

# Beloop van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij volwassenen; een literatuuronderzoek

S.A.A. VRIEND-BOSMA, H.J.G.M. VAN MEGEN

**ACHTERGROND** De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is een veelvoorkomende, vaak ernstig invaliderende aandoening. Volgens de definitie is een persoonlijkheidsstoornis stabiel en langdurig bestaand. De laatste jaren zijn er echter steeds meer onderzoeksresultaten die verbetering en zelfs remissie van de aandoening laten zien.

**DOEL** Onderzoeken in hoeverre de diagnose BPS stabiel is over de tijd.

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

**RESULTATEN** Van de volwassen personen met de diagnose BPS blijkt na 10 jaar 88% niet meer te voldoen aan de kenmerken volgens de DSM-IV. Van de afzonderlijke symptomen blijken de affectieve verschijnselen het meest en de impulsieve het minst stabiel. Alle symptomen nemen significant af. Wanneer gekeken wordt naar psychosociaal functioneren, lijkt de verbetering langzamer te gaan. Disfunctioneren in relaties is het stabielst. Onduidelijk is of er uiteindelijk beperkingen blijven bestaan.

**CONCLUSIE** De laatste jaren is er veel prospectief onderzoek naar de stabiliteit van de diagnose BPS gedaan. De resultaten laten zien dat de prognose wat betreft symptoomreductie en psychosociaal functioneren veel gunstiger is dan altijd werd aangenomen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)1, 27-36]

**TREFWOORDEN** borderlinepersoonlijkheidsstoornis, remissie, stabiliteit, volwassenen

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt in de diagnostische criteria van de DSM-IV gedefinieerd als 'een duurzaam patroon van maladaptieve eigenschappen en gedragingen, dat star is, stabiel en van lange duur' (APA 1994). De laatste tien jaar verschijnen er echter steeds meer prospectieve onderzoeken die laten zien dat er sprake is van een afname van BPS-symptomen in de loop van de tijd. Aanwijzingen voor deze trend werden al gezien in kleine, vaak retrospectieve onderzoeken (Links e.a. 1990 en 1998; Paris &

Zweig-Frank 2001 en 2002; Stone 1990).

BPS is een van de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen met een prevalentie onder de algemene bevolking van ongeveer 0,5 tot 1% (Coid e.a. 2006; Lenzenweger e.a. 1997; Torgersen e.a. 2001).

De stoornis wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten met impulsief gedrag. De aandoening begint in de vroege volwassenheid. Een diagnose BPS gaat dan ook

gepaard met ernstig disfunctioneren in relaties, op het werk en in de vrije tijd. Disfunctioneren in relaties houdt ook een complexe behandelrelatie in, waardoor er veel uitval is bij verschillende behandelingen.

In dit artikel bespreken wij de resultaten van literatuuronderzoek naar de stabiliteit van de diagnose BPS in de tijd. Verder hebben wij ook gekeken naar de kans dat een BPS in remissie gaat, welk effect dit op iemands functioneren heeft en welke prognostische factoren bekend zijn.

## METHODE

Via Medline, PsycINFO, EMBASE en de Cochrane Library zochten wij naar prospectieve onderzoeken onder de algemene bevolking en onder patiëntenpopulaties, vanaf 1995. De gebruikte zoektermen waren combinaties van 'borderline personality disorder', 'personality disorders' met 'longitudinal course', 'stability', 'follow-up', 'functioning', 'functional impairment' en 'psychosocial'. Ter aanvulling werden artikelen uit de referenties van gevonden artikelen gebruikt.

Wij includeerden prospectieve, longitudinale onderzoeken naar het beloop van de BPS bij volwassenen, waarbij gebruik werd gemaakt van meer dan één meetmoment tijdens de follow-upperiode. Voor diagnostiek en het volgen van het beloop moest gebruik gemaakt zijn van (semi)gestructureerde interviews, die of dubbelblind moesten zijn afgenomen of werden ondersteund door minstens één ander meetinstrument. Bij alle gebruikte meetinstrumenten moest sprake zijn van een goede test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsovereenstemming. Er werden onderzoeken geïncludeerd die waren gedaan onder de algemene bevolking en in patiëntenpopulaties. Van elk onderzoek werden de volgende kenmerken verzameld: aantal deelnemers, uitval, follow-upperiode, gebruikte meetinstrumenten, remissiepercentages, niveau van functioneren, gemiddelde leeftijd en geslacht (tabel 1).

## RESULTATEN

Vier onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria. Alle vier zijn nog steeds lopende onderzoeken. Om die reden geven we hier een korte beschrijving van deze onderzoeken. Het betreft twee onderzoeken in patiëntenpopulaties, de *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* en de *McLean Study of Adult Development*, en twee onderzoeken onder de algemene bevolking, de *Longitudinal Study of Personality Disorders* en de *Children in the Community Study*.

### De geïncludeerde onderzoeken

*Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS)* In dit onderzoek werden 668 patiënten (leeftijd 18-45 jaar) geïncludeerd. Patiënten werden ingedeeld in vijf groepen: vier met persoonlijkheidsstoornissen (PS), zoals BPS, schizotypische, ontwijkende en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, en een groep 'depressieve stoornis, zonder persoonlijkheidsstoornis (MDD)'. Diagnostiek werd gebaseerd op (semi)gestructureerde interviews (zie tabel 1). De groep patiënten met BPS bestond bij aanvang uit 175 personen, na twee jaar waren er 155 over die aan alle vervolgmetingen hadden meegedaan (Gunderson e.a. 2000; Skodol e.a. 2005a).

*The McLean Study of Adult Development (MSAD)* In dit onderzoek werden 362 patiënten (leeftijd 18-35 jaar) geïncludeerd, die tussen 1992 en 1995 waren opgenomen in het McLean-ziekenhuis (vs). Patiënten werden ingedeeld in twee groepen: een groep BPS (n = 290) en een groep andere persoonlijkheidsstoornissen dan BPS (n = 72). Diagnostiek is uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews (zie tabel 1), evenals de tweemaaljaarlijkse vervolgmetingen. Na 10 jaar waren er nog respectievelijk 249 (uitval 17,5%) en 60 (uitval 17%) personen over in de twee groepen (Zanarini e.a. 2006 en 2005b).

TABEL 1 Kenmerken en resultaten van 4 prospectieve, longitudinale onderzoeken naar het beloop van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) bij volwassenen

Onderzoek	Gemiddelde leeftijd bij aanvang in jaren	Percentage vrouwen	Aantal patiënten	Uitval (%)	Follow-up-periode (jaar)	Meet-instrumenten	Remissie	Functioneren (GAF-score)
CLPS	32,8	64	175 BPS; 573 totaal PS; 97 MDD	20 (11)	2	SCID-I/P; DIPD-IV; PAF; SNAP; LIFE; SAS-SR; FFM/TFM	56% (na 24 mnd)	Van 53,1 naar 53,4 na 2 jaar
MSAD	27	80,3 (BPS) 63,9 (PS-geen BPS)	290 BPS; 72 andere PS	41 (14)	10	SCID-I; DIB-R; DIPD-R; BIS; BFI-R; LSDS(-FUV)	88% (na 10 jaar) terugval 5,9%	> 60: van 0% naar 40% na 6 jaar
LSPD	18,8	53	134 mogelijk PS; 124 geen PS	8 (3) na 7 jaar	18	IPDE; MCMI-II; SCID-NP; NEO-PI-R; IASR-B5; EAS; (BSRI); BDI; STAI	Afname met 1,4 PS-kenmerken per jaar	-
CIC	14	49,1	760, van wie 206 (27,2%) met PS	102 (13,4) na 19 jaar	19	CIC; bij meting 4 (gem. lft. 33 jaar): SCID-II; GAFS; PIS	74,9% (na 11 jaar)	58,7 bij persisterende PS* t.o.v. 72,9 voor de totale groep van gem. 33 jaar

\*Persisterende PS = PS vastgesteld op 22- én op 33-jarige leeftijd.

CLPS = Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study; MSAD = McLean Study of Adult Development; LSPD = Longitudinal Study of Personality Disorders; CIC = Children in the Community Study; MDD = major depressive disorder; SCID-I/P = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (Patient Edition); DIPD-IV = Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders; PAF = Personality Assessment Form; SNAP = Schedule for Non-adaptive and Adaptive Personality; LIFE = Longitudinal Interval Follow-up Evaluation; SAS-SR = self-report Social Adjustment Scale; FFM = five-factor model; TFM = three-factor model; DIB-R = Revised Diagnostic Interview for Borderline Patients; DIPD-R = Diagnostic Interview for DSM-III-R Personality Disorders; BIS = Background Information Schedule; BFI-R = Revised Borderline Follow-up Interview; LSDS(-FUV) = Lifetime Self-Destructiveness Scale (Follow-up Version); IPDE = International Personality Disorder Examination; MCMI-II = Milon Clinical Multiaxial Inventory-II; SCID-NP = Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient Version; NEO-PI-R = NEO Personality Inventory; IASR-B5 = Interpersonal Adjective Scales-Revised - Big 5; EAS = Emotionality-Activity-Sociability; BSRI = Bem Sex Role Inventory; BDI = Beck Depression Inventory; STAI = State-Trait Anxiety Inventory; CIC = door onderzoekers ontwikkelde vragenlijst voor PS; later aangevuld met items uit de Personality Diagnostic Questionnaire (1988) en de vroege versie van het Structured Clinical Interview for Personality Disorders (1986), en aangepast aan de DSM-IV (1994); SCID-II = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders; GAFS = Global Assessment of Functioning Scale; PIS = Psychosocial Impairment Scale.

*The Longitudinal Study of Personality Disorders (LSPD)* In dit onderzoek werden uit de lichtung van 1990, die bestond uit 1684 studenten aan de Cornell University (vs), 258 studenten geselecteerd door middel van een screeningslijst (IPDE-S; International Personality Disorder Examination - Screen). Zij werden in twee groepen ingedeeld aan de hand van de scores op de IPDE-S: een groep met 'mogelijk een persoonlijkheidsstoornis' (PPD; n = 134) en een groep 'geen persoonlijkheidsstoornis' (NPD; n = 124). Bij aanvang waren alle deelnemers ongeveer 18 jaar. Na 7 jaar was er 3% uitval.

Het LSPD-onderzoek was driedelig: onderzoek naar de stabiliteit en verandering van PS-kenmerken op individueel niveau en groepsniveau, onderzoek naar de stabiliteit en verandering van persoonlijkheid en van temperamentdimensies, en ontwikkelen van een neurobiologisch verklareingsmodel voor persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen.

De meerwaarde van dit onderzoek is de longitudinale, prospectieve opzet, waardoor personen die aanvankelijk geen PS hadden, maar deze wel kregen, ook worden geïncludeerd.

Net als in de eerste twee onderzoeken werd gewerkt met semigestructureerde interviews en waren de interviewers blind voor de indeling in de groepen (tabel 1). De eerste dataverzamelingen zijn gedaan tussen 1990 en 1997 op drie momenten voor elke persoon. Voor 2007 tot 2010 zijn de volgende dataverzamelingen gepland (IV en V) om uiteindelijk levenslang lopend onderzoek te doen naar persoonlijkheid, persoonlijkheidsstoornissen en temperament en temperamentontwikkeling. In de nu lopende dataverzamelingen zal voor het eerst ook worden gekeken naar functioneren in relaties (Lenzenweger e.a. 1999, 2006).

*Children in the Community Study (CIC)* In dit onderzoek werden in 1975 821 moeders met kinderen tussen 1 en 10 jaar oud geïncludeerd uit de algemene bevolking (regio New York). Er zijn inmiddels 4 meetmomenten geweest. De uitval is 13,4% na 19 jaar. Omdat de clusters te kleine aantallen bevatten, zijn de analyses op de groep PS als geheel uitgevoerd.

Aangezien tijdens de eerste metingen nog geen goed meetinstrument bestond voor het vaststellen van PS, heeft de onderzoeksgroep dit zelf ontwikkeld (zie tabel 1). Latere vergelijking met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)* liet alleen een verschil zien in de groep *adult-onset-PS* en niet in de andere groepen. Bevindingen wat betreft de stabiliteit van de diagnose PS waren echter niet verschillend (Johnson e.a. 2000; Skodol e.a. 2007).

### Stabiliteit van BPS

Bij het vaststellen van de diagnose BPS volgens de DSM-criteria blijkt dat na 24 maanden 56% van de patiënten in remissie is (CLPS; Grilo e.a. 2004; Skodol e.a. 2005a). Dit percentage loopt op tot 88 na 10 jaar. Bij slechts 5,9% van de patiënten is sprake van een recidief (MSAD; Zanarini e.a. 2003, 2006).

Ook onder de algemene bevolking werd een significante afname van PS-kenmerken gezien (CIC; Johnson e.a. 2000). In het CIC-onderzoek was

sprake van 64 deelnemers (9,7%) met persisterende PS (gedefinieerd als: op de leeftijd van 14, 16 of 22 én op de leeftijd van 33 jaar een diagnose PS), 185 deelnemers (28,1%) met een PS in remissie (wel een diagnose PS op 22-jarige, maar niet op 33-jarige leeftijd) en 38 deelnemers (5,8%) met een PS die voor het eerst op volwassen leeftijd (33 jaar) werd gediagnosticeerd (*adult-onset-PS*). Bij 371 deelnemers (56,4%) werd bij geen enkel meetmoment een diagnose PS gesteld (CIC; Skodol e.a. 2007).

Het aantal PS-kenmerken neemt af met een snelheid van 1,4 kenmerken per jaar (CIC; Johnson e.a. 2000; LSPD; Lenzenweger e.a. 2004).

### Stabiliteit van afzonderlijke BPS-symptomen

Wanneer de symptomen van de BPS worden ingedeeld in vier groepen, te weten affectieve, cognitieve, impulsieve en interpersoonlijke verschijnselen, blijkt dat de affectieve symptomen het minst afnemen. Na 6 jaar waren de verschillende symptomen uit deze groep nog voor 61 tot 79% aanwezig (MSAD; Zanarini e.a. 2003; CLPS; McGlashan e.a. 2005; Skodol e.a. 2005a).

Het minst stabiel blijken de impulsieve symptomen. Bij aanvang van het onderzoek rapporteerde 81%, respectievelijk 90% van de patiënten pogingen tot suïcide en het vóórkomen van zelfverwondend gedrag. Na 6 jaar kwamen beide nog maar bij 26-28% van de deelnemers voor. Na 10 jaar rapporteerde minder dan 13% van de patiënten met een BPS nog een suïcidepoging en minder dan 18% een episode van zelfverwondend gedrag in een periode van 2 jaar voor het interview (MSAD; Zanarini e.a. 2003, 2008; CLPS; McGlashan e.a. 2005; Skodol e.a. 2005a).

### Twee typen verschijnselen

Uit nadere bestudering van de verschillende symptomen bleek dat deze zijn in te delen in twee groepen. Er is een groep snel afnemende verschijnselen – de acute symptomen – die kerngebieden van impulsiviteit weerspiegelen (zelfverwondend gedrag, suïcidale gestes) of actieve pogingen om

interpersoonlijke problemen te beheersen (veeleisendheid, therapieregressie). Deze worden na 10 jaar nog slechts door maximaal 15% van de patiënten met een BPS gerapporteerd.

Een tweede groep symptomen – de temperamentgebonden verschijnselen – neemt relatief langzaam af, ofwel heeft een grotere stabiliteit. Hieronder vallen de affectieve symptomen (chronische boosheid, leegte) en de interpersoonlijke kenmerken (verlatingsangst, afhankelijkheid). Na 10 jaar vertoont nog 20-40% van de patiënten met een BPS verschijnselen uit deze groep (MSAD; Zanarini e.a. 2007; CLPS; Skodol e.a. 2005a)

Anders gezegd: er lijkt sprake van twee soorten symptomen: de ene soort bestaat uit gedrag en de andere uit onderliggend temperament. Het symptomatisch gedrag is meer episodisch en reactief, mogelijk als een vorm van coping met of verdedigen tegen de onderliggende kerneigenschappen (MSAD; Zanarini e.a. 2007; CLPS; Grilo e.a. 2004; Skodol e.a. 2005a).

Zanarini en collegae menen op basis hiervan dat we de BPS beter kunnen diagnosticeren op basis van de acute symptomen dan op basis van temperament, omdat temperament op zich geen aanwijzing is voor een psychiatrische aandoening. Vergelijk dit met iemand die van een depressie geneest als de symptomen verdwijnen, ook al is er soms sprake van psychosociale beperkingen of onderliggende kwetsbaarheden. Deze auteurs geven aan dat temperamenten belangrijk zijn omdat ze interfereren met functioneren en omdat ze subjectief lijden veroorzaken. Zij vragen zich echter af of je bij mensen zonder acute verschijnselen van BPS zou moeten spreken van een psychiatrische stoornis of van een kwetsbaarheid op grond van onderliggend temperament, en dus niet van ziekte (MSAD; Zanarini e.a. 2005b).

Deze manier van kijken naar BPS sluit aan bij de huidige discussie over een andere invulling van as II in de DSM-5 (APA 2009).

### *Effect op functioneren*

Uit het beschreven onderzoek blijkt dat er een grote kans is op remissie bij de diagnose BPS (conform DSM-IV-criteria). Dit roept de vraag op of het niet meer voldoen aan de criteria ook een verandering in psychosociaal functioneren reflecteert. Dit effect op functioneren is namelijk van belang om twee redenen. Ten eerste kan psychosociaal functioneren worden beschouwd als een maat voor kwaliteit van leven. Ten tweede is psychosociaal disfunctioneren een essentieel kenmerk van een persoonlijkheidsstoornis volgens de definitie van de DSM-IV: een duurzaam patroon dat zichtbaar is op onder andere het terrein 'functioneren in contact met anderen' en dat in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren veroorzaakt (APA 1994).

De resultaten van onderzoek naar het psychosociaal functioneren van patiënten met BPS en naar het effect van verbetering van de persoonlijkheidsstoornis op het functioneren, lieten zien dat er voor de hele groep patiënten over een korte tijdsspanne van twee jaar geen enkele verbetering was in functioneren. De subgroep echter die minder psychiatrische symptomen vertoonde, bleek wel beter te functioneren: in werk en in vrije tijd en op het gebied van sociale aanpassing. Disfunctioneren in relaties bleek het stabielst (CLPS; Skodol e.a. 2002; 2005a, 2005c). De *Global Assessment of Functioning* (GAF)-score was zowel bij aanvang als na 24 maanden 53. Hieruit kunnen we concluderen dat symptoomreductie niet per definitie een verbetering in sociaal functioneren reflecteert, of dat een verbetering van het sociaal functioneren meer tijd nodig heeft om zichtbaar te worden. Onduidelijk is of er mogelijk een restbeperking blijft bestaan.

Uit het CIC-onderzoek blijkt echter dat de groep 'PS in remissie' slechts een lichte beperking in functioneren laat zien, met een GAF-score van 72,9 ten opzichte van 76,1 bij de groep 'geen PS'. In dit onderzoek werd ook gevonden dat functioneren het meest beperkt is wanneer er sprake is van een

persisterende PS (op de leeftijd van 22 én 33 jaar) met een GAF-score van 58,7 (CIC; Skodol e.a. 2007).

Ook met een ander uitgangspunt is onderzoek gedaan naar psychosociaal functioneren. Met behulp van de GAF-score werd het verschil onderzocht tussen personen bij wie de BPS in remissie was gegaan en personen die nog voldeden aan de criteria voor de stoornis. Aangezien de GAF-score een combinatie is van symptomen en functioneren werd in dit onderzoek functioneren ook beoordeeld door middel van een zelfrapportage-instrument. Hierin was goed functioneren gedefinieerd als het hebben van ten minste één goede relatie (gedefinieerd als minimaal wekelijks contact, dichtbijstaand zonder elementen van misbruik of verwaarlozing) én een succesvolle werk- of schoolloopbaan.

Bij aanvang van het onderzoek was de gemiddelde GAF-score voor de hele groep 39,8. Niemand had een GAF-score boven de 60. Na 6 jaar had 40% van de personen die in remissie waren een GAF-score boven de 60 en 65% had een goed algeheel psychosociaal functioneren bereikt. Van de personen die niet in remissie waren gekomen, had niemand een GAF-score boven de 60 en slechts een kwart bereikte goed psychosociaal functioneren. Goed sociaal en beroepsmatig functioneren nam toe gedurende de 6 jaar follow-up van 26 tot 56% (MSAD; Zanarini e.a. 2005a).

## DISCUSSIE

De belangrijkste bevinding die naar voren komt uit ons overzicht van prospectief, langlopend onderzoek naar het beloop van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is dat de prognose veel beter is dan lange tijd werd aangenomen. Remissiepercentages lopen op tot 88 na 10 jaar follow-up. Terugvalpercentages zijn laag. Daarbij lijkt het erop dat de meer acute, gedragsmatige verschijnselen snel afnemen en dat de onderliggende temperamenten langzamer verbeteren in de tijd.

Ook het psychosociaal functioneren verbetert geleidelijk in de tijd, vooral als de symptomen

van de BPS verdwijnen. Het functioneren blijft verbeteren bij patiënten die in remissie zijn. Hieruit kunnen we afleiden dat zij verlaat de verschillende ontwikkelingsfasen van jongvolwassenen doormaken en niet alleen maar terugkeren naar een vroeger niveau van functioneren. Het is echter nog niet duidelijk of er mogelijk toch restbeperkingen blijven bestaan.

Bijzonder is dat verbetering niet alleen bij patiënten wordt gezien, maar in dezelfde mate ook in de algemene bevolking. De toegevoegde waarde van onderzoek in de algemene bevolking is daarbij dat personen bij wie zich tijdens hun leven een PS ontwikkelt ook in het onderzoek zijn meegenomen.

## Invloed van therapie

Ons artikel is een bespreking van een deel van de resultaten die naar voren zijn gekomen uit vier grote onderzoeken. Omwille van de leesbaarheid van het artikel is een selectie gemaakt.

Eén van de vragen die dit overzicht direct oproept, is wat het effect is van de verschillende therapieën die inmiddels zijn ontwikkeld voor BPS. Heeft het – gezien de goede prognose die wordt gevonden – nog zin om therapie te geven?

Deze vraag is niet eenduidig te beantwoorden met de resultaten uit de genoemde onderzoeken: dit zijn namelijk naturalistische studies, die het beloop volgen los van de soort en intensiteit van therapieën die de deelnemers krijgen. Eén van de beperkingen van naturalistisch onderzoek is bovendien dat er een sterke selectiebias is, die het positieve effect van therapie teniet kan doen. De reden is dat degenen die zich melden voor therapie in het algemeen het meest beperkt zijn en dan ook de slechtste prognose hebben. Doordat wij in dit artikel het beloop bij patiënten en dat bij mensen uit de algemene bevolking vergelijken, wordt dit bezwaar deels weggenomen. Wel moeten we hierbij bedenken dat ook sommige deelnemers uit de onderzoeken in de algemene bevolking tijdens hun leven in therapie gaan.

Er is wel gekeken naar de intensiteit van gevolgde therapie onder de deelnemers aan CLPS en MSAD. Deze bleek voor patiënten met BPS duidelijk hoger te liggen dan voor personen met een depressie zonder PS. Uit het MSAD-onderzoek kwamen drie bevindingen naar voren. Ten eerste maakte een afnemende minderheid van de patiënten met BPS tijdens de tweejaarlijkse follow-upmetingen gebruik van intensieve therapie (opname of dagbehandeling). Ten tweede: deze vormen van therapie namen af van 55% bij de start van het onderzoek tot 22% na 5-6 jaar. Ten derde bleek wel dat minimaal 70% van de patiënten met BPS gebruikmaakte van individuele psychotherapie of medicatie tijdens de eerste zes jaar (Zanarini e.a. 2005b).

Naar het effect van therapie verschijnen inmiddels steeds meer onderzoeken. Omdat dit een uitgebreid onderwerp op zich is, verwijzen we naar de richtlijn voor behandeling van mensen met BPS van de APA. Hierin stelt men dat er met verschillende vormen van psychotherapie hogere remissiepercentages worden bereikt dan met *treatment-as-usual* (APA 2001, 2005). Aanvankelijk deed men vooral onderzoek naar dialectische gedragstherapie, maar inmiddels is er ook meer onderzoek naar schemagerichte therapie en de meer psychodynamisch gerichte therapieën zoals *transference-focused* en *mentalization-based* therapie.

#### Invloed van comorbiditeit

Er is in de besproken onderzoeken gekeken naar invloed van comorbiditeit. Uit een analyse van een groep patiënten met BPS die in remissie raakten, bleek dat er vaak sprake was van een verandering in hun situatie, zoals het beëindigen van een stressvolle relatie. Er is ook gekeken naar mogelijke artefacten die de veranderingen van BPS kunnen hebben veroorzaakt, zoals de effecten van een comorbide depressieve stoornis, de invloed van de herhaalde interviews, de invloed van zelfrapportages versus interviews en onbetrouwbare interbeoordelaarsovereenstemming. Geen van deze factoren bleek verantwoordelijk voor de mate van verbetering die werd gevonden (Gunderson

e.a. 2003; Skodol e.a. 2005). Er werd zelfs gevonden dat – anders dan men in de praktijk vaak aanneemt – een comorbide depressie verbeterde nádat er een verbetering was ontstaan van de BPS (Gunderson e.a. 2004). Ook uit onderzoek in de algemene bevolking (LSPD) kwam naar voren dat de aan- of afwezigheid van een stemmingsstoornis weinig invloed had op de mate van verandering van een PS (Lenzenweger e.a. 2004).

#### As I versus as II

Een andere vraag die de gepresenteerde resultaten oproepen, is of er eigenlijk wel zo duidelijk onderscheid te maken is tussen as I en as II. Onderzoekers geven aan van niet. Als men eenmaal genezen is van een BPS, is de kans op terugval zeer gering, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een aandoening zoals de depressieve stoornis. Gevoelsmatig is er echter wel een verschil tussen as I en as II. Deels heeft dit mogelijk te maken met de sterke tegenoverdrachtgevoelens die een behandelaar bij iemand met BPS vaak ervaart, terwijl dit bij iemand met een klassieke depressie gemiddeld genomen veel minder het geval is. In dialectische gedragstherapie wordt hieraan zelfs specifiek en structureel aandacht besteed om uitputting bij de behandelaar te voorkomen. Daar komt bij dat het effect van behandeling in het algemeen niet direct zichtbaar is. Het gaat immers niet om een depressie die (idealiter) binnen enkele weken na de start van een geschikte behandeling opklaart, maar om een langdurig, sterk appelerend, negatief interactiepatroon, dat in de loop van maanden tot jaren beter wordt.

Beide fenomenen kunnen een rol spelen in de discrepantie tussen de klinische indruk van chroniciteit en onbehandelbaarheid aan de ene kant en de relatief goede prognose die uit de door ons beschreven onderzoeken blijkt. Deze discrepantie maakt duidelijk dat we anders moeten kijken naar (borderline)persoonlijkheidsproblematiek en dat we deze anders zullen moeten classificeren.

Ook dit werd in de beschreven onderzoeken uitgewerkt. Kort samengevat: de onderzoekers

hebben gekeken naar het dimensioneel gebruik van de DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen in plaats van het huidige categoriale gebruik, maar ook andere modellen zijn vergeleken. Het *five factor model* (FFM) is van deze het best onderzocht. Het bleek dat men met het FFM geen onderscheid kan maken tussen de verschillende persoonlijkheidsstoornissen zoals we die nu kennen, maar wel tussen een normale en een abnormale persoonlijkheidsstructuur (Skodol e.a. 2005a; Widiger 2005). Ook psychosociaal disfunctioneren, suïcidaal gedrag en opname worden beter voorspeld door gebruik te maken van de DSM-IV-categorieën dan van dimensionele representaties hiervan (Morey e.a. 2007; Skodol e.a. 2005b).

Het lijkt er dan ook op dat de huidige indeling van persoonlijkheidsstoornissen op as II gaat verdwijnen om in de DSM-5 plaats te maken voor een beschrijving van persoonlijkheidskenmerken bij alle patiënten, al dan niet met een officiële diagnose van een persoonlijkheidsstoornis (APA 2009).

## BESLUIT

De belangrijkste boodschap uit ons overzicht is dat een BPS een gunstige prognose heeft. De negatieve bijklank die deze diagnose heeft, is niet terecht en dit vooroordeel zou dus moeten verdwijnen. Dit is waarschijnlijk het beste te bereiken doordat in de DSM-5 voor iedere patiënt een beschrijving van persoonlijkheidskarakteristieken zal worden opgenomen.

Tot slot zal onderzoek naar de invloed van de verschillende vormen van therapie moeten uitwijzen welke therapie de effectiefste is en leidt tot de snelste afname van de ernst van de klachten en de grootste verkorting van de ziekteduur bij de BPS.

## LITERATUUR

- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de druk). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- APA. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Association; 2001.
- APA (2005). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Association; 2005.
- APA. Report of the DSM-V Personality and Personality Disorders Work Group. Washington: American Psychiatric Association; 2009. <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/DSM-V-Work-Group-Reports/Personality-and-Personality-Disorders-Work-Group-Report.aspx>
- Coid J, Yang M, Tyrer P, e.a. Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 423-31.
- Grilo CM, Sanislow CA, Gunderson JG, e.a. Two-year stability and change of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72: 767-75.
- Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, e.a. The collaborative longitudinal personality disorders study: development, aims, design and sample characteristics. *J Pers Disord* 2000; 14: 300-15.
- Gunderson JG, Bender D, Sanislow C, e.a. Plausibility and possible determinants of sudden 'remissions' in borderline patients. *Psychiatry* 2003; 66: 111-9.
- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, e.a. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1049-56.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, e.a. (2000). Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 265-75.
- Lenzenweger MF, Loranger AW, Korfine L, e.a. Detecting personality disorders in a nonclinical population: Application of a two-stage procedure for case identification. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 345-51.
- Lenzenweger MF. Stability and change in personality disorder features: the longitudinal study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1009-15.
- Lenzenweger MF, Johnson MD, Willett JB. Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 1015-24.
- Lenzenweger MF. The longitudinal study of personality disorders: history, design considerations, and initial findings. *J Pers Disord* 2006; 20: 645-70.
- Lenzenweger MF, Willett JB. Predicting individual change in personality disorder features by simultaneous individual change in personality dimensions linked to neurobehavioral systems:



- the longitudinal study of personality disorders. *J Abnorm Psychol* 2007; 116: 684-700.
- Links PS, Mitton JE, Steiner M. (1990). Predicting outcome for borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 1990; 31: 490-8.
- Links PS, Heslegrave R, van Reekum R. Prospective follow-up study of borderline personality disorder: prognosis, prediction of outcome, and axis II comorbidity. *Can J Psychiatry* 1998; 43: 265-70.
- McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA, e.a. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis I disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 883-9.
- Morey LC, Hopwood CJ, Gunderson JG, e.a. Comparison of alternative models for personality disorders. *Psychol Med* 2007; 37: 983-94.
- Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 482-7.
- Paris J, Zweig-Frank H. Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43: 103-7.
- Skodol AE, Gunderson JG, McGlashan TH, e.a. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 276-83.
- Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, e.a. The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): overview and implications. *J Pers Disord* 2005a; 19: 487-504.
- Skodol AE, Oldham JM, Bender DS, e.a. Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *Am J Psychiatry* 2005b; 162: 1919-25.
- Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, e.a. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychol Med* 2005c; 35: 443-51.
- Skodol AE, Johnson JG, Cohen P. Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 415-20.
- Stone MH. *The fate of borderline patients*. New York: Guilford; 1990.
- Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 590-6.
- Widiger TA. CIC, CLPS and MSAD. *J Pers Disord* 2005; 19: 586-93.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, e.a. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 274-83.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, e.a. Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *J Pers Disord* 2005a; 19: 19-29.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, e.a. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *J Pers Disord* 2005b; 19: 505-23.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, e.a. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 827-32.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, e.a. The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: a 10 year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 929-35.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, e.a. The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 177-84.

## AUTEURS

S.A.A. VRIEND-BOSMA is als psychiater verbonden aan de divisie ouderen van ggz Meerkanten te Ermelo.

H.J.G.M. VAN MEGEN is als psychiater en opleider Psychiatrie bij ggz Meerkanten te Ermelo werkzaam.

Correspondentieadres: dr. H.J.G.M. van Megen, p/a secretariaat A-opleiding, ggz Meerkanten, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo.

E-mail: hmegen@meerkanten.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-5-2010.

## SUMMARY

The course of borderline personality disorder within adults. A literature review – S.A.A. Vriend-Bosma, H.J.G.M. van Megen –

**BACKGROUND** Borderline personality disorder (BPD) is a frequent and often severely debilitating disorder. According to the definition, a personality disorder is stable and of long duration. In the last few years, however, more and more research results have demonstrated improvements in patients with BPD and even remission.

**AIM** To investigate to what extent the diagnosis of BPD is stable over time.

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

**RESULTS** After 10 years 88% of adults originally diagnosed as having BPD failed to meet the DSM-IV criteria. Of the various symptoms the affective ones seemed to be the most stable and the impulsive ones the least stable. All symptoms were significantly less severe. With regard to psychosocial functioning, improvements occurred more slowly. Dysfunctioning in relationships was the most stable. It is not clear whether impairments in functioning will persist.

**CONCLUSION** In recent years there has been a considerable amount of prospective research into the stability of the diagnosis of BPD. Results show that the prognosis relating to symptom reduction and psychosocial functioning is much more favourable than previously assumed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)1, 27-36]

**KEY WORDS** adults, borderline personality disorder, remission, stability