Het verloop op lange termijn van de borderline-persoonlijkheidsstoornis

Een literatuurstudie

door R.J. Teunisse

Samenvatting

Aan de hand van een overzicht van de resultaten van follow-up-onderzoek wordt aangetoond dat de kenmerkende symptomen van de borderline-persoonlijkheidsstoornis gebonden zijn aan een bepaalde levensfase, verlopend van de adolescentie tot in het vierde decennium van het leven. Hypotheses, ter verklaring van de vermindering van de symptomatologie en de verbetering van het algeheel functioneren van de patiënten na deze fase, worden geformuleerd. Consequenties voor de behandeling, die voortvloeien uit de kennis van en het inzicht in het verloop van de borderline-persoonlijkheidsstoornis, betreffen de belangrijke rol van suïcidepreventie, de mogelijk bredere indicatie voor neuroleptische therapie, de gunstige invloed die een 'training in impuls-controle' zou kunnen hebben en de mate van distantie die de patiënten in hun objectrelaties moeten leren te handhaven.

Inleiding

In leer- en handboeken worden de persoonlijkheidsstoornissen veelal beschreven als rigide, onveranderlijke psychische afwijkingen. Over het verloop op lange termijn wordt bij voorbeeld in de DSM-III (American Psychiatric Association 1980) gesteld dat de verschijnselen van de persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen herkenbaar worden in de adolescentie of reeds vroeger en gedurende het grootste deel van het volwassen leven blijven voortbestaan, hoewel zij vaak minder duidelijk worden op middelbare en hogere leeftijd. Gedegen longitudinaal prospectief empirisch onderzoek, waaraan deze stelling zou moeten worden getoetst, is echter amper – bij sommige specifieke persoonlijkheidsstoornissen helemaal niet – verricht (Vaillant en Perry 1985). De weinige relevante onderzoeksresultaten die beschikbaar zijn, zoals die van Tölle (1968) en Robins (1966), duiden er zelfs op dat een aanzienlijk aantal persoonlijkheidsgestoorde patiënten in het verloop van hun leven een overtuigende vermindering van symptomen toont en tot een geslaagde adaptatie aan het leven komt.

De borderline-persoonlijkheidsstoornis (hier verder benoemd als BPS) staat de laatste jaren in het middelpunt van de belangstelling (Blashfield en McElroy 1987). Met betrekking tot deze persoonlijkheidsstoornis zijn wel meerdere resultaten van follow-up-onderzoek op lange termijn gepubliceerd. De belangstelling voor het verloop van de BPS kan worden verklaard uit het gegeven dat men wilde nagaan of deze relatief 'nieuwe' persoonlijkheidsstoornis binnen het schizofrene danwel bipolaire spectrum geplaatst diende te worden. Ook de intrigerende observatie dat de diagnose BPS slechts zelden gesteld wordt bij patiënten ouder dan 40 jaar provoceerde tot follow-up-onderzoek.

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de resultaten van de follow-up-studies die ik in de literatuur heb aangetroffen; aan de hand daarvan wordt het verloop van de BPS op lange termijn geschetst. In de discussie tracht ik de veranderingen waaraan de symptomatologie onderhevig is te verklaren en geef ik de implicaties weer die daaruit voortvloeien voor de behandeling.

Methodologische problemen

Twee verschillende definities van de BPS worden in de literatuur veelvuldig gehanteerd: de definitie van Gunderson (1982) en de definitie van de DSM-III (American Psychiatric Association 1980). De criteria van Gunderson voor de BPS zijn: kortdurende psychotische episodes; sociale aanpassing; intense, instabiele relaties; intense woede of depressiviteit en impulsiviteit met zelfdestructie. De drie laatstgenoemde criteria zijn ook opgenomen in de DSM-III-definitie, die als verdere criteria noemt: affectieve instabiliteit; onvermogen alleen te zijn; chronische gevoelens van innerlijke leegte of verveling; fysiek zelfbeschadigende handelingen en identiteitsstoornissen. De concordantie tussen de definities van Gunderson en de DSM-III is redelijk tot goed (Kroll e.a. 1981; Loranger e.a. 1989). Pope e.a. (1983) vonden een overlap van 91% tussen beide diagnostische systemen. Ook McGlashan (1986a) stelt vast dat men met beide systemen groepen patiënten afgrenst die – ook met betrekking tot het verloop – in grote mate identieke kenmerken vertonen. Derhalve is het gerechtvaardigd in het literatuuroverzicht zowel follow-up-onderzoekingen waarbij gebruik is gemaakt van het concept van Gunderson als studies waarin de DSM-III-definitie wordt gehanteerd, op te nemen.

Eén follow-up-onderzoek betreft de 'Emotionally Unstable Character Disorder'. Dit syndroom – beschreven door Klein en Davis (1969) – toont dusdanig grote overeenkomsten met ons huidige BPS-concept (Dahl 1986) dat ik het betreffende onderzoek niet ongenoemd wil laten.

Resultaten van follow-up-onderzoek

Werble (1970) vond weinig verandering bij een groep van 28 borderline-patiënten na een follow-up-periode van 5 jaar: 19 patiënten waren ongehuwd gebleven of gescheiden; de meesten werkten in lage posities, konden hun vrije tijd niet goed invullen en hadden beperkte of zelfs verder verslechterende relaties. Dertien patiënten waren opnieuw – meestal voor een korte periode – in klinische behandeling gekomen. Bij geen van de patiënten had zich een schizofrenie geopenbaard.

Ook Carpenter, Gunderson en Strauss (1977) stelden geen wezenlijke verandering vast na een follow-up-periode van 5 jaar bij een groep van 14 patiënten met een – overigens op tamelijk brede criteria gediagnostiseerde – BPS. In hun globale functioneren onderscheidden zij zich slechts van de controlegroep schizofrene patiënten door hun beter sociaal functioneren. Geen van de patiënten had een schizofrenie ontwikkeld.

Rifkin e.a. (1972a en 1972b) verrichtten follow-up-onderzoek bij 31 patiënten met de diagnose Emotionally Unstable Character Disorder. De follow-up-periode was gemiddeld 3,8 jaar. Het verloop bleek gunstig te zijn geweest bij 31%, redelijk bij 40% en ongunstig bij 29% van de populatie. Deze uitkomst was veel gunstiger dan bij de controlegroep, bestaande uit schizofrene patiënten. Geen van de patiënten bleek een schizofrenie te hebben ontwikkeld.

Pope e.a. (1983) beschreven een follow-up-onderzoek bij 16 patiënten met een BPS volgens de criteria van Gunderson en 17 patiënten met tevens een Major Affective Disorder. De follow-up-periode voor de eerstgenoemde groep was 4 tot 7 jaar en voor de laatstgenoemde groep 7 jaar. De uitkomst bij follow-up was in de eerste groep goed in 7%, redelijk in 31% en slecht in 62% van de gevallen. Het verloop was even ongunstig als dat van de controlegroep schizofrene patiënten en duidelijk minder gunstig dan dat van de controlegroepen patiënten met bipolaire en schizoaffectieve stoornissen. Verrassenderwijze waren de uitkomsten positiever in de tweede groep: 40% goed, 27% redelijk, 33% slecht. Het verloop bleek weliswaar ongunstiger dan bij de controlegroepen met bipolaire en schizoaffectieve stoornissen, maar onderscheidde zich in gunstige zin van het verloop in de schizofreniegroep. In beide groepen had zich één patiënt gesuïcideerd. Er werd geen melding gemaakt van een schizofrene ontwikkeling in verloop van de follow-up-periode. Wel werd genoemd dat 23% van de eerste groep en 71% van de tweede groep een (nieuwe) episode van een Major Affective Disorder had doorgemaakt.

Ook Akiskal e.a. (1985) maakten gebruik van de criteria van Gunderson ter diagnose van de BPS en verdeelden hun onderzoekscohort in een subgroep zonder (52 patiënten) en een subgroep met een concomitterende Major Affective Disorder (45 patiënten). De follow-up-pe-

riode was relatief kort: 0,5 tot 3 jaar. Een over-all uitkomst aan het eind van de observatieperiode werd niet gegeven. Wel werd melding gemaakt van een suïcidepercentage van 8 in de eerste subgroep, hetgeen contrasteerde met het gegeven dat zich van de patiënten met een bijkomende Major Affective Disorder niemand had gesuïcideerd. In de eerste subgroep had 20% alsnog een Major Affective Disorder doorgemaakt; in de tweede subgroep had zich een recidief Major Affective Disorder ontwikkeld bij 58%. Bij 8% van de totale populatie had zich een schizofrenie gemanifesteerd: het betrof echter in alle gevallen patiënten die initieel ook aan de criteria voor de schizothyme persoonlijkheidsstoornis voldeden.

Dahl (1986) geeft een overzicht van een kritisch commentaar op de hiervoor beschreven 3 follow-up-studies (Rifkin e.a. 1972a en 1972b; Pope e.a. 1983; Akiskal e.a. 1985) en de hem op dat moment slechts gedeeltelijk bekende resultaten van het grote 'Chestnut Lodge' follow-up-project van McGlashan (1983a en 1983b). Hij komt tot de conclusie dat patiënten met een BPS geen significant verhoogd risico voor een schizofrene ontwikkeling lopen, maar signaleert wel de grote mate van overlap tussen de diagnose BPS en Major Affective Disorder. Op grond van de zeer variabele follow-up-uitkomsten in alle door hem onderzochte follow-up-studies en het feit dat predictieve factoren amper zijn onderzocht, acht hij het niet goed mogelijk aan de diagnose BPS een prognose te verbinden.

Plakun, Burkhardt en Muller (1985) onderwierpen 54 patiënten met een BPS volgens de DSM-III-definitie aan een follow-up-onderzoek. De gemiddelde duur van de follow-up-periode was 14 jaar. De BPS-groep werd vergeleken met diverse controlegroepen met andere diagnoses. Bij follow-up bleek de toestand van de patiënten in het algemeen duidelijk verbeterd, hetgeen onder andere tot uiting kwam in de veel hogere gemiddelde score op de Global Assessment Scale (GAS: een rating scale, waarmee een grote diversiteit aan psychopathologie gemeten wordt). Initieel was de GAS-score in de BPS-groep 34,9 ± 3,5; bij follow-up 67,0 ± 13,4. De BPS-groep functioneerde zowel initieel als bij follow-up beter dan de controlegroep schizofrenie. De GAS-score van de BPS-groep bleek goed vergelijkbaar met die van de controlegroep patiënten met een Major Affective Disorder. Er was een merkwaardige bevinding: de subgroep BPS met tevens schizothyme persoonlijkheidsstoornis (6 patiënten), die initieel een even lage GAS-score behaalde als de controlegroep schizofrenie, scoorde bij follow-up zelfs nog hoger dan de totale groep met BPS. Een suïcidepercentage werd niet vermeld.

Paris, Brown en Nowlis (1987) verrichtten – gemiddeld 15 jaar na ontslag uit een algemeen ziekenhuis – follow-up-onderzoek bij 100 patiënten bij wie de diagnose BPS volgens de criteria van Gunderson gesteld was. Zij vonden een frappante vermindering van impulsiviteit,

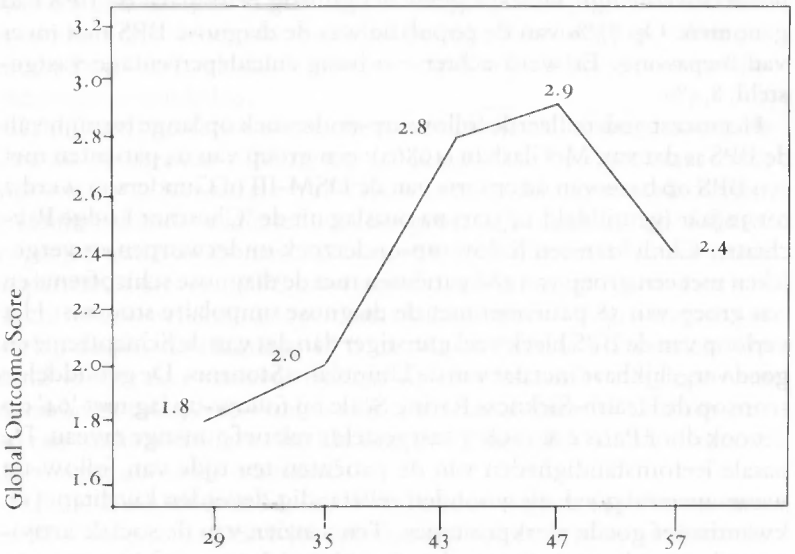
affectieve symptomen en psychotische complicaties, alsmede een verandering in het relatiepatroon van de patiënten, duidend op een minder chaotische, maar wellicht ook minder geïnvolveerde wijze van omgaan met anderen. De gemiddelde score van 63 op de 'Health-Sickness-Rating-Scale' (Luborsky 1963; HSRS-score 63 betekent: 'generally functioning well but having focalized problems or more generalized lack of effectiveness without specific problems'), die dicht bij de normaal-score ligt, weerspiegelde het gunstig beloop dat de BPS had genomen. Op 75% van de populatie was de diagnose BPS niet meer van toepassing. Er werd echter een hoog suïcidepercentage vastgesteld: 8,5%.

Het meest gedetailleerde follow-up-onderzoek op lange termijn van de BPS is dat van McGlashan (1986a): een groep van 94 patiënten met een BPS op basis van de criteria van de DSM-III of Gunderson werd 2 tot 32 jaar (gemiddeld 14 jaar) na ontslag uit de 'Chestnut Lodge Psychiatric Clinic' aan een follow-up-onderzoek onderworpen en vergeleken met een groep van 188 patiënten met de diagnose schizofrenie en een groep van 58 patiënten met de diagnose unipolaire stoornis. Het verloop van de BPS bleek veel gunstiger dan dat van de Schizofrenie en goed vergelijkbaar met dat van de Unipolaire Stoornis. De gemiddelde score op de Health-Sickness Rating Scale bij follow-up lag met '64' op het ook door Paris e.a. (1987) vastgestelde relatief gunstige niveau. De basale leefomstandigheden van de patiënten ten tijde van follow-up waren meestal goed: zij woonden zelfstandig, leverden kwalitatief en kwantitatief goede werkprestaties. Ten aanzien van de sociale activiteiten buiten de werksfeer onderscheidden zich twee subgroepen van ongeveer gelijke grootte: één groep bleek in staat te zijn geworden zich in duurzame, stabiele, zinvolle relaties te handhaven; de andere groep patiënten was relaties gaan vermijden en leidde een meer teruggetrokken bestaan. Ondanks de sterk verbeterde toestand waarin zij verkeerden, toonden de meeste patiënten toch in zekere mate een voortduren van psychopathologie: zij slaagden er weliswaar in hun instrumenteel functioneren (met name dus het werk betreffende) conflictvrij te houden, maar waren dienaangaand minder succesvol in de meer persoonlijke sociale sfeer. Tot werkelijk intieme relaties met een duurzaam karakter was slechts een minderheid van de patiënten gekomen. Veelal bestonden in meerdere of mindere mate nog depressieve klachten. Als voorbeeld van 'persisterende acting-out' noemt McGlashan alcoholmisbruik.

McGlashan is de enige onderzoeker die de verandering van de follow-up-uitkomsten ook als functie van de duur van de follow-up-periode en de gemiddelde leeftijd ten tijde van follow-up beschrijft. Hij heeft dit kunnen doen door zijn populatie op geleide van de duur van de follow-up-periode op te splitsen in 5 subgroepen. In figuur 1 heb ik de boeiende grafische weergave van deze functie gereproduceerd. Tot het

47e levensjaar (gemiddeld) – ofwel tot een follow-up-periode van 20 jaar – blijken de follow-up-uitkomsten steeds beter te worden. Nadien verslechteren zij weer.

Figuur 1: De relatie tussen de follow-up-uitkomst en de duur van het follow-up-interval, alsmede de gemiddelde leeftijd bij follow-up, bij de groep BPS (McGlashan 1986a)



Gemiddelde leeftijd bij elk vijfjaarlijks follow-up-interval

Global Outcome Score: een maat voor het algeheel functioneren, verlopend van score 0 (een voortdurend totaal onvermogen) tot score 4 (normaal).
Follow-up-intervallen: respectievelijk 0 tot 5 , 5 tot 10, 10 tot 15, 15 tot 20 en 20 of meer jaar.

Evenals de eerder aangehaalde onderzoekers noemt McGlashan het frequent optreden van depressieve episodes bij de BPS-patiënten. Hij meldt een suïcidepercentage van 3.

Predictoren voor het verloop

Of specifieke elementen binnen de BPS een voorspellende waarde hebben ten aanzien van het verloop is amper systematisch empirisch onderzocht. De weinige factoren waaraan door enige auteurs een prognostische waarde wordt toegekend zijn zeer omstreden. De aanwezigheid van Major Depressive Episodes heeft volgens Pope e.a. (1983) en

Stone (1986) een gunstige invloed op het verloop. Plakun e.a. (1985), Paris e.a. (1987) en McGlashan (1986a), die zich beroepen op de resultaten van follow-up-onderzoek op veel langere termijn dan dat van de twee eerstgenoemde auteurs, beweren het tegengestelde. McGlashan (1986a) suggereert dat deze discrepantie wellicht veroorzaakt wordt door een (tijdelijk) gunstig medicamenteus antidepressief effect bij de groep patiënten met een bijkomende Major Depressive Episode.

Plakun e.a. (1985) stelden in hun onderzoek vast dat de combinatie van een BPS met een schizothyme persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt wordt door een iets gunstiger verloop dan de zuivere BPS. McGlashan (1986b) vond geen significante verschillen in de over-all follow-up-resultaten tussen deze beide categorieën. Het merkwaardige verschijnsel dat patiënten met een dubbele stoornis een even gunstig of zelfs gunstiger ziekteverloop hebben dan patiënten met een enkele stoornis, berust mogelijk ook op een gunstig iatrogeen effect: in dit geval neuroleptische medicatie.

Paris e.a. (1987) noemen als predictoren voor een ongunstig verloop: de aanwezigheid van dysforie (als persoonlijkheidskenmerk, dus niet als symptoom van een Major Affective Disorder), een psychiatrisch belaste familieanamnese en relatief jeugdige leeftijd bij admissie in het onderzoek. Deze bevindingen zijn (nog) niet door andere onderzoekers bevestigd.

Schets van het verloop van de BPS

De resultaten van follow-up-onderzoek op korte termijn en die van onderzoek op lange termijn staan met elkaar in scherp contrast. Kennelijk zijn de typische BPS-kenmerken aan een bepaalde levensfase gebonden. Als de follow-up-periode kort is hebben de patiënten genoemde levensfase immers nog niet doorlopen en kan het klinisch beeld niet duidelijk veranderd zijn. Follow-up-onderzoek op korte termijn kan een variabel verloop suggereren, als bepaalde patiënten zich bij admissie in het onderzoek nog voor de climax van het syndroom bevonden, terwijl anderen juist voldoende tijd vergund was om in een volgende levensfase binnen te treden. De follow-up-onderzoekingen op lange termijn wijzen zonder meer op het feit dat de BPS aan een levensfase gebonden is. Heel duidelijk blijkt dat uit het onderzoek van McGlashan (1986a; zie ook figuur 1). Zo is ook te verklaren dat Paris e.a. (1987) een – schijnbaar – ongunstiger verloop vaststellen bij de jongste patiënten in hun populatie. Ook het feit dat de diagnose BPS zelden wordt gesteld bij patiënten ouder dan 40 jaar, vormt een aanwijzing.

Als wij alle resultaten van systematisch empirisch onderzoek in ogenschouw nemen, kunnen wij het verloop van de BPS als volgt beschrijven: de eerste symptomen van de BPS worden in het algemeen

Figuur 2: Voornaamste bevindingen van follow-up-onderzoek bij de borderline persoonlijkheidsstoornis

Over-all uitkomst follow-up-studies met relatief *kort* follow-up-interval (0,5 tot 7 jaar):	
– Werble (1970)	zeer variabel verloop,
– Carpenter e.a. (1977)	zonder algemene
– Rifkin e.a. (1972a, 1972b)	tendens tot verbetering
– Pope e.a. (1983)	of verslechtering
Over-all uitkomst follow-up-studies met relatief *lang* follow-up-interval (14 tot 15 jaar gemiddeld):	
– Plakun e.a. (1985)	duidelijke vermindering
– McGlashan (1986a)	van symptomen en verbete-
– Paris e.a. (1987)	ring van het algeheel
	functioneren
Complicaties:	in hoge frequentie wordt de BPS gecompliceerd door een Major Affective Disorder: geen significant verhoogd risico op schizofrenie
Suïcidepercentages:	variëren van 3 tot 8,5

herkenbaar in de adolescentie, soms reeds eerder. Het syndroom neemt een grillig beloop, waarbij de verschillende kenmerkende verschijnselen in wisselende mate op de voorgrond staan. Het leven van de patiënten verloopt chaotisch en turbulent, veelal tot na hun 30e levensjaar. De kans dat de patiënten één of meer Major Depressive-episodes doormaken is groot. Het suïcidepercentage is hoog, wellicht hoger dan bij enige andere persoonlijkheidsstoornis. Tussen het 30e en 40e levensjaar neemt de ernst van de symptomen af. Het gedrag wordt minder impulsief, de frequentie van suïcidepogingen en automutilatie daalt, de emotionele stabiliteit neemt toe. Psychotische complicaties verdwijnen. De relaties van de patiënten verlopen minder chaotisch. De verbetering is dusdanig, dat de patiënten veelal niet meer voldoen aan de criteria voor de BPS en hun functioneren grenst aan dat van de 'doorsneepopulatie'. De patiënten slagen er in deze fase in het algemeen in zich zelfstandig te handhaven en conflictvrij om te gaan met 'instrumentele' relaties, zoals die in de werksfeer. Een groep patiënten gaat meer persoonlijke relaties uit de weg en leidt een meer teruggetrokken bestaan. Een andere groep slaagt er in deze fase in zich ook in duurzame persoonlijke relaties te handhaven, hoewel slechts een min-

derheid in staat lijkt tot stabiele intieme verhoudingen. Symptomen die ook na het 40e levensjaar kunnen persisteren zijn met name depressieve klachten en alcohol-abusus. Laatstgenoemde symptomen lijken na het 50e levensjaar weer toe te nemen, hetgeen dan weer gepaard gaat met een verslechtering van het algeheel functioneren.

Discussie

In de literatuur wordt geen ondubbelzinnige verklaring gegeven voor het geschetste verloop. Slechts Paris e.a. (1987) spreken van een 'maturational shift'. De meeste andere auteurs – zoals Millon (1981) en Stone (1986) – stellen dat er weliswaar een verschuiving van symptomen plaatsvindt, maar dat de 'onderliggende psychopathologie' niet verandert. Dit biedt echter niet meer inzicht in het gegeven dat uit het follow-up-onderzoek blijkt dat de symptomen niet slechts veranderen, doch ook minder ernstig worden en het functioneren van de patiënten minder storen.

Een belangrijke factor met betrekking tot de verbetering die de patiënten in hun vierde levensdecennium doormaken, is de opvallende vermindering van impulsiviteit. Hiervoor zijn twee verklaringen mogelijk. Ten eerste zou ten gevolge van een 'normaal' biologisch verouderingsproces de 'lading' van agressieve en libidineuze impulsen kunnen afnemen, hetgeen deze impulsen beter controleerbaar zou maken. Snijder, Pitts en Gustin (1983) vergeleken een groep persoonlijkheidsgestoorde patiënten ouder dan 40 jaar met een soortgelijke groep patiënten die jonger dan 40 jaar waren, en stelden een lager 'energieniveau' vast bij de groep ouderen, hetgeen de 'acting-out' zou remmen. Een tweede verklaring kan zijn dat de ego-afweer 'an sich' meer adaptief wordt. In dat geval zou men van een echte 'maturational shift' kunnen spreken. Dat zich een dergelijke ontwikkeling bij mensen kan voordoen blijkt onder andere uit een onderzoek van Vaillant (1977), waarbij 95 (overigens niet-persoonlijkheidsgestoorde) 'college-boys' gedurende een periode van 35 jaar longitudinaal-prospectief gevolgd werden. Daarbij bleek in het verloop van het leven van de betrokkenen een verschuiving te zijn opgetreden van het gebruik van 'onrijpe' naar meer 'rijpe' afweermechanismen. Een dergelijk onderzoek is bij de BPS niet verricht. Desondanks is het mogelijk dat de patiënten, mede op grond van hun toenemende ervaring met het omgaan met hun impulsen, betere regulatie- en integratiemechanismen ontwikkelen.

Een tweede factor bij de vermindering van symptomatologie bestaat in het feit dat de patiënten anders omgaan met objectrelaties. De genoemde vermindering van impulsief gedrag brengt reeds een vermindering van interactionele turbulenties mee. De patiënten lijken echter ook te leren meer distantie te bewaren tot anderen. Sommigen neigen ertoe persoonlijke relaties te mijden, blijkbaar uit het besef dat

deze relaties hun geestelijk evenwicht bedreigen en beperken zich tot instrumentele relaties die zij conflictvrij weten te houden. Anderen gaan ook persoonlijke relaties aan, maar bewaren daarin een zekere afstand. Hoe belangrijk de factor distantie is voor de patiënten, om tot objectconstantie te geraken, blijkt uit het feit dat slechts een kleine minderheid in staat wordt zich ook in intieme relaties duurzaam te handhaven.

McGlashan (1986a) vindt aanwijzingen dat het functioneren van de patiënten na hun 50e levensjaar weer verslechtert, hetgeen gepaard gaat met een toename van symptomen, met name depressieve klachten. Als oorzaak noemt hij het gegeven dat de patiënten als gevolg van een verslechterend instrumenteel functioneren en een afname van de werkprestaties inboeten aan externe gratificatie en structuur zonder dat zij terug kunnen vallen op een persoonlijk sociaal netwerk. Dat laatste hebben zij immers in hun fase van 'manifeste' borderline-problematiek en veelal ook nadien niet kunnen opbouwen. De ernst van de crisis waarin de patiënten in deze levensfase geraken, hangt ook samen met het feit dat velen onder hen hun identiteit aan hun functioneren in de arbeidssfeer ontlenen. Overigens wordt een toename van depressieve klachten ook in ouder wordende 'doorsnee'populaties gesignaleerd (Leon e.a. 1979) en is niet aangetoond dat dit verschijnsel bij (ex-)BPS-patiënten in ernstiger mate optreedt. De kennis van en het inzicht in het verloop van de BPS heeft een aantal consequenties voor de behandeling:

a. Gezien de hoge suïcidepercentages die in het follow-up-onderzoek werden vastgesteld, dient de suïcidepreventie een voorname plaats in de behandeling in te nemen.

b. Er is informatie voorhanden waaruit blijkt dat neuroleptica een plaats toekomt in de behandeling van de BPS. Deze middelen zouden bij de patiënten niet werkzaam zijn door hun specifieke antipsychotische of sederende invloed, maar in lage dosering een meer algemene vermindering van symptomen teweegbrengen (Links en Steiner 1988). Het is aannemelijk dat dit een gevolg is van het feit dat de neuroleptica de 'lading' van de impulsen verminderen en deze daardoor beter controleerbaar maken voor de patiënten. Daarbij wordt als het ware het normale verouderingsproces nagebootst. Denkend vanuit deze hypothese is aan de neuroleptische therapie meer waarde toe te kennen dan slechts het incidenteel gebruik, dat Links en Steiner (1988) suggereren.

c. In de loop van hun leven blijken de patiënten tot een betere impulscontrole en in samenhang daarmee tot een beter algeheel functioneren in staat te zijn. Dit kan een aangrijpingspunt voor therapie zijn. Met een training in impulscontrole sluit men immers aan bij de mogelijkheden, die de patiënt reeds in zich draagt.

d. Teleurgesteld door hun ervaringen neigen de patiënten er op ze-

ker moment toe meer distantie te bewaren in relaties, of gaan ze persoonlijke relaties zelfs uit de weg. Het bewaren van meer afstand tot de ander is 'an sich' een factor die deze patiënten – met hun zwakke ego-grenzen – helpt bij het handhaven van hun geestelijk evenwicht en hen bewaart voor een verstrikking in een voor hen niet beheersbaar interactioneel proces. In de behandeling moet men deze neiging dus zeker niet verzwakken en eventueel zelfs stimuleren. Men zou in de behandeling echter moeten waken voor het gevaar dat de patiënt zich te zeer gaat isoleren, daar dat in een latere levensfase inhoudt dat de patiënt niet meer op anderen kan terugvallen als zijn belangrijkste bron van externe gratificatie (arbeidssucces) opdroogt.

Literatuur

Akiskal, H.S., S.E. Chen, G.C. Davis, V.R. Puzantian, M. Kashgarian en J.M. Bolinger (1985), Borderline: an adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry 46*, 41-48.

American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. III*. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Blashfield, R.K., en R.A. McElroy (1987), The 1985 Journal Literature on the Personality Disorders. *Comprehensive Psychiatry 28*, 536-546.

Carpenter, W.T., J.G. Gunderson en J.S. Strauss (1977), Considerations of the borderline sydnrome: A longitudinal comparative study of borderline and schizophrenic patients. In: P. Hartocollis (red.), *Borderline Personality Disorders*. International Universities Press, New York, 231-254.

Dahl, A.A., (1986), Prognosis of the Borderline Disorders. *Psychopathology 19*, 68-79.

McGlashan, Th.H. (1983a), The Borderline syndrome. I. Testing three diagnostic systems. *Archives of General Psychiatry 40*, 1311-1318.

McGlashan, Th.H. (1983b), The Borderline syndrome. II. Is it a variant of schizophrenia or affective disorder? *Archives of General Psychiatry 40*, 1319-1323.

McGlashan, Th.H. (1986a), The Chestnut Lodge Follow-up Study, III. Long-term Outcome of Borderline Personalities. *Archives of General Psychiatry 43*, 20-30.

McGlashan, Th.H. (1986b), Schizotypal Personality Disorder, Chestnut Lodge Follow-up Study, VI. Long-term Follow-up Perspectives. *Archives of General Psychiatry 43*, 329-334.

Gunderson, J.G. (1982), Empirical studies of the borderline diagnosis. In: L. Grinspoon (red.), *Psychiatry 1982 annual review*. American Psychiatric Press, Washington, 415-437.

Klein, D.F., en J. Davis (1969), *Diagnosis and drug treatment of psychiatric disorders*. Williams & Wilkins, Baltimore.

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.

Leon, G.R., B. Gillum, R. Gillum en M. Gouze (1979), Personality Stability and Change Over a 30-Year Period – Middle Age to Old Age. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 47*, 517-524.

Links, P.S., en M. Steiner (1988), Psychopharmacological Management of Pa-

tients with Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry 33*, 355-359.

Loranger, A.W., J.M. Oldham, L.M. Russakoff en V. Susman (1984), Structured interviews and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry 41*, 565-568.

Luborsky, L. (1963), Clinicians' Judgement of mental health. *Archives of General Psychiatry 9*, 407-417.

Millon, T. (1981), *Disorders of Personality*: DSM-III, Axis II. John Wiley and Sons, New York.

Paris, J., R. Brown en D. Nowlis (1987), Long-term Follow-up of Borderline Patients in a General Hospital. *Comprehensive Psychiatry 28*, 530-535.

Plakun, E.M., P.E. Burkhard en J.P. Muller (1986), 14 year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry 26*, 448-455.

Pope, H.G., Jr., J.M. Jonas, J.I. Hudson, B.M. Cohen en J.G. Gunderson (1983), The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and longterm follow-up study. *Archives of General Psychiatry 40*, 23-30.

Rifkin, A., S.J. Levitan,, J. Galewski en D.F. Klein (1972a), Emotionally unstable character disorder – a follow-up study. I. Description of patients and outcome. *Biological Psychiatry 4*, 65-79.

Rifkin, A., S.J. Levitan, J. Galewski en D.F. Klein (1972b), Emotionally unstable character disorder – a follow-up study. II. Prediction of outcome. *Biological Psychiatry 4*, 81-88.

Robins, L.N. (1966), *Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality*. Williams & Wilkins, Baltimore.

Snijder, S., W.M. Pitts en Q. Gustin (1983), Absence of Borderline Personality Disorder in Later Years. *American Journal of Psychiatry 140*, 271-272.

Stone, M.H. (1986), Borderline Personality Disorder. In: A.M. Cooper, A.J. Frances en M.H. Sacks (red.), *Psychiatry, The Personality Disorders and Neuroses*. Basic Books, New York, 203-218.

Tölle, R. (1968), The Mastery of Life by Psychopathic Personalities. *Psychiatria Clinica 1*, 1-14.

Vaillant, G.E. (1977), *Adaptation to Life*. Little, Brown and Co., Boston.

Vaillant, G.E., en J.C. Perry (1985), Personality Disorder. In: H. Kaplan, A. Freedman en B. Sadock (red.), *Comprehensive Text on Psychiatry*, Williams & Wilkins, Baltimore, 958-986.

Werble, B. (1970), Second follow-up study of borderline patients. *Archives of General Psychiatry 23*, 3-7.

Summary: The long-term course of the Borderline Disorder

Guided by a review of follow-up studies concerning the Borderline Personality Disorder, it is shown that the characteristic symptoms of the Borderline Personality Disorder are connected to a certain life-phase, beginning in adolescence and ending in the fifth decennium of life. Hypotheses, explaining the lessening of symptoms and the improvement of global functioning of the patients after this life-phase, are given. Knowledge and understanding of the course of the Borderline Personality Disorder implicate several consequences for treatment. These concern the importance of suicideprevention, a possibly more broad indication for neuroleptic treatment, the favourable influence, which a 'training in controlling impulses' could exert and the degree of distance, which the patients should learn to maintain in their object-relations.

Met dank aan Dr. G. Hellinga, hoofdopleider psychiatrie van het Psychiatrisch Centrum 'Zon en Schild', die mij heeft gestimuleerd tot het schrijven van dit artikel en mij daarbij met nuttige adviezen heeft bijgestaan.

R. Teunisse is psychiater, destijds werkzaam als arts-assistent, keuzestage bejaardenpsychiatrie, op het Psychiatrisch Centrum Venray. Adres: Marga Klompélaan 12, 6532 SC Nijmegen.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 19-12-'89.