prevalentie van auditieve verbale hallucinaties bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis

| Studie | N | % AVH | Setting | Meetinstrument t.b.v. hallucinaties | Meetinstrument t.b.v. psychiatrische diagnostiek |
|---|-----|------------------------------|-------------------------------|--|---|
| Pearse e.a. 2014 | 30 | 50% | Poliklinisch | PSE | DSM-IV |
| Kingdon e.a. 20 | 33 | 50% | Klinisch en poliklinisch | PSYRATS | SCID-II |
| Yee e.a. 2005 | 171 | 29% | Poliklinisch | SCL90 | DIB |
| George & Soloff 1986 | 48 | 29% | Klinisch en spoedeisende hulp | SSI | DIB |
| Chopra & Beatson 1986 | 13 | 54% (hallucinaties algemeen) | Klinisch | DIB | DIB |
| Niemantsverdriet e.a. (nog niet gepubliceerd) | 324 | 21% | Poliklinisch | Telefonisch interview* | DSM-IV-TR ** |

DIB: Diagnostic Interview for Borderlines; PSYRATS: Psychotic Symptom Rating Scales; PSE: Present State Examination; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders II; SCL90: Symptom Checklist 90; SSI: Schizotypal Symptom Inventory.

*Telefonisch interview (vragen naar voorkomen en frequentie van auditieve (verbale), visuele, tactiele, olfactorische en gustatoire hallucinaties)

**Klinische diagnose gesteld door psychiater en psycholoog, ervaren op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen.

overzichtsartikel. Geïnccludeerd werden artikelen in het Engels en het Nederlands. Waar nodig werden kruisreferenties nagetrokken.

RESULTATEN

Prevalentie

Wij vonden zes studies waarin de prevalentie van AVH bij patiënten met een BPS werd onderzocht (TABEL 1). Eén van die studies (Chopra & Beatson 1986) vermeldt alleen de prevalentie van hallucinaties in het algemeen bij deze groep. In totaal werden 619 patiënten onderzocht, waarbij de prevalentie van AVH varieerde van 21 tot 50%. Een concretere schatting voor de prevalentie van AVH bij patiënten met een BPS door de geïnccludeerde studies te middelen en te wegen voor de groepsgrootte was 27%. Meer dan de helft van de patiënten werd beschreven door Niemantsverdriet e.a. (nog niet gepubliceerd onderzoek), met 324 patiënten uit het Programma voor Persoonlijkheidsproblematiek van PsyQ Haaglanden, waarbij overigens de laagste prevalentiecijfers werden gevonden. Deze zelfde studie vermeldt ook prevalentiecijfers voor hallucinaties in andere sensorische modaliteiten (TABEL 2). Bij 50% van de patiënten met een BPS waren hallucinaties in meerdere modaliteiten aanwezig. De grootte van de overige populaties met een BPS varieerde van 13 tot 171 personen.

Fenomenologische karakteristieken

Vijf studies beschreven de fenomenologische karakteristieken van AVH bij patiënten met een BPS (Kingdon e.a. 2010; Larøi e.a. 2012; Pearse e.a. 2014; Slotema e.a. 2012; Tschoeke e.a. 2014). Drie daarvan waren cross-sectionele studies (Kingdon e.a. 2010; Pearse e.a. 2014; Slotema e.a. 2012).

In de eerste twee studies werd gebruikgemaakt van de subschaal voor AVH van de *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS; Haddock e.a. 1999) om de fenomenologische karakteristieken en de ernst van AVH te onderzoeken, alsmede de ernst van eventueel aanwezige wanen. Deze subschaal omvat 11 items, waaronder de frequentie van AVH, de waargenomen locatie, de inhoud en de ervaren controle. Gescoord wordt op een vijfpuntsschaal. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is goed, met coëfficiënten van 0,79 tot 1,00.

Pearse e.a. (2014) gebruikten de *Present State Examination* (PSE; Wing e.a. 1974). Deze omvat 140 items, aan de hand waarvan de meest voorkomende psychopathologische verschijnselen kunnen worden uitgevraagd. De 140 items zijn onderverdeeld in 20 secties die elk zijn gericht op een deelgebied van de algemene psychopathologie. In de secties 13-17 komen hoofdzakelijk psychotische symptomen aan de orde, zoals beïnvloedingsideeën, hallucinaties en wanen. Gescoord wordt op een driepuntsschaal. Uit een

TABEL 2 Hallucinaties in vijf sensorische modaliteiten bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (naar Niemantsverdriet e.a. nog niet gepubliceerd)

| Aantal patiënten | Soort hallucinatie | Frequentie |
|------------------|--------------------|------------|
| 324 | Auditief (AVH) | 27% (21%) |
| | Visueel | 11% |
| | Gustatorisch | 8% |
| | Olfactorisch | 17% |
| | Tactiel | 15% |

AVH: auditieve verbale hallucinaties.

replicatiestudie van Pen e.a. (1977) bleek dat de PSE een geschikt instrument is voor het vaststellen van de psychiatrische status praesens.

TABEL 3 toont de resultaten van Slotema e.a. (2012). De 38 patiënten met een BPS ervoeren dagelijks gemiddeld enkele minuten AVH, voor een gemiddelde periode van 17 jaar. In de studie van Kingdon e.a. (2010) waren de AVH bij 33 patiënten met een BPS wekelijks gemiddeld een uur of meer aanwezig. In beide studies was de waargenomen locatie van de stemmen overwegend vlakbij het hoofd, maar wel buiten het hoofd. De meerderheid van de patiënten schreef ze toe aan een interne oorzaak, verband houdend met henzelf. De inhoud van de stemmen was overwegend negatief en patiënten ervoeren een lage mate van controle over de stemmen. Bij de 15 door Pearse e.a. (2014) onderzochte patiënten waren de stemmen in de meeste gevallen voor lange tijd fluctuerend aanwezig, vooral tijdens perioden van somberheid, zonder dat overigens sprake was van een klinische depressie. De waargenomen locatie was vooral in het hoofd, met slechts vier patiënten die zeiden dat zij de stemmen van buiten het hoofd hoorden komen. De inhoud was hoofdzakelijk negatief en kritisch.

In de studies van Kingdon e.a. (2010) en Slotema e.a. (2012) werden de patiënten met een BPS ook vergeleken met patiënten met schizofrenie en in de laatste studie tevens met personen die stemmen horen zonder dat er sprake is van een psychiatrische diagnose. De algemene term voor deze laatste groep is 'gezonde stemmenhoorders'. In vergelijking met 59 patiënten met schizofrenie en 19 met zowel een BPS als schizofrenie werden geen verschillen gevonden in de fenomenologische karakteristieken van de AVH (Kingdon e.a. 2010). Deze resultaten komen overeen met die van de studie van Slotema e.a. (2012). In vergelijking met de AVH die worden ervaren door gezonde stemmenhoorders waren de scores voor frequentie, duur en negatieve inhoud echter significant hoger (zie TABEL 3 en FIGUUR 1).

TABEL 3 Resultaten van AVH-gerelateerde items op de *Psychotic Symptom Rating Scales* (naar Slotema e.a. 2012)

| | Controlegroep met AVH (n = 66) | Patiënten met BPS (n = 38) | Patiënten met schizofrenie of schizoaffectieve stoornis (n = 51) | F | p |
|---|--------------------------------|----------------------------|--|---------|----------|
| Frequentie, gemiddeld (SD) | 1,5 (1,2) | 2,8 (1,1) | 3,1 (0,9) | 37,055 | < 0,001* |
| Duur, gemiddelde (SD) | 1,6 (0,8) | 2,7 (1,2) | 2,8 (1,1) | 27,097 | < 0,001* |
| Locatie, gemiddelde (SD) | 2,1 (1,2) | 1,7 (1,0) | 2,2 (1,2) | 1,817 | 0,17 |
| Luidheid, gemiddelde (SD) | 1,9 (0,6) | 2,1 (1,0) | 1,9 (0,9) | 0,037 | 1,0 |
| Overtuiging m.b.t. oorsprong, gemiddelde (SD) | 3,3 (1,1) | 2,1 (1,3) | 2,4 (1,3) | 12,726 | < 0,001* |
| Negatieve inhoud, gemiddelde (SD) | 0,4 (1,0) | 2,8 (1,5) | 2,8 (1,2) | 66,934 | < 0,001* |
| Ernst van negatieve inhoud, gemiddelde (SD) | 0,5 (1,1) | 2,7 (1,3) | 3,0 (1,1) | 76,033 | < 0,001* |
| Mate van ongemak, last en/of lijden, gemiddelde (SD) | 0,6 (1,2) | 3,0 (1,4) | 3,1 (1,1) | 75,542 | < 0,001* |
| Intensiteit van ongemak, last en/of lijden, gemiddelde (SD) | 0,4 (0,9) | 2,7 (1,2) | 2,6 (0,8) | 106,988 | < 0,001* |
| Verstoring van het leven, gemiddelde (SD) | 0,2 (0,6) | 1,8 (0,9) | 2,4 (0,8) | 126,550 | < 0,001* |
| Controle, gemiddelde (SD) | 1,7 (1,4) | 2,9 (1,3) | 3,0 (1,1) | 20,654 | < 0,001* |
| Tijdsduur van AVH, gemiddeld aantal jaar (SD) | 24 (15,7) | 18 (11,1) | 17 (11,7) | 4,161 | 0,018* |

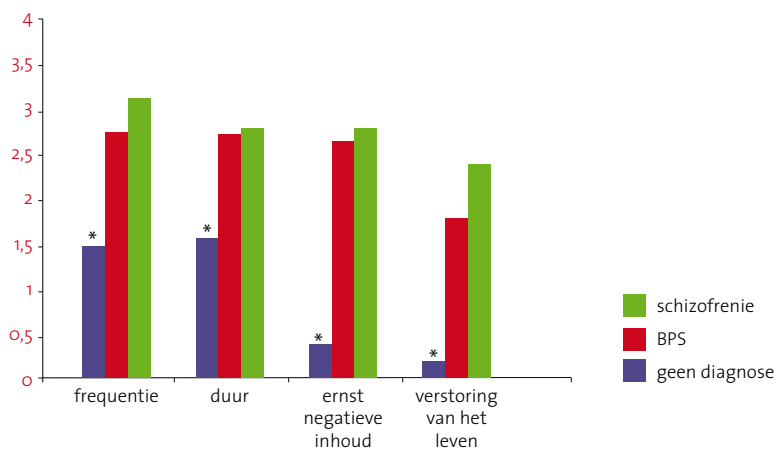
AVH: Auditieve verbale hallucinaties; BPS: borderlinepersoonlijkheidsstoornis; SD: standaarddeviatie; F: F-test met 2 vrijheidsgraden.

*Significant na correctie volgens Benjamini-Hochberg.

Tschoeke e.a. (2014) vergeleken de AVH van 23 patiënten met een BPS met die van 21 patiënten met schizofrenie en vonden geen verschillen in fenomenologische karakteristieken. De

twee diagnostische groepen onderscheidde zich bij hen vooral op het gebied van formele denkstoornissen, bizarre wanen, negatieve symptomen en dissociatieve verschijn-

FIGUUR 1 Gemiddelde scores op de AVH-gerelateerde items van de *Psychotic Symptom Rating Scales* (naar Slotema e.a. 2012)



AVH: Auditieve verbale hallucinaties; BPS: borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

*Significant verschillend van de twee andere groepen.

selen. Het artikel van Larøi e.a. (2012) is geen oorspronkelijke studie, maar een overzicht van eerdere studies, aan de hand waarvan de fenomenologische karakteristieken van AVH worden vergeleken voor verschillende patiëntengroepen.

Lijdensdruk

Twee studies onderzochten de lijdensdruk ten gevolge van AVH bij patiënten met een BPS (Kingdon e.a. 2010; Slotema e.a. 2012). Zoals te zien is in **TABEL 3** was de inhoud van de AVH overwegend negatief en gericht op de persoon (Slotema e.a. 2012). In de studie van Kingdon e.a. (2010) bestonden de AVH vaak uit bedreigingen. In beide studies was de lijdensdruk hoog, maar met een matige impact op het dagelijks functioneren. In vergelijking met patiënten met schizofrenie werden in de studie van Slotema e.a. (2012) geen verschillen gevonden bij patiënten met een BPS op de items die vallen onder lijdensdruk, behoudens het item ‘impact op het dagelijks functioneren’, dat in de groep met schizofrenie hoger werd gescoord. In vergelijking met gezonde stemmenhoorders was de lijdensdruk bij patiënten met een BPS evenwel beduidend hoger. In het onderzoek van Kingdon e.a. (2010) waren de scores voor lijdensdruk en negatieve inhoud in de BPS-groep significant hoger dan die in de groep van patiënten met alleen schizofrenie en de groep patiënten met schizofrenie én een BPS.

De ernst van AVH bij patiënten met een BPS wordt ook geïllustreerd door een verzameling gevalbeschrijvingen van Yee e.a. (2005), die bij deze patiënten vonden dat de hallucinaties meerdere jaren aanwezig waren en dat ze geassocieerd waren met een hoge lijdensdruk en ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Naar de oorzaak van deze hoge lijdensdruk is nog weinig onderzoek verricht. Bij 10 patiënten met een BPS, 23 met schizofrenie en 12 met zowel schizofrenie als een BPS werden de overtuigingen over de stemmen onderzocht om te inventariseren of cognitieve gedragstherapie baat zou kunnen hebben (Hepworth e.a. 2013). Uit deze studie kwam naar voren dat patiënten met een BPS en AVH niet verschillen van patiënten met schizofrenie wat betreft hun overtuigingen over deze hallucinaties en dat patiënten in beide groepen de stemmen even vaak als kwaadwillend en almachtig beschouwden. Op grond van de resultaten opperen de auteurs dat cognitieve gedragstherapie gericht op de waardering van en de relatie met de stemmen werkzaam zou kunnen zijn bij patiënten met een BPS. Ook uit onze klinische ervaring blijkt dat patiënten met een BPS veel macht toekennen aan de stem die het prominentst aanwezig is. Ook lijkt de lijdensdruk positief gecorreleerd met de macht die wordt toegekend aan de stem en negatief gecorreleerd met het zelfbeeld van de patiënt ten opzichte van de stem.

DISCUSSIE

Wanneer auditieve verbale hallucinaties (AVH) optreden bij patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) worden deze in de praktijk nogal eens benoemd als ‘pseudohallucinaties’. Deze term is echter omstreven vanwege het grote aantal verschillende connotaties (Blom & Sommer 2010) en vanwege het risico dat de ernst van het betreffende symptoom onbedoeld wordt onderschat. Zoals wij zagen, demonstrenen de verschillende studies die de laatste jaren werden verricht dat AVH bij patiënten met een BPS voldoen aan de operationele criteria van hallucinaties in engere zin, dat ze qua fenomenologische karakteristieken niet verschillen van de AVH bij patiënten met schizofrenie en dat ook de ernst en de lijdensdruk aanzienlijk zijn.

De bevinding dat AVH worden ervaren door 27% van de patiënten met een BPS – en vaak gedurende een periode die jaren tot decennia kan beslaan – staat in schril contrast met het traditionele beeld van de patiënt met BPS die maar zelden stemmen hoort die bovendien van een dubieus karakter zijn en van voorbijgaande aard. Eén studie vond aanwijzingen dat de lijdensdruk en hinder die AVH bij deze groep veroorzaken, samenhangen met de macht die toegekend wordt aan de stemmen.

Een eventuele relatie met traumatische ervaringen, in het bijzonder op de kinderleeftijd, werd evenwel niet onderzocht bij deze populatie. Traumatische ervaringen worden wel veelvuldig gemeld door patiënten met een BPS. In 40-76% van de gevallen betreft dit een trauma door seksueel misbruik (Zanarini e.a. 2000) en in 92% door emotioneel misbruik (Laporte e.a. 2011). Bij patiënten met een psychotische stoornis werd wel onderzoek gedaan naar traumatische ervaringen als predisponerende factor voor hallucinaties en hier bleek een positieve correlatie te bestaan (Varese e.a. 2012). Daarnaast worden seksueel en emotioneel misbruik op de kinderleeftijd vaker gemeld door personen met AVH zonder een psychiatrische diagnose (Daalman e.a. 2012).

Implicaties voor onderzoek en praktijk

Gezien het frequent voorkomen van andere hallucinaties dan AVH bij patiënten met een BPS, waaronder tactiele en visuele hallucinaties, verdient het aanbeveling om ook de fenomenologische karakteristieken van deze verschijnselen nader te onderzoeken – evenals de lijdensdruk die ze veroorzaken – en daarnaast ook eventuele wanen en andere psychotische verschijnselen.

Voorts bevelen wij aan om nader onderzoek te verrichten naar de behandeling van AVH en andere hallucinaties bij patiënten met een BPS. Bij AVH in het kader van een psychotische stoornis bestaat de behandeling doorgaans uit antipsychotica, psycho-educatie, cognitieve gedragsthera-

pie (CGT) en in sommige gevallen repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) of elektroconvulsieve therapie (ECT) (Slotema e.a. 2014; Sommer e.a. 2012). Geen van deze interventies werd systematisch onderzocht bij stemmenhoorders met een BPS. Hoewel verschillende studies werden verricht naar het effect van antipsychotica op de algemene symptomen van de BPS en andere ernstige persoonlijkheidsstoornissen, werd dit niet gedaan specifiek voor AVH bij deze groepen. Op grond van de mogelijke samenhang tussen de lijdensdruk en aan de stemmen toegekende macht, zou CGT eveneens een zinvolle therapie kunnen zijn bij deze populatie. rTMS zou een optie kunnen zijn, zeker aangezien dat deze behandelmethodede een vrij specifiek effect heeft op AVH en niet op andere psychotische verschijnselen (Slotema e.a. 2014). Aangezien de bijwerkingen van rTMS bovendien licht en van tijdelijke aard zijn, is deze methode in sommige gevallen wellicht aantrekkelijker dan het gebruik van antipsychotica. Tot slot zou ECT een goede optie kunnen zijn bij ernstige beelden, maar in dat geval dient ook de aanwezigheid van een psychotische stoornis te worden overwogen.

Beperkingen

Studies naar de prevalentie van AVH bij patiënten met een BPS vertonen een aantal methodologische beperkingen. Yee e.a. (2005) en Niemantsverdriet e.a. (nog niet gepubliceerd) onderzochten robuuste aantallen patiënten, maar in de overige studies waren de aantallen relatief klein. Doordat bovendien uiteenlopende meetinstrumenten werden gebruikt (zie **TABEL 1**) zijn de studies niet altijd optimaal met elkaar te vergelijken. Ook is tot op heden onduidelijk of de gevonden prevalentiecijfers betrekking hebben op de diagnostische groep als geheel of op een deelpopulatie, zoals die van klinisch opgenomen patiënten.

Een ander punt van aandacht is dat bij de BPS vaak sprake is van een of meer comorbide stoornissen, zoals een bipolaire stoornis, middelenmisbruik, een dissociatieve stoornis en een schizofreniespectrumstoornis (Grant e.a. 2008; Kingdon e.a. 2010). Aangezien deze stoornissen eveneens gepaard kunnen gaan met hallucinaties kan in veel gevallen terecht de vraag worden gesteld of de AVH wellicht daaraan zijn toe te schrijven.

De empirische evidentie hiervoor is beperkt; in twee studies werd bij patiënten met een BPS een relatie geconstateerd tussen aanhoudende psychotische verschijnselen en een depressie dan wel middelenmisbruik (Nishizono-Maher e.a. 1993; Zanarini e.a. 1990). Een dergelijke relatie werd echter niet gevonden bij de studies van Benvenuti e.a. (2005) en Miller e.a. (1993). In de studie van Slotema e.a. (2012) werd dit probleem ondervangen door gebruikmaking van de *Comprehensive Assessment of Symptoms and*

History (CASH) (Andreasen e.a. 1992) ter uitsluiting van stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en schizofreniespectrumstoornissen.

In de studie van Pearse e.a. (2014) werden patiënten gescreend op non-affectieve psychotische stoornissen, waanstoornissen en de psychotische stoornis niet anderszins omschreven. Patiënten met stemmingsstoornissen en comorbide alcohol- of drugsmisbruik werden door hen echter niet geëxcludeerd. Chopra en Beatson (1986) excludeerden alle patiënten bij wie *mogelijk* sprake was van comorbide schizofrenie, stemmingsstoornissen, organische stoornissen of middelenmisbruik. George en Soloff (1986) excludeerden alleen patiënten met comorbide drugs- en/of alcoholafhankelijkheid en in de studie van Niemantsverdriet e.a. (nog niet gepubliceerd) werden bij het bepalen van de prevalentie patiënten met de hoofddiagnose psychotische stoornis geëxcludeerd. Yee e.a. (2005) beschrijven niet of er bij het bepalen van de prevalentie gescreend werd op comorbide stoornissen.

Samenvattend: sommige studies laten ruimte voor twijfel over de stoornis die verantwoordelijk moet worden gehouden voor de ervaren AVH, maar andere laten zien dat de verhoogde prevalentiecijfers blijven staan na zorgvuldige exclusie van patiënten met een comorbide diagnose.

Bij vervolgonderzoek van Niemantsverdriet e.a. werd gevonden dat een klein deel van de patiënten met een BPS (7%) toch ook voldeed aan de criteria van een psychotische stoornis (schizofrenie of schizo-affectieve stoornis). In de klinische praktijk dient de diagnose bij ernstige beelden soms heroverwogen te worden en schizofrenie en BPS kunnen ook naast elkaar voorkomen (Kingdon e.a. 2010).

CONCLUSIE

Meerdere studies laten zien dat de prevalentie van AVH bij patiënten met een BPS hoger is dan door klinici lange tijd werd verondersteld. Daarbij blijkt het te gaan om percepten die voldoen aan de operationele criteria van hallucinaties en die qua fenomenologische karakteristieken niet verschillen van die bij patiënten met een schizofreniespectrumstoornis, zonder dat ze hieraan (of aan een andere comorbide stoornis) zijn toe te schrijven. Gebleken is ook dat de lijdensdruk ten gevolge van deze AVH over het algemeen hoog is. Wij bevelen dan ook aan om bij patiënten met een BPS zorgvuldig aandacht te besteden aan het vóórkomen van AVH en andere hallucinaties.

Hoe deze dienen te worden behandeld is nooit systematisch onderzocht, maar op grond van de literatuur lijkt er weinig op tegen te zijn om antipsychotica voor te schrijven ter vermindering van de ernst, duur en frequentie van AVH en om cognitieve gedragstherapie aan te bieden ter vermindering van de lijdensdruk en verbetering van de relatie tussen stem en stemmenhoorder. In sommige gevallen zou

ook rTMS een optie kunnen zijn. Vanzelfsprekend verdient het aanbeveling dat de effectiviteit van deze behandelmethoden voor mensen die stemmen horen en een BPS hebben, nader wordt onderzocht en dat ook de mogelijke relatie

met traumatische ervaringen wordt onderzocht. Gezien het frequent voorkomen van hallucinaties in andere sensorische modaliteiten bij patiënten met een BPS verdient het aanbeveling om ook hiernaar onderzoek te verrichten.

LITERATUUR

- Adams B, Sanders T. Experiences of psychosis in borderline personality disorder: A qualitative analysis. *J Ment Health* 2011; 20: 381-91.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association; 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- Andreasen NC, Flaum M, Arndt S. The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 615-23.
- Benvenuti A, Rucci P, Ravani L, e.a. Psychotic features in borderline patients: is there a connection to mood dysregulation? *Bipolar Disord* 2005; 7: 338-43.
- Blom JD, Sommer IEC. Auditory hallucinations: Nomenclature and classification. *Cogn Behav Neurol* 2010; 23: 55-62.
- Chopra HD, Beatson JA. Psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1605-7.
- Daalman K, Diederens KJM, Derks EM, Van Lutterveld R, Kahn RS, Sommer IEC. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations. *Psychol Med* 2012; 42: 2475-84.
- Glaser J-P, Van Os J, Theewissen V, Myin-Germeyns I. Psychotic reactivity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121: 125-34.
- Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, e.a. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 533-45.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom ratings scales (PSYRATS). *Psychol Med* 1999; 29: 879-89.
- Heins T, Gray A, Tennant M. Persisting hallucinations following childhood abuse. *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 561-5.
- Hepworth CR, Ashcroft K, Kingdon D. Auditory hallucinations: A comparison of beliefs about voices in individuals with schizophrenia and borderline personality disorder. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20: 239-45.
- Hoch P, Polatin P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Q* 1949; 23: 248-76.
- Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, e.a. Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 399-403.
- Laporte L, Paris J, Guttman H, Russell J. Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *J Pers Disord* 2011; 25: 448-62.
- Larøi F, Sommer IEC, Blom JD, Fernyhough C, ffytche DH, Hughdahl K e.a. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: State-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull* 2012; 38: 724-33.
- Lotterman AC. Prolonged psychotic states in borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly* 1985; 57: 33-46.
- Miller FT, Abrams T, Dulit R, Fyer M. Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder and concurrent axis I disorder. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44: 59-61.
- Nishizono-Maher A, Ikuta N, Ogiso Y, et al. Psychotic symptoms in depression and borderline personality disorder. *J Affect Disord* 1993; 28: 279-85.
- Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H, Denman C, McKenna PJ. A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 368-71.
- Pen A, Arrindell WA, Lawant W, Pols J. De betrouwbaarheid van de 'Present State Examination', een replicatiestudie. *Tijdschr Psychiatr* 1977; 19: 375-87.
- Skodol AE, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA, Livesley WJ, Siever LJ. The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry* 2002; 51: 936-50.
- Slotema CW, Blom JD, Sommer IEC. Behandel mogelijkheden voor auditieve verbale hallucinaties. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 247-56.
- Slotema CW, Blom JD, Van Lutterveld R, Hoek HW, Sommer IEC. Review of the efficacy of transcranial magnetic stimulation for auditory verbal hallucinations. *Biol Psychiatry* 2014; 76: 101-10.
- Slotema CW, Daalman K, Blom JD, Diederens KJM, Hoek HW, Sommer IEC. Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those with schizophrenia. *Psychol Med* 2012; 42: 1873-8.
- Soloff PH. Physical restraint and the non-psychotic patient: Clinical and legal perspectives. *J Clin Psychiatry* 1979; 40: 302-5.

- Sommer IEC, Slotema CW, Daskalakis ZJ, Derks EM, Blom, JD, Van der Gaag M. The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2012; 38: 704-14.
- Tschoeke S, Steinert T, Flammer E, Uhlmann C. Similarities and differences in borderline personality disorder and schizophrenia with voice hearing. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 544-9.
- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, e.a. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661-71.
- Wing, JK, Cooper JE, Sartorius N. Description and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press: Cambridge; 1974.
- Wong Z, Öngür D, Cohen B, Ravichandran C, Noam G, Murphy B. Command hallucinations and clinical characteristics of suicidality in patients with psychotic spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2013; 54: 611-7.
- Yee L, Korner AJ, McSwiggan S, Meares RA, Stevenson J. Persistent hallucinosis in borderline personality disorders. *Compr Psychiatry* 2005; 147: 57-63.
- Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 89-101.
- Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1990; 40: 302-5.

SUMMARY

Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder

C. ZONNENBERG, M.B.A. NIEMANTSVERDRIET, J.D. BLOM, C.W. SLOTEMA

- BACKGROUND** Traditionally, auditory verbal hallucinations (AVH) experienced by patients with a borderline personality disorder (BPD) are considered to be rare, to have a 'pseudo'-quality, and to cause little distress.
- AIM** To provide an overview of studies of the prevalence and phenomenological characteristics of AVHs in patients with a BPD, and of the ensuing degree of suffering.
- METHOD** We performed a systematic literature search using PubMed and the Ovid database.
- RESULTS** 27% of patients with a BPD experience AVH. Phenomenologically, these percepts are indistinguishable from those experienced by patients with a schizophrenia spectrum disorder. Hallucinations in several modalities were present in 50% of the patients with BPD. The mean time-span in which AVH were experienced was 17 years, the mean frequency was several minutes per day. The degree of suffering was high and the patient's life was interrupted to a moderate degree.
- CONCLUSION** AVH and other hallucinations are common in BPD. We advise clinicians to inquire directly whether patients experience them and to provide treatment whenever possible. However, one of the problems is, that evidence-based treatment methods such as antipsychotics, cognitive-behavioural therapy and transcranial magnetic stimulation have not yet been studied systematically for this specific patient group.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 122-129

KEY WORDS degree of suffering, hearing voices, prevalence, pseudo-hallucination, self-esteem