

Borderline- en schizotypische stoornis bij adolescenten

door M. Meijer en Ph.D.A. Treffers

Samenvatting

In dit artikel wordt, aan de hand van de literatuur, een inventarisatie gemaakt van fenomenologie, psychodynamiek, classificatie, etiologie en beloop van de borderline- en schizotypische pathologie bij adolescenten. Veel van wat bekend is van deze pathologie bij volwassenen lijkt ook bruikbaar bij adolescenten. Over de predictieve validiteit van de schizotypische en borderline-stoornis bij adolescenten bestaan geen empirische gegevens. Deze zal – indien onderzoek – mogelijk gering zijn. In toekomstig onderzoek zal bij patiënten met de bij deze persoonlijkheidsstoornissen passende symptomatologie nadrukkelijk rekening gehouden moeten worden met manifestaties van andersoortige psychopathologie, gezien de waarschijnlijk belangrijke prognostische betekenis daarvan.

Inleiding

In de meeste kinder- en jeugdpsychiatrische handboeken wordt slechts een bescheiden paragraaf gewijd aan borderline-stoornissen. Meestal wordt melding gemaakt van de onscherpe definiëring van het begrip (b.v. Solnit, Cohen en Schowalter 1986). Over de etiologie wordt doorgaans in heel algemene termen gesproken. Sommige leerboeken behandelen uitsluitend de borderline-stoornis bij kinderen (b.v. Sanders-Woudstra en De Witte 1985); andere noemen alleen de borderline-stoornis bij adolescenten (b.v. Rutter en Hersov 1985). Vaak wordt gesteld dat de stoornis niet zeldzaam is, en zeker frequenter voorkomt dan autisme, terwijl daaraan in vrijwel alle handboeken een uitvoerig hoofdstuk wordt gewijd. In de definiëring van de borderline-stoornissen bij kinderen en jeugdigen komt op verschillende manieren onduidelijkheid naar voren. Vaak spitst de discussie zich toe op tekorten van de verschillende aspecten van de validiteit van de diagnose. Zo verschilt bij voorbeeld het niveau, waarop de symptomatologie in de verschillende publikaties wordt beschreven, sterk. Sommige auteurs geven waarneembare feiten weer, andere bedienen zich van metapsychologische terminologie, zonder te vermelden naar welke waarneembare gedragingen deze formuleringen verwijzen (Shapiro

1983). Het ligt dan ook voor de hand dat men tal van kanttekeningen kan plaatsen bij de diagnostische validiteit van deze categorie bij kinderen en jeugdigen. De descriptieve en predictieve validiteit zijn nauwelijks onderzocht.

De definiëring van de borderline-stoornissen bij kinderen en jeugdigen is bovendien gecompliceerd, omdat de vraag of het bij kinderen en bij jeugdigen om dezelfde stoornis gaat, niet is beantwoord. In dit artikel willen wij ons richten op de borderline-stoornis in de adolescentie. In een tweede artikel (Treffers en Meijer 1989) willen wij de gegevens over de borderline-stoornis bij kinderen in kaart brengen. Gegevens over de behandeling van deze problematiek laten wij in deze artikelen buiten beschouwing. We zullen trachten enige conclusies te formuleren ten aanzien van de stand van zaken. Bovendien zullen we aanbevelingen formuleren met betrekking tot toekomstig onderzoek op dit gebied. Aangezien borderline-symptomatologie bij adolescenten lang niet altijd langdurig behoeft te zijn, zullen we niet spreken van een persoonlijkheidsstoornis. Wel doelen we met de omschrijving borderline-symptomatologie (of borderline-adolescenten) op de aanwezigheid van de symptomen die in de DSM-III(-R) beschreven zijn onder de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

Borderline-symptomatologie bij adolescenten

1. *Klinische gegevens* – In de literatuur over de borderline-adolescenten zijn twee hoofdstromingen te onderscheiden. Er bestaat inmiddels een tamelijk omvangrijke *klinische* literatuur, doorgaans in psychoanalytische traditie, in veel opzichten afgeleid van, en voortbouwend op het werk van volwassen borderline-patiënten (zie b.v. Kernberg 1975; De Blécourt 1980). Daarnaast is in de jaren zeventig belangstelling ontstaan voor een *empirische* benadering, waarbij vooral diagnostiek en classificatie centraal staan. Het onderzoek over borderline-stoornissen bij volwassenen betreft meestal jong-volwassen patiënten, onder wie zich een aantal adolescenten vanaf 16 jaar bevindt. Gegevens over jonge adolescenten zijn ook schaars. Meissner (1984) bij voorbeeld stelt vast dat de diagnose borderline in de vroege adolescentie vaag en onduidelijk is. Later in de adolescentie toont de symptomatologie zijns inziens steeds meer overeenkomst met de symptomatologie van volwassen borderline-patiënten. Rinsley (1980) stelt dat de borderline-pathologie in het begin van de adolescentie aan de psychotische grens, terwijl de symptomatologie tegen het einde van de adolescentie meer overeenkomst toont met de patronen van de vier door Grinker, Werble en Drye (1968) – op grond van statistische analyse van systematisch verzamelde gegevens bij volwassen borderline-patiënten – onderscheiden subgroepen. Deze vier subgroepen vertonen in wisselende mate de combinatie van a. woede, b. afhankelijkheid in affectieve relaties, respectievelijk het onvermogen om relaties aan te

gaan, c. gebrekkige ontwikkeling van de identiteit en d. depressieve grondstemming. Grinker en zijn medewerkers zijn van mening dat bij volwassen patiënten – anders dan op de kindertijd – psychotische verschijnselen niet kenmerkend zijn. Wel maken zij melding van kortdurende psychotische episoden, die als ik-vreemd worden beleefd. Ook Masterson (1985) noemt de mogelijkheid van kortdurende psychotische episoden, met name in reactie op een separatie. Masterson beschouwt deze evenwel niet als kenmerkend voor de borderline-adolescent. Hij stelt 'acting-out' – in ruime zin – centraal in de symptomatologie van borderline-adolescenten. Hieronder verstaat hij verveling, rusteloosheid, concentratieproblemen, hypochondrie, hyperactiviteit en vormen van antisociaal gedrag. Ook noemt hij passief-agressieve, obsessief-dwangmatige, schizoïde symptomen, anorexie of vluchtgedrag in dit verband. Typerend is zijns inziens ook een aanklampende, afhankelijke relatie met een volwassen seksuele partner.

Masterson verwierf veel faam met zijn beschrijvingen van de *psychodynamiek* van borderline-adolescenten. Hij legt daarbij het accent op de defecten in de egostructuur, zich manifesterend in een gebrekkig ontwikkelde impulscontrole en werkelijkheidszin. Traumatische ervaringen in de separatie-individuatiefase zouden er onder andere toe hebben geleid dat deze adolescenten niet in staat zijn separaties te verdragen. Wanneer zij toch geconfronteerd worden met een verlies (echtscheiding van de ouders, vertrek uit huis van een oudere sibling) reageren zij op een manier die lijkt op de door Bowlby (1969) beschreven wanhoop van kinderen in het tweede levensjaar, die te lang gescheiden waren van de moeder. De adolescent probeert, wanneer ten gevolge van een actueel verlies de wanhoop – die overeenkomt met Master-sons 'abandonment depression' – dreigt door te breken, de ondraaglijke, depressieve gevoelens te overschreeuwen. In het werk van Gunderson (1984), wiens naam vooral met empirisch onderzoek bij borderline-patiënten verbonden is, vinden we verwante thema's. Gunderson brengt de sterk wisselende symptomatologie, die een borderline-patiënt in de loop van de tijd vertoont, in verband met het aan- of afwezig zijn van een belangrijk object en met de mate waarin de patiënt zich gesteund, danwel gefrustreerd voelt door dit object.

2. *Empirisch onderzoek: diagnostiek en classificatie* – Empirisch onderzoek over borderline-patiënten kwam voor een belangrijk deel voort uit de ontwikkeling van de DSM. Terwijl in de DSM-II slechts zijdelings melding gemaakt werd van de diagnose 'borderline schizofrenia', werd bij de ontwikkeling van de DSM-III ruimschoots aandacht geschonken aan het borderline-concept. Spitzer, Endicott en Gibbon (1979) postuleerden dat er twee borderline-categorieën te onderscheiden zijn, namelijk een groep patiënten die genetisch en wat betreft symptomatologie verwant zijn aan schizofrenen ('borderline schizofrenia') én een groep patiënten wier persoonlijkheid geken-

merkt wordt door instabiliteit en kwetsbaarheid, overeenkomstig de 'borderline personality organization' van Kernberg (1975). In de resultaten van een enquête onder 800 Amerikaanse psychiaters zagen zij hun vermoeden bevestigd. Dit deed hen ertoe besluiten in de DSM-III onderscheid te maken tussen de Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis (SPD), waarop we in een volgende paragraaf zullen ingaan, en de Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPD). Criteria voor de diagnose BPD werden vooral ontleend aan de conclusies van Gunderson en Singer (1975) uit een uitgebreid literatuuronderzoek. Aan deze criteria werd in de DSM-III-R weinig veranderd (zie ook Widiger, Frances, Spitzer en Williams 1988).

Belangrijke vooruitgang in de borderline-diagnostiek werd geboekt door de introductie door Kolb en Gunderson in 1980 van het Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB), een semi-gestructureerde vragenlijst. Dit standaardinterview heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten in verschillende centra. Het belangrijkste verschil tussen de criteria van de DIB en van de DSM-III is, dat in de DIB ruimschoots aandacht wordt geschonken aan kortdurende psychotische ervaringen en derealisatie (zie tabel 1). Toch zijn de meeste auteurs van mening dat de DIB en de DSM-III ongeveer dezelfde groep patiënten identificeren (Kroll, Carey, Sines en Roth 1982; Pope, Jonas, Hudson, Cohen en Gunderson 1983; Cornell, Silk, Ludolph en Lohr 1983; McGlashan 1983; Frances, Clar-kin, Gilmore, Hurt en Brown 1984; Barrash, Kroll, Carey en Sines 1983). Ook bij adolescenten (van 13 tot 18 jaar) bleken de met behulp van de DIB verkregen resultaten redelijk overeen te stemmen met de DSM-III-classificatie (Yanchyshyn, Kutcher en Cohen 1986).

Het gebruik van de DSM leidde ertoe dat ook andere symptomen, die bij borderline-patiënten worden gezien, meer systematisch in kaart werden gebracht. Door meerdere onderzoekers (Pope e.a. 1983; Gunderson en Elliot 1985; Black, Bell, Hulbert en Nasrallah 1988) werd vastgesteld dat er een aanzienlijke overlap bestaat tussen de BPD en affectieve stoornissen. Bij borderline-patiënten vindt men ook vaak andere persoonlijkheidsstoornissen. Sommige auteurs (b.v. McGlashan 1986) vinden veel patiënten die aan de criteria van zowel de SPD als de BPD voldoen. Pope e.a. (1983) daarentegen vonden geen mengvormen tussen BPD en SPD. Wel vonden deze auteurs, evenals Kroll, Sines, Martin, Lari, Pyle en Zander (1981), dat de symptomatologie van de meerderheid van de BPD-patiënten tevens 'voldoet aan' de criteria van een andere persoonlijkheidsstoornis. Voor vrouwen is dit meestal de theatrale persoonlijkheid, voor mannen de antisociale persoonlijkheid.

3. *Etiologie* – Gegevens over *organische en genetische factoren*, die mogelijk een bijdrage leveren aan de etiologie van BPD bij adolescenten, zijn nauwelijks voorhanden. Uit de literatuur over BPD-volwas-

senen blijkt dat deze persoonlijkheidsstoornis niet genetisch verwant is aan schizofrenie. Er bestaat geen fenomenologische overlap. Op langere termijn blijken BPD-patiënten geen schizofrenie te ontwikkelen. Bij familieleden van BPD-patiënten wordt zelden of nooit schizofrenie vastgesteld (Pope e.a. 1983). Torgersen (1984) concludeert uit een tweelingonderzoek (van beperkte omvang) eveneens dat een genetische etiologie van de BPD onwaarschijnlijk is. De bewering van Masterson (1985) dat alle ouders van borderline-adolescenten zelf ook borderlines zijn wordt door geen enkel empirisch onderzoek gesteund. Wel komen in de families van BPD-patiënten meer, uiteenlopende, persoonlijkheidsstoornissen voor dan in controlefamilies (Soloff en Millward 1983; Torgersen 1984).

Uit het onderzoek naar de pathologie van familieleden van borderline-patiënten komt naar voren dat er vrij vaak sprake is van depressieve stoornissen. Meestal betrof het echter familieleden van BPD-patiënten, die zelf ook een affectieve stoornis hadden. Een genetische relatie tussen affectieve stoornissen en BPD is dan ook vooralsnog niet aannemelijk (Gunderson en Elliot 1985). Bovendien zouden volgens sommige auteurs bij borderline-patiënten de depressieve belevingen – doorgaans geformuleerd in termen van leegte, eenzaamheid en verveling – anders zijn dan bij patiënten met een dysthyme of depressieve stoornis (Snyder, Pitts, Goodpaster, Sajadi en Gustin 1982). In een dubbelblind onderzoek bij 61, met behulp van de DIB gediagnostiseerde, patiënten bleek het effect van amytriptyline (ook op depressieve verschijnselen) minder dan het effect van haloperidol (Soloff, George, Nathan, Schulz, Ulrich en Perel 1986).

Naar organische factoren bij BPD-patiënten is weinig onderzoek verricht. Andrulonis, Glueck, Stroebel, Vogel, Shapiro en Aldridge (1980) vonden – in een onderzoek zonder controlegroep – bij 11% van de BPD-patiënten een schedeltrauma, encephalitis of epilepsie in de voorgeschiedenis en bij 27% 'Minimal Brain Dysfunction' of leerstoornissen. Gardner, Lucas en Cowdry (1987) postuleren een subtiele non-focale neurologische dysfunctie die predisponeert tot BPD, omdat zij bij 17 borderline-patiënten (die voldeden aan DSM-III én aan de DIB) ruim tweemaal zoveel neurologische soft signs vonden als in een controlegroep. Soloff en Millward (1983), die hetero- en autoanamnestische gegevens van borderline-, depressieve en schizofrene patiënten vergeleken, konden geen verband aantonen tussen BPD (volgens DIB-criteria) en hyperactiviteit of leerstoornissen op de kinderleeftijd.

De discussie over de etiologie heeft zich toegespitst op problemen in de rapprochement-subfase van de separatie-individuatie (Mahler, Pine en Bergman 1975). De verschijningsvorm van de pathologie van de borderline-patiënt vertoont sterke overeenkomst met aspecten van het functioneren van de peuter in de rapprochement-subfase. Hoewel Mahler zelf in 1977 stelde dat de relatie tussen problemen in de rapprochement-subfase en borderline-pathologie niet zo eenduidig was als

zij aanvankelijk dacht (Mahler en Kaplan 1977), hebben haar oorspronkelijke observaties de opvattingen van andere auteurs sterk beïnvloed. Daarin staat centraal dat de moeder het kind, wanneer het in de peuterijd plezier krijgt in zelfstandige activiteiten, haar liefde onthoudt en het kind op ziekelijke wijze aan zichzelf bindt. Masterson (1985) vindt in de voorgeschiedenis van deze patiënten tekenen van geprolongeerde afhankelijkheid en passiviteit. In de kinderjaren worden vaak versterkte scheidingsangst en fobieën gezien. Er is sprake van gebrekkige frustratietolerantie, te kort schietende impulscontrole en een slechte werkelijkheidszin. Van jongs af aan zijn er thuis en op school opvoedingsproblemen. De omgang met leeftijdgenoten is moeizaam. Vaak zijn er gedurende de kinderjaren lichamelijke klachten. Deze kinderen worden door hun ouders niet behandeld als kind, maar als ouderfiguur, leeftijdgenoot, of zelfs levenloos object, overeenkomstig de door Rinsley (1980) als 'patterns of depersonification' aangeduide patronen.

Een aantal hypothesen van Masterson werd onderbouwd in het eerder vermelde onderzoek van Soloff en Millward (1983). Zij toonden aan dat BPD-patiënten vergeleken met depressieven en schizofrenen minder vaak uit een intact gezin stamden. Bovendien bleken de borderlines grote problemen te hebben met onvermijdelijke, aan de ontwikkeling inherente separaties, zoals de eerste gang naar de kleuterschool of het verlaten van het ouderlijk huis. Symptomen als wiegen, hoofdbonzen, temper tantrums, agressief gedrag en fobieën werden beduidend meer aangetroffen in de jeugd van de borderlines.

Systematische studies van families waarin (toekomstige) borderline-patiënten opgroeien, wezen uit dat er niet uitsluitend in één levensfase sprake is van ongunstige levensomstandigheden. Uit een onderzoek van Walsh (1977) over 14 gezinnen (zonder controlegroep) bleek dat de meerderheid van de patiënten afkomstig was uit een onvolledig gezin. Opvallend vaak waren de ouders geestelijk of lichamelijk ernstig ziek, en veelvuldig en/of langdurig opgenomen. De symptomen manifesteerden zich bij de meeste patiënten minder dan één jaar na een poging zich los te maken van het ouderlijk huis. In deze periode kwamen veel suïcidepogingen voor. Gebrek aan betrokkenheid was de meest voorkomende klacht van deze patiënten over hun ouders, maar ook openlijke vijandigheid, mishandeling en seksueel misbruik (zie ook Stone 1981; Gartner en Gartner 1988) werden veel gemeld. De onderlinge relatie tussen de ouders werd in de meeste gevallen als heel conflictueus beschreven. De slechte of afwezige band met één ouder werd niet gecompenseerd door een positieve relatie met de andere ouder, of met de siblings die als vijandig en afwijzend werden beleefd. Gunderson, Kerre en Englund (1980) verrichtten systematisch onderzoek naar verschillen tussen de gezinnen van jonge schizofrenen, neurotici en borderline-patiënten. In de gezinnen van de borderline-patiënten viel vooral de emotionele verwaarlozing op. Zowel

de vaders als de moeders waren ziekelijker en minder 'functioneel' dan in de vergelijkingsgroepen. Kenmerkend voor de opvoedingsstijl was, dat de kinderen zich niet aan regels hoefden te houden. De pathologie van het kind werd sterk geloofwaardig. De indruk bestond dat de ouders hun onderlinge relatie krampachtig in stand hielden ten koste van de aandacht en steun die zij voor hun kinderen konden opbrengen.

4. *Follow-up* – Follow-up van groepen volgens DSM-III of DIB geïdiagnostiseerde borderline-adolescenten tot op volwassen leeftijd is niet voorhanden. Persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten in het algemeen worden soms beschouwd als voorstadia van affectieve stoornissen op volwassen leeftijd (Gossett, Lewis en Barnhard 1983), maar ook van andere pathologie. Aarkrog (1981) onderzocht 50 adolescenten die met een borderline-diagnose worden opgenomen en stelde een retrospectief onderzoek in naar hun symptomatologie op jongere leeftijd. Een follow-up vond plaats na 5 jaar, rond het 20e levensjaar. Helaas sluit de gebruikte (Deense) classificatie niet goed aan bij de DSM-III. Voor deze groep (die naar onze indruk grotendeels bestond uit SPD- en BPD-gevallen) kan geconcludeerd worden dat deze stoornissen soms pas in de adolescentie manifest worden en op jong-volwassen leeftijd enige verbetering te zien geven.

Masterson en Costello (1980) verrichtten een follow-up-onderzoek bij 31 adolescenten die klinisch behandeld waren voor een borderline-stoornis die voldeed aan de criteria van Masterson. Van deze 31 adolescenten hadden 20 goed gereageerd op de behandeling en bij 18 van hen bleek dit gunstige resultaat bij de follow-up (gemiddeld na 4 jaar, op 20-jarige leeftijd) te zijn gehandhaafd.

Ransohoff (1978) volgde 7 adolescenten die rond hun 15e jaar enige jaren psychotherapie hadden gehad tot zij gemiddeld 26 jaar oud waren. Deze adolescenten pasten in het beeld dat Masterson schetst van de borderline-adolescent. Bij de follow-up bestond de borderline-pathologie meestal nog steeds, maar in een aantal gevallen hadden de ik-functies zich in volwassen richting ontwikkeld zodat deze patiënten bij voorbeeld beter in staat waren hun regressieve gedrag te beperken.

Schizotypische Persoonlijkheid: introductie

Hiervoor vermeldde wij dat in de DSM-III – naast de BPD – de Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis 'officieel' werd geïntroduceerd. De kenmerken van de SPD (zie tabel 2) werden grotendeels ontleend aan het onderzoek van Kety, Rosenthal, Wender en Schulsinger (1968) bij biologische verwanten van geadopteerde schizofrenen.

De voorgeschiedenis van het SPD-concept werd door Kendler (1985) helder beschreven. Hij vermeldt dat de huidige SPD voortkomt uit twee tradities. Enerzijds werden in de 'familiaire' traditie (b.v. Kraepelin 1913; Bleuler 1911; Kretschmer 1921; Kalmann 1938) persoonlijkheidsstoornissen beschreven die aangetroffen werden bij afwijkende,

maar niet psychotische familieleden van schizofrene patiënten. Zij spraken bij voorbeeld van 'latent schizofrene' en 'schizoïde' persoonlijkheden. Anderzijds was er de 'klinische' traditie (Hoch en Polatin 1949; Deutsch 1942; Zilboorg 1941 en Rado 1953). Van deze auteurs zijn onder andere termen als 'pseudoneurotische schizofrenie' en 'ambulatoire schizofrenie' afkomstig. De criteria voor de SPD in de DSM-III kunnen opgevat worden als de grootste gemene deler van de door deze twee groepen auteurs genoemde symptomen, aangevuld met een aantal andere symptomen (zoals betrekkingsideeën en illusies).

Op de classificatie is veel kritiek gekomen. Gesteld wordt bij voorbeeld dat het onwaarschijnlijk is dat de representanten van beide tradities eenzelfde groep individuen voor ogen hadden. Dit wreekt zich onder andere in wetenschappelijk onderzoek: de DSM-III-criteria zijn minder goed bruikbaar voor, bij voorbeeld, onderzoek naar de genetische aspecten van schizofrenie dan de kenmerken die oorspronkelijk in de familiale traditie werden beschreven (zie b.v. Gunderson, Siever en Spaulding 1983).

Jacobsberg, Hymowitz, Barasch en Frances (1986) daarentegen bepleitten de DSM-III-criteria voor SPD te handhaven. Zij gingen na of deze criteria bij 62 patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (SPD, BPD en overige persoonlijkheidsstoornissen) de SPD van de andere persoonlijkheidsstoornissen onderscheidde. Dit bleek bij – op één na (sociale angst) – alle symptomen het geval te zijn.

De criteria van de SPD werden in de DSM-III-R enigszins gewijzigd. De wankle status van deze classificatie werd duidelijk geïllustreerd in recent onderzoek van Morey (1988). Hij berekende aan de hand van een enquête onder 170 psychiaters en psychologen dat de helft van de patiënten die volgens de DSM-III als schizotypische persoonlijkheid geclassificeerd moesten worden, niet voldeed aan de DSM-III-R-criteria voor 'dezelfde' stoornis (zie tabel 2).

Schizotypische adolescenten

In de literatuur over persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen wordt aanzienlijk minder aandacht gegeven aan de SPD dan aan de BPD (Blashfield en McElroy 1987). Gedeeltelijk hangt dit samen met de 'aard van de stoornis': het gaat veelal om individuen die niet om hulp vragen, maar die aangetroffen worden bij onderzoek in de families van schizofrene patiënten.

Met de aandacht voor de schizotypische adolescenten is het nog veel droeviger gesteld. In de oudere literatuur wordt het voorkomen van de 'diagnostische voorlopers' van deze classificatie soms zijdelings genoemd (Deutsch 1942; Hoch, Cattell, Strahl en Pennes 1962 en Rado 1953).

Het meest frequent wordt de SPD in de adolescentie genoemd in prospectieve studies, die de lotgevallen beschrijven van kinderen en

adolescenten die geacht worden een verhoogde kans te hebben op schizofrenie. Een voorbeeld is de studie van Fish (1987), waarin de ontwikkeling van 12 kinderen van schizofrene moeders vergeleken werd met de ontwikkeling van 12 controlekinderen, van de geboorte tot de leeftijd van 22 jaar. De veronderstelling van de auteur, dat achterblijven van lichaamsgroei en motorische ontwikkeling in de eerste twee levensjaren indicatief is voor een van de stoornissen uit het schizofrene spectrum op de volwassen leeftijd, werd bevestigd. Bij vijf van de at risk-kinderen, bij wie in de eerste levensjaren sprake was van 'pandysmaturation', was in de adolescentie sprake van een SPD. Vóór de puberteit was er bij deze kinderen sprake van gevoelens van depressie en eenzaamheid. Hun interpersoonlijke relaties waren pover. Zij voldeden evenwel voor de puberteit nog niet aan de criteria van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. De twee overige kinderen met een pandysmaturation ontwikkelden in de adolescentie schizofrenie respectievelijk een paranoïde persoonlijkheid. De ontwikkeling van high risk-kinderen zonder pandysmaturation verliep veel gunstiger. In de controlegroep vertoonde slechts één van de kinderen een pandysmaturation.

In het UCLA High Risk-project (Goldstein en Jones 1977; Goldstein 1987) volgden de auteurs gedurende 15 jaar de ontwikkeling van 54 adolescenten die waren aangemeld voor ambulante behandeling. Anders dan verwacht bleek de groep teruggetrokken, sociaal geïsoleerde adolescenten gedurende de follow-up niet vaker schizofrenie of een verwante stoornis te ontwikkelen dan andere adolescenten, wier gedrag minder verwantschap vertoonde met de schizofrene symptomatologie. Van de gehele groep ontwikkelden 4 adolescenten schizofrenie, 6 een BPD en slechts één een SPD. In dit prospectieve onderzoek bleek een deviante stijl van communicatie in het gezin geassocieerd met het latere optreden van een van de stoornissen uit het schizofrene spectrum (inclusief SPD en BPD).

Mednick, Parnas en Schulsinger (1987) verrichtten prospectief onderzoek bij 207 'high risk'-kinderen van schizofrene moeders en 104 controlekinderen. De kinderen waren aan het begin van het onderzoek 10 tot 20 (gemiddeld 15.1) jaar oud. Psychotische of anderszins ernstig gestoorde kinderen werden niet in het onderzoek opgenomen. Na tien jaar werd follow-up-onderzoek verricht bij 173 jong volwassenen uit de high risk-groep en 91 uit de controlegroep. Van de high risk-kinderen bleken er 15 schizofreen te zijn geworden (in de controlegroep één) en was er bij 29 sprake van een SPD (in de controlegroep bij één). De kinderen die later schizofreen zouden worden, bleken vergeleken met de latere schizotypische persoonlijkheden 1. vaker naast een schizofrene moeder ook een schizofrene vader gehad te hebben, 2. meer problemen gehad te hebben in de intra-uteriene of perinatale periode en 3. vaker uit huis te zijn geplaatst.

Het lijkt door deze auteurs niet overwogen te zijn dat deze high risk-

kinderen al voor de volwassen leeftijd een SPD zouden kunnen ontwikkelen. Wel vermelden zij dat de latere schizofrenen en schizotypische persoonlijkheden in hun vroegere jeugd passief en snel afgeleid waren; in de adolescentie vertoonden zij formele denkstoornissen en een defectueus contact. Deze auteurs concluderen dat de erfelijke belasting van kinderen uit gezinnen met schizofrene ouders zich in de eerste plaats manifesteert in de gedaante van een SPD. Ongunstige invloeden in de eerste levensjaren zouden de kans op ontwikkeling van een 'volledig' schizofreen beeld op latere leeftijd groter maken.

Follow-up van de SPD is alleen verricht uitgaande van de reeds volwassen patiënten. Het beeld blijkt door de jaren heen vrij stabiel. Een klein percentage wordt chronisch schizofreen, een andere kleine groep toont enige vooruitgang (zie bij voorbeeld McGlashan 1986; Hoch e.a. 1962; Plakun, Burkhardt en Muller 1985).

Conclusie

Hoewel geen empirische gegevens voorhanden zijn over de incidentie, suggereren klinische ervaringen dat adolescenten met symptomen die voldoen aan de criteria voor de DSM-III of DIB-diagnose BPD niet zeldzaam zijn. Constitutionele factoren lijken in een aantal gevallen te predisponeren tot borderline-pathologie in de adolescentie. De meeste auteurs zijn het erover eens dat genetische factoren geen belangrijke rol spelen. Vroege separaties, emotionele en pedagogische verwaarlozing, mishandeling en incest, huwelijksconflicten en echtscheiding van de ouders worden belangrijk geacht voor de etiologie van de borderline-problematiek in de adolescentie.

Hoewel de meeste borderline-adolescenten ook voor de puberteit een wisselende problematiek vertoonden lijkt er een groep te zijn waarbij pas in de adolescentie borderline-symptomatologie manifest wordt, waarschijnlijk omdat deze levensfase onoverkomelijke eisen stelt aan individuen die separaties niet kunnen verdragen. Bij een aantal van deze adolescenten blijft de borderline-symptomatologie beperkt tot de adolescentie. Een vrij grote groep blijkt ook op volwassen leeftijd herkenbaar als borderline-persoonlijkheid. Bij andere patiënten ontwikkelt zich andersoortige problematiek, vaak van depressieve aard.

Hoewel adolescenten kunnen voldoen aan de criteria van de BPD is er dus nog geen sprake van een onwrikbaar verankerde persoonlijkheidsstoornis die een voorspelling zou kunnen inhouden voor de latere ontwikkeling. Gegevens ontbreken die factoren zouden kunnen aanwijzen die bepalen welke adolescenten borderline blijven. Mogelijk is het optreden van borderline-pathologie in of voor de latentie een indicatie dat deze symptomatologie, door de adolescentie heen, zal persisteren tot op volwassen leeftijd.

Uit de beschikbare gegevens kan worden afgeleid dat ook de SPD in

de adolescentie gediagnostiseerd kan worden. Ook hier staat geenszins vast dat de aanwezigheid van een aantal symptomen in de adolescentie een gefixeerde karakterpathologie op volwassen leeftijd garandeert. Aangezien dergelijke patiënten veelal worden aangetroffen in 'high risk'-studies spreekt het vanzelf dat de meeste aandacht is gegaan naar de genetische etiologie. Over overige mogelijk belangrijke etiologische momenten bestaan zelfs weinig vermoedens.

Wellicht is met eenvoudige middelen meer inzicht te verkrijgen in de betekenis van de classificaties BPD en SPD in de adolescentie. Daartoe zouden onderzoekers zich niet tevreden moeten stellen met het diagnostiseren van SPD of BPD in de adolescentie, maar consequent ook alle overige classificaties (op As I en II) moeten overwegen en vermelden. Op die manier kan worden voorkomen dat aan SPD of BPD fenomenologische, etiologische en prognostische kenmerken worden toegeschreven die in feite gerelateerd zijn aan andere, onopgemerkt gebleven stoornissen.

Literatuur

- Aarkrog, T. (1981), The borderline concept in childhood, adolescence and adulthood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum 293.
- Andrulonis, P.A., B.C. Glueck, C.F. Stroebel, N.G. Vogel, A.L. Shapiro en D.M. Aldridge (1980), Organic brain dysfunction and the borderline syndrome. *Psychiatric Clinics of North America* 4, 47-66.
- Barrash, J., J. Kroll, K. Carey en L. Sines (1983), Discriminating borderline disorder from other personality disorders. Cluster analysis of the DIB. *Archives of General Psychiatry* 40, 1297-1302.
- Black, D.W., S. Bell, J. Hulbert en A. Nasrallah (1988), The importance of Axis II in patients with major depression. *Journal of Affective Disorders* 14, 115-122.
- Blashfield, R.K., en R.A. McElroy (1987), The 1985 journal literature on the personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 28, 536-546.
- Blécourt, A. de (1980), Psychoanalytische psychotherapie van de borderline patiënt. In: B. Frijling-Schreuder, J. Lampl-de Groot, N. Treurniet en F. Verhage (red.), *Psychoanalytici aan het woord*. Van Loghum Slaterus, Deventer, p. 237-247.
- Bleuler, E. (1911), Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In: G. Aschaffenburg (red.), *Handbuch der Schizophrenie*. Deuticke, Leipzig.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and Loss*, vol. I. Basic Books, New York.
- Cornell, G., K.R. Silk, P.S. Ludolph en N.E. Lohr (1983), Test-retest reliability of the diagnostic interview for borderlines. *Archives of General Psychiatry* 40, 1307-1310.
- Deutsch, H. (1942), Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly* 11, 301-321.
- Fish, B. (1987), Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophrenia Bulletin* 13, 395-409.
- Frances, A., J.F. Clarkin, M. Gilmore, S.W. Hurt en R. Brown (1984), Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the DIB. *American Journal of Psychiatry* 141, 1080-1084.

- Gardner, D., P.B. Lucas en R.W. Cowdry (1987), Soft sign neurological abnormalities in borderline personality disorder and normal control subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease* 175, 177-180.
- Gartner, A.F., en J. Gartner (1988), Borderline pathology in post-incest female adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic* 52, 101-113.
- Goldstein, M.J., J.E. Jones (1977), Adolescent and familial precursors of borderline and schizophrenic conditions. In: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press, New York, p. 213-229.
- Goldstein, M.J. (1987), The UCLA High-Risk Project. *Schizophrenia Bulletin* 13, 505-514.
- Gossett, J.T., J.M. Lewis en F.D. Barnhard (1983), *To Find A Way: The outcome of hospital treatment of disturbed adolescents*. Brunner/Mazel, New York.
- Grinker, R., B. Werble en R. Drye (1968), *The Borderline Syndrome*. Basic Books, New York.
- Gunderson, J.G. (1984), *Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Washington.
- Gunderson, J.G., en G.R. Elliott (1985), The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 142, 277-288.
- Gunderson, J.G., J. Kerr en D.W. Englund (1980), The families of borderlines. A comparative study. *Archives of General Psychiatry* 37, 27-33.
- Gunderson, J.G., L.J. Siever en E. Spaulding (1983), The search for a schizotype. Crossing the border again. *Archives of General Psychiatry* 40, 15-22.
- Gunderson, J.G., en M.P. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry* 132, 1-10.
- Hoch, P.H., J.P. Cattell, M.O. Strahl en H.H. Pennes (1962), The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 119, 106-115.
- Hoch, P.H., en P. Polatin (1949), Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly* 23, 248-276.
- Jacobsberg, L.B., P. Hymowitz, A. Barasch en A.J. Frances (1986), Symptoms of schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 143, 1222-1227.
- Kallmann, F.J. (1938), *The Genetics of Schizophrenia*. J.J. Augustin, New York.
- Kendler, S.K. (1985), Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: a historical perspective. *Schizophrenia Bulletin* 11, 528-553.
- Kernberg, O.F. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. Jason Aronson, New York.
- Kety, S.S., D. Rosenthal, P.H. Wender en F. Schulsinger (1968), The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In: D. Rosenthal en S.S. Kety (1968), *The Transmission of Schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford.
- Kolb, J.E., en J.G. Gunderson (1980), Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. *Archives of General Psychiatry* 37, 37-41.
- Kraepelin, E. (1913), *Lehrbuch der Psychiatrie* VIII. Aufl. Bath, Leipzig.
- Kretschmer, E. (1921), *Körperbau und Charakter*. Springer, Berlijn.
- Kroll, J., K. Carey, L. Sines en M. Roth (1982), Are there borderlines in Britain? A cross validation of US findings. *Archives of General Psychiatry* 39, 60-63.

- Kroll, J., L. Sines, K. Martin, S. Lari, R. Pyle en J. Zander (1981), Borderline personality disorder: construct validity of the concept. *Archives of General Psychiatry* 38, 1021-1026.
- Mahler, M.S., en L. Kaplan (1977), Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. In: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorder: The Concept, the Syndrome, the Patient*. International Universities Press, New York, p. 71-85.
- Mahler, M.S., F. Pine en A. Bergman (1975), *The Psychological Birth of the Human Infant*. Basic Books, New York.
- Masterson, J. (1985), *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. Wiley, New York.
- Masterson, J.F., en J.L. Costello (1980), *From Borderline Adolescent to Functioning Adult: The Test of Time*. Brunner/Mazel, New York.
- McGlashan, T.H. (1983), The borderline syndrome. I: Testing three diagnostic systems. *Archives of General Psychiatry* 40, 1311-1318.
- McGlashan, T.H. (1986), Schizotypal personality disorder. Chestnut Lodge follow-up study: VI. Long-term follow-up perspectives. *Archives of General Psychiatry* 43, 329-334.
- Mednick, S.A., J. Parnas en F. Schulsinger (1987), The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophrenia Bulletin* 13, 485-495.
- Meissner, W.W. (1984), *The Borderline Spectrum*. Jason Aronson, New York, p. 243-271.
- Morey, L.C. (1988), Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage and internal consistency. *American Journal of Psychiatry* 145, 573-577.
- Plakun, E.M., P.E. Burkhardt en J.P. Muller (1985), 14-Year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 26, 448-455.
- Pope, H.G., J.M. Jonas, J.I. Hudson, B.M. Cohen en J.G. Gunderson (1983), The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 40, 23-30.
- Rado, S. (1953), Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry* 110, 406-416.
- Ransohoff, R. (1978), The adolescent borderline grows up. *Adolescent Psychiatry* 6, 409-419.
- Rinsley, D.B. (1980), Diagnosis and treatment of borderline and narcissistic children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic* 44, 147-170.
- Rutter, M., en L. Hersov (red.) (1985), *Child and adolescent psychiatry; modern approaches*, second edition. Blackwell, Oxford.
- Sanders-Woudstra, J.A.R., en H. de Witte (1985), *Leerboek Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Van Gorcum, Assen.
- Shapiro, T. (1983), The borderline syndrome in children: a critique. In: K.S. Robson (red.), *The Borderline Child: Approaches to Etiology, Diagnosis, and Treatment*. McGraw-Hill, New York.
- Snyder, S., W.M. Pitts, W.A. Goodpaster, C. Sajadi en Q. Gustin (1982), MMPI profile of DSM-III borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 139, 1046-1048.
- Solnit, A.J., D.J. Cohen en J.E. Schowalter (red.) (1986), *Child Psychiatry*. Basic Books, New York.
- Soloff, P.H., H. George, S. Nathan, P.M. Schulz, R.F. Ulrich en J.M. Perel (1986),

- Progress in pharmacotherapy of borderline disorders. A double-blind study of amitriptyline, haloperidol, and placebo. *Archives of General Psychiatry* 43, 691-697.
- Soloff, P.H., en J.W. Millward (1983), Psychiatric disorders in the families of borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 40, 37-44.
- Spitzer, R.L., J. Endicott en M. Gibbon (1979), Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of General Psychiatry* 36, 17-24.
- Stone, M.H. (1981), Borderline syndromes: a consideration of subtypes and an overview, directions for research. *Psychiatric Clinics of North America* 4, 3-24.
- Torgersen, S. (1984), Genetic and nosological aspects of schizotypal and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 41, 546-554.
- Walsh, F. (1977), Family Study 1976: 14 new borderline cases. In: R.R. Grinker en B. Werble (red.), *The Borderline Patient*. Jason Aronson, New York, p. 158-177.
- Widiger, T.A., A. Frances, R.L. Spitzer en J.B.W. Williams (1988), The DSM-III-R personality disorders: an overview. *American Journal of Psychiatry* 145, 786-795.
- Yanchyshyn, G., S. Kutcher en C. Cohen (1986), The diagnostic interview for borderlines: Reliability and validity in adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 427-429.
- Zilboorg, G. (1941), Ambulatory schizophrenias. *Psychiatry* 4, 149-155.

Tabel 1

Items van Diagnostic Interview for Borderlines (DIB)^a

A) Sociale Adaptatie

1. wisselvallige prestaties op school/werk
2. bijzondere begaafdheden/prestaties
3. actief sociaal leven
4. normaal, aangepast voorkomen

B) Impulsieve/Actiepatronen

5. automutilatie
6. manipulatieve suicide of dreiging
7. druggebruik
8. afwijkende seksuele gewoonten
9. andere impulsieve gedragingen

C) Affecten

10. depressie
11. boosheid
12. veeleisendheid

- 13. chronische dysforie
anhedonie of 'leegte'

-c 14. vlak of hypomaan

D) Psychose

- 15. derealisatie
- 16. depersonalisatie
- 17. korte psychotisch-depressieve ervaringen
- 18. korte paranoïde ervaringen
- 19. psychotische ervaringen o.i.v. drugs
- c 20. hallucinaties, nihilistische, bizarre of grootheidswanen
- c 21. manie of uitgebreide of hardnekkige wanen of hallucinaties
- 22. passagère psychose ontstaan gedurende psychotherapie of regressie tijdens psychiatrische opname

E) Interpersoonlijke relaties

- 23. vermijdt alleen zijn
- c 24. eenling
- 25. zorgt graag voor anderen of conflict rond hulp vragen/geven
- 26. onstabiele relaties
- 27. devaluatie, manipulatie, vijandigheid
in intieme relaties
- 28. afhankelijkheid en masochisme
- 29. veroorzaakt conflicten tussen behandelaars, of heftige tegenoverdracht

DSM-III-R-criteria voor BPD^b

- (8) Krampachtige pogingen om reële of verbeelde verlating te vermijden
- (5) Bij herhaling suïcidepoging, -gestes of -gedrag, of automutilatie
- (2) Impulsiviteit op ten minste twee gebieden, die potentieel zelf beschadigend zijn, b.v. geld verkwesten, seks, gebruik van middelen, winkeldiefstallen, roekeloos rijden, teveel eten
- (3) Affectieve instabiliteit: opvallende verschuivingen van een normale naar een depressieve stemming, prikkelbaarheid of angst, meestal gedurende enkele uren, slechts zelden langer durend dan enkele dagen
- (4) Inadequate, intense woede of gebrekkige beheersing van de agressie, b.v. terugkerende driftbuien of constante woede, bij herhaling lichamelijke vechtpartijen

- (7) hardnekkige gevoelens van leegte of verveling
- (8) krampachtige pogingen om reële of verbeelde verlating te vermijden
- (1) Een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties, gekarakteriseerd door het alterneren tussen extremen van overidealiseren en devaluatie
- (6) Opvallende en voortdurende stoornis van de identiteit, die zich manifesteert door onzekerheid over ten minste twee van de volgende verschijnselen: zelfbeeld, seksuele oriëntatie, doelen op lange termijn of beroepskeuze, type vrienden dat betrokkene zich wenst en waarden waar de voorkeur naar uitgaat
- a. De items van de DIB zijn verdeeld over 5 secties (A t/m E). In elke sectie kunnen maximaal 2 punten worden gescoord. Bij een totale score van 7 of meer is zeer waarschijnlijk sprake van een BPD.
- b. De DSM-III-R geeft 8 criteria voor de diagnose BPD, die hier, ter wille van de vergelijking met de DIB, in een andere volgorde zijn weergegeven. Voor de originele volgorde zie de cijfers tussen haakjes: (). De DSM-III-R eist de aanwezigheid van minstens 5 van deze criteria voor de diagnose BPD.
- c. De met – aangegeven verschijnselen tellen negatief voor de punten-telling van de DIB.

Tabel 2

DSM-III-R-criteria voor de SPD

- A) Algemeen patroon van defecten in interpersoonlijke relaties en eigenaardigheden ten aanzien van ideeën, voorkomen en gedrag, beginnend in de vroege volwassenheid en aanwezig in uiteenlopende context, zoals blijkt uit ten minste vijf van de volgende verschijnselen:
 - 1) Betrekkingsideeën (maar geen betrekkingswanen)
 - 2) Bovenmatige sociale angst, b.v. extreem ongemakkelijk in sociale situaties, waarbij onbekende personen aanwezig zijn.
 - 3) Gelooft vreemde dingen, magisch denken dat het gedrag beïnvloedt; niet consistent met subculturele normen; b.v. bijgelovigheid, geloof in helderziendheid, telepathie of 'zesde zintuig', 'anderen kunnen mijn gevoelens voelen' (bij kinderen en adolescenten bizarre fantasieën en preoccupaties)
 - 4) Ongewone waarnemingsbelevingen, b.v. illusies, waarin de aanwezigheid van een kracht of persoon wordt beleefd die niet werkelijk aanwezig is (b.v.: 'Ik had het gevoel dat mijn overleden moeder bij mij in de kamer was')

- 5) Vreemd of excentrisch gedrag of verschijning, b.v. ongekamd, ongewone maniërismen, in zichzelf spreken
- 6) Geen nauwe vrienden of vertrouwensfiguren
(of slechts één) anders dan eerstegraads familieleden
- 7) Vreemde spraak (zonder associatie of incoherentie)
b.v. spraak die verarmd is, wijdlopig, vaag of inadequaaf abstract
- 8) Inadequaaf of beperkt affect, b.v. onnozel, koel,
beantwoordt zelden gebaren of gelaatsuitdrukkingen, zoals een glimlach of een knikje
- 9) Achterdocht of paranoïde gedachtengang
- B) Treedt niet uitsluitend op in het beloop van Schizofrenie
of van een Algemene Ontwikkelingsstoornis

*DSM-III criteria voor de SPD**

De volgende kenmerken zijn karakteristiek voor het functioneren thans en op langere termijn van de betrokkene en zijn niet beperkt tot perioden van ziekte. Ze veroorzaken ofwel belemmeringen van het sociale en beroepsmatige functioneren ofwel subjectief lijden.

A) Ten minste vier van de volgende kenmerken:

- (2) Betrekkingsideeën
- (8) Overmatige sociale angst of overgevoeligheid voor werkelijke of vermeende kritiek
- (1) Magisch denken, b.v.: bijgelovigheid, helderziendheid, telepathie, 'zesde zintuig', 'anderen kunnen mijn gevoelens voelen' (bij kinderen en adolescenten het bestaan van bizarre fantasieën of preoccupaties)
- (4) Telkens terugkerende illusies, waarin de aanwezigheid van een kracht of persoon beleefd wordt die niet werkelijk aanwezig is (b.v.: 'Ik had het gevoel dat mijn overleden moeder bij mij in de kamer was'), depersonalisatie of derealisatie niet samengaan met paniek-aanvallen
- (3) Sociale isolatie. Heeft b.v. geen goede vrienden of vertrouwenspersonen, de sociale contacten blijven beperkt tot de noodzakelijke dagelijkse bezigheden
- (5) Vreemde spraak (zonder associatiezwakte of coherentie); b.v. wijdlo pige, vage, bijzonder gedetailleerde, omslachtige, overdrachtelijke spraak

(6) Te kort schietend persoonlijk contact in een gesprek onder vier ogen als gevolg van beperkte of onvoldoende gevoelsuitingen; b.v. afstandelijk, koel

(7) Achterdocht of paranoïde gedachtengang

B) Voldoet niet aan de criteria voor Schizofrenie

*) Ten behoeve van de vergelijking met de DSM-III-R zijn de criteria van de DSM-III in een andere volgorde weergegeven. Voor de originele volgorde zie de cijfers tussen haakjes: ().

Schrijvers zijn respectievelijk kinder- en jeugdpsychiater, universitair docent bij de RU Leiden (sectie kinder- en jeugdpsychiatrie van de vakgroep Psychiatrie, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Medische Psychologie), hoofd van de Jongerenafdeling van de Jelgersmakliniek, tevens werkzaam in het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium te Oegstgeest en hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie RU Leiden, medisch directeur van Curium.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 16-6-'89.