

**Behandeling van adolescenten met borderlineproblematiek:
een systematische literatuurstudie naar de voorkeur voor
individuele of groepstherapie**

Tessa Veerle van der Laan, S3659364

Masterthesis Pedagogische Wetenschappen (Orthopedagogiek)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Thesisbegeleider: Dr. A. Menninga

Tweede beoordelaar: Dr. B.E. Bartelink

Juni 2023

Woordenaantal: 10.999

Samenvatting

Het doel van deze masterthese was om te achterhalen of groepsbehandeling de voorkeur krijgt ten opzichte van individuele behandeling om beginnende borderlineproblematiek onder adolescenten te verminderen. De borderlinepersoonlijkheidsstoornis wordt bij adolescenten ondergediagnosticeerd en onderbehandeld. Hierdoor neemt de kans op een ‘full-blown’ persoonlijkheidsstoornis toe, wat grote gevolgen met zich meebrengt. Zo verhoogt onder andere de kans op suïcide, brengt het meer gezondheidsproblemen met zich mee en leidt het tot intensievere en duurdere zorg. Dit vraagt om vroegtijdig behandelen van de borderlineproblematiek. Over welke behandelvorm (individueel of groepsgewijs) bij adolescenten met borderlineproblematiek het meest effectief is, bestaat (nog) geen consensus. Er werd daarom antwoord gegeven op de volgende vraag: *Heeft groepsbehandeling bij adolescenten met beginnende borderlineproblematiek een voorkeur ten opzichte van individuele behandeling en zo ja, wanneer?* Dit is onderzocht aan de hand van een systematische literatuurstudie, waarin 21 wetenschappelijke artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit zijn geïnccludeerd. Het lijkt erop dat het überhaupt aanbieden van behandeling aan adolescenten met borderlineproblematiek al effectief is. Wanneer er vooral sprake is van internaliserende problematiek lijkt groepsbehandeling passender. Groepsbehandeling draagt daarnaast indirect bij aan een verhoogde behandelopkomst. Wanneer er vooral sprake is van externaliserende problematiek of er negatieve groepservaringen zijn opgedaan in het verleden lijkt individuele behandeling passender. Bij beide behandelvormen verhoogt het betrekken van het sociaal netwerk mogelijk de kans op succesvolle afronding van de behandeling. Gezien de geringe hoeveelheid literatuur die beschikbaar is over de effectiviteit van behandelmethodes voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onder adolescenten vraagt deze these om voorzichtige interpretatie van de resultaten.

Trefwoorden: borderlinepersoonlijkheidsstoornis, borderlinepersoonlijkheidskenmerken, behandeling, therapie, adolescent, jeugd

Abstract

The aim of this master's thesis was to find out if and when group treatment in adolescents with starting borderline personality disorder is preferable to individual treatment. Borderline personality disorder is underdiagnosed and undertreated among adolescents. This increases the likelihood of a "full-blown" personality disorder, which has major consequences. Among other things, it increases the risk of suicide, it causes more health problems and leads to more intensive and expensive care. This is why early treatment of borderline problems is necessary. There is no consensus (yet) on which type of treatment (group treatment or individual treatment) is most effective in adolescents with borderline problems. Therefore, the following question was formulated: *Does group treatment in adolescents with starting borderline problems have a preference over individual treatment, and if so, when?* A systematic literature review, which included 21 scientific articles of medium to high quality, was used to answer this question. It seems that offering any treatment at all to adolescents with borderline problems is already effective. When there are mainly internalizing problems, group treatment seems more appropriate. Group treatment also indirectly contributes to increased treatment attendance. When there are mainly externalizing problems or an adolescent has experienced negative group experiences, individual treatment seems more appropriate. In both types of treatment, involving the social network may increase the likelihood of successful completion of treatment. Given the small amount of literature available about the effectiveness of treatment methods for borderline personality disorder among adolescents, this thesis requires cautious interpretation of the results.

Keywords: borderline personality disorder, borderline personality traits, treatment, therapy, adolescent, youth

Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen worden door professionals gezien als complexe stoornissen door de vele terugvallen en discontinuïteit (Wright et al., 2022). Binnen de wetenschap neemt de aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen toe, zowel bij ouderen als volwassenen als bij adolescenten (Roskes, 2018; GGZ Centraal, z.d.; Hessels et al., 2008). De toenemende aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen zorgt voor een stijging in het aantal onderzoeken dat naar persoonlijkheidsstoornissen wordt gedaan. Steeds meer studies tonen aan dat een persoonlijkheidsstoornis goed te behandelen is (Mehlum et al., 2014; Rossouw & Fonagy, 2012; Hutsebaut et al., 2017). Met als gevolg dat persoonlijkheidsstoornissen steeds meer als behandelbaar gezien worden in plaats van complex (Giesen-Bloo et al., 2006). Ondanks de toenemende aandacht in de wetenschap voor persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten worden deze in de praktijk weinig geassocieerd bij adolescenten (Laurensen et al., 2013). Zo ook het geval bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis is een psychische stoornis die is opgenomen in de DSM-V (American Psychiatric Association, 2014). Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ervaren hevige wisselingen in stemming, gedrag en gedachten (Stichting Borderline, z.d.). In de DSM-V staan negen symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Om een officiële diagnose te krijgen moet aan minimaal vijf van deze criteria worden voldaan. Daarnaast moeten de symptomen voor langere tijd aanwezig zijn en een grote rol spelen in het functioneren. De volgende symptomen worden beschreven in de DSM-V:

1. Verwoede pogingen om feitelijke of vermeende verlating te voorkomen;
2. Een patroon van instabiele en intense interpersoonlijke relaties gekenmerkt door afwisselingen tussen extreem idealiseren en devalueren;
3. Een identiteitsstoornis: een duidelijk en persisterend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel;
4. Impulsiviteit op minstens twee gebieden, die de betrokkene in potentie zelf kunnen schaden (geld verkwisten, seks, middelenmisbruik, roekeloos autorijden, eetbuien);
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie;
6. Affectieve instabiliteit als gevolg van een duidelijke reactiviteit van de stemming gedurende meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen;
7. Chronisch gevoel van leegte;

8. Inadequate, intense woede, of moeite hebben boosheid te beheersen;
9. Voorbijgaande, stressgerelateerde paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve symptomen (American Psychiatric Association, 2014, p. 872).

Adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben in vergelijking met volwassenen meer last van agressie (zowel verbaal als fysiek), niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) en suïcide (Frías et al., 2017). Dit komt doordat adolescenten meer moeite hebben om met intense emoties om te gaan aangezien zij nog jong zijn en hier minder ervaring mee hebben dan volwassenen (Mulder, 2008; Laurensen et al., 2013). Ook hebben adolescenten vaak nog geen stabiele identiteit gevormd, waardoor zij vatbaarder zijn voor problemen als agressie en zelfbeschadiging (Mulder, 2008; Laurensen et al., 2013). Daarnaast hebben adolescenten met borderlinekenmerken een lagere kwaliteit van leven dan volwassenen met borderlinekenmerken (Swales et al., 2016). Dit kan verklaard worden doordat bovenstaande symptomen in heviger mate aanwezig zijn dan bij volwassenen. Bovendien zijn adolescenten grotendeels nog afhankelijk van hun ouders/verzorgers. De problematiek van de adolescent kan zorgen voor verhoogde spanning en stress in de thuissituatie wat leidt tot verhoogde uiting van de problematiek (De Lange et al., 2018). De borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft een hoge comorbiditeit met andere persoonlijkheidsstoornissen, eetstoornissen, posttraumatische stressstoornis, depressieve stoornissen, bipolaire-stemmingsstoornissen, stoornissen in het gebruik van een middel en ADHD (American Psychiatric Association, 2014). Ongeveer 1,1% van de Nederlandse bevolking heeft een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Ten Have et al., 2016). Het aantal mensen dat kenmerken heeft van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ligt hoger. Van de bevolking heeft 3-5% significante kenmerken (drie à vier kenmerken) van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Ten Have et al., 2016). Het aantal mensen dat één à twee kenmerken heeft, bedraagt 25,2%. Uit het onderzoek van Ten Have et al. (2016) kwam naar voren dat een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Er zijn echter ook onderzoeken die aantonen dat er geen verschil in prevalentie is op basis van geslacht (Lenzenweger et al., 2007; Coid et al., 2009). De wereldwijde prevalentie van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onder adolescenten wordt geschat op 3% (Chanen & McCutcheon, 2013). Onder Nederlandse adolescenten heeft ongeveer 2% een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Bjureberg et al., 2018).

Hoe een borderlinepersoonlijkheidsstoornis precies tot stand komt is niet bekend, maar uit onderzoek blijkt dat zowel erfelijke factoren als omgevingsfactoren een rol spelen (Leichsenring et al., 2011; Lieb et al., 2004). Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat een

trauma ervaren in de kindertijd samenhangt met het ontwikkelen van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Nicol et al., 2013; Ball & Links, 2009). Het gaat dan vooral om het meemaken van seksueel misbruik en/of (emotionele) verwaarlozing. Uit een onderzoek van Zanarini et al. (1997) onder 358 volwassenen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is naar voren gekomen dat 91% hiervan als kind misbruikt is en 92% hiervan als kind verwaarloosd is. Meer recente onderzoeken tonen ook aan dat seksueel misbruik een risicofactor is voor het ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis (Porter et al., 2020; Winsper et al., 2016). Uit meerdere onderzoeken (Gunderson & Lyoo, 1997; Weaver & Clum, 1993; Winsper et al., 2016; Porter et al., 2020) blijkt dat veel volwassenen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis ouders hadden die gedeeltelijk of volledig emotioneel afwezig waren. Hierdoor leren kinderen al vroeg dat zij anderen niet kunnen vertrouwen en niet op hen kunnen bouwen (Stepp, 2012). Dit gebrek aan vertrouwen zorgt ervoor dat cognitieve en biologische systemen in het lichaam die met emotie te maken hebben overbelast raken. Met als gevolg een verslechterde emotieregulatie en impulscontrole (Stepp, 2012). Er is aangetoond dat adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis te maken hebben met dezelfde risicofactoren als volwassenen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Guzder et al., 1996; Newnham & Janca, 2014). Naast omgevingsfactoren spelen ook erfelijke factoren een rol bij het ontstaan van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Perez-Rodriguez, 2018; Winsper et al., 2016). Bij personen met ouders waarbij er sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis komt de stoornis vijf keer vaker voor dan bij personen waarbij de ouders geen borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben (American Psychiatric Association, 2014). Welke genetische factoren precies een rol spelen bij het ontstaan van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis is (nog) niet ontdekt (Siever et al., 2002; Calati et al., 2013; Amad et al., 2014; Winsper et al., 2016).

Het laat op gang komen van diagnostiek en behandeling bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onder adolescenten lijkt de norm te zijn (Shanks et al., 2011). Vooral de behandeling wordt meestal pas in een laat stadium aangeboden (Chanen, 2015; Wall, Kerr, & Sharp, 2020). Wat vaak gebeurt is dat psychologen wel erkennen dat een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan voorkomen bij adolescenten, maar dit niet durven classificeren (Laurensen et al., 2013). Een reden hiervoor is dat adolescenten nog in ontwikkeling zijn en er wordt verwacht dat klachten bij de leeftijd horen en vanzelf overgaan (Mulder, 2008; Laurensen et al., 2013). De adolescentie kenmerkt zich door een aantal zaken (Nederlands Jeugdinstituut, z.d.-a, z.d.-b). Adolescenten zijn op zoek naar hun identiteit. Dit is een periode met veel onzekerheid. Adolescenten vergelijken zich veel met leeftijdsgenoten en

kijken kritisch naar hun eigen lichaam en gedrag. Adolescenten willen experimenteren met bijvoorbeeld alcohol, drugs en seks. Deze levensfase kenmerkt zich ook door impulsief gedrag, spanning op willen zoeken en stemmingswisselingen. Deze kenmerken van de adolescentie hebben veel overlap met de kenmerken van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De beweegreden dat kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij de leeftijd horen en vanzelf overgaan is echter niet volkomen terecht. Kessler et al. hebben in 2005 een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat driekwart van de psychiatrische stoornissen ontstaan voor de leeftijd van 23 jaar. De helft van de psychiatrische stoornissen ontwikkelt zich zelfs voor het 14^e levensjaar. Bovendien is een criterium van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis dat "het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid" (American Psychiatric Association, 2014). De borderlinepersoonlijkheidsstoornis ontwikkelt zich namelijk vaak in deze periode van iemands leven (Chanen et al., 2017).

Een andere reden waarom psychologen terughoudend zijn met het classificeren van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis is omdat zij bang zijn de adolescenten een stigma op te plakken (Mulder, 2008; Laurensen et al., 2013). Personen die een classificatie krijgen waar een stigma aanhangt worden vaker gedenigreed, meer geïsoleerd van de samenleving en vaker gezien als mensen met minder waarde (Aviram et al., 2006; Winter et al., 2015). Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben over het algemeen een laag zelfbeeld. In combinatie met bovenstaande leidt dit regelmatig tot zelf-stigmatisering (Winter et al., 2016; Korn et al., 2016). Personen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis doen frequenter aan zelf-stigmatisering dan personen met een andere persoonlijkheidsstoornis of personen zonder persoonlijkheidsstoornis (Ociskova et al., 2015, 2016; Rüsçh et al., 2006).

Ten slotte worden in de adolescentie symptomen van mogelijk een borderlinepersoonlijkheidsstoornis veelvuldig gezien als een symptoomstoornis (Laurensen et al., 2013). Het is echter zeer belangrijk om de juiste problematiek te achterhalen aangezien behandeling voor een symptoomstoornis niet werkzaam is als er daadwerkelijk sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Hutsebaut et al., 2019).

Bovenstaande leidt tot onderdiagnosticering van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en daarmee ook tot onderbehandeling (Hessels et al., 2008). Wanneer klachten die lijken op een beginnende persoonlijkheidsstoornis onbehandeld blijven in de adolescentie vergroot de kans op een 'full-blown' persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd (Hutsebaut et al., 2019). Bij een 'full-blown' persoonlijkheidsstoornis verhoogt de kans op suïcide (Zanarini et al., 2015), vermindert de kwaliteit van leven (Soeteman et al., 2008), zijn gezondheidsproblemen verhoogd aanwezig (Fok et al., 2012), is de zorgconsumptie hoog (Zanarini et al., 2015), is er

sprake van verminderde participatie op de arbeidsmarkt (Zanarini et al. 2015) en ligt de levensverwachting gemiddeld twintig jaar lager dan bij mensen zonder persoonlijkheidsstoornis (Fok et al., 2012). Bovendien is hulp dat in een vroeg stadium wordt ingezet minder intensief en goedkoper. De behandelkosten van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bedragen in Nederland 16.852 euro per zorgvrager per jaar (Chanen et al., 2017). Daarnaast hebben persoonlijkheidsstoornissen de op een na langste wachttijd van alle classificaties (Vektis, 2022). Hoe eerder een aandoening wordt erkend en behandeld, hoe beter (Scott et al., 2013). Het is dus zeer belangrijk dat adolescenten met een beginnende borderlinepersoonlijkheidsstoornis in een vroeg stadium hulp aangeboden krijgen.

Voordat behandeling kan plaatsvinden is diagnostiek nodig. Er zijn instrumenten ontwikkeld die (beginnende) borderlinepersoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten kunnen indiceren en aantonen (Wante et al., 2021; Verschuere & Tibboel, 2011; Arntz et al., 2017; Hutsebaut et al., 2015; Giesen-Bloo et al., 2007; Tromp & Koot, 2009 en Van der Heijden et al., 2014). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat het vaststellen van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij adolescenten even betrouwbaar en valide is als bij volwassenen (Fonagy et al., 2015; Miller et al., 2008). Wanneer de problematiek onder controle is kan de diagnose eventueel herzien worden, zodat de adolescent niet zijn of haar hele leven met deze classificatie hoeft rond te lopen (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Het is wel van belang om duidelijk aan te geven bij de adolescent dat terugvallen bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis horen en hier alert op te zijn.

Voor behandeling is echter niet per definitie een classificatie nodig, maar vooral erkenning van de problematiek. Gezien de hoge comorbiditeit met andere stoornissen voldoet iemand wellicht niet aan minimaal vijf kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, maar is er wel degelijk sprake van een verminderd functioneren en dus behandeling nodig. Wanneer er twijfel is of er sprake is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kunnen, in plaats van simpelweg wel of geen borderlinepersoonlijkheidsstoornis te classificeren, ook de kenmerken duidelijk beschreven worden in de diagnose (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Zo is er een duidelijk beeld van de persoon en waar de behandeling zich op moet richten, zonder dat er een classificatie aan te pas hoeft te komen. ‘*Stepped Diagnoses*’ is een bekende methode waarbij gepleit wordt dat een classificatie niet per definitie vooraf hoeft te gaan aan behandeling (Batstra et al., 2012). Bij Stepped Diagnosis worden de problemen van een persoon in kaart gebracht en al in een vroeg stadium hulp aangeboden. Terwijl de persoon al hulp aangeboden krijgt, wordt eventueel verder onderzocht of er sprake is van een stoornis zoals beschreven in de DSM-V. De voordelen die hieraan zitten zijn dat de kans op een verkeerde

classificatie vermindert, dat de mensen die geen classificatie willen toch hulp kunnen krijgen, dat er sneller gestart wordt met behandeling waardoor de problemen minder kans hebben om te verergeren en dat hierdoor ook minder dure en intensieve behandeling ingezet hoeft te worden (Batstra et al., 2012; Jacques & Abel, 2020). Stepped Diagnosis zou een uitkomst kunnen bieden voor adolescenten met een (beginnende) borderlinepersoonlijkheidsstoornis aangezien professionals terughoudend zijn bij het classificeren hiervan om eerdergenoemde redenen. In veel landen, waaronder Nederland, wordt behandeling echter alleen vergoed wanneer er sprake is van een officiële DSM-V classificatie (Batstra et al., 2012).

In de literatuur is veel informatie beschikbaar welke behandelmethodes voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectief lijken of zijn voor de behandeling van volwassenen. Zo is Schematherapie (ST) een effectief bewezen behandeling voor volwassenen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; Bamelis et al., 2012; Reiss et al., 2014). In de richtlijnen is terug te zien dat schematherapie één van de voorkeursbehandelingen is bij de borderlinepersoonlijkheidsstoornis (GGZ Standaarden, 2022). Schematherapie is een vorm van psychotherapie die vooral wordt ingezet bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek (Vereniging voor Schematherapie, z.d.). Bij schematherapie wordt er onderzocht welke patronen een persoon heeft en hoe ervaringen uit het verleden deze beïnvloeden. Vervolgens leert een persoon deze patronen te herkennen en te doorbreken met als doel hierdoor anders te gaan denken, doen en voelen. Schematherapie kan zowel individueel als in groepsverband plaatsvinden. Een combinatie hiervan is ook mogelijk, maar in de praktijk wordt schematherapie doorgaans individueel aangeboden. Schematherapie die individueel wordt aangeboden en schematherapie die in een groep wordt aangeboden verschillen in een aantal opzichten van elkaar (Sijbers & Van der Wijngaart, 2010). Bij individuele schematherapie is er veel aandacht van de behandelaar voor de behoeften van de cliënt. Bij schematherapie dat in een groep wordt aangeboden kan een behandelaar niet elke cliënt evenveel aandacht geven als bij individuele schematherapie. Het doel van groepsgewijze schematherapie is vooral het versterken van de band tussen deelnemende cliënten. Dit wordt gedaan door de groep deelnemers zo veel mogelijk te laten zoeken naar onderlinge overeenkomsten en naar herkenning van zichzelf in de andere deelnemers. Daarnaast kunnen bij groepsgewijze schematherapie meer technieken van de behandeling ingezet worden dan bij individuele schematherapie (Sijbers & Van der Wijngaart, 2010). Zo kan er bij groepsgewijze schematherapie meer gebruik worden gemaakt van rollenspellen. Bovendien legt groepsgewijze schematherapie meer focus op de toekomst in plaats van het heden en verleden, is het meer gestructureerd en is er meer empathie voor de cognitieve technieken (Renner et al.,

2013). Ten slotte is groepstherapie kosten-efficiënter dan individuele therapie (Flannery-Schroeder et al., 2005).

Andere voorkeursbehandelingen voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis zijn Dialectische Gedragstherapie (DBT), Mentalization-Based Treatment (MBT) en Transference Focused Psychotherapy (TFP). Dialectische Gedragstherapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie waarbij zowel de sterke kanten van een persoon als gedachtes die het leven van een persoon lastig maken in kaart worden gebracht, om zo een levenswaardig leven te creëren (Stichting Borderline, 2022a). DBT wordt gegeven als combinatie van individuele en groepstherapie. Bij Mentalization-Based Treatment wordt ervan uitgegaan dat mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis het lastig vinden om gedrag van zichzelf en anderen te verklaren/begrijpen. MBT focust zich op het versterken van dit inzicht door middel van een combinatie van individuele en groepstherapie (Stichting Borderline, 2022b). Transference Focused Psychotherapy is een individuele behandeling waarbij geprobeerd wordt om de extreme gevoelens die mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vaak ervaren minder extreem te maken (Stichting Borderline, 2022c). Ondanks dat er meerdere behandelingen voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bekend zijn, worden deze vaak pas ingezet als de stoornis al redelijk gevorderd is en bovendien niet aan iedereen aangeboden (Chanen et al., 2017). Uit onderzoek van Hermens et al. (2011) blijkt dat slechts 23% van de volwassenen in Nederland met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis psychotherapie aangeboden krijgt.

Literatuur die de effectiviteit van behandelmethodes voor adolescenten beschrijft is echter schaars. Desondanks worden behandelmethodes voor adolescenten in de praktijk wel ingezet. Behandelingen voor adolescenten zijn doorgaans aangepaste versies van behandelingen voor volwassenen (Hutsebaut et al., 2019). Voor adolescenten zijn er twee methodes ontwikkeld voor heel vroege behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, namelijk Helping Young People Early (HYPE) en MBT-early. HYPE is een individuele behandeling die zich richt op het verbeteren van het adaptief functioneren (Chanen et al., 2009). De behandeling wordt aangepast naar waar de adolescent op dat moment behoefte aan heeft. MBT-early is een combinatie van HYPE en Mentalization-Based Treatment en wordt individueel gegeven (Hutsebaut et al., 2017). Wanneer de borderlinepersoonlijkheidsstoornis verder gevorderd is kan Emotie Regulatie Training (ERT) ingezet worden of een van de bovenstaande voor adolescenten aangepaste behandelmethodes (SFT-A, DBT-A en MBT-A). Emotie Regulatie Training is een groepstraining gericht op het onder controle krijgen van sterke en heftige emoties en leren dat je verantwoordelijk bent voor je eigen gedrag (Van Gemert et al., 2009). Emotie Regulatie Training bevat onderdelen van Cognitieve Gedragstherapie en

Dialectische Gedragstherapie. De voor adolescenten aangepaste behandelmethodes (SFT-A, DBT-A en MBT-A) komen erg overheen met de methodes voor volwassenen. De behandelmethodes voor adolescenten richten zich echter ook op ontwikkelingstaken, zoals leren plannen (Hutsebaut et al., 2012). Daarnaast wordt bij de behandelmethodes voor adolescenten de taal aangepast naar de leeftijd van de cliënt en het cliëntsysteem betrokken (Hutsebaut et al., 2012). Ten slotte kan medicatie een onderdeel van de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis vormen (National Institute for Health and Care Excellence, 2009). Medicatie kan worden voorgeschreven om bepaalde symptomen van de stoornis te verminderen. De richtlijnen geven echter wel aan terughoudend te zijn met het voorschrijven van medicatie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij adolescenten (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; GGZ Standaarden, 2022).

Mogelijk profiteren adolescenten in het algemeen meer van groepsbehandeling dan van individuele behandeling. Dit aangezien adolescenten in een fase van hun leven zijn waar leeftijdsgenoten een grote rol spelen en zij meer tijd met hen doorbrengen dan in andere levensfasen (Steinberg, 2005). Interactie met leeftijdsgenoten is in de adolescentie erg belangrijk (Albert et al., 2013; Van Hoorn et al., 2014). Adolescenten nemen in deze levensfase eerder hulp en feedback aan van leeftijdsgenoten dan van hun ouders of van professionals (Roelofs et al., 2016). Uit onderzoek van Berk (2005) onder adolescenten met verschillende problematiek is gebleken dat groepsbehandeling bij adolescenten effectiever is dan individuele behandeling. Dit kan komen doordat bij groepsbehandeling de persoon in kwestie interactie heeft met leeftijdsgenoten. Het betrekken van het sociale netwerk, waaronder leeftijdsgenoten, van een adolescent versterkt de effectiviteit van de behandeling (Faas, 2009; Hermanns, 2009). Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben vaak moeite met sociale interacties en het onderhouden van vriendschappen en relaties (Nicol et al., 2013; American Psychiatric Association, 2014). Mogelijk profiteren adolescenten meer van groepsbehandeling aangezien ze hetgeen wat ze leren op het gebied van socialiteit gelijk kunnen toepassen in een omgeving waar iedereen komt om te veranderen en te leren en de sociale druk waarschijnlijk minder hoog is. Bovendien zijn adolescenten bij groepsbehandeling met leeftijdsgenoten die sociale interacties en het onderhouden van vriendschappen en relaties ook lastig vinden. Hierdoor weten zij dat zij niet de enige zijn, wat voor steun zorgt (Demaray & Malecki, 2014; Berk, 2005). Mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis voelen zich vaak alleen en inzien dat zij niet de enige zijn met deze problematiek is belangrijk voor hen (Sijbers & Van der Wijngaart, 2010). Het combineren van professionele behandeling en contact met leeftijdsgenoten die met dezelfde problematiek te maken hebben versterkt doorgaans het effect

van de behandeling (Geerenstein et al., 2016; Bellamy et al., 2017). Daarnaast is gebleken dat gevoelens van angst, depressie en stress afnemen wanneer er contact is met leeftijdsgenoten (Irajpour et al., 2018; Sautier et al., 2014). Wanneer er geen contact met leeftijdsgenoten is blijven deze gevoelens onveranderd. Groepsbehandeling bij adolescenten heeft verder als voordeel dat een adolescent altijd iets leert tijdens de behandeling. Zelfs wanneer een adolescent niet actief meedoet, steekt de adolescent passief informatie op aangezien de behandelaar wel doorgaat met de rest van de groep adolescenten (Sijbers & Van der Wijngaart, 2010). Daarnaast is de zelfreflectie van adolescenten minder ontwikkeld dan die van volwassenen (Harter, 2012; Siegel, 2014). Het herkennen en benoemen van bepaald gedrag bij henzelf is voor adolescenten nog lastig. Het herkennen van bepaald gedrag bij anderen is gemakkelijker dan gedrag herkennen bij jezelf. Bij groepstherapie kan een adolescent het gedrag van de andere deelnemers herkennen en benoemen, wat ervoor zorgt dat dit bij hun eigen gedrag ook makkelijker gaat (Sijbers & Van der Wijngaart, 2010).

Er zijn echter ook onderzoeken onder adolescenten met verschillende problematiek waaruit blijkt dat individuele behandeling effectiever is dan groepsbehandeling (Mörtberg et al., 2006; Stangier et al., 2003). De effectiviteit van behandeling wordt vergroot wanneer deze aansluit bij de kenmerken van de persoon in kwestie (Daamen & Ince, 2014). Bij individuele behandeling is het makkelijker om aan te sluiten bij de persoonskenmerken dan bij groepsbehandeling aangezien er geen rekening gehouden hoeft te worden met andere personen. Daarnaast is uit onderzoek van Shechtman et al. (2018) gebleken dat adolescenten negatiever tegenover groepsbehandeling dan individuele behandeling staan. Wellicht vermindert door deze negatievere houding ook de motivatie voor de behandeling, wat weer kan leiden tot een minder groot effect (De Leon et al., 2006). Verder kan het voorkomen dat een adolescent zich niet veilig voelt in de behandelgroep waarin degene is geplaatst of dat er negatieve interacties plaatsvinden met leeftijdsgenoten. Dit draagt niet bij aan de effectiviteit van de behandeling en kan zelfs de problematiek verergeren (Rutan et al., 2014). Voor adolescenten die voor de behandeling al negatieve ervaringen in groepen hebben opgedaan, zoals afwijzing, pesten en/of grote angst, is individuele therapie doorgaans passender (Dijkhuizen & Geertjens, 2006). Bovendien kan, gezien de hoge comorbiditeit van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis met andere stoornissen en de heterogeniteit van de stoornis, het lastig zijn om een passende groepsaanpak voor iedereen te ontwikkelen en is individuele behandeling passender (Weisz et al., 2012;2013). Ten slotte is uit een onderzoek van Arntz et al. (2022) gebleken dat groepstherapie niet voor significant betere behandelresultaten zorgt vergeleken met individuele behandeling en een combinatie van groep- en individuele behandeling. Er bestaat dus nog geen

consensus over welke behandelvorm (individueel of groepsgewijs) beter aansluit bij adolescenten. Mogelijk verschilt dit ook per problematiek en per behandelmethod. Bij de individuele behandelmethod HYPE wordt bijvoorbeeld achterhaald welke patronen de adolescent heeft en hoe deze patronen het gedrag, gevoel en de gedachtes beïnvloeden (Hessels & Van Aken, 2014). Wanneer deze behandeling groepsgewijs gegeven zou worden, is er te weinig tijd en aandacht om dit voor elk individu te achterhalen.

Het doel van deze masterthese is om te achterhalen of en wanneer groepsbehandeling bij adolescenten met beginnende borderlineproblematiek een voorkeur heeft ten opzichte van individuele behandeling. Erachter komen welke behandelvorm voor (kenmerken van) de borderlinepersoonlijkheidsstoornis effectiever is bij adolescenten levert belangrijke input bij het ontwikkelen en/of aanpassen van behandelmethodes voor adolescenten met borderlineproblematiek. Hierdoor kunnen adolescenten in de toekomst hopelijk beter behandeld worden, waardoor de kans op negatieve gevolgen afneemt. Aangezien groepsbehandeling kosten-efficiënter is dan individuele behandeling en kan zorgen voor vermindering van de wachttijd lijkt groepsbehandeling gunstiger. Er wordt antwoord gegeven op de volgende vraag: *Heeft groepsbehandeling bij adolescenten met beginnende borderlineproblematiek een voorkeur ten opzichte van individuele behandeling en zo ja, wanneer?* Om deze vraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van de volgende deelvragen:

- Welke behandelmethodes voor adolescenten met borderline zijn op effectiviteit onderzocht?
- Welke behandelvorm werd in deze onderzoeken gebruikt (individueel, groepsgewijs of een combinatie hiervan)?
- Van welke kenmerken/omstandigheden was sprake in deze onderzoeken?

Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is er gebruik gemaakt van een systematische literatuurstudie. Via de online databases Eric, Medline, PsychInfo en Web of Science is gezocht naar bruikbare wetenschappelijke literatuur. Om deze literatuur te vinden, is er gebruik gemaakt van een aantal zoektermen. Deze zoektermen zijn te vinden in Tabel 1. De zoektermen werden ingevuld in bovengenoemde databases. Dit resulteerde in 5663 hits. Vervolgens zijn met behulp van het programma RefWorks (ProQuest RefWorks, z.d.) duplicaten van gevonden artikelen verwijderd, waarna er 4341 artikelen overbleven. Het verdere selectieproces is bijgehouden met het programma Rayyan (Rayyan Systems, 2023). Daar zijn op basis van onderstaande selectiecriteria relevante artikelen geselecteerd.

Inclusiecriteria:

- Artikelen zijn gepubliceerd tussen 2010 en 2023
- Artikelen zijn geschreven in het Nederlands of Engels
- Artikelen gaan over de effectiviteit van behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis
- Artikelen gaan over adolescenten van 14 tot en met 23 jaar oud

Exclusiecriteria:

- Artikelen zijn gepubliceerd voor 2010
- Bron is geen wetenschappelijk artikel
- Artikelen gaan over een andere (persoonlijkheids)stoornis dan de borderlinepersoonlijkheidsstoornis
- Artikelen gaan over medicatie als behandeling voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis
- Artikelen zijn gefocust op suïcidaliteit
- Artikelen hebben betrekking op crisis-, ziekenhuis- en/of residentiele opnames
- Artikelen met een doelgroep die volledig buiten de leeftijdscategorie van 14-23 vallen
- Artikelen waar geen volledige tekst van beschikbaar is

Tabel 1*Zoektermen gebruikt in de Online Databases*

Categorie ‘AND’	Zoektermen
Problematiek	“borderline personality disorder” OR bpd OR “borderline personality traits”
Behandeling	treatment OR intervention* OR therapy
Doelgroep	adolescent* OR teenager* OR youth OR teen OR “young adult*”

In totaal zijn er 2931 artikelen geëxcludeerd omdat deze niet over de effectiviteit van behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis gingen. Op basis van het publicatiejaar zijn 529 artikelen geëxcludeerd. Verder zijn 202 artikelen geëxcludeerd aangezien zij in een taal waren geschreven anders dan Engels of Nederlands. Daarnaast hadden 194 artikelen een doelgroep anders dan adolescenten van 14-23 jaar oud met borderlineproblematiek en zijn daarom geëxcludeerd. Vanwege het publicatietype (geen wetenschappelijk artikel) zijn 163 artikelen geëxcludeerd. In 75 artikelen stond het gebruik van medicatie als behandeling centraal en zijn daarom niet meegenomen in het onderzoek. Tijdens het selectieproces zijn nog 124 duplicaten van artikelen gevonden en dus geëxcludeerd. Van 31 artikelen kon geen (volledige) toegang tot het artikel gegeven worden, waarna deze artikelen zijn geëxcludeerd. Verder hadden 29 artikelen betrekking op crisis-, ziekenhuis, en/of residentiele opnames en hadden 25 artikelen een focus op suïcidaliteit. Deze artikelen zijn niet meegenomen in het onderzoek. Ten slotte waren 17 artikelen van zichzelf al een literatuurstudie, deze artikelen zijn ook geëxcludeerd. Er is wel gekeken of deze literatuurstudies bruikbare bronnen bevatten, maar dat was niet het geval. Wanneer er een bruikbaar artikel gevonden werd, is er daarnaast via aangehaalde literatuur in dit artikel naar nieuwe literatuur gezocht. De sneeuwbalmethode. Hieruit kwam geen nieuwe bruikbare wetenschappelijk literatuur naar voren. In totaal zijn er 21 artikelen meegenomen in deze systematische literatuurstudie.

Om het selectieproces weer te geven is gebruik gemaakt van de PRISMA-methode (Liberati et al., 2009). Het overzicht van het selectieproces is te vinden in Figuur 1. Daarnaast is de checklist van de PRISMA-methode gehanteerd om op transparante wijze de

geïnccludeerde artikelen te rapporten. De geïnccludeerde literatuur is thematisch geanalyseerd volgens het stappenplan van Verhoeven (2020).

De eerste stap was verkenning. Er is een tabel gemaakt waarin van elk geïnccludeerd artikel de auteur(s), de publicatiedatum, de onderzoeksmethode, de doelgroep, de onderzochte behandelmethode en -vorm, de kenmerken, de effectiviteit en de kwaliteit beschreven is. Deze is te vinden bij de resultaten. De kwaliteit van de artikelen is beoordeeld door middel van de *Critical Review-Form-Quantitative Studies* (Law et al., 1998). Dit is een lijst met zestien items waaraan een wetenschappelijk artikel moet voldoen. Wanneer een artikel voldeed aan een item werd er één punt toegekend. In totaal waren er dus zestien punten te behalen. Uit het aantal behaalde punten kon afgeleid worden wat de kwaliteit van een artikel was (Houwen et al., 2009). Een artikel met zeven punten of minder werd beschouwd als een artikel met weinig kwaliteit. Een artikel met acht tot twaalf punten als een artikel met gemiddelde kwaliteit en een artikel met twaalf of meer punten als een artikel met hoge kwaliteit.

De tweede stap was coderen. Van elk artikel is gecodeerd welke behandelmethode en welke behandelvorm er gebruikt is. Met behandelmethode werd de gekozen interventie bedoeld (bijvoorbeeld schematherapie) en met behandelvorm of de interventie individueel, groepsgewijs of als combinatie hiervan gegeven werd. Daarnaast zijn belangrijke kenmerken/omstandigheden van de doelgroep en het onderzoek gecodeerd. Hierbij kon gedacht worden aan persoonskenmerken zoals het geslacht van de participanten en of er sprake was van comorbiditeit met andere stoornissen, maar ook aan onderzoekskenmerken als de setting en duur van de behandeling.

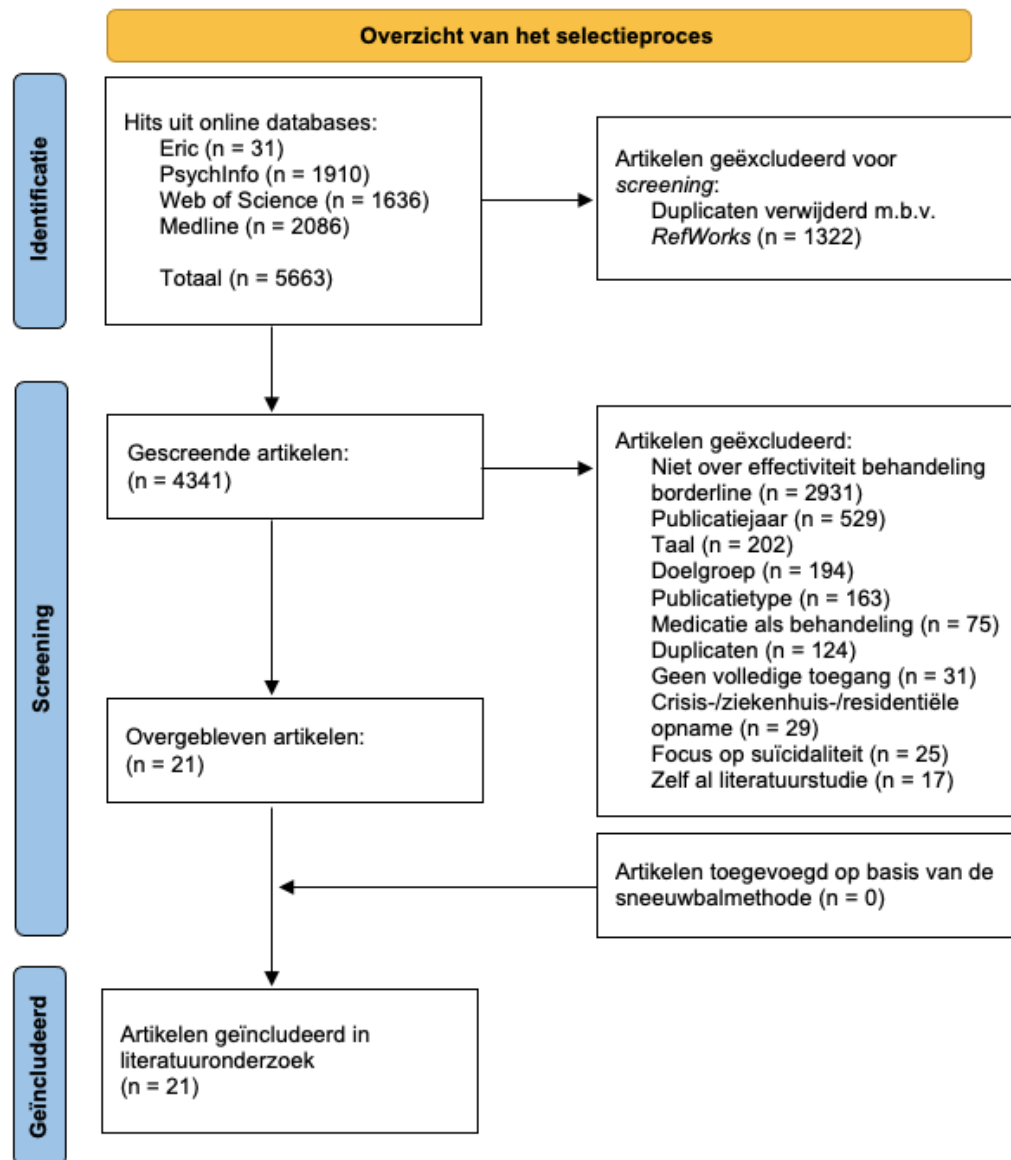
In de volgende stap werden deze codes gethematiseerd. De artikelen zijn zowel per behandelmethode als per behandelvorm gethematiseerd en geanalyseerd. Artikelen die over dezelfde behandelmethode gingen (bijvoorbeeld schematherapie) zijn samengenomen onder hetzelfde thema (in dit geval dus het thema schematherapie). Eerst is er een overzicht gemaakt welke behandelmethodes op effectiviteit zijn onderzocht en om hoeveel artikelen dit gaat. Vervolgens is per behandelmethode gekeken wat de effectiviteit van de behandelmethode is en welke behandelvormen zijn onderzocht. Ten slotte is beschreven van welke kenmerken en omstandigheden er sprake was in de gebruikte onderzoeken.

Aangezien dit onderzoek een masterthese betreft, is de literatuur door slechts één persoon gezocht en geanalyseerd. Om de betrouwbaarheid te vergroten en de repliceerbaarheid van het onderzoek te waarborgen is er tijdens het selectieproces een logboek bijgehouden (zie Bijlage). Deze masterthese dient als vooronderzoek voor een grotere studie waarin in de praktijk onderzocht wordt of bij adolescenten met beginnende

borderlineproblematiek individuele schematherapie effectiever is of schematherapie in groepsverband.

Figuur 1

Overzicht van het Selectieproces



Resultaten

In totaal zijn er 21 artikelen geïncludeerd in deze systematische literatuurstudie. Hiervan gaan negen artikelen over Dialectische Gedragstherapie (DBT-A), zeven artikelen over Mentalization-Based Treatment (MBT-A), twee over Schematherapie (SFT-A), één over Emotie Regulatie Training (ERT), één over Adolescent Identity Treatment (AIT), één over Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) en één over Helping Young People Early (HYPE). Alle onderzoeken zijn uitgevoerd in Westerse landen, te weten: de Verenigde Staten van Amerika, Nederland, Ierland, Australië, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Canada en Denemarken. Daarnaast zijn alle geïncludeerde artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit (Law et al., 1998; Houwen et al., 2009). Een overzicht van de geïncludeerde artikelen is te zien in Tabel 2. Per behandelmethodede zullen de behandelvorm, effectiviteit en kenmerken van de geïncludeerde artikelen beschreven worden.

Dialectische Gedragstherapie (DBT-A)

Over Dialectische Gedragstherapie (DBT-A) zijn negen artikelen gevonden waarin de effectiviteit van DBT-A is onderzocht (Buerger et al., 2019; Khalid-Khan et al., 2016; Lakeman et al., 2021; Lyng et al., 2020; Rathus et al., 2015; Schmeck et al., 2022; Swales et al., 2016; Uliaszek et al., 2014 & Van der Hout et al., 2022). In alle artikelen, behalve die van Khalid-Khan et al. (2016), was sprake van een combinatie van individuele en groepstherapie. In het artikel van Khalid-Khan et al. werd enkel groepstherapie aangeboden. In vijf artikelen werd de effectiviteit onderzocht door middel van een niet-experimenteel veranderingsonderzoek, in twee artikelen met een niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek en in twee artikelen met een quasi-experimenteel veranderingsonderzoek. In alle studies was het merendeel van de deelnemers vrouwelijk (78% - 95,7%). Na behandeling met DBT-A werden in alle artikelen positieve effecten gemeten. Ten eerste zorgde DBT-A voor een significante afname van het aantal borderlinekenmerken en een significante vermindering van de ernst van borderlinekenmerken in alle geïncludeerde studies die dit onderzochten (Buerger et al., 2019; Lakeman et al., 2016; Lyng et al., 2016; Schmeck et al., 2022; Uliaszek et al., 2014 & Van der Hout et al., 2022). Dit lieten zowel metingen direct na afronding van de behandeling als metingen één en twee jaar na afronding van de behandeling zien. Het aantal wekelijkse individuele sessies varieerde tussen de 16 en 25, het aantal groepsessies tussen de 16 en 24. In de onderzoeken met het lagere aantal sessies duurden de sessies langer dan in de onderzoeken waar een hoger aantal sessies plaatsvond. In alle onderzoeken was de totale behandeltime dus

ongeveer gelijk. Wel verschilde de periode waarover de behandeling plaatsvond door de verschillende duur van de sessies. Het aantal weken dat er behandeling plaatsvond varieerde tussen de 15 en 25 weken. Dit had echter geen invloed op de resultaten. Wat opviel in het onderzoek van Uliaszek et al. (2014) is dat adolescenten zelf niet vonden dat hun borderlinekenmerken verminderd waren terwijl dit uit verschillende meetinstrumenten wel naar voren kwam. In twee studies vonden naast de individuele en groepstherapie nog vijf tot acht familiesessies plaats (Buerger et al., 2019; Schmeck et al., 2022). In de studies waarin familiesessies plaatsvonden, werden dezelfde resultaten gevonden als in de studies waarin geen familiesessies plaatsvonden. Naast vermindering van de borderlineproblematiek zorgde DBT-A voor significante vermindering van het aantal suïcidepogingen (Buerger et al., 2019) en niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) (Buerger et al., 2019; Schmeck et al., 2022). Het aantal ziekenhuisbezoeken en -opnames daalde ook significant (Lakeman et al., 2021). De mate van depressieve gevoelens verminderde wel, maar niet significant (Schmeck et al., 2022). Verder vonden Khalid-Khan et al. (2016) een hoge effectgrootte voor de vermindering van angstproblematiek en een gemiddelde effectgrootte voor de vermindering van verstorend gedrag, emotionaliteit en hyperactiviteit. Bovendien verminderde internaliserend en externaliserend gedrag significant (Uliaszek et al., 2014; Van der Hout et al., 2022). Van der Hout et al. (2022) toonden daarnaast aan dat het aantal passieve copingmechanismes significant afnam en het zelfbeeld significant verbeterde. Ten slotte verhoogde de kwaliteit van leven na behandeling met DBT-A met 40% (Swales et al., 2016). Lyng et al. (2020) hebben DBT-A vergeleken met DBT onder adolescenten met borderlineproblematiek. DBT-A zorgt onder adolescenten voor positievere resultaten dan DBT. Adolescenten die behandeld werden met DBT-A hadden een sterkere vermindering van het aantal borderlinekenmerken en de ernst hiervan. Voor de vermindering van suïcideneigingen en gevoelens van hopeloosheid maakte het niet uit of adolescenten behandeld werden met DBT-A of DBT. Rathus et al. (2015) hebben het effect van de toevoeging van The Middle Path Module aan DBT-A onderzocht. Deze module werd door deelnemende adolescenten als erg helpend gezien. Met name de validatie werd als prettig ervaren, namelijk door 49% van de adolescenten.

Mentalization-Based Treatment (MBT-A)

Over Mentalization-Based Treatment (MBT-A) zijn zeven artikelen gevonden waarin de effectiviteit van MBT-A is onderzocht (Andersen et al., 2021; Beck et al., 2020; Bo et al., 2016; Griffiths et al., 2019; Jørgensen & Storebø et al., 2020; Jørgensen & Bo et al., 2021 & Simonsen et al., 2021). In alle artikelen was sprake van groepsbehandeling. In vier artikelen

werd de effectiviteit onderzocht door middel van een Randomized Controlled Trial, in twee artikelen door middel van een niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek en in één artikel door middel van een niet-experimenteel veranderingsonderzoek. Het grootste gedeelte van de deelnemende adolescenten was vrouwelijk (77,3% - 100%). De artikelen van Jørgensen & Storebø et al. (2020) en Simonsen et al. (2021) zijn follow-up studies van het onderzoek dat Beck et al. (2020) hebben uitgevoerd. Jørgensen & Storebø et al. (2020) hebben na drie en twaalf maanden een follow-up meting uitgevoerd. Simonsen et al. (2021) hebben dit na twee jaar gedaan. De behandeling in het artikel van Beck et al. (2020) bestond uit 37 groepsessies van 90 minuten. Daarnaast kregen ouders, apart van de adolescenten, ook 6 behandelingsessies. Adolescenten mochten deelnemen aan het onderzoek als zij tussen de 14 en 17 jaar oud waren en minimaal vier kenmerken van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hadden. Medicatiegebruik tijdens het onderzoek was toegestaan. In het onderzoek van Beck et al. (2020) is MBT-A vergeleken met reguliere behandeling (Treatment As Usual/TAU). TAU bestond uit minimaal 1 individuele sessie per maand waarin gebruik werd gemaakt van psycho-educatie en advies werd gegeven aan de adolescent. Het aantal sessies per maand werd besloten aan de hand van de behoefte van de adolescent. Hier zijn geen gegevens van bijgehouden. Ouders mochten ook aansluiten bij de behandeling. In de MBT-A-groep stopten meer adolescenten vroegtijdig met behandeling dan in de TAU-groep, 56% tegenover 25%. Redenen hiervoor waren verhuizing (alleen in de MBT-A-groep), verandering van behandelaar en een diagnose schizofrenie waardoor zij niet langer mochten deelnemen in het onderzoek. In zowel de MBT-A-groep als de TAU-groep verminderde het aantal borderlinekenmerken significant, maar niet klinisch relevant. Hierin was MBT-A niet superieur aan TAU. Naast het aantal borderlinekenmerken was er ook een vermindering te zien in de mate van depressieve gevoelens, externaliserende problemen en internaliserende problemen. Ten slotte verhoogde het sociaal functioneren van de adolescenten. Op alle gebieden is geen significant verschil gevonden tussen de MBT-A- en de TAU-groep. Het aantal borderlinekenmerken bleef drie en twaalf maanden na het einde van de behandeling verder afnemen, nog steeds zonder significant verschil tussen beide groepen (Jørgensen & Storebø et al., 2020). De mate van depressieve gevoelens nam in de TAU-groep na drie maanden verder af. Twaalf maanden na het einde van de behandeling nam de mate van depressieve gevoelens weer toe, de mate van depressieve gevoelens was echter nog wel lager dan gelijk na beëindiging van de behandeling. In de MBT-A-groep nam de mate van depressieve gevoelens drie maanden na behandeling juist toe en twaalf maanden na het beëindigen van de behandeling af tot onder de score gelijk na behandeling. In beide groepen is de mate van depressieve gevoelens een jaar na behandeling

dus verder afgenomen (Jørgensen & Storebø et al., 2020). Externaliserend probleemgedrag neemt volgens de zelfrapportage van adolescenten in beide groepen eerst af en vervolgens weer toe. Wanneer gekeken wordt naar de ouderrapportage gebeurt het tegenovergestelde. Internaliserend probleemgedrag neemt in de MBT-A-groep, zowel volgens de zelfrapportage als de ouderrapportage, eerst toe en daarna weer af. In de zelfrapportage van de TAU-groep neemt internaliserend probleemgedrag eerst af en daarna toe terwijl in de ouderrapportage internaliserend probleemgedrag toeneemt voordat het weer afneemt. Het sociaal functioneren van de adolescenten bleef stijgen in beide groepen. Wederom is op alle gebieden geen significant verschil gevonden tussen de MBT-A-groep en de TAU-groep (Jørgensen & Storebø et al., 2020). Simonsen et al. (2021) hebben twee jaar na beëindiging van de behandeling onderzocht welke factoren mogelijk invloed hebben op de behandeluitkomst. Na twee jaar liet ongeveer de helft van de adolescenten klinisch relevante vermindering van borderlinekenmerken zien, zowel in de MBT-A-groep als de TAU-groep. Adolescenten die naast borderlinekenmerken ook ODD-kenmerken lieten zien, hadden een minder grote kans op klinische verbetering van borderlinekenmerken. Daarnaast hadden adolescenten met minder blootstelling aan fysieke mishandeling in hun kindertijd en een hogere mate van depressieve gevoelens een vergrote kans om klinische verbetering van borderlinekenmerken te laten zien. Hoe meer internaliserend en hoe minder externaliserend probleemgedrag voorkomt bij de adolescenten, hoe hoger de kans op klinische verbetering van borderlinekenmerken (Simonsen et al., 2021). Griffiths et al. (2019) kwamen net als Beck et al. (2020) en Jørgensen & Storebø et al. (2020) tot de conclusie dat MBT-A niet voor betere resultaten zorgt dan reguliere behandeling. Griffiths et al. (2019) hebben adolescenten die twaalf groepssessies (75 minuten) MBT-A met daarnaast reguliere behandeling kregen, vergeleken met adolescenten die slechts reguliere behandeling ontvingen. Beide groepen lieten vergelijkbare vermindering zien op het gebied van borderlinekenmerken, automutilatie, angst en emotieregulatie. Bo et al. (2016) maakten in hun onderzoek geen gebruik van een controlegroep die reguliere behandeling onderging. In deze studie is een groep adolescenten van 15-18 jaar oud met minimaal vier borderlinekenmerken behandeld met veertig groepssessies MBT-A van 90 minuten. De ouders van de deelnemende adolescenten kregen ook behandeling. Na behandeling met MBT-A werd een significante vermindering geconstateerd in het aantal borderlinekenmerken, depressieve gevoelens en automutilatie. Daarnaast werden significante verbeteringen gevonden in de psychopathologie en de relatie tussen ouder en adolescent. In het onderzoek van Beck et al. (2020) beëindigde meer dan de helft van de adolescenten in de MBT-A-groep vroegtijdig de behandeling. Jørgensen & Bo et al. (2021) hebben onderzocht wat voorspellers zijn voor

vroegtijdige beëindiging van MBT-A behandeling en kwamen tot de conclusie dat adolescenten met weinig reflecterend vermogen een verhoogd risico lopen om MBT-A behandeling vroegtijdig te beëindigen. Dit gold niet voor adolescenten die reguliere behandeling volgden. Reflecterend vermogen is daarmee een significante voorspeller voor vroegtijdige beëindiging van MBT-A groepsbehandeling. Andersen et al. (2021) hebben ook onderzocht hoe het kan dat adolescenten vroegtijdig stoppen met hun MBT-A behandeling. Dit hebben zij gedaan door adolescenten die voor het einde van hun behandeling gestopt zijn te interviewen. Redenen die adolescenten gaven om hun behandeling vroegtijdig te beëindigen waren: negatieve ervaringen met de behandelmethode, niet het idee hebben dat de behandeling werkt, zich anders voelen dan de andere groepsleden, verandering van groepsleden, negatief beïnvloed worden door emoties van andere groepsleden en het idee hebben geen behandeling meer nodig te hebben.

Schematherapie (SFT-A)

Over Schematherapie (SFT-A) zijn twee artikelen gevonden waarin de effectiviteit van schematherapie is onderzocht (Roelofs et al., 2016 & Renner et al., 2013). Renner et al. hebben schematherapie in groepsvorm onderzocht terwijl Roelofs et al. schematherapie waarbij zowel individuele als groepsbehandeling gegeven werd, hebben onderzocht. Renner et al. hebben de effectiviteit van groepsschematherapie onderzocht aan de hand van een niet-experimenteel veranderingsonderzoek onder 28 adolescenten van 18-29 (gemiddeld 22,5) jaar oud in behandeling bij PSY-Q. Twee adolescenten zijn vroegtijdig gestopt met de behandeling en daarom niet meegenomen in het onderzoek. Van de deelnemende adolescenten was 65,4% vrouwelijk. Adolescenten met suïcidaliteit, NSSI, fysieke beperkingen en/of agressie werden uitgesloten van deelname aan het onderzoek. Onder de deelnemende adolescenten kwamen naast persoonlijkheidsstoornissen ook stemmings- en angststoornissen voor. De adolescenten volgden achttien wekelijkse groepssessies van 90 minuten, gevolgd door twee boostersessies. Deelnemende adolescenten mochten daarnaast één keer in de drie weken naar een professional om 30 minuten te praten over sociale, financiële, werk of school gerelateerde problemen. Roelofs et al. hebben de effectiviteit van schematherapie onderzocht door middel van een herhaalde casestudie (n=4). In het onderzoek namen drie meiden en één jongen deel. Alle vier de adolescenten waren 16-18 jaar oud, hadden een gestructureerd dagelijks leven (school/werk) en gebruikten medicatie. Comorbide stoornissen onder de deelnemende adolescenten waren identiteitsproblemen, leerstoornissen, depressie, slaapproblemen, eet- en/of stemmingsstoornissen. De adolescenten volgden gedurende een jaar wekelijks een groepssessie

en één à tweewekelijkse individuele sessies. Bovendien kregen ouders/verzorgers elke twee weken een groepstraining over de werking van schematherapie, inzicht in hun eigen schema's en hoe deze schema's kunnen botsen met die van hun kind. Daarnaast kregen ouders/verzorgers training in hoe zij emoties kunnen coachen en hulp om emotionele momenten te gebruiken om meer verbonden te zijn met hun kind. In het artikel van Renner et al. was er sprake van een voor-, midden- en nameting met verschillende meetinstrumenten. Renner et al. hebben gekeken naar symptomatische spanningen, coping mechanismes en maladaptieve schema's van adolescenten. In het artikel van Roelofs et al. was er alleen sprake van een voor- en nameting. De deelnemende adolescenten en hun ouders/verzorgers hebben een aantal vragenlijsten ingevuld met betrekking tot de kwaliteit van leven, psychopathologische symptomen, coping mechanismes en maladaptieve schema's. De meeste adolescenten lieten positieve verandering zien op het gebied van kwaliteit van leven, psychopathologie, coping mechanismes en maladaptieve schema's. Hierbij viel wel op dat ouders/verzorgers veelal een positievere verandering rapporteerden dan de adolescenten zelf. Wellicht komt dit door de aanwezigheid van internaliserende problematiek, wat vanaf de buitenkant lastig te zien is voor ouders. In het artikel van Renner et al. verbeterden coping mechanismes en maladaptieve schema's ook. Er was sprake van een significant verschil met hoge effectgrootte. Maladaptieve schema's werden in dit onderzoek gemodereerd door leeftijd. Mogelijk zijn maladaptieve schema's bij jongere personen meer flexibel en veranderbaar gedurende behandeling dan bij oudere personen. Daarnaast werd er een significante vermindering gevonden in symptomatische spanningen. Ten slotte werd in het artikel van Roelofs et al. een significant verbetering gevonden voor de gevoeligheid en responsiviteit van ouders/verzorgers naar hun kinderen gelijk na afronding van de behandeling. Het betrekken van ouders/verzorgers bij de behandeling lijkt hierom wenselijk.

Emotie Regulatie Training (ERT)

Over Emotie Regulatie Training (ERT) is één artikel gevonden. Schuppert et al. (2012) hebben de effectiviteit van ERT onderzocht onder 109 adolescenten van 14-19 jaar oud met minimaal twee kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De gemiddelde leeftijd was 15,98 jaar met een standaarddeviatie van 1,22. Gemiddeld hadden deelnemende adolescenten 6,19 borderlinekenmerken, waarvan het minste aantal drie was en het meeste aantal negen. Van de deelnemende adolescenten was 96% vrouwelijk. Voorkomende comorbide stoornissen onder de deelnemende adolescenten waren angststoornissen, stemmingsstoornissen en/of ADHD. Adolescenten mochten niet deelnemen aan het onderzoek indien er sprake was van een psychotische stoornis en/of een verslaving. Medicatiegebruik

gedurende het onderzoek was wel toegestaan. Schuppert et al. hebben de effectiviteit van ERT onderzocht door middel van een Randomized Controlled Trial. De ene groep kreeg zeventien wekelijkse groepstrainingen ERT naast hun reguliere behandeling. Elke groepstraining duurde 105 minuten. Na de groepstrainingen vonden er na zes en twaalf weken nog boostersessies plaats. De andere groep (controlegroep) kreeg alleen reguliere behandeling aangeboden (Treatment As Usual/TAU). TAU bestond uit medicijngebruik, individuele behandeling, familietherapie en coaching. De individuele behandeling bestond vooral uit elementen van cognitieve gedragstherapie. Tussen beide groepen zijn geen significante verschillen gevonden met betrekking tot medicatie-, drugs- en alcoholgebruik. De participanten zijn verkregen uit vier Noord-Nederlandse hulpverleningsinstanties. De handleiding van ERT is zeer gestructureerd zodat er minimale verschillen in behandeling ontstaan tussen instanties. Er zijn geen significante verschillen in behandelcondities geconstateerd tussen de deelnemende instanties. Bij zowel de ERT- als de TAU-groep zijn een voor- en nameting verricht. Bij de ERT-groep vond zes maanden na behandeling ook een follow-up meting plaats. Bij de TAU-groep is geen follow-up meting geweest aangezien deze groep ook het recht kreeg om ERT te volgen na de oorspronkelijke ERT-groep. Een eventuele follow-up meting zou dan niet meer betrouwbaar zijn. Om de effectiviteit van ERT te onderzoeken zijn verschillende meetinstrumenten gebruikt. Er zijn zowel interviews als vragenlijsten afgenomen bij de adolescenten. Meetinstrumenten gebruikt in het onderzoek van Schuppert et al zijn de BPDSI-IV, de SCID-II BPD, de Symptoms Checklist-90-R, de Youth Quality of Life Research Version, de Life Problems Inventory, de Multidimensional Emotion Regulation Locus of Control, de Childrens Depression Inventory en de Swanson, Nolan & Pelham Rating Scale. Zowel de ERT- als de TAU-groep lieten verbetering zien op bijna alle onderzochte gebieden, waaronder instabiliteit en borderlinekenmerken. De kwaliteit van leven (Youth Quality of Life Research Version) is het enige onderdeel waarop geen verbetering te zien was. De effecten zijn gemeten met en zonder het includeren van de drop-outs. Hier zat echter geen verschil in. Er zijn geen significante verschillen gevonden in de verbetering tussen de ERT- en de TAU-groep. Drop-outs hadden bij de voormeting minder kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en een hogere kwaliteit van leven vergeleken met de adolescenten die de behandeling wel voltooid hebben. Meer depressieve symptomen bij de voormeting hing samen met een mindere verbetering in het aantal symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Evenals een verleden van geweld en/of misbruik. Uit het onderzoek kwam daarnaast naar voren dat 55% van de deelnemende adolescenten fysiek en/of seksueel geweld heeft meegemaakt. Het aantal familiesessies dat adolescenten in de TAU-groep ondergingen, had geen effect op de

uitkomsten. Het effect van ERT gelijk na de behandeling is gemiddeld en het effect zes maanden na het beëindigen van de behandeling gemiddeld tot hoog. Ondanks het gemiddelde tot hoge effect van ERT hadden veel adolescenten nog wel last van borderlineproblematiek na behandeling (67%). De ERT-groep gaf aan dat behandeling samen met leeftijdsgenoten zorgde voor een hoge motivatie om naar de behandeling te blijven komen.

Adolescent Identity Treatment (AIT)

Over Adolescent Identity Treatment (AIT) is één artikel gevonden. Schmeck et al. (2022) hebben de effectiviteit van AIT onderzocht onder 60 adolescenten van 13-19 jaar met minimaal 3 kenmerken van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De gemiddelde leeftijd was 15,8 jaar met een standaarddeviatie van 1,35. Van de deelnemende adolescenten was 93% vrouwelijk. Het gebruik van medicatie tijdens de behandeling was toegestaan. Depressie en NSSI konden comorbide voorkomen onder de adolescenten met borderlineproblematiek. Adolescenten mochten niet deelnemen aan het onderzoek indien er sprake was van een psychose, een verslaving, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of noodzaak tot opname. In het onderzoek wordt AIT vergeleken met DBT-A. Het betreft een quasi-experimenteel onderzoek. Welke behandelmethode een adolescent kreeg, hing af van de instantie waar zij behandeling ondergingen. Adolescenten behandeld in het ene psychiatrisch ziekenhuis voor kind en jeugd kregen AIT (n=23). Adolescenten behandeld in een ander psychiatrisch ziekenhuis voor kind en jeugd kregen DBT-A (n=37). De AIT- en DBT-A-groep kwamen redelijk overeen. Er was een significant verschil in leeftijd (de AIT-groep was gemiddeld 8,5 maand ouder) en een significant verschil in NSSI (hoger in DBT-A-groep). Alle adolescenten kregen 25 individuele sessies van AIT of DBT-A in zes tot acht maanden tijd. De DBT-A-groep kreeg daarnaast twintig groepsessies, waarbij de module Walking the Middle Path is toegevoegd. Daarnaast vonden in beide groepen vijf tot acht familiesessies plaats, gemiddeld na elke vier individuele sessies. Er waren vier meetmomenten: voor behandeling, na behandeling, en twee nametingen (na één en twee jaar). De hoofduitkomst die Schmeck et al. wilden meten was psychosociaal functioneren, gemeten met de Duitse versie van de Children's Global Assessment Scale (C-GAS). Daarnaast werd de Columbia Impairment Scale (CIS-Y, CIS-P) afgenomen bij ouders en adolescenten om te meten wat zij zelf van het psychosociaal functioneren vinden. Verder zijn de volgende secundaire uitkomsten gemeten: borderline kenmerken (gemeten met SCID-II), persoonlijk functioneren (gemeten met Levels of Personality Functioning Questionnaire voor de leeftijd 12-18), identiteit (gemeten met AIDA),

automutilatie en suïcidaliteit (gemeten met Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview), depressie (gemeten met Beck Depression Inventory), emotionele en gedragsproblemen (gemeten met Strengths and Difficulties Questionnaire) en de intelligentie (indien er nog geen WISC-IV was afgenomen werd de korte versie hiervan gebruikt of de Reynolds Intellectual Assessments Scales). Adolescenten werden als drop-out gezien als zij minder dan dertien sessies hadden bijgewoond of als zij langer dan twee weken dagbehandeling nodig hadden. In totaal waren er zestien drop-outs (zes in de AIT-groep en tien in de DBT-A-groep). De analyse van de resultaten is zowel gedaan met alle deelnemers (inclusief drop-outs) als met alleen degenen die de behandeling volbracht hebben. Bij de laatste nameting werden bij beide behandelmethodes significante verbetering van het psychosociaal functioneren geconstateerd ten opzichte van de voormeting. Dit had een hoge effectgrootte. De secundaire uitkomsten, op suïcide na, zijn ook allemaal significant verbeterd. De verbetering van depressie en persoonlijk functioneren was beter in AIT-groep. De verbetering van NSSI was hoger in DBT-A-groep. AIT is significant beter in het verminderen van borderlinekenmerken dan DBT-A. Dit is opvallend aangezien de AIT-groep minder behandeling onderging doordat zij alleen individuele therapie kregen.

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

Over Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) is één artikel gevonden. Llorens Ruiz et al. (2020) hebben de effectiviteit van STEPPS onderzocht door middel van een niet experimenteel veranderingsonderzoek onder 21 adolescenten van 13-17 jaar oud met kenmerken of een diagnose van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De gemiddelde leeftijd was 15,5 jaar met een standaarddeviatie van 1,2. Van de deelnemende adolescenten was 90,5% vrouwelijk. Bij iets meer dan de helft van de deelnemers was officieel een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vastgesteld, de rest had kenmerken van. Het gebruik van medicatie naast STEPPS was toegestaan. Adolescenten werden uitgesloten van deelname indien zij naast borderline(kenmerken) een psychotische en/of bipolaire stoornis hadden. Het doel van dit onderzoek was om te kijken in hoeverre STEPPS de emotionele instabiliteit van adolescenten met (kenmerken van) een borderlinepersoonlijkheidsstoornis kan verbeteren. De adolescenten ontvingen 20 STEPPS-sessies in groepsvorm als aanvulling op de individuele behandeling die zij al volgden. Om de drie weken vond er individuele behandeling plaats. De deelnemende adolescenten zijn verkregen uit geestelijke gezondheidszorginstanties voor kind en jeugd in Reus en Tarragona, Spanje. In dit onderzoek vonden er verschillende voor- en nametingen plaats om de verandering in kenmerken en ernst van de

borderlinepersoonlijkheidsstoornis in kaart te brengen. Gebruikte meetinstrumenten hiervoor waren de Diagnostic Interview for Borderline Disorder-Revised (DIB-R), de Personality Inventory for Adolescents (PAI-A), de Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), de Global Clinical Impression Scale of Severity Illness (CGI-GI) en de Global Clinical Impression Scale of Global Improvement (CGI-GI). Daarnaast vond er aan het begin van elke STEPPS-sessie een meting plaats die de emotionele instabiliteit in kaart bracht. Dit werd gedaan met de Borderline Estimate Severity over Time (BEST). Vier adolescenten zijn vroegtijdig gestopt met de behandeling. Het aantal adolescenten met een officiële diagnose is verminderd van 52,4% naar 28,6%. De PAI-A liet geen verbetering zien. De impulsiviteit van deelnemende adolescenten is wel verminderd, maar niet significant. Hetzelfde geldt voor de emotionele instabiliteit. Behandelaars gaven aan dat 71,4% van de adolescenten een verbetering heeft laten zien, waarvan 47,6% een lichte verbetering en 23,8% een gemiddelde tot hoge verbetering. Bovendien kan een groepsbehandeling indirect helpen om de behandelopkomst te vergroten. STEPPS is goed in te zetten voor beginnende borderlineproblematiek. Toevoeging van STEPPS aan de reguliere behandeling helpt de emotieregulatie van adolescenten verbeteren. De resultaten moeten echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden vanwege het ontbreken van een controlegroep.

Helping Young People Early (HYPE)

Over Helping Young People Early (HYPE) is één studie gevonden. Chanen et al. (2022) hebben de effectiviteit van HYPE onderzocht door drie vormen van individuele behandeling met elkaar te vergelijken onder 139 adolescenten van 15-25 jaar oud met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De gemiddelde leeftijd in het onderzoek was 19,1 jaar met een standaarddeviatie van 2,8. Van de deelnemende adolescenten was 80,6% vrouwelijk. Adolescenten mochten niet meedoen aan het onderzoek wanneer zij al eerder behandeling voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis hadden ontvangen. Daarnaast mochten adolescenten niet deelnemen indien er sprake was van een psychotische, bipolaire en/of schizofrene stoornis. Voorkomende comorbide stoornissen onder de deelnemende adolescenten waren stemmingsangst-, eet-, posttraumatische stress- en/of somatoforme stoornissen. De drie behandelingen die onderzocht zijn in de studie waren HYPE in combinatie met Cognitive Analytic Therapy (CAT), HYPE in combinatie met Befriending en een reguliere behandeling (TAU) in combinatie met Befriending (verdeling 46-46-47). Bij Befriending praten de behandelaar en de cliënt over neutrale onderwerpen als sport en school en niet over emotioneel geladen

onderwerpen als emoties en problemen. Dit is gedaan door middel van een Randomized Controlled Trial. De behandeling bestond uit zestien CAT of Befriending sessies. Wanneer adolescenten minimaal acht sessies hadden volbracht werden zij gezien als adolescenten die de behandeling hebben afgemaakt. Bij de deelnemende adolescenten is een voormeting afgenomen en een nameting drie, zes, twaalf en achttien maanden na start van de behandeling. Adolescenten in het onderzoek zijn verkregen via overheidsinstanties voor mentale gezondheid in West en Noordwest Melbourne, Australië. De primaire uitkomst gemeten in dit onderzoek was psychosociaal functioneren, gemeten met de Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Version en de Social Adjustment Scale Self-report. Secundaire uitkomsten die onderzocht zijn waren borderlinekenmerken, suïcidaliteit, NSSI, depressie, middelenmisbruik en cliënttevredenheid. Het aantal adolescenten dat vroegtijdig met de behandeling is gestopt verschilde niet significant per groep. In alle drie de groepen blijft de primaire uitkomst (psychosociaal functioneren) bij elke nameting verbeteren. Een jaar na start van de behandeling is het psychosociaal functioneren in alle drie de groepen met 20% verbeterd. Secundaire uitkomsten blijven ook verbeteren en zijn na een jaar allemaal verbeterd met 40,7% - 52,7% op middelenmisbruik en cliënttevredenheid na. De groepen met HYPE werden niet superieur bevonden aan de algemene behandeling + Befriending op het gebied van interpersoonlijke problematiek en sociaal aanpassingsvermogen. Wel hadden adolescenten toegewezen aan een HYPE-groep significant meer contactmomenten met hun behandelaar en volbrachten zij de behandeling vaker. Hierbij was de opkomst van de HYPE-CAT-groep hoger dan de opkomst van de HYPE + Befriending-groep. De hogere behandelopkomst en behandelvolbrenging hadden echter geen voordeel in de vermindering van borderlinekenmerken. De twee groepen met Befriending in hun behandelmethode boekten een significant betere vooruitgang op het gebied van suïcidaliteit ten opzichte van de HYPE-CAT-groep. In de HYPE-CAT-groep zaten meer adolescenten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dit kan de effectiviteit van HYPE-CAT negatief beïnvloed hebben. Adolescenten vonden HYPE niet stigmatiserend en het voldeed aan hun verwachtingen en die van hun familie. Essentiële aspecten van effectieve behandeling voor adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis lijken psycho-educatie en behandeling voor bijkomende functionele, fysieke en psychopathologische moeilijkheden te zijn.

Tabel 2*Overzicht van de Geïnccludeerde Artikelen*

Auteur & Datum	Methode	Doelgroep	Behandelmethode	Behandel-vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Buerger, A. et al. (2019)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	12-17 (n = 72) Minimaal 3 kenmerken van bpd	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> 25 individuele sessies (50 minuten), 20 groepssessies (120 minuten) en 6 familiesessies <u>Exclusiecriteria:</u> suïcide-neigingen, bipolaire stoornis en/of schizofrenie <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig (21 personen) <u>Comorbiditeit:</u> bij 94,5% was er sprake van comorbiditeit <u>Overig:</u> 91,7% was vrouw. 87,5% had een diagnose bpd de rest had kenmerken van bpd	Significante afname in het aantal bpd kenmerken en een significante vermindering van de ernst van elk bpd kenmerk. Significante vermindering van suïcidepogingen en NSSI Cohen's d: 0.88 voor bpd kenmerken en 0.99 voor suïcidepogingen en NSSI → groot effect	13
Khalid-Khan, S. et al. (2016)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	Gem.16,86 (n = 7) Diagnose of kenmerken van bpd	Dialectische Gedragstherapie	Groep	<u>Duur:</u> 15 weken (2,5 uur per sessie), 6 sessies alleen voor ouders <u>Exclusiecriteria:</u> verslaving, psychose en/of strafblad <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> comorbiditeit met eetstoornis, angststoornis en/of stemmingsstoornis. <u>Overig:</u> voor behandeling al 8 weken groep distress-tolerance	Hoge effectgrootte voor de vermindering van angstproblematiek. Gemiddelde effectgrootte voor de vermindering van verstorend gedrag, emotionaliteit en hyperactiviteit Cohen's d: 1.08 voor angst → groot effect 0.77 verstorend gedrag →	10

					skill building gehad. Voor de start van elke sessie een check-in om met groepsgenoten te kunnen praten hoe het die week is gegaan.	middelgroot effect 0.64 emotionaliteit → middelgroot effect 0.57 hyperactiviteit → middelgroot effect	
Lakeman, R. et al. (2021)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	15-25 (n = 22) Diagnose bpd	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> Groepsessie 3 uur per week voor 20 weken. Elke week ook een individuele sessie. <u>Exclusiecriteria:</u> onbekend <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> sociale angststoornis <u>Overig:</u> 81,8% vrouw.	Significante vermindering in het aantal bpd kenmerken bij adolescenten die minimaal 12 weken in behandeling waren en significant minder ziekenhuisbezoek en -opnames Cohen's d: 0.95 voor bpd kenmerken → groot effect	12
Lyng, J. et al. (2020)	Quasi-experimenteel onderzoek	18-25 (n = 37) Diagnose bpd	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> 24 weken 1 uur individuele therapie en 2,5 uur groepstherapie <u>Exclusiecriteria:</u> psychotische stoornis <u>Medicatie:</u> 70,8% - 84,6% gebruikt medicatie Comorbiditeit: eetstoornis, PTSS en/of verslaving <u>Overig:</u> 78,4% was vrouw. Iets meer dan de helft heeft een suïcidepoging gedaan en ongeveer 70% doet aan NSSI	Betere uitkomsten gevonden in de DBT-A groep dan de DBT-groep. Hogere vermindering bpd kenmerken en psychopathologie in DBT-A groep. Geen verschil in suïcide-neigingen en gevoelens van hopeloosheid tussen groepen na behandeling Partial eta squared (η^2): 0.16 voor bpd kenmerken in DBT-A groep → groot effect	12
Rathus, J. et	Niet-	Adolescente	Dialectische	Combinatie	<u>Duur:</u> wekelijks individuele	Middle Path skills werden door	11

al. (2015)	experimenteel kwaliteitsonderzoek	n en hun ouders (n = 50) Minimaal 3 kenmerken van bpd	Gedragstherapie, onderdeel Middle Path Module	sessie	<u>Exclusiecriteria:</u> psychotische stoornis en/of verslaving <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 78% was vrouw. Ouders namen deel aan groepsessies	participanten gezien als erg helpend. Toevoegen van Middle Path Module aan DBT-A is raadzaam. Vooral de validatie werd als erg prettig ervaren binnen de Middle Path Module, namelijk door 49%	
						Geen effect size gerapporteerd	
Schmeck, K. et al. (2022)	Quasi-experimenteel onderzoek	13-19 (n = 60) Minimaal 3 kenmerken van bpd	Dialectische Gedragstherapie & Adolescent Identity Treatment	DBT-A: combinatie AIT: individueel	<u>Duur:</u> 25 wekelijkse individuele sessies, 5-8 familiesessies. DBT-A groep nog 20 groepsessies erbij <u>Exclusiecriteria:</u> psychotische stoornis, verslaving, antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of noodzaak tot opname voor behandeling <u>Medicatie:</u> medicatie toegestaan <u>Comorbiditeit:</u> depressie en NSSI <u>Overig:</u> 93% was vrouw	Beide behandelmethodes zorgden voor significante verbetering van borderlineproblematiek, maar AIT wel betere resultaten. Alleen in de AIT-groep was significante vermindering van depressie. AIT ook beter in het verbeteren van persoonlijk functioneren. DBT-A was beter voor het verminderen NSSI	14
						Cohen's d: 1.78 bpd kenmerken AIT-groep → zeer groot effect 0.76 bpd kenmerken DBT-A groep → middelgroot effect 1.27 depressie AIT-groep → groot effect	
Swales, M. et al. (2016)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14-18 (n = 43) Minimaal 5	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> ongeveer 25 weken <u>Exclusiecriteria:</u> onbekend <u>Medicatie:</u> onbekend	Adolescenten met bpd kenmerken hebben bij de start van behandeling een lagere kwaliteit	11

	zoek	kenmerken van bpd			<u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 86,8% was vrouw	van leven dan volwassenen met bpd en adolescenten met depressie. De kwaliteit van leven verhoogt met 40% na behandeling. Cohen's d: 1.00 kwaliteit van leven → groot effect	
Uliaszek, A. et al. (2014)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	13-17 (n = 13) Kenmerken van bpd	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> 16 weken behandeling van 2 uur <u>Exclusiecriteria:</u> ontwikkelingsstoornis <u>Medicatie:</u> 55% gebruikte medicatie <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 84,6% was vrouw. Ouders namen deel aan groepssessies	Significante vermindering in bpd kenmerken en internaliserende en externaliserende problematiek. Bij de zelfrapportage van adolescenten kwam geen significante vermindering van bpd kenmerken naar voren Cohen's d: 1.04 externaliserend gedrag → groot effect 1.18 internaliserend gedrag → groot effect	13
van der Hout, R. et al. (2022)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	13-21 (n = 153) Minimaal 3 kenmerken van bpd gedurende een jaar	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> 16-24 weken, 2 sessies per week (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> IQ < 85, geen beheersing Nederlandse taal <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> co-interventie was toegestaan bij ernstigere	Significante vermindering ernst bpd kenmerken, passieve coping mechanismes, internaliserende en externaliserende problematiek en een significante verbetering van het zelfbeeld Geen effect size gerapporteerd	12

					gevallen. 95,7% was vrouw.		
Andersen, C. et al. (2021)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14-17 (n = 10) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> Oorspronkelijk 40 sessies van 90 min, maar aangezien artikel over drop-outs gaat hebben zij minder dan 40 sessies gevolgd. 40% stopte voor 10 ^e behandeling, 50% voor 20 ^e en 10% voor 30 ^e . <u>Exclusiecriteria:</u> onbekend <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 100% was vrouw. De groep drop-outs verschilde niet significant van de oorspronkelijke groep op basis van leeftijd en mate van aanwezigheid van problematiek	Redenen dat drop-outs stopten met behandeling waren: negatieve ervaringen met de behandelmethode, niet het idee hebben dat behandeling werkt, zich anders voelen dan de andere groepsleden, verandering van groepsleden, negatief beïnvloed door emoties van anderen en geen behandeling meer nodig hebben	12
Beck, E. et al. (2020)	RCT	14-17 (n = 112) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> MBT-A bestond uit 37 wekelijkse groepssessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> anorexia, psychose, schizofrenie, verslaving en/of andere stoornis dan bpd als 1 ^e diagnose <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> iets meer dan de helft had depressieve episodes	MBT-A is niet superieur aan TAU. Meer personen in MBT-A groep stopten vroegtijdig met behandeling vergeleken met de TAU-groep. Het verschil in voor-en nameting voor beide groepen wel significant beter maar niet klinisch relevant	12
						Geen effect size gerapporteerd	

					<u>Overig:</u> 99% was vrouw. Ouders kregen apart van adolescenten ook behandeling (6 keer)		
Bo, S. et al. (2016)	Niet-experimenteel veranderingsonderzoek	15-18 (n = 34) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> 40 sessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> anorexia, psychose, schizofrenie, antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of verslaving <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 100% was vrouw. Ouders kregen ook behandeling	Significante vermindering van bpd kenmerken, depressieve gedachten en automutilatie. Significant verbeterde psychopathologie en ouder-kind relatie Geen effect size gerapporteerd	12
Griffiths, H. et al. (2019)	RCT	12-18 (n = 53) Afgelopen 6 maanden automutilatie	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> 12 sessie MBT-A (75 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> psychose en/of eetstoornis <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 77,3% was vrouw, 81,8% woonde bij ouders	Zowel MBT-A groep als TAU-groep liet vermindering in automutilatie zien. Angst, emotieregulatie en bpd kenmerken verbeterden ook in beide groepen. MBT-A is niet superieur aan TAU Geen effect size gerapporteerd	13
Jørgensen, M. et al. (2020)	RCT	14-17 (n = 111) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> 37 sessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> anorexia, psychose, schizofrenie, verslaving en/of andere stoornis als 1 ^e diagnose <u>Medicatie:</u> toegestaan indien	Geen significante verschillen tussen MBT-A en TAU. Beide groepen lieten verbetering zien maar ook nog steeds bpd kenmerken en verminderd functioneren. MBT-A is niet	13

					nodig	superieur aan TAU	
					<u>Comorbiditeit:</u> iets meer dan de helft had depressieve episodes	Geen effect size gerapporteerd	
					<u>Overig:</u> 99% was vrouw, ouders kregen ook 6 behandelsessies		
Jørgensen, M. et al. (2021)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14-18 (n = 89) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> 40-42 sessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> psychose, schizofrenie, anorexia, verslaving en/of antisociale persoonlijkheidsstoornis <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 100% was vrouw, ongeveer 50% drop-outs	Adolescenten met weinig reflecterend vermogen hebben een verhoogd risico op vroegtijdige beëindiging van MBT-A maar niet van TAU. Reflecterend vermogen is een significante voorspeller van drop-out in MBT-A	12
Simonsen, E. et al. (2021)	RCT	14-17 (n = 97) Minimaal 4 kenmerken van bpd	Mentalization-Based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> 37 sessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> anorexia, psychose, schizofrenie, verslaving en/of andere stoornis als 1 ^e diagnose <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> iets meer dan de helft had depressieve episodes <u>Overig:</u> 99% was vrouw, ouders kregen ook 6 behandelsessies	Adolescenten met comorbide ODD hadden een minder grote kans om klinische verbetering van bpd kenmerken te laten zien. Adolescenten met minder blootstelling aan fysieke mishandeling en hogere depressieve gevoelens hadden een vergrootte kans om klinische verbetering van bpd kenmerken te laten zien. Meer internaliserend en minder externaliserend gedrag verhogen de kans op verbetering	12

						van bpd	
						Geen effect size gerapporteerd	
Renner, F. et al. (2013)	Niet-experimenteel veranderingsonderzoek	18-29 (n = 28)	Schematherapie	Groep	<p><u>Duur:</u> 18 weken 1 sessie (90 minuten) + 2 booster sessies</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u> suïcide neigingen, NSSI, agressie en fysieke beperkingen (blind & doof)</p> <p><u>Medicatie:</u> niet benoemd</p> <p><u>Comorbiditeit:</u> stemmings- en angststoornissen</p> <p><u>Overig:</u> elke 3 weken mochten adolescenten max. 30 minuten met hun therapeut praten over sociale, financiële, werk- of schoolproblemen. 65,4% was vrouw. 38,5% had kenmerken van pd, de rest een diagnose pd</p>	De klachten van adolescenten verminderden significant. Kortdurende groepsbehandeling lijkt effectief te zijn voor zowel adolescenten met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis als adolescenten met een diagnose	13
Roelofs, J. et al. (2016)	Herhaalde casestudie	16-18 (n = 4)	Schematherapie	Combinatie	<p><u>Duur:</u> gedurende 1 jaar wekelijkse groepsessies en 1 of 2-wekelijkse individuele sessies</p> <p><u>Exclusiecriteria:</u> geen gestructureerd leven (werk of school)</p> <p><u>Medicatie:</u> gebruikt door alle adolescenten</p> <p><u>Comorbiditeit:</u> identiteitsproblemen,</p>	Verhoogde kwaliteit van leven en verminderde klachten bij de meeste adolescenten. Veranderingen in schema's bij alle adolescenten	12
						Geen effect size gerapporteerd	

					leerstoornis, depressie, slaapproblemen, eetstoornis, en angststoornis <u>Overig:</u> 75% was vrouw. Ouders kregen om de week ook behandeling		
Schuppert, H. et al. (2012)	RCT	14-19 (n = 109) Minimaal 2 kenmerken van bpd	Emotie Regulatie Training	Combinatie	<u>Duur:</u> 17 weken groepsbehandelingen (105 minuten) + 2 booster sessies. Daarnaast individuele behandeling. <u>Exclusiecriteria:</u> psychotische stoornissen en/of verslaving <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> angst- en stemmingsstoornissen en ADHD <u>Overig:</u> 96% was vrouw, 55% heeft te maken gehad met fysiek en/of seksueel misbruik	Geen significant verschil tussen ERT+TAU en TAU. Groepsleden waren voor de adolescenten een hoge motivatie om te blijven komen naar therapie Cohen's d: 0.75 bpd kenmerken ERT+TAU groep → middelgroot effect Geen effect size gerapporteerd voor TAU groep	15
Llorens Ruiz, I. et al. (2020)	Niet-experimenteel veranderingsonderzoek	13-17 (n = 21) CGI-SI score hoger dan 3 en/of DIB-R score hoger dan 6	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving	Combinatie	<u>Duur:</u> 20 sessies, naast STEPPS elke 3 weken individuele therapie <u>Exclusiecriteria:</u> psychotische en/of bipolaire stoornis <u>Medicatie:</u> toegestaan indien nodig <u>Comorbiditeit:</u> onbekend	Vermindering gemeten bij alle meetinstrumenten op 1 na, waarvan 1 significant effect met hoge effectgrootte. Groepsbehandeling kan indirect de behandelopkomst verhogen Eta squared (η^2): 0.48 bpd	10

					<u>Overig:</u> 90,5% was vrouw, 52,4% had een diagnose bpd, rest kenmerken van bpd	kenmerken → groot effect	
Chanen, A. et al. (2022)	RCT	15-25 (n = 139) Diagnose bpd	Helping Young People Early	Individueel	<u>Duur:</u> gemiddeld 28 weken, 16 CAT of befriendings sessies <u>Exclusiecriteria:</u> eerdere behandeling voor bpd en psychotische, bipolaire en schizofrene stoornissen <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> stemmings-, angst-, eet-, posttraumatische stress- en/of somatoforme stoornis <u>Overig:</u> 81,3% was vrouw, 43% had geen baan of school	Alle 3 de groepen significant verbeterd qua interpersoonlijke problematiek en sociaal aanpassingsvermogen. Vroege interventie lijkt effectief. Adolescenten in HYPE-CAT groep gingen naar significant meer sessies Geen effect size gerapporteerd	15

Conclusie en discussie

Het doel van deze these was om te achterhalen of groepsbehandeling de voorkeur krijgt ten opzichte van individuele behandeling om beginnende borderlineproblematiek onder adolescenten te verminderen. In totaal zijn er 21 wetenschappelijke artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit meegenomen in dit onderzoek. Er is geen enkel artikel gevonden waarin individuele behandeling van een behandelmethode direct werd vergeleken met groepsbehandeling. Vandaar dat er drie deelvragen zijn opgesteld om zelf de effectiviteit van individuele behandeling en groepsbehandeling te vergelijken. De eerste deelvraag luidde: *Welke behandelmethodes voor adolescenten met borderline zijn op effectiviteit onderzocht?* Vervolgens is binnen deze behandelmethodes gekeken van welke behandelvorm en kenmerken/omstandigheden sprake was (deelvraag twee en drie). De behandelmethodes Dialectische Gedragstherapie, Mentalization-Based Treatment, Schematherapie, Emotie Regulatie Training, Adolescent Identity Treatment, Helping Young People Early en Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving zijn op effectiviteit onderzocht. De meeste artikelen beschreven de effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie en Mentalization-Based Treatment (respectievelijk negen en zeven). Binnen deze behandelmethodes werd veelal dezelfde behandelvorm onderzocht (een combinatiebehandeling bij DBT-A en groepsbehandeling bij MBT-A). Van de overige behandelmethodes waren slechts één à twee artikelen beschikbaar.

Uit meerdere studies waarin een groepsbehandeling of een combinatiebehandeling werd vergeleken met individuele behandeling kwam naar voren dat (toevoeging van) groepsbehandeling niet superieur is aan alleen individuele behandeling. In één studie zorgde alleen individuele behandeling zelfs voor significant hogere vermindering van de borderlineproblematiek in vergelijking met een combinatiebehandeling. Dit is opvallend aangezien de groep adolescenten die individuele behandeling kreeg minder behandelsessies had. Wel moet de kanttekening worden gemaakt dat in deze studies niet dezelfde behandelmethodes met elkaar werden vergeleken. Daarnaast is er gekeken wanneer individuele behandeling passender lijkt te zijn en wanneer groepsbehandeling. Groepsbehandeling lijkt de voorkeur te krijgen wanneer er vooral sprake is van internaliserende problematiek en er geen negatieve groepservaringen zijn opgedaan in het verleden. Er waren ook studies die aantoonde dat groepsbehandeling passender is wanneer het reflecterend vermogen van de adolescent laag is. Echter, één studie laat zien dat weinig reflecterend vermogen een verhoogd risico met zich meebrengt om MBT-A behandeling (combinatiebehandeling) vroegtijdig te beëindigen in vergelijking met individuele AIT-behandeling. Om vroegtijdige beëindiging van

groepsbehandeling zoveel mogelijk te voorkomen is het van belang dat de wisseling van groepsleden zo laag mogelijk blijft. Groepsbehandeling heeft als voordeel dat het bij adolescenten voor verhoogde motivatie zorgt om naar de behandeling te blijven komen, waardoor de behandelopkomst verhoogt. Wanneer er naast borderlineproblematiek vooral sprake is van externaliserend gedrag heeft individuele behandeling de voorkeur. Niet alleen gezien de betere behandeluitkomst en een lager risico op vroegtijdige beëindiging van groepsbehandeling, maar ook om de veiligheid van de groep beter te kunnen waarborgen. Bij adolescenten die in het verleden al negatieve groepservaringen hebben opgedaan, zoals pesten, afwijzing of angst, lijkt individuele behandeling ook passender.

In een aantal studies zijn de ouders/verzorgers van adolescenten betrokken bij de behandeling, zowel studies waarbij ouders/verzorgers wel werden betrokken als waar zij niet werden betrokken lieten verbetering van de borderlineproblematiek zien. Wel werd een significante verbetering voor de gevoeligheid en responsiviteit van ouders/verzorgers naar hun kinderen gevonden wanneer zij betrokken werden bij de behandeling. De duur van behandeling lijkt geen invloed te hebben op de effectiviteit. In deze these zijn onderzoeken geïnccludeerd waar een kort aantal weken relatief lange behandelsessies werden gegeven, een kort aantal weken relatief korte behandelsessies en een lang aantal weken relatief korte behandelsessies. In alle onderzoeken werden positieve effecten gemeten, zowel bij directe metingen als follow-ups. Überhaupt behandeling aanbieden bij adolescenten lijkt dus al effectief te zijn.

Dat er geen algemene uitspraak gedaan kan worden over welke behandelvorm het meest effectief is bij adolescenten met borderlineproblematiek is te verklaren. Adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vormen een heterogene groep mensen (American Psychiatric Association, 2014.) Bij elke adolescent is de combinatie van borderlikenmerken verschillend. Daarnaast zijn er in het onderzoek ook adolescenten meegenomen die een beginnende borderlinepersoonlijkheidsstoornis hadden (minder dan vijf kenmerken). Bovendien heeft de ene adolescent geen comorbide stoornissen terwijl de andere adolescent meerdere comorbide stoornissen heeft. Aangezien een borderlinepersoonlijkheidsstoornis niet bij iedereen hetzelfde tot uiting komt, is de best passende behandeling ook niet voor iedereen hetzelfde.

Mogelijk is een laag reflecterend vermogen een indicatie om groepsbehandeling aan te bieden. In het onderzoek van Bo et al. (2016) lag het reflecterend vermogen van adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis voor behandeling lager dan gemiddeld, maar was het na groepsbehandeling significant verbeterd. Dit kan verklaard worden met de theorie van Sijbers & Van Wijngaard (2010). Zij beweren dat het herkennen van bepaald gedrag

gemakkelijker is bij anderen dan bij jezelf. Bij groepsbehandeling kan een adolescent het gedrag van de andere deelnemers herkennen en benoemen, wat ervoor zorgt dat zij hun eigen gedrag ook makkelijker kunnen herkennen en benoemen.

Resultaten uit eerdere onderzoeken lieten zien dat internaliserend gedrag als angst, depressie en stress afnam wanneer adolescenten in contact kwamen met leeftijdsgenoten (Irajpour et al., 2018; Sautier et al., 2014). Dit komt overeen met de resultaten in deze these waarbij na groepsbehandeling angstklachten verminderden (Griffiths et al., 2019; Khalid-Khan et al., 2016), het vertrouwen in andere mensen werd vergroot (Bo et al., 2016) en depressieve gevoelens verminderden (Bo et al., 2016; Griffiths et al., 2019; Beck et al., 2020; Jørgensen et al., 2020). Mogelijk komt dit doordat adolescenten bij groepsbehandeling zich kunnen optrekken aan elkaar. Adolescenten krijgen emotionele steun van andere groepsleden waardoor ze zich minder alleen voelen. Dit draagt bij aan een positief behandel-effect (Demaray & Malecki, 2014). Bovendien kunnen adolescenten gezonde coping mechanismes overnemen van groepsleden (Sijbers & Van Wijngaard, 2010). Vermindering van depressieve gevoelens werden echter ook gevonden in studies waar individuele behandeling plaatsvond (Schmeck et al., 2022; Beck et al., 2020; Jørgensen et al., 2020). Bij individuele behandeling wordt doorgaans gezocht naar de oorzaak van de problematiek (GGZ Standaarden, 2022). Dit leidt tot een beter inzicht in het ontstaan van de problematiek, waardoor de kern van het probleem aangepakt kan worden. Dit verklaart mogelijk waardoor depressieve gevoelens ook door middel van individuele behandeling gereduceerd kunnen worden.

Dijkhuizen en Geertjens (2006) concludeerden eerder al dat adolescenten die voor behandeling negatieve ervaringen in groepen hebben opgedaan doorgaans meer profiteren van individuele behandeling. Deze these bevestigt die conclusie. Kinderen die een trauma hebben opgelopen, ondervinden vaak moeilijkheden bij het leren (Downey & Greco, 2023). Dit komt doordat zij zo onder stress staan dat er weinig tot geen ruimte is om nieuwe informatie op te nemen (Center for Youth Wellness, 2016). Mogelijk werkt dit voor adolescenten met negatieve groepservaringen op een soortgelijke manier. Wanneer zij opnieuw in een groep worden geplaatst, komt er wellicht zoveel stress en angst vrij dat zij van de behandeling zelf te weinig mee krijgen om effectief te kunnen zijn.

Uit het onderzoek van Dietrich (2019) blijkt dat vroegtijdige beëindiging van de behandeling of het zelfs helemaal niet komen opdagen bij behandeling (no-show) een actueel probleem is binnen de jeugdzorg. Het resultaat uit deze these dat groepsbehandeling indirect de behandelopkomst kan verhogen, is dan ook een belangrijk gegeven. Dietrich (2019) toonde daarnaast aan dat het betrekken van het sociaal netwerk van een adolescent bijdraagt aan het

succesvol afronden van de behandeling. Dietrich (2019) benadrukt hierbij dat het sociaal netwerk niet per definitie uit ouders hoeft te bestaan, maar dat vrienden en kennissen ook betrokken kunnen worden. Dit is belangrijk aangezien adolescenten niet altijd hun ouders betrokken willen hebben bij de behandeling en omdat adolescenten niet altijd meer bij hun ouders wonen, waardoor het betrekken van huisgenoten of vrienden wellicht meer effect oplevert. In deze these had het betrekken van ouders/verzorgers bij de behandeling geen verhoogd effect op de vermindering van de borderlineproblematiek. Gezien de betere responsiviteit van ouders/verzorgers naar de adolescent (Roelofs et al., 2016) en de verhoogde kans op afronden van de behandeling wanneer het sociaal netwerk betrokken is (Dietrich, 2019), lijkt het wenselijk om ouders, of andere personen uit het sociaal netwerk van de adolescent, wel te betrekken bij de behandeling.

Deze these kent enkele inhoudelijke en methodologische beperkingen. In de geïncludeerde studies was het overgrote gedeelte van de deelnemers vrouwelijk. In een aantal artikelen zijn de drop-outs niet meegenomen bij het analyseren van de resultaten, wat ervoor kan zorgen dat de effectiviteit van een behandelmethode hoger uitvalt dan deze in werkelijkheid is. Aangezien alle artikelen positieve effecten laten zien na behandeling (ook die waar drop-outs wel werden meegenomen in de analyse) zal dit geen grote rol spelen binnen dit onderzoek. Bovendien bevatten niet alle onderzoeken een controlegroep of een groep die 'Treatment As Usual' aangeboden kreeg. Dit zorgt ervoor dat de effectiviteit van een behandelmethode ook toegeschreven kan worden aan niet specifieke factoren als effect over tijd of aandacht voor de problematiek. In deze these zijn alleen artikelen geschreven in het Nederlands of Engels geïncludeerd. Hierdoor is het mogelijk dat relevante artikelen in andere talen zijn uitgesloten. Wel waren alle artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit. Ten slotte is het selectieproces slechts door één persoon uitgevoerd. Het uitvoeren van het selectieproces is echter zorgvuldig gebeurd. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten en de repliceerbaarheid te waarborgen is een logboek van het selectieproces als bijlage toegevoegd. Gezien de geringe hoeveelheid literatuur die beschikbaar is over de effectiviteit van behandelmethodes voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis onder adolescenten, het weinig tot geen variatie in behandelvorm van een behandelmethode en het gegeven dat merendeel van de participanten vrouw is, vraagt deze these om voorzichtige interpretatie van de resultaten. Desondanks levert deze these een grote bijdrage aan kennis over de behandeling van adolescenten met borderlineproblematiek en benadrukt het de importantie van verder onderzoek hiernaar.

Meer onderzoek naar de effectiviteit van behandelmethodes bij adolescenten met een (beginnende) borderlinepersoonlijkheidsstoornis is hard nodig. Vooral onderzoek waarin van

dezelfde behandelmethodes individuele behandeling wordt vergeleken met groepsbehandeling wordt aangeraden, aangezien hier nog geen onderzoek naar is gedaan. Daarnaast is het wenselijk om te onderzoeken of er bepaalde patronen in individuen die qua problematiek op elkaar lijken te ontdekken zijn en of voor hen dezelfde behandelvorm passend is. Als onderzocht is wanneer en voor wie alleen individuele behandeling of alleen groepsbehandeling effectief is, kan dit de kans op een 'full-blown' persoonlijkheidsstoornis verlagen en tijd en geld besparen. Om ook mannelijke adolescenten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis passende hulp te kunnen bieden, is meer onderzoek onder mannen met een (beginnende) borderlinepersoonlijkheidsstoornis noodzakelijk.

Voor nu kan het advies gegeven worden om adolescenten met borderlineproblematiek te erkennen en hen sowieso een vorm van behandeling aan te bieden, aangezien überhaupt behandelen al effectief lijkt te zijn. Hierbij kan het voorzichtige advies gegeven worden groepsbehandeling aan te bieden aan adolescenten met borderlineproblematiek waarbij vooral sprake is van internaliserende problematiek. Het is belangrijk dat deze groep adolescenten in het verleden geen negatieve groepservaringen heeft opgedaan. Om vroegtijdige beëindiging van de behandeling te reduceren moet de groep deelnemers zo consistent mogelijk blijven. Individuele behandeling kan aangeboden worden wanneer er bij de adolescent met borderlineproblematiek vooral sprake is van externaliserende problematiek of wanneer de adolescent negatieve groepservaringen heeft opgedaan in het verleden. Daarnaast liet individuele behandeling, net als groepsbehandeling, vermindering van depressieve gevoelens zien. Wanneer er bij een adolescent sprake is van een laag reflecterend vermogen lijkt groepsbehandeling effectiever te zijn dan individuele behandeling, maar verhoogt hiermee het risico op vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Mogelijk is voor deze groep adolescenten een combinatiebehandeling passender. Op deze manier hebben zij voordeel van de positieve effecten van groepsbehandeling en kan er bij de individuele behandeling nauwlettend in de gaten gehouden worden wanneer de adolescent dreigt uit te vallen. Ten slotte kan het advies gegeven worden om ouders, of andere personen uit het sociaal netwerk van de adolescent, te betrekken bij de behandeling om de gevoeligheid en responsiviteit van ouders/verzorgers naar hun kinderen en de kans op succesvolle afronding van de behandeling te vergroten. Hopelijk kunnen er meer en duidelijkere antwoorden verkregen worden na afronding van de grotere studie waar deze these onderdeel van is.

Literatuurlijst

- Albert, D., Chein, J. & Steinberg, L. (2013). The teenage brain: peer influences on adolescent decision making. *Current Directions in Psychological Science*, 22(2), 114-120. <https://doi.org/10.1177/0963721412471347>
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. & Gorwood, P. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neuroscience Biobehavioral Reviews* 40:6–19. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.01.003>
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Boom uitgevers Amsterdam.
- Andersen, C.F., Poulsen, S., Fog-Petersen, C., Jørgensen, M.S. & Simonsen, E. (2021). Dropout from mentalization-based group treatment for adolescents with borderline personality features: A qualitative study, *Psychotherapy Research*, 31:5, 619- 631. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1813914>
- Arntz, A., Jacob, G.A., Lee, C.W., Brand-de Wilde, O.M., Fassbinder, E., Harper, P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I.A., Ruths, F.A., Schweiger, U., Shaw, I.A., Zarbock, G. & Farrell, J.M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4):287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Arntz, A., Kamphuis, J.H. & Derks, J. (2017). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen*. Boom uitgevers Amsterdam.
- Aviram, R.B., Brodsky, B.S. & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14 (5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>.
- Ball, J.S. & Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports* 11(1): 63-68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>.
- Bamelis, L., Bloo, J., Bernstein, D. & Arntz, A. (2012). Effectiveness studies. In M. Vreeswijk, J. Broersen, M. Nadort, et al. (Red.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*. John Wiley & Sons, Ltd.

- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., van Tol, D., Pijl, S.J. & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54: 492-494. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M.S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O.J., Andersen, C.F., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J. & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 61(5), 594-604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Bellamy C., Schmutte T. & Davidson L. (2017). An update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion* 21(3):161–7. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014>
- Berk, T. (2005). Onderzoek over groepstherapie. *Leerboek groepstherapie*, 475-480. De Tijdstroom.
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Rück, C., Cervenka, S. & Åhs, F. (2018). Prevalence and clinical characteristics of borderline personality disorder among adolescents in the general population. *Journal of Personality Disorders*, 32(1), 93-105. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_305.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M. & Simonsen, E. (2017). First Empirical Evaluation of Outcomes for Mentalization-Based Group Therapy for Adolescents With BPD. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 8(4), 396-401. <https://doi.org/10.1037/per0000210>
- Burger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., von Auer, K., Parzer, P. & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of Personality Disorders* 33(1), 119-134. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M. & Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research* 47(10):1275–1287. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.002>
- Center for Youth Wellness. (2016). *White Paper: An unhealthy dose of stress*. <https://drive.google.com/file/d/1RD50lIP2dimEdV3zn0eGrgtCi2TWfakH/view>
- Chanen, A.M. (2015). Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778–791. <https://doi.org/10.1002/jclp.22205>

- Chanen, A.M., Betts, J.K., Jackson, H., Cotton, S.M., Gleeson, J., Davey, C.G., Thompson, K., Perera, S., Rayner, V., Andrewes, H. & McCutcheon, L. (2021). Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder: The MOBY Randomized Clinical Trial. *Journal of American Medical Association Psychiatry* 79(2), 109–119. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3637>
- Chanen, A.M. & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *British Journal of Psychiatry*, 202(S54), 24-29. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>
- Chanen, A.M., McCutcheon, L.K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H.J. & McGorry, P.D. (2009). The HYPE Clinic: An Early Intervention Service for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 163-172. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0>
- Chanen, A., Sharp, C. & Hoffman, P. (2017). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: a novel public health priority. *World Psychiatry*, 16:215-216. <https://doi.org/10.1002/wps.20429>
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N. & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*. 39:1721–1731. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004911>
- Daamen, W., & Ince, D. (2014). *Wat werkt bij het bevorderen van een positieve ontwikkeling van jeugdigen*. Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload via <https://www.nji.nl/sites/default/files/2021-07/Wat-werkt-bij-het-bevorderen-van-een-positieve-ontwikkeling-van-jeugdigen.pdf>
- De Lange, M., Matthys, W., de Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk/Nederlands Instituut van Psychologen/Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- De Leon, G., Melnick, G., Cao, Y., & Wexler, H.K. (2006). Recovery-oriented perceptions as predictors of reincarceration. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.03.016>
- Demaray, M.K. & Malecki, C.K. (2014). Best practices in assessing and promoting social support. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology-VI* (pp. 1-11). National Association of School Psychologists.

- Dietrich, A. (2019). Het grote probleem van no-show en onvoldoende verbetering in de jeugd-GGZ: onderzoek naar cliëntfactoren in verband met behandeluitval of non-respons bij jongeren met gedrags- of emotionele problemen in de jeugd-GGZ. *Accare*. Geraadpleegd op 19 mei 2023, van <https://www.accare.nl/over-accare/nieuws/goed-sociaal-netwerk-draagt-bij-aan-behandeling>
- Dijkhuizen, G. & Geertjens, L. (2006). Groepstherapie en individuele psychotherapie voor adolescenten: een combinatie met meerwaarde. *Groepen* 1(4), 5-15. https://www.groepspsychotherapie.nl/nvgp/_sitefiles/file/tijdschriftartikelen/2006/groepstherapie_en_individuele_psychotherapie_voor_adolescenten.pdf
- Downey, J. & Greco, J. (2023). Trauma sensitive schools: A comprehensive guide for the assessment planning and implementation of trauma informed frameworks. *Children and Youth Services Review*, 149. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2023.106930>
- Faas, M. (2009). *Metten is weten. Bouwen aan een wetenschappelijke en effectieve jeugdzorg*. Uitgeverij SWP.
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M.S. & Kendall, P.C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 253-259. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-3168-z>
- Fok, M.L.Y., Hayes, R.D., Chang, C.K., Stewart, R., Callard, F.J. & Moran, P. (2012). Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 104-107. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.05.001>
- Fonagy, P. Speranza, M. Luyten, P. Kaess, M. Hessels, C. & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry* 24(11). <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Frías, A., Palma, C., Solves, L., Martínez, B. & Salvador, A. (2017). Differential symptomatology and functioning in borderline personality disorder across age groups. *Psychiatry Research*. 258: 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.081>
- GGZ Centraal. (z.d.). *Persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 23 december 2022, van <https://www.ggzcentraal.nl/werken-leren/wetenschappelijk-onderzoek/onderzoekslijn-persoonlijkheidsstoornissen/>

- GGZ Standaarden. (2022). *Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen*. Geraadpleegd op 6 november 2022, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017/behandeling-en-begeleiding>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T.H., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Giesen-Bloo, J., Nauta, M.H., & Schuppert, H.M. (2007). *Borderline Personality Disorder Severity Index – IV – adolescent and parent version*. Accare: unpublished manual. <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/wp-content/uploads/2021/06/BPDSI-ouders.pdf>
- Griffiths, H., Duffy, F., Duffy, L., Brown, S., Hockaday, H., Eliasson, E., Graham, J., Smith, J., Thomson, A. & Schwannauer, M. (2019). Efficacy of Mentalization-based group therapy for adolescents: the results of a pilot randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/s12888-019-2158-8>
- Gunderson, J.G. & Lyoo, I.K. (1997). Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry* 4:272–278. <https://doi.org/10.3109/10673229709030553>
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P. & Marchessault, K. (1996). Risk Factors for Borderline Pathology in Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35 (1),26-33. <https://doi.org/10.1037/t48384-000>
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Press.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Rede uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van Bijzonder hoogleraar op de Kohnstammleerstoel aan de Universiteit van Amsterdam. Vossiuspers UvA.
- Hermens, M.L.M., van Splunteren, P.T., van den Bosch, A. & Verheul, R. (2011). Barriers to Implementing the Clinical Guideline on Borderline Personality Disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services* 62(11), 1381-1383. https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/ps.62.11.pss6211_1381
- Hessels, C.J. & van Aken, M.A.G. (2014). HYPE: Helping young people early. Vroege interventie voor adolescenten met kenmerken van borderlinepersoonlijkheidsstoornis. *Kind en Adolescent 1*. <https://doi.org/10.1007/s12454-014-0009-9>

- Hessels, C.J., van Aken, M.A.G., Orobio de Castro, B. (2008). Persoonlijkheidspathologie bij adolescenten. Mogen, kunnen en willen we diagnosticeren en classificeren? *Kind en Adolescent* 29: 194-207. <https://link-springer-com.proxyub.rug.nl/content/pdf/10.1007/BF03076762.pdf>
- Houwen, S., Visscher, C., Lemmink, K.A.P.M. & Hartman, E. (2009). Motor skill performance of children and adolescents with visual impairments: a review. *Exceptional Children*, 75(4), 464–492. <https://doi.org/10.1177/001440290907500405>
- Hutsebaut, J., Bales, D.L., Busschbach, J.J. & Verheul, R. (2012). The implementation of mentalization-based treatment for adolescents: a case study from an organizational, team and therapist perspective. *International Journal of Mental Health Systems* 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-6-10>
- Hutsebaut, J., Berghuis, H., Kaasenbrood, A., de Saeger, H. & Ingenhoven, T. (2015). *Semi-gestructureerd Interview voor Persoonlijkheidsfunctioneren DSM-5*. Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. http://www.kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/stip-5.1nw_0.pdf
- Hutsebaut, J., Feenstra, D., Keur, E., Schäfer, B. & Bales, D. (2017). Tijdig herkennen en behandelen van borderlineproblematiek bij jongeren met MBT-early. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 43, 330–344. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s12485-017-0216-6>
- Hutsebaut, J., Geertzema, S. & Hessels, C.J. (2019). Depressie en/of borderline problematiek? Rationale voor vroege interventie bij borderline problematiek en richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie* 2019; 1: 51-69. http://www.kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/tkjp_191_depressie_en_of_borderline.pdf
- Irajpour, A., Hashemi, M. S., Abazari, P., Shahidi, S. & Fayazi, M. (2018). The effects of peer support on depression, anxiety, and stress among patients receiving hemodialysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.5812/ircmj.66321>
- Jacques, J.G. & Abel, N.R. (2020). Using the stepped care model to empower university students with learning disabilities. *Journal of College Counseling*, 23(1), 85–96. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1002/jocc.12151>
- Jørgensen, M.S., Bo, S., Vestergaard, M., Storebø, O.J., Sharp, C. & Simonsen, E. (2021). Predictors of dropout among adolescents with borderline personality disorder attending mentalization-based group treatment. *Psychotherapy Research* 31(7), 950-961. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1871525>

- Jørgensen, M.S., Storebø, O.J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A.M., Bateman, A., Pedersen, J. & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: 3- and 12-month follow up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry* (30), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01551-2>
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Khalid-Khan, S., Segal, S.C., Jopling, E.N., Southmayd, K. & Marchand, P. (2016). Effectiveness of a modified dialectical behaviour therapy for adolescents within a stepped-care model. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 30(2). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0030>
- Korn, C.W., La Rosée, L., Heekeren, H.R. & Roepke, S. (2016). Social feedback processing in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 46(3): 575-587. <https://doi.org/10.1017/S003329171500207X>
- Lakeman, R., Emeleus, M., Davies, S. & Anderson, S. (2021). A pragmatic evaluation of a high-fidelity dialectical behaviour therapy programme for youth with borderline personality disorder. *Advances in Mental Health* 19(2), 116-126. <https://doi.org/10.1080/18387357.2020.1761262>
- Laurensen, E.M., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J., Van Busschbach, J.J. & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013; 7:3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J., & Westmorland, M. (1998). *Review Form – Quantitative Studies*. Mc-Master University
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet* 377: 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5).
- Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W. & Kessler, R.C. (2007) DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62:553–64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., A Ioannidis, J.P., Clarke, M, Devereaux, P.J., Kleijnen, J. & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematics reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare

- interventions: explanation and elaboration. *The British Medical Journal* (339).
<https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet* 364: 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6).
- Lyng, J., Swales, M.A., Hastings, R.P., Millar, T. & Duffy, D.J. (2020). Outcomes for 18 to 25-year-olds with borderline personality disorder in a dedicated young adult only DBT programme compared to a general adult DBT programme for all ages 18. *Early Intervention in Psychiatry* 14(1), 61-68. <https://doi.org/10.1111/eip.12808>
- Miller, A.L., Muehlenkamp, J.J., & Jacobson, C.M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969–981. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>
- Mörtberg, E., Clark, D.M., Sundin, Ö. & Öberg Wistedt, A. (2006). Intensive group treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia* (11), 142-154. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53, 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Mulder, R. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, 2(1), 44–45. <https://doi.org/10.1002/pmh.30>
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961–973. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.013>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78/resources/borderline-personality-disorder-recognition-and-management-pdf-975635141317>
- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.-a). *De Puberteit: volwassen worden*. Geraadpleegd op 3 maart 2023, van <https://www.nji.nl/ontwikkeling/de-puberteit>

- Nederlands Jeugdinstituut. (z.d.-b). *Waar lopen jongeren tussen 16 en 27 jaar tegenaan?* Geraadpleegd op 3 maart 2023, van <https://www.nji.nl/van-jeugd-naar-volwassenheid/waar-lopen-jongeren-tussen-16-en-27-jaar-tegenaan#waarom-aandacht-voor-dit-vraagstuk?>
- Newnham, E.A. & Janca, A. (2014). Childhood adversity and borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 27 (1), 67-72. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000028>.
- Nicol, K., Pope, M., Sprengelmeyer, R., Young, A.W. & Hall, J. (2013) Social Judgement in Borderline Personality Disorder. *PLoS ONE* 8(11). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1371/journal.pone.0073440>
- Ociskova, M., Prasko, J., & Sedlackova, M. (2015). Relationship between personality and self-stigma in mixed neurotic spectrum and depressive disorders - cross sectional study. *European Psychiatry*, 30, 1114–1114. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30880-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30880-4)
- Ociskova, M., Prasko, J., Latalova, K., Kamaradova, D. & Grambal, A. (2016). Psychological factors and treatment effectiveness in resistant anxiety disorders in highly comorbid inpatients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 12:1539–1551. <https://doi.org/10.2147/NDT.S104301>
- Perez-Rodriguez, M.M., Bulbena-Cabré, A., Nia, A.B., Zipursky, G., Goodman, M. & New, A.S. (2018). The Neurobiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America, Volume 41, Issue 4*, 633-650. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.012>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141:6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- ProQuest RefWorks. (z.d.). *Making research easier*. Geraadpleegd op 27 januari 2023, van <https://refworks.proquest.com>
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A. & Smith, H. (2015). Treatment Acceptability Study of Walking The Middle Path, a New DBT Skills Module for Adolescents and their Families. *American Journal of Psychotherapy* 69(2), 163-178. <http://dx.doi.org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.163>
- Rayyan Systems. (2023). *Rayyan - AI Powered Tool for Systematic Literature Reviews*. Geraadpleegd op 27 januari 2023, van <https://www.rayyan.ai/>

- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A. & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe bpd: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355–367. <https://doi.org/10.1017/S1352465813000027>
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorders features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Journal of Behaviour Research and Therapy* 51(8), 487-492. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.011>
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N.J., Shaw, I. & Farrell, J. (2016). Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *Journal of Child and Family Studies*, 25: 2246-2257. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0391-z>
- Roelofs, J., van Wijk-Herbrink, M. & Boots, M. (2020). *Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten*. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/978-90-368-2528-3_1
- Roskes, K. (2018). Gespecialiseerd overzicht van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen. *Huisarts en Wetenschap* 61(10). <https://doi.org/10.1007/s12445-018-0313-y>
- Rossouw, T.I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Llorens Ruiz, I., Lopez Seco, F., Masana Marín, A., San Martín Águila, E., Martínez Pinar, D., Martín Alonso, S., Vilella, E. & Gutierrez-Zotes, A. (2020). Emotional regulation for adolescents: A group-based treatment pilot study through the STEPPS programme. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(6), 734-738. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000454>
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., et al. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 194(10):766-773. <https://doi.org/10.1097/01.NMD.0000239898.48701.DC>
- Rutan, J.S., Stone, W.N. & Shay, J.J. (2014). *Psychodynamic group psychotherapy*. 5th ed. The Guilford Press.

- Sautier, L., Mehnert, A., Höcker, A. & Schilling, G. (2014). Participation in patient support groups among cancer survivors: do psychosocial and medical factors have an impact? *European Journal of Cancer Care*, 23, 140-148. <https://doi.org/10.1111/ecc.12122>
- Schmeck, K., Weise, S., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Fürer, L., Koenig, J., Krause, M., Lerch, S., Schenk, N., Valdes, N., Zimmerman, R. & Kaess, M. (2022). Effectiveness of Adolescent Identity Treatment (AIT) Versus DBT-A for the Treatment of Adolescent Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 14(2), 148–160. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1037/per0000572.supp>
- Schreuders, E., Smeekens, S., Cillessen, A.H.N. & Güroglu, B. (2019). Friends and foes: Neural correlates of prosocial decisions with peers in adolescence. *Neuropsychologia*. 129:153-163. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.03.004>
- Schuppert, H.M., Timmerman, M.E., Bloo, J., van Gemert, T.G., Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G. & Nauta, M.H. (2012). Emotion Regulation Training for Adolescents With Borderline Personality Disorder Traits: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1314-1323. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.002>.
- Scott, J., Leboyer, M., Hickie, I., Berk, M., Kapczynski, F., Frank, E., Kupfer, D. & McGorry, P. (2013). Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *British Journal of Psychiatry*; 202, 243-245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.110858>
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D.W. (2011). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 806–812. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806>.
- Shechtman, Z., Vogel, D.L., Strass, H.A., & Heath, P.J. (2018). Stigma in Help-Seeking: The Case of Adolescents. *British Journal of Guidance & Counselling*, 46(1), 104–119. <https://doi.org/10.1080/03069885.2016.1255717>
- Siegel, D.J. (2014). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. Penguin Random House.
- Siever, L.J., Torgersen, S., Gunderson, J.G., Livesley, W.J. & Kendler, K.S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51(12):964–8. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01326-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01326-4)

- Sijbers, G. & van der Wijngaart, R. (2010). Schematherapie in groepen voor borderline persoonlijkheidsstoornissen. *PsychoPraktijk*, 5. <https://www.schematherapieopleiding.nl/wp-content/uploads/2015/10/Artikel-Sijbers-in-Psychopraktijk.pdf>
- Simonsen, E., Vestergaard, M., Storebø, O.J., Bo, S. & Jørgensen, M.S. (2021). Prediction of treatment outcome of adolescents with borderline personality disorder: a 2-year follow-up study. *Journal of Personality Disorders*, 35, 111-130. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_524
- Soeteman, D.I., Verheul, R. & Busschbach, J.J. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22 (3), 259-268. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D.M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour research and therapy* (41), 991 - 1007. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00176-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00176-6)
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences* 9(2),69-74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Stepp, S.D. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *Journal of abnormal child psychology* (40)1. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9594-3>.
- Stichting Borderline. (z.d.). *Wat is Borderline?* Geraadpleegd op 05 maart 2023, van <https://stichtingborderline.nl/over-borderline/wat-is-borderline/>
- Stichting Borderline. (2022a). *Dialectische Gedragstherapie (DGT)*. Geraadpleegd op 9 december 2022, van <https://stichtingborderline.nl/over-borderline/behandeling/dialectische-gedragstherapie-dgt/>
- Stichting Borderline. (2022b). *Mentalization Based Treatment (MBT)*. Geraadpleegd op 9 december 2022, van <https://stichtingborderline.nl/over-borderline/behandeling/mentalization-based-treatment-mbt/>
- Stichting Borderline. (2022c). *Transference Focused Psychotherapy (TFP)*. Geraadpleegd op 9 december 2022, van <https://stichtingborderline.nl/over-borderline/behandeling/transference-focused-psychotherapy-tfp/>
- Swales, M., Hibbs, R.A.B., Bryning, L. & Hastings, R.P. (2016). Health related quality of life for young people receiving dialectical behaviour therapy (DBT): a routine outcome-monitoring pilot. *SpringerPlus*, 5(1), 1–8. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/s40064-016-2826-9>

- Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M. & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry* 16, 249. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>
- Tromp, N.B., & Koot, H.M. (2009). Dimensions of personality Pathology in Adolescents: Relations to DSM-IV personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 23(5), 514-527. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.5.514>
- Van der Heijden, P., Ingenhoven, T., Berghuis, H. & Rossi, G. (2014). *Nederlandstalige bewerking van The Personality Inventory for DSM-V (PID-5)*. Boom uitgevers Amsterdam.
- Van der Hout, R., Barnasconi, F., Noorloos, J., de Bruin, R., van Slobbe-Maijer, K., Legerstee, J., Oort, F. & Utens, E. (2022). Treatment outcomes of dialectical behaviour therapy for adolescents presenting with characteristics of borderline personality disorder: A naturalistic study. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry* 28(2), 707-720. <https://doi.org/10.1177/13591045221109871>
- Van Geerenstein, R., Cornel, Muyden, L., Okkema, M., Spierings, M., Tempelman, I. & Verhagen, E. (2016). Lotgenotencontact in beeld, verslag van onderzoek naar face to face lotgenotencontact. *Altrecht*. <https://www.altrecht.nl/wpcontent/uploads/2016/06/Lotgenotencontact-in-beeld.pdf>
- Van Gemert, T.M., Ringrose, H.J., Schuppert, H.M., & Wiersema, H.M. (2009). *Emotieregulatietraining (ERT), een programma voor adolescenten met emotieregulatieproblemen*. Boom uitgevers Amsterdam.
- Van Hoorn, J., van Dijk, E., Meuwese, R., Rieffe, C. & Crone, E.A. (2016). Peer Influence on Prosocial Behavior in Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 26: 90-100. <https://doi.org/10.1111/jora.12173>
- Uliaszek, A.A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K. & Maslar, M. (2014). A Pilot Intervention of Multifamily Dialectical Behavior Group Therapy in a Treatment-Seeking Adolescent Population: Effects on Teens and Their Family Members. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 22(2), 206-215. <https://doi.org.10.1177/1066480713513554>
- Vektis. (2022). *Factsheet Wachtijdinformatie ggz*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachtijdinformatie-ggz>
- Vereniging voor Schematherapie. (z.d.). *Schematherapie*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.schematherapie.nl/schematherapie>

- Verhoeven, N. (2020). *Thematische Analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (1ste editie). Boom uitgevers Amsterdam.
- Verschuere, B. & Tibboel, H. (2011). De Nederlandse versie van de McLean Screening Instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Psychologie en Gezondheid*, 39(4), 243-248. <https://doi.org/10.1007/s12483-011-0046-0>
- Wall, K., Kerr, S. & Sharp, C. (2020). Barriers to care for adolescents with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.028>
- Wante, L., Braet, C., Bögels, C. & Roelofs, J. (2021). *SCID-5-Junior: Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 stoornissen bij kinderen en adolescenten*. Boom uitgevers Amsterdam
- Weaver, T.L. & Clum, G.A. (1993) Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61:1068–1075. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.6.1068>
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Palinkas, L.A., Schoenwald, S.K., Miranda, J. & Bearman, S.K. (2012). Testing Standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: a randomized effectiveness trial. *Archives of General Psychiatry*, 69:274-282. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.147>
- Weisz, J.R., Ugueto, A.M., Cheron, D.M. & Herren, J. (2013). Evidence-based youth psychotherapy in the mental health ecosystem. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42:274-286. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.764824>
- Winsper, C., Lereya, S.T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J. & Singh, S.P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Reviews*, 44:13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S., Thompson, A., Eyden, J. & Singh, S. (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 27(8), 827-847. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1515/revneuro-2016-0026>
- Winter, D., Koplín, K. & Lis, S. (2015). Can't stand the look in the mirror? Self-awareness avoidance in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2:13. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0034-9>
- Winter, D., Koplín, K., Schmahl, C., Bohus, M. & Lis, S. (2016). Evaluation and memory of social events in borderline personality disorder: effects of valence and self-referential

context. *Psychiatry Research*. 240:19–25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.042>

Wright, A.G.C., Ringwald, W.R., Hopwood, C.J. & Pincus, A.L. (2022). It's time to replace the personality disorders with the interpersonal disorders. *Mental Health Weekly Digest*, 260. <https://doi.org/10.1037/amp0001087>

Zanarini, M.C., Frankenberg, F.R., Reich, D.B., Conkey, L.C. & Fitzmaurice, G.M. (2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: a 16-year study. *Psychiatric Services*, 66, 15-20. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/appi.ps.201400055>

Zanarini, M.C., Williamms, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C. Marino, M.F., Levin, A., Yong, L. & Frankenburg, F.R. (1997). Reported Pathological Childhood Experiences Associated With the Development of Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 154:8, 1101-1106. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1176/ajp.154.8.1101>

Bijlage**Logboek Selectieproces Artikelen**

Datum	Wat is er gedaan?	Hoe is dit gedaan?	Opmerkingen
27-01-2023	Zoekwoorden ingevuld in de databases + duplicaten verwijderd m.b.v. <i>RefWorks</i>	Zoekwoorden ingevuld in Eric, Web of Science, Medline en PsychInfo	Hits Eric: 31 PsychInfo: 1910 Web of science: 1636 Medline: 2086 Totaal: 5663 Na verwijderen duplicaten 4341 artikelen over
27-01-2023	Artikelen in <i>Rayyan</i> gezet. In- en excluseren op basis van criteria jaartal, publicatietype en taal	<i>Rayyan</i> kan automatisch filteren op jaartal, publicatietype en taal	456 artikelen geëxcludeerd op basis van jaartal 153 op basis van publicatietype 64 op basis van taal 3668 artikelen over
28-01-2023	Artikelen geïnccludeerd en geëxcludeerd op basis van criteria 'gaat over effectiviteit behandeling borderline'	Alle overige 3668 artikelen handmatig bij langs gegaan en op basis van titel geëxcludeerd	Gestopt bij 2999 artikelen over
29-01-2023	Artikelen geïnccludeerd en geëxcludeerd op basis van criteria 'gaat over effectiviteit behandeling borderline'	Alle overige 2999 artikelen handmatig bij langs gegaan en op basis van titel geëxcludeerd	Gestopt bij 1600 artikelen over
30-01-2023	Artikelen geïnccludeerd en geëxcludeerd op basis van criteria 'gaat over effectiviteit behandeling borderline'	Alle overige 1600 artikelen handmatig bij langs gegaan en op basis van titel geëxcludeerd	Nog 87 artikelen geëxcludeerd op taal Nog 1 duplicaat tegengekomen en verwijderd Gestopt bij 347 artikelen over

31-01-2023	Artikelen geïnccludeerd en geëxcludeerd op basis van criteria 'gaat over effectiviteit behandeling borderline'	Alle overige 347 artikelen handmatig bij langs gegaan en op basis van titel geëxcludeerd	Nog 10 artikelen geëxcludeerd op taal Nog 118 duplicaten tegengekomen en verwijderd 698 artikelen over die op basis van andere in- en exclusiecriteria beoordeeld moeten worden
01-02-2023	Artikelen die gaan over medicatie, crisis-/ziekenhuis-/residentiele opnames of suïcidaliteit geëxcludeerd	Van 698 artikelen de samenvatting gelezen	Niet van elk artikel was een samenvatting beschikbaar in <i>Rayyan</i> Gestopt bij 465 artikelen over. Hier was geen samenvatting van beschikbaar in <i>Rayyan</i> of de samenvatting gaf niet voldoende informatie om artikel te in- of excluseren
02-02-2023	De 465 artikelen opgezocht in de online databases om de tekst globaal te lezen		Nog een aantal artikelen verwijderd op basis van jaartal en taal. Filteropties op <i>Rayyan</i> werken dus niet optimaal Nog 391 artikelen over om te beoordelen. 12 artikelen op misschien includeren gezet
06-02-2023	De 391 artikelen opgezocht in de online databases om de tekst globaal te lezen		Nog 299 artikelen over om te beoordelen. 24 artikelen op misschien includeren gezet
07-02-2023	De 299 artikelen opzoeken in de online databases om de tekst globaal te lezen		Nog 248 artikelen over om te beoordelen. 11 op misschien includeren gezet
08-02-2023	De 248 artikelen opzoeken in de online		Nog 122 artikelen over om te beoordelen. 21

	databases om de tekst globaal te lezen		op misschien includeren gezet
10-02-2023	De 122 artikelen opzoeken in de online databases om de tekst globaal te lezen		13 artikelen op misschien includeren gezet In totaal 81 artikelen op misschien includeren gezet. Van die artikelen meer van de tekst lezen
13-02-2023	De tekst beter doorgenomen van de 81 overgebleven artikelen	o.a. gekeken of het artikel zelf al een literatuurstudie was, zo ja staan er nog relevante bronnen in het artikel. Die noteren en later eventueel toevoegen	2 artikelen geïncludeerd 7 artikelen geëxcludeerd Nog 72 artikelen over om te beoordelen
17-02-2023	De tekst beter doorgenomen van de 72 overgebleven artikelen		11 artikelen geïncludeerd 18 artikelen geëxcludeerd Nog 41 artikelen over om te beoordelen
18-02-2023	De tekst beter doorgenomen van de 41 overgebleven artikelen		2 artikelen geïncludeerd 5 artikelen geëxcludeerd Nog 34 artikelen over om te beoordelen
20-02-2023	De tekst beter doorgenomen van de 34 overgebleven artikelen		5 artikelen geïncludeerd 19 artikelen geëxcludeerd Nog 10 artikelen over om te beoordelen

21-02-2023	De tekst beter doorgenomen van de 10 overgebleven artikelen	Genoemde artikelen opgezocht in de online databases en globaal doorgenomen	2 artikelen geïnccludeerd 8 artikelen geëxcludeerd 0 artikelen toegevoegd op basis van de sneeuwbal methode
22-02-2023	Alle geïnccludeerde artikelen geprint en soort bij soort gelegd	Op basis van behandel methode	Twijfel of 2 artikelen wel geïnccludeerd hadden moeten worden
06-03-2023	Nog 2 artikelen geëxcludeerd. Deze bleken niet over de effectiviteit van behandel methodes voor borderline te gaan		2 artikelen geëxcludeerd In totaal 21 artikelen over om de literatuurstudie met uit te voeren