

Borderline- en schizotypische stoornis bij kinderen

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

Samenvatting

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de beschikbare gegevens over borderline- en schizotypische kinderen. In het onderzoek over borderline-kinderen is tot voor kort gezocht naar de grootste gemene deler van de symptomen van de als zodanig gediagnostiseerde kinderen. De laatste jaren tracht men subgroepen te onderscheiden, gebaseerd op criteria van de DSM-III en van het Diagnostisch Interview voor Borderline-Patiënten. Deze benadering blijkt in principe zinvol. De schaarse gegevens over schizotypische kinderen suggereren, dat het zinvol is de validiteit van deze diagnose op de kinderleeftijd te onderzoeken. De onderzoekers bepleiten classificatie op empirische basis om de diagnostiek van deze en verwante stoornissen te verfijnen.

Inleiding

In een vorig artikel (Meijer en Treffers 1989) gaven wij een overzicht van de stand van zaken met betrekking tot borderline- en schizothyme stoornissen bij adolescenten. Het onderzoek op dit gebied is goeddeels 'afgeleid' van werk op het gebied van de volwassen psychiatrie. In de literatuur over adolescenten met een borderline- of schizotypische stoornis wordt opvallend weinig verband gelegd met gegevens uit de kinderpsychiatrie. Verklaarbaar is het wel: in de DSM-III-R is onder de stoornissen, die doorgaans vóór de volwassenheid tot uiting komen, geen eenduidig passende classificatie voor deze stoornissen op de kinderleeftijd voorhanden. Dat hangt samen met het gebrek aan diagnostische validiteit van deze stoornissen op de kinderleeftijd. Dat betekent evenwel niet, dat de belangstelling voor dit onderwerp in de kinderpsychiatrie ontbreekt. In dit artikel zullen we de beschikbare gegevens in kaart brengen.

Borderline-stoornis bij kinderen

1. *Symptomatologie en classificatie* – Tot het eind van de jaren zeventig werd onder borderline-kinderen een groep kinderen verstaan,

wier symptomatologie – zeker op het eerste gezicht – uiterst heteroog was. De criteria, die gehanteerd werden bij het stellen van de diagnose, waren zo gebrekkig dat betrouwbare gegevens over prevalentie niet voorhanden waren, of zijn. Om dezelfde reden mag men aan de resultaten van follow up-onderzoek (b.v. Wergeland 1979) niet veel waarde hechten.

In het begin van de jaren tachtig trachtte een aantal auteurs enige ordening aan te brengen in de criteria, die gehanteerd werden bij het stellen van deze diagnose.

Vela, Gottlieb en Gottlieb (1980, 1983) inventariseerden en groepeerden daartoe de symptomen, ontleend aan zeven belangrijke publikaties over borderline-kinderen. Ten aanzien van 6 van in het totaal 19 groepen symptomen bestond er tussen 6 verschillende auteurs overeenstemming, te weten a. stoornis in de interpersoonlijke relaties, b. stoornis in de werkelijkheidszin, c. excessieve, intense angst, d. excessief en ernstig impulsief gedrag in reactie op minimale provocatie of frustratie, e. symptomen, die imponeren als neurotische symptomen en f. een ongelijkmatige of gestoorde ontwikkeling.

Bemporad, Smith, Hanson en Cicchetti (1982) inventariseerden de symptomatologie van 24 klinische en poliklinische patiënten op de latenteleeftijd, bij wie de diagnose borderline was gesteld. De door deze auteurs als karakteristiek aangeduide gebieden van psychopathologie van borderline-kinderen vertonen een redelijke mate van overeenkomst met de door Vela e.a. (1983) beschreven symptomen. Bemporad en zijn medewerkers verwijzen naar 1. de fluctuatie in het functioneren, 2. de aard en de mate van angst, 3. stoornissen in de gedachte-inhoud en -processen, 4. stoornissen in relaties met anderen en 5. gebrek aan beheersing. Verhulst (1984) verzamelde gegevens over borderline-kinderen tot 16 jaar door een vragenlijst toe te zenden aan Nederlandse kinderpsychiaters. Op basis van dit materiaal kwam hij tot de conclusie, dat 6 items het borderline-syndroom het best definiëren, namelijk:

- a. eisende, 'clinging' en onvoorspelbare relaties,
- b. primitieve afweermechanismen,
- c. snel veranderende niveaus van egofunctioneren,
- d. micropsychotische toestanden,
- e. achterdocht of paranoia en
- f. opvallende fantasie-activiteit.

Een bezwaar van dit onderzoek is, dat het betrekking heeft op kinderen én adolescenten. Men kan zich bovendien afvragen of de betekenis die in dit onderzoek wordt gehecht aan het oordeel van uitsluitend Nederlandse respondenten over een tamelijk onbekend gebied niet te groot is: de kwaliteit van de som van gebrekkige kennis van veel individuen blijft gebrekkig! Ook de resultaten van een andere studie (Verberg 1985), waarin gebruik wordt gemaakt van de informatie van Nederlandse kinderpsychiaters nopen tot grote terughoudendheid. Het is

bovendien denkbaar dat de resultaten sterk beïnvloed zijn door de opvatting van één of enkele toonaangevende Nederlandse kinderpsychiater(s). De door de kinderpsychiaters genoemde symptomen zijn wellicht vooral een aanwijzing van de grote invloed van het belangrijke artikel van Frijling-Schreuder (1969) over *borderline*-kinderen op de Nederlandse kinderpsychiatrie. Vanuit theoretisch oogpunt is het opvallend dat de onderzoekers telkens opnieuw de grootste gemene deler van de heterogene symptomatologie trachtten op te sporen. Waarom vroeg men zich niet af, of er wellicht sprake was van meerdere groepen? Waarschijnlijk is dit mede te herleiden op het gegeven, dat de als *borderline*-kinderen aangeduide kinderen overwegend door psychoanalytisch georiënteerde kinderpsychiaters werden beschreven. Het functioneren van *borderline*-kinderen, met name op het gebied van de objectrelaties, werd vanuit één theoretische invalshoek benaderd en het bleek mogelijk de symptomen te groeperen en begrijpelijk te maken door de symptomatologie op te vatten als een stilstand in de ontwikkeling op het niveau van de separatie-individuatie (Treffers 1975). Door zo het accent te leggen op een descriptie in abstracte, metapsychologische termen werd de divergentie tussen kenmerken van deze kinderen op fenomenologisch niveau versluierd. Vertegenwoordiger van deze school zijn Chethik (1979) en Pine (1974, 1986). Deze laatste stelt bij voorbeeld: 'Het concept "*borderline*" is (...) als het concept "*overdracht*" of "*afweer*" of "*regressie*" (...) Het zijn termen, die de communicatie door middel van consensus dienen. De term *borderline* is een concept, dat slechts betekent wat wij zeggen dat het betekent (...) (Pine 1986). De onderzoekers meenden voor deze benadering ondersteuning te vinden in veronderstellingen omtrent de etiologie: de stilstand in de ontwikkeling werd goeddeels herleid tot interfererende factoren in de separatie-individuatiefase, al werden door enkele auteurs ook constitutionele factoren genoemd.

In het begin van de jaren tachtig gingen auteurs zich afvragen of het mogelijk was bij de *borderline*-kinderen verschillende groepen te onderscheiden op basis van waarneembaar gedrag. Bradley (1979) baande het pad voor deze benadering door zich, in onderzoek naar de etiologie van *borderline*-symptomatologie bij adolescenten en kinderen, te baseren op de door Gunderson en Singer (1975) ontwikkelde criteria voor de diagnose *borderline* bij volwassenen. In 1981 publiceerde zij de resultaten van een enquête onder Amerikaanse kinder- en jeugdpsychiaters, waarin zij onder andere vroeg in hoeverre zij het mogelijk achtten bepaalde 'volwassen criteria' toe te passen op de populatie van kinderen en adolescenten. Een groot aantal kinder- en jeugdpsychiaters was van mening dat de criteria van Gunderson en Singer toe te passen waren op adolescenten en – zij het in mindere mate – op kinderen. Wat de kinderen betreft gold dit bij voorbeeld voor de criteria 'Loose thinking in unstructured situations' en 'Relationships that vacillate between transient superficiality and intense dependency'.

Ook Vela e.a. (1983), die weliswaar gemeenschappelijke kenmerken van borderline-kinderen trachtten vast te stellen, toetsten de door hun geformuleerde gemeenschappelijke kenmerken aan de 'volwassen' DSM-III-criteria. Zij kwamen tot de conclusie dat deze kenmerken overeenkomen met de criteria voor de Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis (bij volwassenen), en dat er aanzienlijke overlap bestaat met de criteria voor de Borderline-persoonlijkheidsstoornis (bij volwassenen) en de Algemene Ontwikkelingsstoornis.

Petti en Law (1982) waren de eerste onderzoekers, die hierover bij kinderen op kleine schaal empirisch onderzoek verrichtten. Daartoe toetsten zij de gegevens met betrekking tot 10 kinderen, bij wie 'borderline-psychotische trekken' waren gediagnostiseerd, aan de criteria voor een aantal DSM-III-criteria: de SPD, de BPD en de Algemene Ontwikkelingsstoornis. De gegevens van 5 van de 10 kinderen op de leeftijd van 6 tot 12 jaar voldeden aan de criteria voor SPD; de gegevens van de 5 andere kinderen voldeden aan de criteria voor BPD. In beide groepen voldeden 2 kinderen aan de criteria voor de classificatie Algemene Ontwikkelingsstoornis. Het meest onderscheidend voor de schizotypische kinderen waren het magische denken met bizarre fantasieën en preoccupaties, vreemde spraak, en tekortschietend persoonlijk contact. Het meest onderscheidend voor de borderline-kinderen waren instabiele en intense relaties, onaangepaste, intense woede of gebrek aan beheersing van agressie, affectlabiliteit en fysiek schadelijke handelingen.

De onderzoeksresultaten van Gualtieri, Koriath en Van Bourgon-dien (1983) stemmen daarentegen terughoudend: zij onderzochten in hoeverre de gegevens over 16 kinderen op de leeftijd van 6 tot 13 jaar, die waren aangemeld met de diagnose 'borderline', voldeden aan de 'volwassen' DSM-III-criteria: dit bleek bij geen van de kinderen het geval te zijn. Greenman, Gunderson, Cane en Saltzman (1986) verrichtten retrospectief onderzoek naar de specifieke kenmerken van borderline-kinderen. Daartoe analyseerden zij het materiaal van 86 6 tot 12 jaar oude kinderen, die tussen 1971 en 1978 kinderpsychiatrisch opgenomen waren geweest: 57 kinderen die in verband met suïcidaliteit opgenomen waren geweest en 29 kinderen met ernstige psychopathologie van niet psychotische aard, die om andere redenen opgenomen waren geweest. De onderzoekers richtten zich op de groep suïcidale kinderen in verband met de relatie tussen de diagnose borderline en het voorkomen van suïcidaliteit (b.v. Pfeffer, Plutchik en Mizruchi 1983). Greenman en haar medeonderzoekers analyseerden het over deze kinderen aanwezige materiaal aan de hand van een retrospectieve versie van het door Gunderson ontwikkelde Diagnostische Interview voor Borderline- Patiënten (DIB) (zie Meijer en Treffers 1989), waarmee informatie werd gescoord over sociale adaptatie, impulsiviteit, affecten, psychose en interpersoonlijke relaties. Bovendien beoordeelden zij de gegevens op 30 andere variabelen die in verband gebracht

zijn met het borderline-syndroom bij kinderen en volwassenen. 27 kinderen (31%) werden gescoord als borderline overeenkomstig de DIB. In de borderline-groep kwam een aantal variabelen significant vaker voor: delinquent gedrag, aanvallend gedrag, boos affect, episodes van psychotisch denken, psychotische tendensen in het psychologische testmateriaal en drie variabelen die verband houden met gestoord interpersoonlijk gedrag. De onderzoekers verrichtten ook een discriminant analyse: op basis van de combinatie van gegevens over

1. psychotische tendensen in het psychologische testmateriaal
2. eisend, afhankelijk, aanmatigend of masochistisch gedrag
3. aanvallend gedrag
4. conventionele sociale presentatie en
5. depressie,

was het in 77% van de gevallen mogelijk onderscheid te maken tussen borderline- en niet-borderline-kinderen.

De auteurs concludeerden enerzijds dat er een zekere overeenkomst bestaat met het syndroom, zoals het wordt gedefinieerd volgens volwassen criteria. Zij stelden anderzijds dat de criteria voor de volwassen Borderline-Persoonlijkheidsstoornis geen duidelijk, betekenisvol syndroom afgrensden in deze groep kinderen (een conclusie, die in de opvallend felle discussie naar aanleiding van hun artikel onvoldoende tot haar recht kwam (Gualtieri en Van Bourgondien 1987; Behar en Stewart 1987)). Greenman en haar medewerkers gaven aan dat het van belang is in vervolgonderzoek in ieder geval de aanwezigheid van angst of fobisch gedrag te betrekken, hetgeen in hun studie niet was gebeurd. Helaas beperkte de analyse van de gegevens zich tot de borderline-symptomen en werd het materiaal niet onderzocht op schizotypische kenmerken.

2. *Etiologie en prognose* – In hoeverre is het mogelijk om – bij een strakkere definiëring van de diagnose borderline bij kinderen – een uitspraak te doen over etiologie en prognose? Helaas bestaan hierover nog slechts heel voorlopige bevindingen. Bradley (1979) verrichtte onderzoek naar een mogelijke etiologische factor. Daartoe vergeleek zij het aantal separaties van de moeder, dat kinderen en adolescenten met een (volgens de criteria van Gunderson en Singer (1975) gediagnosticeerde) borderline-stoornis voor de leeftijd van 10 jaar hadden meegeemaakt met het aantal separaties van een groep psychiatrische, niet-borderline, patiënten en een groep delinquenten. Het aantal separaties van de moeder was bij de borderline-groep gedurende de periode vanaf de geboorte tot de 5e verjaardag statistisch significant groter. Terecht plaatst Bradley hierbij de kanttekening dat de separatie van de moeder (b.v. een tijdelijke uithuisplaatsing) er ook mee kan samenhangen dat het kind door constitutionele factoren moeilijk hanteerbaar is. In het onderzoek van Greenman, Gunderson e.a. (1986) werd geen verschil gevonden tussen het aantal separaties van de moeder van 6 tot 12 jaar

oude borderline-kinderen en een controlegroep van kinderpsychiatrische patiënten (er was zelfs een trend in tegenovergestelde richting gedurende de periode van 5 tot 10 jaar). Ook werd er in dit onderzoek geen verschil gevonden met betrekking tot het voorkomen van psychopathologie van de moeder. Er bestond een trend dat borderline-kinderen vaker door hun moeder waren mishandeld (ook hier moet men rekening houden met een 'bijdrage' van het kind). Ook Bemporad e.a. (1982) hadden in hun studie vastgesteld dat verwaarlozing en mishandeling frequent voorkwamen in de gezinnen, waaruit borderline-kinderen afkomstig waren.

Deze zelfde auteurs waren ook getroffen door het frequent voorkomen van organische stoornissen bij borderline-kinderen, zoals stoornissen op perceptueel motorisch gebied, hyperactiviteit en non-specifieke abnormale bevindingen op het EEG. Greenman en anderen (1986) vonden daarentegen bij borderline-kinderen niet frequenter neurologische afwijkingen dan bij de door hun samengestelde controlegroep. Wel was er een trend dat neuropsychologische testresultaten bij borderline-kinderen vaker abnormaal waren. Borderline-kinderen werden in de loop van hun ontwikkeling bovendien vaker een tijd lang als hyperactief beleefd.

Ten aanzien van de behandeling vermeldten Petti en Law (1982) (in vervolg op een eerdere publikatie hierover (Petti en Unis 1981)), dat alle borderline-kinderen positief reageerden op behandeling met tricyclische antidepressiva. Bij drie van de schizotypische kinderen in hun groep waren antidepressiva geïndiceerd, van wie er slechts twee duidelijk reageerden. Bij de borderline-kinderen was over het algemeen meer-uitgebreide en intensieve behandeling noodzakelijk dan bij de schizothyme kinderen.

Ten aanzien van de prognose van de beide groepen was het de genoemde auteurs niet mogelijk een uitspraak te doen. Kestenbaum (1983) beschrijft de follow-up over 10 tot 25 jaar van zeven kinderen, bij wie in de latentie de diagnose borderline werd gesteld. In alle gevallen voldeed de symptomatologie van de kinderen aan tenminste 5 van de 6 door Vela en anderen (1983) geformuleerde consensuscriteria. De classificatie van de psychiatrische problematiek was op de volwassen leeftijd zeer uiteenlopend (schizofrenie, schizotypische persoonlijkheidsstoornis, schizoïde persoonlijkheidsstoornis, schizoaffectieve stoornis, bipolaire stoornis, borderline-persoonlijkheidsstoornis en angstneurose).

Schizotypische kinderen

Hiervoor kwam een enkele maal de classificatie Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis (SPD) aan de orde. Deze classificatie heeft bij kinderen in de literatuur nauwelijks aandacht gekregen: ons zijn nauwelijks publikaties bekend, waarin aan deze classificatie op de kinder-

leeftijd ruime aandacht wordt geschonken. Nagy en Szatmari (1986) richtten zich in hun artikel op de literatuur over de SPD zelf, de schizoïde stoornis van de kinderleeftijd, het syndroom van Asperger en de 'autistische psychopathie', aangezien de beschrijvingen van de symptomatologie van deze kinderen in veel opzichten overeenstemmen met de DSM-III-criteria voor SPD. Als symptomen, die de genoemde aandoeningen met elkaar gemeen hebben, noemen de auteurs een extreme mate van sociale isolatie, een beperkt vermogen tot empathie en moeite bij het begrijpen van non-verbaal gedrag en afwijkingen van de spraak, van de gedachtenprocessen en van het communicatief vermogen.

De onderzoekers, die werkzaam zijn op dit gebied, benaderen het probleem vanuit twee sterk uiteenlopende invalshoeken. Enerzijds zijn er de onderzoekers, die verband leggen met infantiel autisme, waartoe de symptomatologie alle aanleiding geeft. Anderzijds zijn er onderzoekers die de SPD juist in het schizofrene spectrum plaatsen, omdat kinderen met deze symptomatologie nogal eens beschreven worden in de gezinsstudies van schizofrenen. Het is dus volstrekt onduidelijk, zo stellen Nagy en Szatmari (1986) of het bij kinderen met SPD om een milde vorm van infantiel autisme gaat, om een genetische variant van schizofrenie of om een geheel 'op zichzelf staande' stoornis. Die vraag is in het bijzonder ingewikkeld, omdat er geen relatie bestaat tussen schizofrenie en autisme.

Om meer inzicht te krijgen in deze materie verrichtten Nagy en Szatmari een onderzoek naar de dossiers van 20 kinderen en jeugdigen in het Children's Mental Health Center, waar zij werkzaam waren. Het ging om 18 jongens en 2 meisjes, die tussen 7 en 18 jaar oud waren. De selectie van de dossiers was erop gebaseerd dat tenminste drie van de volgende vijf symptomen werden genoemd: a) magisch denken, b) betrekkingsideeën, c) recidiverende wanen, d) wonderlijke spraak en e) achterdocht en tenminste één van de volgende drie symptomen: f) sociale isolatie, g) inadequaat contact en h) sociale angst. De diagnoses in de dossiers liepen sterk uiteen (onder andere borderline-psychose, autisme, neurose). Van de gegevens vermelden wij er slechts enkele. Van 14 van de 20 kinderen en jeugdigen werd vermeld dat er vóór de leeftijd van 30 maanden sprake was van een stoornis. In alle gevallen werd het kind voor de leeftijd van 20 maanden als abnormaal geïdentificeerd (in 12 gevallen had er vóór die leeftijd een verwijzing naar een GGZ-instelling plaatsgevonden). Er was bij drie kinderen sprake van afwijkingen op het gebied van de ontwikkeling van motoriek en bij twaalf kinderen op het gebied van de taalontwikkeling. Ook wordt melding gemaakt van het frequent voorkomen van 'soft neurological signs', EEG-afwijkingen en linkshandigheid, respectievelijk gemengde dominantie, en leerproblemen.

In 7 gevallen waren de ouders gescheiden. Bij tenminste één op de drie kinderen of jeugdigen was vermeld dat een ouder een persoonlijk-

heidsstoornis had. In één geval kwam er bij tweedegraads familieleden schizofrenie voor. In een ander geval had een ouder een 'atypische psychotische stoornis'. Van autisme werd in geen der families melding gemaakt. In geen van de gevallen voldeed de symptomatologie van de kinderen aan de criteria van infantiel autisme, terwijl de symptomatologie van 18 kinderen zowel voldeed aan de criteria van Algemene Ontwikkelingsstoornis (indien het leeftijdscriterium van 30 maanden niet werd gehanteerd) als aan de criteria voor SPD. Veel van de kinderen en jeugdigen toonden symptomen, die suggestief zijn voor schizofrenie.

We hebben aan dit onderzoek veel aandacht gegeven. Het heeft een aantal beperkingen, waar de auteurs ook zelf op wijzen. Het maakt evenwel duidelijk dat het zinvol is de validiteit van de diagnose SPD op de kinderleeftijd nader te onderzoeken: het lijkt om een betrekkelijk groot aantal kinderen te gaan, die allen op jonge leeftijd ernstige stoornissen vertonen.

In een andere publikatie over schizotypische kinderen vergeleken de auteurs (Asarnow en Ben-Meir 1988) een aantal aspecten van het functioneren van 66 kinderen op de leeftijd van 7 tot 13 jaar, geclassificeerd als respectievelijk Schizofrenie (N=17), SPD (N=14), Depressie IEZ (N=26) en Dysthyme stoornis (N=9). De premorbide aanpassing van de schizofrene en SPD-kinderen was minder goed dan van de kinderen in de beide andere groepen. Zij hadden bovendien gemiddeld een lager IQ en waren tijdens de opname ernstiger gestoord dan de kinderen in het depressieve spectrum. Opvallend was, dat bij de schizofrene en de SPD-kinderen die minder gestoord waren en een relatief goede premorbide aanpassing hadden, een neiging tot depressieve symptomatologie bestond. De ontwikkeling van schizofrene en SPD-kinderen liep in veel opzichten parallel.

Borderline- en schizotypische kinderen en Algemene Ontwikkelingsstoornis

We vermeldde al dat de criteria van Vela en anderen ruimschoots overlappen met de criteria van de Algemene Ontwikkelingsstoornis. Empirisch onderzoek hierover werd slechts verricht door Petti en Law (1982). In de literatuur over de (classificatie van) Algemene Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen (b.v. Dahl, Cohen en Volkmar 1986; Cohen, Volkmar en Paul 1986; Volkmar 1987; Rutter en Schopler 1987; Volkmar, Cohen, Hoshino, Rende en Paul 1988) vindt men geen verwijzing naar het borderline-concept en de SPD. Dit behoeft niet te verbazen, omdat het borderline-concept op de kinderleeftijd niet voorkomt in de DSM-III, noch in de DSM-III-R. Bovendien is de classificatie van Algemene Ontwikkelingsstoornissen nog volop in discussie: het verschil in deze rubriek van de DSM-III en DSM-III-R is zeer groot: in de DSM-III-R is van de Algemene Ontwikkelingsstoornissen

slechts de Autistische Stoornis en de wel zeer ruim gedefinieerde 'niet elders gespecificeerde vorm' overgebleven. De vraag naar de relatie tussen de borderline-symptomatologie en de algemene ontwikkelingsstoornis is daarmee niet minder relevant geworden. Het is denkbaar dat kinderen, van wie de symptomatologie in enige ontwikkelingsfase voldoet aan de criteria voor de Autistische Stoornis, op den duur borderline-symptomatologie ontwikkelen, – vergelijkbaar met de ontwikkeling van schizofrene symptomatologie bij autistische kinderen (Petty, Ornitz, Michelman en Zimmerman 1984). Zeker is dat de symptomatologie van (een aantal) borderline-kinderen voldoet aan de criteria voor de niet gespecificeerde vorm van de algemene ontwikkelingsstoornis. Dit geldt in veel sterkere mate voor de classificatie SPD: bij veel kinderen wier symptomatologie voldoet aan de criteria van SPD is sprake van ernstige ontwikkelingsstoornissen. In een aantal gevallen kan men zich zelfs afvragen of het niet gaat om op relatief hoog niveau functionerende autistische kinderen.

Discussie

Uit de schaarse empirische gegevens over borderline-symptomatologie bij kinderen kunnen we vooralsnog slechts een aantal voorlopige conclusies afleiden. Het verdient ons inziens de voorkeur niet te zoeken naar de grootste gemene deler van de symptomen, die in het verleden als 'borderline-symptomatologie' werden beschreven. Er zijn sterke aanwijzingen, dat het al op de kinderleeftijd mogelijk is onderscheid te maken tussen kinderen wier symptomatologie verwantschap vertoont met de symptomatologie van de 'volwassen' borderline-persoonlijkeitsstoornis. Eveneens is het mogelijk symptomatologie te onderscheiden, die overeenkomst vertoont met de 'volwassen' schizotypische stoornis. Merkwaardig genoeg is de DSM-III-R hierin niet eenduidig: als begin van de SPD wordt de vroege volwassenheid aangegeven, maar onder de kenmerken worden criteria vermeld, die specifiek zouden zijn voor kinderen en adolescenten. Men moet er bovendien voor waken met de classificatie persoonlijkheidsstoornis te suggereren, dat er sprake is van een afwijking, die gekenmerkt is door een zekere stabiliteit van de karakteristieken in de loop van de tijd. De gegevens over de ontwikkeling van de kinderen in beide groepen zullen in veel gevallen mede een classificatie in de groep van de Algemene Ontwikkelingsstoornissen wettigen. Dit betekent niet dat hieraan op voorhand consequenties verbonden kunnen worden ten aanzien van de etiologie van de problematiek. Er zijn vooralsnog geen aanwijzingen dat bij voorbeeld borderline-stoornissen op de kinderleeftijd enerzijds en autisme anderzijds een zelfde oorzaak hebben. De overlap tussen SPD en algemene ontwikkelingsstoornissen is waarschijnlijk nog veel groter. Ook daaraan behoeven wat betreft de etiologie geen consequenties verbonden te zijn, aangezien SPD in een aantal opzichten juist aan schizofrenie gerelateerd is.

Onderzoek zal moeten uitwijzen of het mogelijk is de classificatie van de symptomatologie van borderline- en schizotypische kinderen te 'verfijnen'. Greenman en anderen (1986) hebben aangegeven dat men hierbij enerzijds gebruik kan maken van criteria voor de 'volwassen' borderline-stoornis, anderzijds van gegevens uit de literatuur over borderline-kinderen. Op vergelijkbare wijze kan men onderzoeken in hoeverre er een 'pendant' van de schizotypische persoonlijkheidsstoornis op de kinderleeftijd te onderscheiden is. Uiteraard bemoeilijkt het gegeven dat kinderen in ontwikkeling zijn het formuleren van criteria voor 'de' kinderleeftijd. Mede om die reden zullen – ook bij een zorgvuldig ontwikkelde prototypische typologie (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt en Gilmore 1983) – lang niet alle kinderen te classificeren zijn. Wel vormt een verfijning van de classificatie een voorwaarde voor verder onderzoek naar de etiologie, verloop, aspecten van de behandeling en prognose.

Ons inziens zullen de resultaten van een poging tot verbetering van de classificatie, uitgaande van de DSM-III-R, al dan niet 'gegarneerd' met items die specifiek zouden zijn voor de kinderleeftijd, insufficiënt blijken. Weliswaar zal men op deze wijze de symptomatologie van een aantal kinderen kunnen classificeren, maar de diagnostische validiteit van de categorieën zal beperkt zijn en de symptomatologie van tal van kinderen zal niet geïdentificeerd kunnen worden.

Om dit te bereiken verdient het de voorkeur gebruik te maken van de methode van classificatie op empirische basis (zie b.v. Siegel, Anders, Ciaranello, Brienstock en Kraemer 1986). In het ideale geval zal men dan actueel gedrag zodanig kunnen classificeren, dat homogene groepen kinderen geïdentificeerd kunnen worden, die bij voorbeeld wat betreft een aantal pre- en perinatale gegevens, genetische gegevens, functieontwikkeling, symptomatologie in verschillende ontwikkelingsfasen en verloop een zekere mate van overeenkomst hebben. Een dergelijke benadering zal niet alleen leiden tot beter begrip van borderline- en schizotypische kinderen, maar is ook essentieel om inzicht te krijgen in deze problematiek bij adolescenten.

Literatuur

- Asarnow, J., en S. Ben-Meir (1988), Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset and severity of impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 477-488.
- Behar, D., en M.A. Stewart (1987), The borderline diagnosis for children (letter to the editor). *American Journal of Psychiatry* 144, 1108-1109.
- Bemporad, J.R., H.F. Smith, G. Hanson en D. Cicchetti (1982), Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *American Journal of Psychiatry* 139, 596-602.
- Bradley, S.J. (1979), The relationship of early maternal separation to borderline personality in children and adolescents: a pilot study. *American Journal of Psychiatry* 136, 424-426.

- Bradley, S.J. (1981), The borderline diagnosis in children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development* 12, 121-127.
- Chethik, M. (1979), The borderline child. In: J.D. Noshpitz (red.), *Basic Handbook of Child Psychiatry*, vol. II. Basic Books, New York, 304-321.
- Clarkin, J.F., T.A. Widiger, A. Frances, S.W. Hurt en M. Gilmore (1983), Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology* 92, 263-275.
- Cohen, D.J., F.R. Volkmar en R. Paul (1986), Issues in the classification of pervasive developmental disorders: history and current status of nosology. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 158-161.
- Dahl, E.K., D.J. Cohen en S. Provence (1986), Clinical and multivariate approaches to the nosology of pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 25, 170-180.
- Frijling-Schreuder, E.C.M. (1969), Borderline States in children. *The Psychoanalytic Study of the Child* 24, 307-327.
- Greenman, D.A., J.G. Gunderson, M. Cane en P.R. Saltzman (1986) An examination of the borderline diagnosis in children. *American Journal of Psychiatry* 143, 998-1003.
- Gualtieri, C.T., U. Koriath en M.E. van Bourgondien (1983), 'Borderline' children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 13, 67-72.
- Gualtieri, C.T., en M.E. van Bourgondien (1987), So-called borderline children [letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry* 144, 832-833.
- Gunderson, J.G., en M.P. Singer (1975), Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry* 132, 1-10.
- Kestenbaum, C.J. (1983), The borderline child at risk for major psychiatric disorder in adult life: seven case reports with follow-up. In: K.S. Robson (red.), *The borderline child; approaches to etiology, diagnosis and treatment*, McGraw-Hill, New York, 49-81.
- Meijer, M., en Ph.D.A. Treffers (1989), Borderline- en schizothyme stoornissen bij adolescenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 500-517.
- Nagy, J., en P. Szatmari (1986), A chart review of schizotypal personality disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 16, 351-367.
- Petti, Th.A., en A. Unis (1981), Imipramine treatment of borderline children: case reports with a controlled study. *American Journal of Psychiatry* 138, 515-518.
- Petti, Th.A., en W. Law III (1982), Borderline psychotic behavior in hospitalized children: approaches to assessment and treatment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 21, 197-202.
- Petty, L.K., E.M. Ornitz, J.D. Michelman en E.G. Zimmerman (1984), Autistic children who become schizophrenic. *Archives of General Psychiatry* 41, 129-135.
- Pfeffer, C.R., R. Plutchik en M.S. Mizruchi (1983), Suicidal and assaultive behavior in children: classification, measurement, and interrelations. *American Journal of Psychiatry* 140, 154-157.
- Pine, F. (1974), On the concept 'borderline' in children: a clinical essay. *The Psychoanalytic Study of the Child* 29, 341-368.
- Pine, F. (1986), On the development of the 'borderline-child-to-be'. *American Journal of Orthopsychiatry* 56, 450-457.
- Rutter, M., en L. Hersov (red.) (1985), *Child and adolescent psychiatry; mo-*

- der approaches*, second edition, Blackwell, Oxford.
- Rutter, M. en E. Schopler (1987), Autism and related developmental disorders: concepts and diagnostic issues. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 17, 159-186.
- Shapiro, Th. (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, 11-29.
- Siegel, B., T.F. Anders, R.D. Ciaranello, B. Bienenstock en H.C. Kraemer (1986), Empirically derived subclassification of the autistic syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 16, 275-293.
- Solnit, A.J., D.J. Cohen en J.E. Schowalter (red.) (1986), *Child Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Treffers, Ph.D.A. (1975), Over doodjes en andere cijfers. In: E.H. Isaäc-Edersheim, D.J. de Levita en W. Strubbe (red.), *Opstellen uit de kinderpsychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 202-212.
- Vela, R., H. Gottlieb en E. Gottlieb (1980), Diagnostic criteria for borderline conditions in children. Paper presented at the 27th Annual Meeting of the American Academy of Child Psychiatry, Chicago, oktober 1980.
- Vela, R., H. Gottlieb en E. Gottlieb (1983), Borderline syndromes in childhood: a critical review. In: K.S. Robson (red.), *The borderline child; approaches to etiology, diagnosis, and treatment*, McGraw-Hill, New York, 31-48.
- Verberg, G.M. (1986), *The effects of psychopharmacological agents – especially stimulants – in hyperactive children, including some remarks on the use of the MBD concept*, Academisch Proefschrift Universiteit van Amsterdam.
- Verhulst, F.C. (1984), Diagnosing borderline children. *Acta Paedopsychiatrica* 50, 161-173.
- Volkmar, F.R. (1987), Diagnostic issues in the pervasive developmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 28, 365-369.
- Volkmar, F.R., D.J. Cohen, Y. Hoshino, R.D. Rende en R. Paul (1988), Phenomenology and classification of the childhood psychoses. *Psychological Medicine* 18, 191-201.
- Wergeland, H. (1979), A follow-up study of 29 borderline psychotic children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 60, 465-476.
- Wolff, S. (1984), The concept of personality disorder in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 25, 5-13.

Schrijvers zijn respectievelijk hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie RU Leiden en medisch directeur van het Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium te Oegstgeest en 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 Curium.

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