

Stabiliteit van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis van de kinderjaren tot in de volwassenheid

Een literatuuronderzoek

P. K. H. DESCHAMPS, C. VREUGDENHIL

ACHTERGROND Borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is een ernstige, frequente aandoening. Er is weinig bekend over een mogelijk vroeg begin.

DOEL Onderzoeken in hoeverre er stabiliteit van BPS is van de kinderjaren tot de volwassenheid.

METHODE Systematisch literatuuronderzoek met behulp van Medline, PsycINFO, EMBASE en Cochrane.

RESULTATEN Van kinderen bekend met BPS op de basisschoolleeftijd had 80% als volwassene een persoonlijkheidsstoornis, 16% nog steeds BPS. In bevolkingsonderzoek van adolescenten met BPS voldeed 30% na 2 jaar nog aan de criteria. In risicogroepen van adolescenten was dit 15-30% na 2-3 jaar. Bij deze groepen werd ook een lage dimensionale stabiliteit voor BPS vastgesteld. Op symptoomniveau bleken vooral gevoelens van leegte, woede, affectinstabiliteit en identiteitsproblemen stabiel. Minder stabiel waren suïcidaliteit, zelfverwonding, impulsiviteit, instabiele relaties, derealisatie, depersonalisatie en paranoia.

CONCLUSIE Onderzoek naar de stabiliteit van BPS vanaf de basisschoolleeftijd is methodologisch te beperkt om conclusies te kunnen trekken. Onderzoek vanaf de adolescentie toont een lage categoriale en dimensionale stabiliteit van BPS. Onderzoek bij volwassenen laat een soortgelijke lage stabiliteit zien, maar pas na 6 jaar. Bij adolescenten en volwassenen zijn impulsief en zelfbeschadigend gedrag mogelijk het minst en affectieve symptomen het meest stabiel.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)1, 33-41]

TREFWOORDEN adolescentie, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, kinderleeftijd, stabiliteit

Persoonlijkheidsstoornissen komen naar schatting voor bij ongeveer de helft van alle patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. In de algemene bevolking lopen schattingen uiteen van 10 tot 15% (Verheul & Van den Brink 1999). De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) komt voor bij ongeveer 1% van de volwassenen in de algemene bevol-

king (Torgersen e.a. 2001). Deze stoornis wordt gekenmerkt door een duurzaam patroon van instabiliteit in interpersoonlijke relaties, cognitief functioneren, zelfbeeld en affect met beperkingen in de impulsbeheersing. Een BPS gaat vaak gepaard met ernstig disfunctioneren op het werk, in relaties en in de vrije tijd en een verminderde

kwaliteit van leven (Perseus e.a. 2006; Skodol e.a. 2002).

De meeste etiopathogenetische modellen gaan ervan uit dat BPS ontstaat door een dynamische interactie tussen biologische en psychosociale risicofactoren en beschermende factoren, die ook het beloop ervan beïnvloeden (Bleiberg 2005).

Om aan de DSM-IV-classificatie van een (B) PS te voldoen, dient er sprake te zijn van een duurzaam, stabiel patroon waarvan het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid. Een (B)PS mag worden geclassificeerd bij kinderen en adolescenten, maar alleen wanneer maladaptieve persoonlijkheidskenmerken op meerdere levensgebieden langer dan één jaar aanwezig zijn en niet voortkomen uit een as-I-stoornis (APA, DSM-IV 1994).

Vanuit ontwikkelingspsychologisch perspectief is het voorstelbaar dat (vooral voorlopers van) persoonlijkheidsstoornissen al in de kindertijd of adolescentie aanwezig zijn. Een en ander is bijvoorbeeld goed bekend voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS). Daarvoor is in longitudinaal onderzoek aangetoond dat deze steeds begint met een antisociale gedragsstoornis (conduct disorder; CD). Dit is ook als voorwaarde in de DSM-classificatie verwerkt (APA, DSM-IV 1994). Van alle kinderen met CD krijgt echter slechts 31-38% uiteindelijk APS (Robins & Regier 1991; Zoccolillo e.a. 1992).

Wij verrichtten een literatuuronderzoek met als doel in kaart te brengen in hoeverre er stabiliteit van BPS is vanaf de kinderjaren tot in de volwassenheid. Vertoonden volwassenen met BPS ook als kind al een patroon van instabiliteit in relaties, zelfbeeld en affecten met een beperkte impulscontrole? Hoe groot is de kans dat kinderen met deze kenmerken zich ontwikkelen tot volwassenen met BPS?

De antwoorden op vragen naar het beloop van BPS geven mogelijk een aanzet tot vroege signalering en vroege interventie. Vroegtijdig ingrijpen leidt mogelijk tot minder langdurig disfunctioneren en lijden (Lenzenweger & Cicchetti 2005).

METHODE

Via Medline, PsycINFO, EMBASE en Cochrane Library werd gezocht naar Engelstalige bevolkingsonderzoeken en onderzoeken bij patiëntenpopulaties vanaf 1980. Gebruikte zoektermen waren combinaties van: 'borderline personality disorder', 'cluster B personality disorder' en 'personality disorders' met 'child' en 'adolescent' en met 'continuity', 'longitudinal course' en 'persistence'. Als aanvulling werden artikelen uit de literaturopgaven gebruikt.

Geïnccludeerd werden prospectieve empirische studies naar de stabiliteit van BPS vanaf de kinderleeftijd tot in de volwassenheid. Voorts diende BPS in kaart te zijn gebracht met een gestandaardiseerd meetinstrument dat een DSM-classificatie genereert.

Van elke studie werden de volgende kenmerken verzameld: land, aantal onderzochten, leeftijd, geslacht, etniciteit, steekproefmethode, follow-upperiode, meetinstrumenten en bevindingen wat betreft stabiliteit van BPS (zie tabel 1).

RESULTATEN

Er waren 7 studies die aan onze inclusiecriteria voldeden (Bernstein e.a. 1993; Chanan e.a. 2004; Garnet e.a. 1994; Grilo e.a. 2001; Lofgren e.a. 1991; Mattanah e.a. 1995; Meijer e.a. 1998).

Stabiliteit van BPS van de kinderjaren tot de volwassenheid

Er werd slechts één studie gevonden waarin de stabiliteit van BPS vanaf de kinderjaren werd onderzocht met een gestandaardiseerd meetinstrument (Lofgren e.a. 1991). De overige gevonden studies waren in de jaren zeventig en vroeg in de jaren tachtig uitgevoerd en de onderzoekers gebruikten daarbij geen onderzoeksinstrumenten die een DSM-classificatie BPS genereerden (Petti & Vela 1990).

Lofgren e.a. (1991) onderzochten adolescenten en jongvolwassenen (16-30 jaar) die als kind (6-10

jaar) opgenomen waren met de diagnose BPS. In de kindertijd werd de diagnose BPS gesteld aan de hand van de criteria van Bemporad, te weten: labiele emotionele reacties op minimale stress, een beperkte angstregulatie en realiteitstoetsing, relatieproblemen gekenmerkt door afhankelijkheid en een beperkte frustratietolerantie en beheersing van agressieve impulsen. Bij follow-up werden 19 van de 32 kinderen onderzocht met het *Structured Clinical Interview voor de DSM-III-R (SCID)-I en -II* en door een clinicus.

Deze 19 bij follow-up onderzochte adolescenten en jongvolwassenen waren wat betreft geslacht, klinische variabelen, gezinsstabiliteit, voorgeschiedenis van seksueel misbruik en neurologische bevindingen vergelijkbaar met de 13 die niet meer op te sporen bleken. Van de 19 onderzochten voldeden er nog 3 (16%) aan de criteria voor BPS.

Andere persoonlijkheidsstoornissen kwamen wel veel voor (bij 16 van de 19), waaronder APS (bij 5 van de 19). Er werden geen affectieve of psychotische as-I-stoornissen vastgesteld. Van de 19 functioneerden er 5 (26%) redelijk en 14 (74%) slecht.

Stabiliteit van BPS van de adolescentie tot de volwassenheid

Bevolkingsonderzoek Er werd één bevolkingsonderzoek gevonden naar de stabiliteit van BPS van de adolescentie tot de volwassenheid. Bernstein e.a. (1993) onderzochten een groep van 778 kinderen uit de *New Yorkse Children in the Community Study*. Persoonlijkheidsstoornissen werden gemeten met een schaal die werd samengesteld met 177 items uit bestaande interviews en vragenlijsten: *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-I)*, *Disorganizing Poverty Index*, *Quality Of Life Interview*, *Personality Disorder Questionnaire (PDQ)* en een zelfrapportageversie van de *SCID-II*. De diagnose BPS werd gesteld aan de hand van 17 items die samen bijna alle DSM-criteria dekten.

Er werd een onderverdeling gemaakt in de categorieën 'matige persoonlijkheidsstoornis' (als

de score 1 standaarddeviatie (SD) afweek van het gemiddelde) en 'ernstige persoonlijkheidsstoornis' (bij een afwijking van 2 SD). Lijdensdruk en disfunctioneren werden bepaald met in totaal 12 parameters uit de gebruikte instrumenten op het gebied van kwaliteit van sociale relaties, schools functioneren, psychopathologische stoornissen en antisociaal gedrag. Adolescenten met 'matige BPS' hadden een significant verhoogde ratioscore op 11 van de 12 parameters.

Gevonden werd dat van de jongeren die op 14-jarige leeftijd BPS hadden ongeveer een derde twee jaar later nog steeds een matige of ernstige BPS had. Van de jongeren met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis (BPS, antisociale, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis) had ongeveer een kwart twee jaar later nog een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis.

Poliklinisch onderzoek In een poliklinische groep Australische jongeren onderzochten Channen e.a. (2004) zowel de categoriale als de dimensionale stabiliteit. Zij vonden dat ongeveer een derde van de jeugdigen die vielen binnen de categorie BPS twee jaar later nog aan de criteria van BPS voldeed.

Klinisch onderzoek In klinische groepen in de VS (Garnet e.a. 1994; Mattanah e.a. 1995) en in Nederland (Meijer e.a. 1998) bleek 15-33% van de patiënten met een BPS twee tot drie jaar later nog steeds te voldoen aan de criteria voor BPS.

Stabiliteit van afzonderlijke BPS-symptomen

Garnet e.a. (1994) keken ook naar de afzonderlijke BPS-symptomen. De stabielste symptomen waren gevoelens van leegte, zeer heftige en ongepaste woede, affectiestabiliteit en identiteitsproblemen. Het minst stabiel waren suïcidaal gedrag, instabiele relaties en impulsiviteit.

Meijer e.a. (1998) onderzochten bij de jongeren die niet meer voldeden aan de criteria voor BPS welke symptomen nog wel aanwezig waren. Vooral interpersoonlijke problemen en depres-

TABEL 1 Onderzoeken naar categoriale stabiliteit van borderlinepersoonlijkeitsstoornis (BPS) van kinderjaren en adolescentie tot volwassenheid

Eerste auteur	Land	Aantal		Gem. leeftijd T1	M-V jaren	Sample- methode	Follow- upperperiode jaren	Instrument T1 + T2	Aantal (%) met BPS		Nieuwe BPS T2	Stabiliteit BPS T1-T2
		T1	T2						T1	T2		
Algemene bevolking Bernstein 1993	VS	778	733	14,3	50-50	Random gestratificeerd	2	Schaal met 177 items	Matig + ernstig 85 (11)	Matig + ernstig 59 (8)	Matig + ernstig 34 (5)	Matig + ernstig 25 (29)
Poliklinisch									Ernstig 39 (5)	Ernstig 22 (3)	Ernstig 13 (2)	Ernstig 9 (24%)
Chanen 2004	Australië	101	97	16,1 (SD 0,9)	37-64	?	2	SCID-II	11 (11)	12 (12)	8 (8)	4 (36)
Klinisch												
Lofgren 1991	VS	32	19	6-10*	73-27	?	6-19	Bemporad (T1) SCID (T2)	32 (100)	3 (16)	0 (0)	3 (16)
Garnet 1994	vs Yale	21	21	17	48-52	?	2	PDE	21 (100)	7 (33)	0 (0)	7 (33)
Mattanah 1995	vs Yale	143	65	15,5 (SD 1,4)	56-44	Consecu- tief	2	PDE	31 (22)	15 (23)	8 (12)	7 (23)
Meijer 1998	Nederland	51	36	15,4 (SD 1,33)	50-50	Consecu- tief	3,3 (SD 0,94)	DIB	14 (27)	2 (14)	0 (0)	2 (15)

* Uitersten.
SCID-II = Structured Clinical Interview voor de DSM-III-R; PDE = Personality Disorder Examination; DIB = Diagnostic Interview for Borderline Patients.

sieve gevoelens bleven aanwezig. Het minst stabiel waren suïcidaliteit en zelfverwonding, derealisatie, depersonalisatie en kortdurende paranoïde ervaringen.

Dimensionale stabiliteit

In twee studies werd de dimensionale stabiliteit van BPS onderzocht (Chanen e.a. 2004; Grilo e.a. 2001). Daarbij werd BPS bekeken vanuit een dimensionaal model, als een gradueel in ernst oplopende stoornis. Dit in tegenstelling tot onderzoek vanuit een categoriaal model, waarbij enkel aan- of afwezigheid van een vooraf vastgesteld aantal criteria van belang is. Voor een dimensionale diagnose worden de scores van alle gemeten symptomen opgeteld. Zo wordt een dimensionale score vastgesteld die de totale ernst van alle aanwezige criteria bij een proefpersoon weergeeft.

Chanen e.a. (2004) en Grilo e.a. (2001) berekenen twee vormen van dimensionale stabiliteit.

Voor de eerste werd de gemiddelde score van de hele groep proefpersonen op twee tijdstippen vergeleken. Dit 'gemiddelde niveau van dimensionale stabiliteit' (of 'absolute' dimensionale stabiliteit) is hoog als het groepsgemiddelde hetzelfde blijft. Voor de tweede vorm werd de rangorde, op basis van de individuele score, binnen de groep op twee tijdstippen vergeleken. Deze 'rangorde van dimensionale stabiliteit' of ('differentiële' dimensionale stabiliteit) is hoog als er weinig verschuivingen binnen de groep optreden.

In het onderzoek van Chanen e.a. (2004) was zowel de absolute als de differentiële stabiliteit matig (intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC): 0,54; Pearsons $r(\tau)$: 0,54). In het onderzoek van Grilo e.a. (2001) was de absolute dimensionale stabiliteit laag (ICC: 0,16).

Vergelijking met andere psychiatrische stoornissen

Mattanah e.a. (1995) vergeleken de stabiliteit

van BPS met die van andere persoonlijkheidsstoornissen. Het bredere cluster B was stabiel dan BPS alleen (48 versus 23%). Cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen (paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis) waren in totaal minder stabiel (11%) en cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen (ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis) waren ongeveer even stabiel (29%). De stabiliteit van as-I-stoornissen, internaliserende en externaliserende stoornissen en stoornissen in het gebruik van middelen, was groter dan die van BPS (respectievelijk 59, 39 en 53 versus 23%).

Comorbiditeit

In twee van de vier klinische groepen werd psychiatrische comorbiditeit gemeten (Garnet e.a. 1994; Meijer e.a. 1998). Garnet e.a. (1994) gebruikten bij de aanvang van hun onderzoek de epidemiologische versie van het *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children (K-SADS-E)* voor patiënten jonger dan 18 jaar en de *SCID-P* (patiëntversie) voor de oudere patiënten. Alle in de studie geïncludeerde patiënten voldeden aan de criteria voor BPS. Daarnaast had 86% een depressie, 43% dysthymie en 52% een gedragsstoornis (CD).

Meijer e.a. (1998) vonden bij de uitgangsmeting dat van de jongeren met BPS 76% ook een depressieve of dysthyme stoornis en 35% een oppositioneel opstandige gedragsstoornis of CD had. Er werden geen psychotische stoornissen of pervasieve ontwikkelingsstoornissen gevonden.

DISCUSSIE

Met deze literatuurstudie is geprobeerd de vraag te beantwoorden naar de stabiliteit van BPS van de kinderjaren tot in de volwassenheid.

Bevindingen Uitspraken over de stabiliteit van de diagnose BPS van de kinderjaren tot in de volwassenheid worden beperkt door een tekort aan onderzoek met gestandaardiseerde meetinstrumenten. Het enige onderzoek dat bij

follow-up wel een meetschaal gebruikte die een DSM-IV-classificatie genereert, betrof een kleine groep bij aanvang, kampte bovendien met een hoog uitvalpercentage (41%) en gebruikte bij de uitgangsmeting een ander instrument dan bij follow-up. De gemeten stabiliteit van BPS was laag (16%) (Lofgren e.a. 1991).

De stabiliteit van de diagnose BPS van de adolescentie tot in de volwassenheid werd in vijf methodologisch verantwoorde studies onderzocht. Bij populatieonderzoek had een derde van de jongeren met BPS in de vroege adolescentie na twee jaar nog steeds een matige of ernstige BPS (Bernstein e.a. 1993). Van de klinisch of ambulantly behandelde adolescenten voldeed na twee tot drie jaar een zevende tot een derde deel nog aan de criteria van BPS (Chanen e.a. 2004; Garnet e.a. 1994; Mattanah e.a. 1995; Meijer e.a. 1998). Ten slotte was in een poliklinische en klinische groep de dimensionale stabiliteit matig tot slecht (Chanen e.a. 2004; Grilo e.a. 2001).

Methodologie en beperkingen Alleen studies met gebruik van gevalideerde meetinstrumenten die een DSM-classificatie genereerden, werden geïncludeerd. De diagnose BPS werd alleen gesteld als de adolescenten in voldoende ernstige mate en gedurende een periode van twee of drie jaar aan de criteria voor BPS voldeden (Bernstein e.a. 1993; Chanen e.a. 2004; Garnet e.a. 1994; Mattanah e.a. 1995; Meijer e.a. 1998). Onderzoekers waren bij follow-up steeds blind voor eerdere resultaten.

De psychometrische eigenschappen van de gebruikte instrumenten waren adequaat. De bevindingen met de gebruikte instrumenten vertoonden een grote overeenkomst met een klinische diagnose op basis van alle beschikbare informatie of met de *Longitudinal, Expert and All Data- of LEAD*-methode (Mattanah e.a. 1995; Meijer e.a. 1998; Spitzer 1983). In het bevolkingsonderzoek (Bernstein e.a. 1993) werd een zelf ontworpen meetschaal voor persoonlijkheidsstoornissen samengesteld op basis van meerdere onderzoeksgegevens van verschillende informanten. Ondanks

de methodologische kanttekeningen die hierbij kunnen worden geplaatst, lijkt de validiteit van het gebruikte instrument acceptabel. Zoals elk populatieonderzoek kampte ook dit onderzoek met het nadeel dat een grote groep nodig is om voldoende individuen te vinden met een categoriale diagnose. Waarschijnlijk is daarom de keuze gemaakt om ook matige of lichtere BPS te meten.

Bepkeringen zijn de soms kleine aantallen patiënten (Garnet e.a. 1994; Grilo e.a. 2001; Meijer e.a. 1998) met een soms hoge uitval bij follow-up (Mattanah e.a. 1995; Meijer e.a. 1998), waarvan vaak niet duidelijk is waardoor deze wordt veroorzaakt. Indien echter de proefpersonen met de ernstigste stoornis bij follow-up niet opnieuw werden onderzocht, zou de gemeten stabiliteit een onderschatting kunnen zijn van de werkelijke stabiliteit.

Twee onderzoeken zijn mogelijk niet representatief voor een grotere onderzoekspopulatie omdat niet wordt aangegeven of en zo ja, hoe, de onderzoeksgroep werd geselecteerd (Chanen e.a. 2004; Garnet e.a. 1994).

De gemiddelde leeftijd aan het einde van de periode van follow-up was bij het bevolkingsonderzoek van Bernstein e.a. (1993) slechts 16 jaar. In de overige onderzoeken naar stabiliteit vanaf de adolescentie werd de follow-up op jongvolwassen leeftijd uitgevoerd, namelijk als de proefpersonen 18 of 19 jaar waren geworden.

In alle onderzoeken waarbij de etniciteit van de proefpersonen werd vermeld, was 84-91% blank (Bernstein e.a. 1993; Chanen e.a. 2004; Grilo e.a. 2001; Mattanah e.a. 1995). De vraag is dan ook in hoeverre de resultaten van de onderzoeken zijn te generaliseren naar andere etnische groepen.

Een specifiek nadeel van follow-uponderzoek onder (poli)klinische groepen is dat moeilijk kan worden geschat in hoeverre veranderingen kunnen worden toegeschreven aan behandeling. Succesvolle behandeling kan leiden tot een lagere BPS-prevalentie bij follow-up, terwijl iatrogene effecten dan juist een hogere prevalentie kunnen geven. De antwoorden op interviews en vragenlijsten worden mogelijk beïnvloed door de wens langer of korter in behandeling te blijven.

Daarnaast is er in deze studies sprake van veel comorbiditeit, met overlap van criteria tussen verschillende stoornissen en mogelijk ook wederzijdse beïnvloeding van het beloop. Zo bleek in onderzoek naar de voorspelbaarheid van persoonlijkheidsstoornissen dat angststoornissen en ADHD in de adolescentie de kans op BPS in de volwassenheid vergroten (Lewinsohn e.a. 1997; Rey e.a. 1995). Een duidelijk voordeel van onderzoek in risicogroepen is echter de grote relevantie voor de klinische praktijk.

Vergelijking met onderzoek bij volwassenen Zonarini e.a. (2006) deden onderzoek bij een groep volwassen patiënten (18-35 jaar) van wie 290 met BPS en 72 met een andere persoonlijkheidsstoornis. Semigestructureerde interviews (SCID, DIB-R en *Diagnostic Interview for DSM-III-R Personality Disorders*) werden gedurende tien jaar iedere twee jaar afgenomen. Van de patiënten met BPS was 35% na twee jaar in remissie, 50% na vier jaar, 68% na zes jaar, 78% na acht jaar en 82% na tien jaar. De terugval was zeer laag (Zonarini e.a. 2006).

Bij volwassenen lijkt er dus net als bij adolescenten sprake van een aanzienlijke instabiliteit van BPS. Bij volwassenen lijkt echter pas na een periode van zes (in plaats van twee of drie) jaar nog maar een derde van de patiënten te voldoen aan de BPS-criteria. Bij nog langere follow-upduur neemt de prevalentie verder af.

Stabiliteit van afzonderlijke symptomen Net als bij jeugdigen (Garnet e.a. 1994; Meijer e.a. 1998) zijn er bij volwassen patiënten met BPS aanwijzingen dat impulsiviteit, automutilatie en suïcidaal gedrag het snelst verdwijnen, de affectlabiliteit met hevige stemmingswisselingen, identiteitsproblemen en gevoelens van leegte het meest chronisch zijn en de cognitieve (depersonalisatie en derealisatie) en interpersoonlijke problemen een middenpositie nemen (McGlashan e.a. 2005; Zonarini e.a. 2003). In onderzoek naar voorspellende variabelen van de stabiliteit van BPS bij volwassenen bleek dat vooral de initiële impulsiviteit in sterke mate correleerde met

de totale DIB-score na zeven jaar (Links e.a. 1999). Afzonderlijke BPS-symptomen lijken bij onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen sterker samen te hangen met disfunctioneren (Skodol e.a. 2005).

Klinische implicaties Kunnen wij de diagnose BPS nu wel of niet stellen in de adolescentie? Er wordt wel gedacht dat het vaststellen van BPS moeilijker is in de adolescentie omdat borderlinekenmerken die later in het leven disfunctioneren en lijdensdruk veroorzaken in deze levensfase niet maladaptief zijn, maar passen binnen de normale ontwikkeling van separatie-individuatie. Onderzoek dat deze visie onderbouwt, is echter beperkt. Offer e.a. (1984) en Becker e.a. (2002) maakten aannemelijk dat zeker niet alle jeugdigen (al dan niet voorbijgaande) borderlinekenmerken vertonen. Offer e.a. (1984) onderscheidde drie verschillende groeipatronen en omschreef die als 'stabiel', 'deinend' en 'onstuwig'. Becker e.a. (2002) vonden bij klinisch behandelde adolescenten niet vaker gestoorde regulatie van affect en gedrag en identiteitsproblemen dan bij klinisch behandelde volwassenen.

Als een jeugdige aan de criteria voor BPS voldoet, zou dit in het beste geval het gevolg kunnen zijn van een tijdelijk niet kunnen voldoen aan bepaalde ontwikkelingstaken tijdens een voor sommigen moeilijke en onrustige ontwikkelingsfase. Bij jongeren met een genetische kwetsbaarheid, bepaalde temperamentfactoren en een belaste voorgeschiedenis kan de grotere sociaal-emotionele belasting in de adolescentie in combinatie met toenemende gonadale hormoonspiegels en veranderingen in de prefrontale cortex en limbische structuren leiden tot een (tijdelijk) klinisch beeld van BPS (Lenzenweger & Cicchetti 2005). Welke risicofactoren en beschermende factoren het beloop beïnvloeden, is voornamelijk onvoldoende bekend.

Uit de hier besproken literatuur komt naar voren dat bij een zevende tot een derde deel van deze jeugdigen sprake lijkt te zijn van een stabielere stoornis. Een beleid waarbij bij alle adolescen-

ten die zich presenteren met duidelijke kenmerken van een BPS, deze diagnose pas wordt gesteld als zij stabiel zijn, lijkt op basis van de door ons beschreven bevindingen in ieder geval voor discussie vatbaar. Immers, daardoor wordt mogelijk een aantal jongeren met een ernstige stoornis te laat behandeld, met als mogelijk gevolg een ongunstigere prognose.

Conclusie en aanbevelingen voor verder onderzoek

De gegevens over de stabiliteit van BPS van de kinderjaren en de adolescentie tot in de volwassenheid zijn voornamelijk beperkt en de discussie over de zin van het al dan niet stellen van de DSM-IV-diagnose BPS in de adolescentie is nog niet gesloten.

Verder onderzoek in klinische groepen en de algemene bevolking is nodig om meer zicht te krijgen op het ontstaan en de stabiliteit van de categoriale diagnose BPS en ook van afzonderlijke BPS-symptomen. Deze lijken bij onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen sterker samen te hangen met disfunctioneren (Skodol e.a. 2005). Vooral onderzoek naar impulsiviteit en affectlabiliteit, beide genoemd als mogelijke endofenotypen voor BPS, lijkt hierbij van belang (Siever e.a. 2002). Voorts zal onderzoek gedaan moeten worden naar voorspellers van stabiliteit en ernst van de stoornis.

Ook is onderzoek naar de effectiviteit van vroege interventies met psychotherapie of medicamenteuze behandeling van belang. Het is nog niet bekend in hoeverre gedragstherapie, relaxatietechnieken en advies over stabilisatie van de levensomstandigheden op verschillende domeinen adolescenten die voldoen aan de criteria voor BPS kunnen helpen om hun impulsiviteit en affectlabiliteit onder controle te krijgen en hun relaties met anderen te stabiliseren. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of dergelijke behandelingen in een vroeg en kwetsbaar ontwikkelingsstadium effect hebben op het langetermijnbeloop van BPS en, zo ja, op welke kernsymptomen.

Om met een citaat van Michael Rutter af te sluiten: 'If we cannot escape from the use of some sort of concept of personality, we cannot avoid the need to ask how it develops'.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S., e.a. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: comparison with hospitalized adults. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 2042-2047.
- Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, C.N., e.a. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bleiberg, E. (2005). Identity problem and borderline disorders in children and adolescents. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Red.), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8ste druk). (pp. 3457-3469). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McGorry, P.D., e.a. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18, 526-541.
- Garnet, K.E., Levy, K.N., Mattanah, J.J.F., e.a. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: ubiquitous or specific? *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1380-1382.
- Grilo, C.M., Becker, D.F., Edell, W.S., e.a. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 364-368.
- Lenzenweger, M.F. & Cicchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 893-898.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., e.a. (1997). Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1752-1759.
- Links, P.S., Hessegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 13, 1-9.
- Lofgren, D.P., Bemporad, J., King, J., e.a. (1991). A prospective follow-up study of so-called borderline children. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1541-1547.
- Mattanah, J.J.F., Becker, D.F., Levy, K.N., e.a. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 889-894.
- McGlashan, T.H., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., e.a. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 883-889.
- Meijer, M., Goedhart, A.W., & Treffers, P.D.A. (1998). The persistence of borderline personality disorder in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 12, 13-22.
- Offer, D., Ostrov, E., & Howard, K.I. (Red.) (1984). *Patterns of adolescent self-image*. *Journal of personality disorders* San Francisco: Jossey-Bass.
- Perseus, K.I., Andersson, E., Åsberg, M., e.a. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 302-307.
- Petti, T.A., & Vela, R.M. (1990). Borderline disorders of childhood: an overview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 327-337.
- Rey, J.M., Morris-Yates, A., Singh, M., e.a. (1995). Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorders in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 895-900.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America*. (pp. 258-290). New York: The Free Press.
- Rutter, M. (1984). Psychopathology and development: II. Childhood experiences and personality development. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 18, 314-327.
- Siever, L.J., Torgersen, S., Gunderson, J.G., e.a. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51, 964-968.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., e.a. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Bender, D.S., e.a. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.
- Spitzer, R.L. (1983). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399-411.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

- Verheul, R., & van den Brink, W. (1999). Persoonlijkheidsstoornissen. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel, e.a. (Red.), *Handboek psychiatrische epidemiologie*. (pp. 347-378). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., e.a. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 274-83.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., e.a. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., e.a. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine*, 22, 971-986.

AUTEURS

P.K.H. DESCHAMPS is als arts in opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater werkzaam bij het UMC te Utrecht.

C. VREUGDENHIL was destijds werkzaam als kinder- en jeugdpsychiater en plaatsvervangend A-opleider bij GGZ Meerkanten, Lelystad.

Correspondentieadres: P.K.H. Deschamps, Universitair Medisch Centrum Utrecht, p/a: Secretariaat kinder- en jeugdpsychiatrie (HP A01.468), Postbus 85.500, 3508 GA Utrecht.

E-mail: p.k.h.deschamps@umcutrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 11-6-2007.

SUMMARY

Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review – P.K.H. Deschamps, C. Vreugdenhil -

BACKGROUND Borderline personality disorder (BPD) is a severe and frequent disorder. Little is known about its early stages, which can be in childhood or adolescence.

AIM To investigate to what extent BPD is stable from childhood through to adulthood.

METHOD The literature was systematically reviewed with the help of Medline, PsycINFO, EMBASE and the Cochrane Library.

RESULTS Of children known to have BPD in the primary school age-group, 80% met the criteria for a personality disorder in adulthood and 16% met the criteria for BPD. In a population study of adults with BPD, 30% still met the criteria two years later. In groups of adolescents at risk the criteria were met by 15-30% after two to three years. These groups also showed a low dimensional stability for BPD. The most stable symptoms were feelings of emptiness, anger, affect-instability and identity problems. Less stable symptoms were suicidality, self-harm, impulsiveness, unstable relationships, derealisation and paranoid thinking.

CONCLUSIONS Research into the stability of BPD that starts in children of primary school age has been too limited in a methodological sense for us to draw any firm conclusions. Research into BPD that starts in adolescence shows a low categorial and dimensional stability. Research into the onset of BPD in adults shows comparable low stability, but only after six years. In adolescents and adults impulsive and self-harm behaviour are probably the least stable symptoms and affective symptoms the most stable ones.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)1, 33-41]

KEY WORDS adolescence, borderline personality disorder, childhood, stability