

Het Effect van Individuele en Groepsbehandeling voor Adolescenten met Borderlineproblematiek

Een Scoping Review

Tessa van der Laan¹, Marlieke Wilms² en Astrid Menninga³

¹GGZ-instelling Molendrift, Groningen, Nederland | ²GGZ-instelling Forte GGZ, Groningen, Nederland |

³Afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen, Nederland

Samenvatting Beginnende borderlineproblematiek wordt bij adolescenten ondergediagnosticeerd en onderbehandeld, wat de kans op het ontwikkelen van een 'full-blown' persoonlijkheidsstoornis vergroot. Dit heeft ingrijpende gevolgen, zoals een verhoogd risico op suïcide, meer gezondheidsproblemen en intensievere, duurdere zorg. Vroegtijdige behandeling van borderlineproblematiek is daarom essentieel. Behandeling bij adolescenten met borderlineproblematiek kan individueel, groepsgewijs of in combinatie plaatsvinden. Er is echter een gebrek aan direct vergelijkende onderzoeken naar de effectiviteit van verschillende behandelvormen. Dit leidde tot de volgende onderzoeksvraag: *Zijn er indicatoren in de literatuur beschikbaar die onderscheid maken in behandel-effectiviteit voor adolescenten met borderlineproblematiek tussen individuele vs groepsbehandeling?* Om deze vraag te beantwoorden is een scoping review uitgevoerd, waarin 21 wetenschappelijke artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit zijn geanalyseerd. De resultaten tonen aan dat zowel individuele als groepsbehandeling positieve effecten laat zien. Groepsbehandeling lijkt passender wanneer er (vooral) sprake is van internaliserende problematiek, en draagt bovendien indirect bij aan een verhoogde behandelopkomst. Individuele behandeling lijkt meer geschikt wanneer er (vooral) externaliserende problematiek aanwezig is of wanneer er negatieve groepservaringen zijn opgedaan in het verleden. In beide behandelvormen kan het betrekken van het sociaal netwerk de kans op succesvolle afronding van de behandeling vergroten. Gezien de beperkte hoeveelheid literatuur over de effectiviteit van behandelmethodes voor beginnende borderlineproblematiek bij adolescenten, en het ontbreken van studies waarin beide behandelvormen direct met elkaar vergeleken worden, dienen de bevindingen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Trefwoorden borderline persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidskenmerken, behandeling, therapie, adolescent, jeugd, jongvolwassene

Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 11 maart 2024

Geaccepteerd: 2 april 2025

Online: 18 juni 2025

Contactpersoon

Astrid Menninga, a.menninga@rug.nl

Copyright

© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Belangen

Geen

1 Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen worden door professionals vaak 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, volwassenen als adolescenten (Roskes, 2018; GGZ Centraal, z.d.; Hessels et al., 2008). De toenemende aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen zorgt ervoor dat persoonlijkheidsstoornissen steeds meer als behandelbaar gezien worden in plaats van complex (Giesen-Bloo et al., 2006). Daarnaast zorgt de toenemende aandacht voor een stijging in het aantal onderzoeken dat naar persoonlijkheidsstoornissen wordt gedaan. Deze onderzoeken tonen aan dat behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen werkt (Mehlum et al., 2014; Rossouw & Fonagy, 2012; Hutsebaut et al., 2017). Ondanks de toenemende aandacht in de wetenschap voor persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten worden deze in de praktijk weinig geclassificeerd bij adolescenten (Laurenssen et al., 2013). Zo is ook het geval bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Diagnostiek en behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis onder adolescenten blijkt in de praktijk laat op gang te komen (Hessels et al., 2008; Shanks et al., 2011; Chanen, 2015; Wall et al., 2020). Een reden hiervoor is dat symptomen van een mogelijke borderline persoonlijkheidsstoornis veelvuldig gezien worden als een symptoomstoornis (Laurenssen 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 borderline persoonlijkheidsstoornis (Hutsebaut et al., 2019). Andere redenen die gegeven worden zijn de angst voor stigmatisering en de verwachting dat klachten bij de leeftijd horen en vanzelf over zullen gaan (Mulder, 2008; Laurenssen et al., 2013). Kenmerken die door professionals gekoppeld worden aan de adolescentiefase, denk aan experimenteren met alcohol/drugs, impulsief gedrag, stemmingswisselingen en het vergelijken van zichzelf met de ander, blijken echter niet hetzelfde te zijn als de kenmerken die horen bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het verschil kan door diagnostiek worden aangetoond (Arntz et al., 2017; Giesen-Bloo et al., 2007; Hutsebaut et al., 2015; Tromp & Koot, 2009; Van der Heijden et al., 2014; Wante et al., 2021). Uit meerdere onderzoeken blijkt dat het vaststellen van een borderline persoonlijkheidsstoornis bij adolescenten even betrouwbaar en valide is als bij volwassenen (Fonagy et al., 2015; Miller et al., 2008).

Adolescenten met borderlineproblematiek hebben in vergelijking met volwassenen meer last van agressie (zowel verbaal als fysiek), niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) en suïcide (Frias et al., 2017). Daarnaast hebben adolescenten met borderlinekenmerken een lagere kwaliteit van leven dan volwassenen met borderlinekenmerken (Swales et al., 2016). 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 hoger (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 een persoonlijkheidsstoornis (Fok et al., 2012). Bovendien is hulp dat in een vroeg stadium wordt ingezet minder intensief en goedkoper. De behandelkosten van een borderline persoonlijkheidsstoornis bedragen in Nederland 16.852 euro per zorgvrager per jaar (Leichsenring et al., 2011). Daarnaast hebben persoonlijkheidsstoornissen de op een na langste wachttijd van alle classificaties (Vektis, 2022).

Hutsebaut en Hessels (2017) bepleiten in hun artikel dat er verschillende stadia van een (borderline) persoonlijkheidsstoornis te onderscheiden zijn. In een vroeg stadium zijn de problemen 'lokaal' en is het functioneren beperkt aangetast, in een later stadium hebben de gevolgen zich uitgestrekt over verschillende gebieden. Hun conclusie is dat het bij de diagnostiek van een borderline persoonlijkheidsstoornis niet zozeer gaat om het classificeren, maar om het vaststellen van het stadium van de persoonlijkheidsproblematiek. Behandeling in een vroeg stadium kan helpend zijn (Hutsebaut et al., 2019) en in Nederland is geen officiële classificatie nodig voor behandeling onder de 18 jaar (Batstra et al., 2012).

Literatuur die de effectiviteit van behandelmethodes voor adolescenten beschrijft is 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). Voorbeelden hiervan zijn: Schematherapie (SFT-A), Dialectische gedragstherapie (DBT-A) en Mentalization-based Treatment (MBT-A). Voor adolescenten zijn er twee methodes ontwikkeld voor heel vroege behandeling van de borderlineproblematiek, namelijk Helping Young People Early (HYPE) en Mentalization-based Treatment early (MBT-early) (Chanen et al., 2009; Hutsebaut et al., 2017). Daarnaast kan Emotie Regulatie Training (ERT) ingezet worden bij borderlineproblematiek (Schuppert et al., 2009). Ten slotte kan medicatie een onderdeel van de behandeling van borderlineproblematiek 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 borderlineproblematiek bij adolescenten (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; GGZ Standaarden, 2022).

Behandeling kan in verschillende vormen plaatsvinden: individueel of in een groep. Mogelijk profiteren adolescenten in het algemeen meer van groepsbehandeling dan van individuele behandeling, omdat adolescenten in een fase van hun leven zijn waar leeftijdsgenoten een grote rol spelen (Steinberg, 2005; Albert et al., 2013; Van Hoorn et al., 2016). 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. Bovendien zijn

adolescenten tijdens groepsbehandeling met leeftijdsgenoten die sociale interacties en het onderhouden van vriendschappen en relaties ook lastig vinden. Hierdoor weten zij dat zij niet de enigen zijn, wat voor steun zorgt (Berk, 2005; Demaray & Malecki, 2014; 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 (Bellamy et al., 2017; Van Geerenstein et al., 2016). 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). Ten slotte 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).

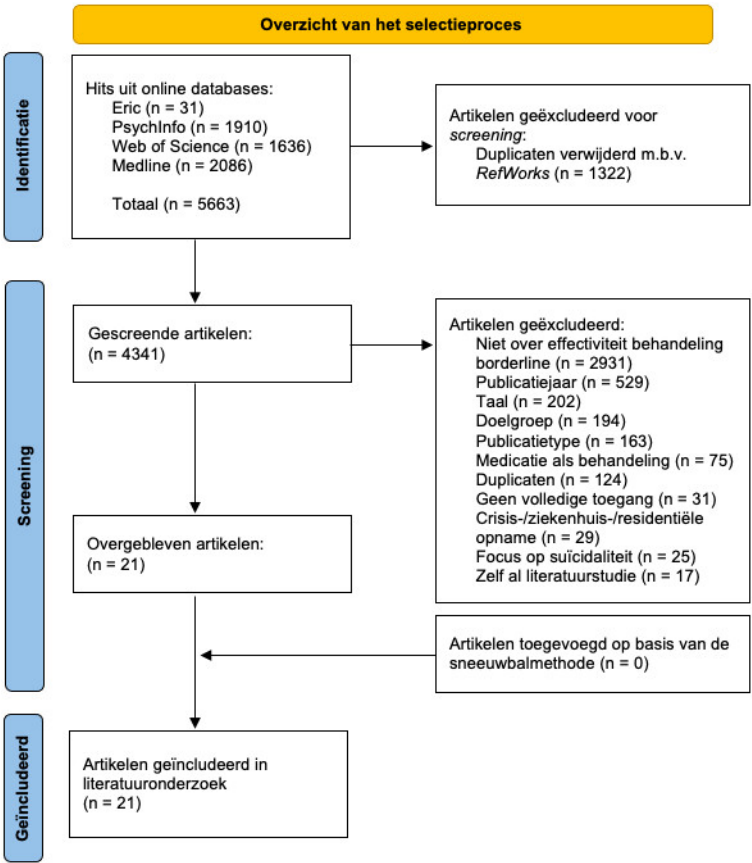
Er zijn echter ook onderzoeken onder adolescenten met verschillende problematiek waaruit blijkt dat individuele behandeling effectiever is dan groepsbehandeling (Mörtberg et al., 2006; Stangier et al., 2003). De effectiviteit van behandeling wordt vergroot wanneer deze aansluit bij de kenmerken van de 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 en collega's (2018) gebleken dat adolescenten negatiever tegenover groepsbehandeling staan dan tegenover individuele behandeling. 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 in de groep. 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 borderline persoonlijkheidsstoornis 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 en collega's (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 behandelmethode.

Inzicht in welke behandelvorm voor (kenmerken van) de borderline persoonlijkheidsstoornis effectiever is bij adolescenten levert belangrijke input op voor het ontwikkelen

en/of aanpassen van behandelmethodes voor adolescenten met borderlineproblematiek. Hierdoor kunnen adolescenten in de toekomst mogelijk 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. De onderzoeksvraag luidt: *Zijn er indicatoren in de literatuur beschikbaar die onderscheid maken tussen effectiviteit in behandeling voor adolescenten met borderlineproblematiek voor individuele vs groepsbehandeling?* Daartoe werden studies, gepubliceerd tussen 2010 en 2023, geïnventariseerd en werd nagegaan of en voor welke vorm van behandeling, individueel of groepsgewijs, er evidence is voor effectiviteit bij een diversiteit aan adolescenten met borderlineproblematiek.

2 Methode

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, is er gebruikgemaakt van een *scoping review*. Studies met adolescenten van 14 tot 23 jaar oud met kenmerken¹ van een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn beschouwd. Literatuur is gezocht tussen januari en april 2023, via de databases Eric, Medline, Psychinfo en Web of Science, aan de hand van de volgende zoektermen: (*borderline personality disorder OR bpd OR borderline personality treats*) AND (*treatment OR intervention* OR therapy*) AND (*adolescent* OR teenager* OR youth OR teen OR young adult**). Hierbij is gefilterd op jaartal en taal: alleen Nederlands- en Engelstalige artikelen die gepubliceerd zijn tussen 2010 en 2023 werden meegenomen. Na verwijdering van duplicaten leverde dit 4341 artikelen op. Vervolgens zijn titels en abstracten van deze artikelen gescreend door de eerste auteur. Hierbij zijn de volgende selectiecriteria gehanteerd: 1) artikel ging in op de effectiviteit van (ambulante) behandeling van borderlineproblematiek en/of bood inzicht in verschillende indicatoren van behandel succes van een groepsbehandeling of individuele behandeling; 2) artikel was *peer-reviewed*. Exclusiecriteria die gehanteerd zijn, waren: 1) artikel gaat uitsluitend over een andere persoonlijkheidsstoornis dan borderline; 2) artikel gaat over medicatie als behandelvorm van borderlineproblematiek; 3) artikel gaat in op suïcidaliteit; 4) artikel heeft betrekking op ziekenhuis-, crisis- of residentiële opname. Wanneer een artikel op basis van titel en abstract niet geïnccludeerd of geëxcludeerd kon worden, is de hele tekst gescreend door de eerste auteur. Er zijn 2931 artikelen geëxcludeerd, omdat hierin niet de effectiviteit van behandeling van borderlineproblematiek werd besproken. Daarnaast zijn er nog 529 artikelen geëxcludeerd op basis van het publicatiejaar; 202 vanwege andere taal dan Nederlands of Engels; 194 vanwege een doelgroep anders dan adolescenten van 14–23 jaar en 163 vanwege publicatietype (geen wetenschappelijk artikel). Daarnaast zijn er 29 artikelen geëxcludeerd omdat zij betrekking hadden op crisis-, ziekenhuis- en/of residentiële opnames en 25 omdat zij gericht waren op suïcidaliteit. Ten slotte waren 17 artikelen literatuurstudies; deze zijn wel gebruikt voor bronnenonderzoek maar uiteindelijk niet geïnccludeerd, omdat er geen nieuwe informatie in werd weergegeven.



Figuur 1 Selectieproces van de literatuurstudie volgens de PRISMA-richtlijnen

Dit resulteerde in uiteindelijk 21 relevante artikelen. Een overzicht van dit selectieproces is te zien in Figuur 1. Bij het selecteren van de artikelen zijn de PRISMA-richtlijnen (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) gebruikt (Liberati et al., 2009).

Naast de zoekslagen in de databases is gebruikgemaakt van de sneeuwbal methode. Er is in de referentielijst van de geselecteerde artikelen gekeken naar relevante artikelen. Op basis van de sneeuwbal methode zijn er geen artikelen geïnccludeerd in het onderzoek.

De data uit de artikelen zijn thematisch geanalyseerd volgens het stappenplan van Verhoeven (2020). In Excel werd een tabel gemaakt door de eerste auteur waarin van ieder geïnccludeerd artikel de auteur(s), publicatiedatum, onderzoeksmethode, doelgroep, onderzochte behandelmethode en -vorm, kenmerken, effectiviteit en kwaliteit werd aangegeven. De kwaliteit van de artikelen is beoordeeld door middel van de Critical Review Form Quantitative Studies (Law et al., 1998). Alle artikelen zijn van voldoende tot

hoge kwaliteit (Houwen et al., 2007). Van ieder artikel worden de behandelmethode en behandelvorm beschreven. Met betrekking tot de steekproef wordt het aantal participanten, het geslacht en eventueel andere belangrijke kenmerken zoals comorbiditeit met andere stoornissen beschreven. Ook worden onderzoekskenmerken zoals de setting en duur van de behandeling beschreven. Tot slot worden de belangrijkste resultaten uit het artikel samengevat. Dit betreft een korte beschrijving van de behandelmethode (inclusief kenmerken en omstandigheden) en de effectiviteit ervan, en welke behandelvormen zijn onderzocht. Het selectieproces en de analyse van de data uit de artikelen is uitgevoerd door de eerste auteur en betreft een iteratief proces; er is geen sprake geweest van dubbel coderen. Er is een logboek bijgehouden van de verschillende stappen in het selectieproces en de analyse. Bij twijfel over het selectieproces en het coderen, heeft er twee keer overleg plaatsgevonden tussen alle auteurs om in samenspraak tot overeenstemming te komen.

3 Resultaten

In totaal zijn er 21 artikelen geïnccludeerd in deze *scoping review*. Hiervan gaan negen artikelen over Dialectische Gedragstherapie (DBT-A), één over Adolescent Identity Treatment (AIT), zeven artikelen over Mentalization-based Treatment (MBT-A), twee over Schematherapie (SFT-A), één over Emotie Regulatie Training (ERT), 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 geanalyseerde artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit (Houwen et al., 2009; Law et al., 1998). Een overzicht van deze artikelen is te zien in tabel 1, een korte beschrijving van elke behandelmethode in tabel 2.

3.1 Dialectische Gedragstherapie (DBT-A)

Zoals te zien is in tabel 1, is in acht studies de effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie (DBT-A) gemeten middels een combinatie van individuele en groepstherapie (Buerger et al., 2019; 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). Het onderzoek van Khalid-Khan en collega's (2016) heeft enkel het effect van groepstherapie onderzocht, zij vonden een hoge effectgrootte in de vermindering van angstproblematiek en een gemiddelde effectgrootte voor vermindering van verstorend gedrag, emotionaliteit en hyperactiviteit. Uit de andere onderzoeken blijkt dat een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A voor een significante afname zorgt van het aantal en de ernst van borderlinekenmerken, zowel direct na afronding van de behandeling als in de follow-up

meting na twee jaar (Buerger et al., 2019; Lakeman et al., 2021; Lyng et al., 2020; Schmeck et al., 2022; Uliaszek et al., 2014 & Van der Hout et al., 2022). Zo blijkt een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A voor significante vermindering van de volgende specifieke borderlinekenmerken te zorgen; het aantal suïcidepogingen, niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) (Buerger et al., 2019; Schmeck et al., 2022), het aantal ziekenhuisbezoeken en -opnames (Lakeman et al., 2021), internaliserend en externaliserend gedrag (Uliaszek et al., 2014; Van der Hout et al., 2022) en het aantal passieve copingmechanismen (Van der Hout, et al., 2022). Daarnaast wordt er bij een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A een afname in depressieve gevoelens waargenomen (Schmeck et al., 2022) en rapporteert 40% van de adolescenten zelf een verhoogde kwaliteit van leven na de behandeling (Swales et al., 2016) en een significante verbetering van het zelfbeeld (Van der Hout, et al., 2022).

Een interessante bevinding uit het onderzoek van Uliaszek en collega's (2014) is dat adolescenten die een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A volgen zelf geen vermindering van borderlinekenmerken rapporteren, terwijl dit uit gestandaardiseerde meetinstrumenten wel naar voren komt. Voor adolescenten lijkt een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A beter aan te sluiten als er gekeken wordt naar de ernst en het aantal borderlinekenmerken (Lyng, et al., 2020). Voor de afname van suïcideneigingen en de gevoelens van hopeloosheid is er geen verschil gemeten bij de combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A (zelfrapportage). Daarnaast is gekeken of het toevoegen van familiesessies aan een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A effect heeft, maar dit blijft uit (Buerger, et al., 2019; Schmeck, et al., 2022). Het toevoegen van The Middle Path Module (groepsgewijze familiesessies) aan een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A lijkt een positief effect te hebben (Rathus, et al., 2015).

3.2 Adolescent Identity Treatment (AIT)

Schmeck en collega's (2022) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van individuele Adolescent Identity Treatment (AIT) in vergelijking met combinatie van individuele en groepsgewijze Dialectische gedragstherapie (DBT-A) (zie tabel 1). Zowel de AIT- als de DBT-A groep krijgen vijftientwintig individuele sessies en familiesessies, in de DBT-A groep krijgen adolescenten nog twintig groepsgewijze familiesessies volgens de module 'Walking the Middle Path'. Uit de resultaten blijkt dat beide behandelmethodes een significante verbetering laten zien in het psychosociaal functioneren (rapportage behandelaar) en op de secundaire uitkomsten (rapportage behandelaar en zelfrapportage). Alleen de suïcideneigingen zijn niet significant verbeterd (zelfrapportage). De verbetering van depressie, persoonlijk functioneren en het aantal borderlinekenmerken is beter in de AIT-groep, waar individuele behandeling wordt gegeven (rapportage behandelaar). De verbetering van niet-suïcidale zelfbeschadiging (NSSI) is beter in de DBT-A groep, waar een combinatie van individuele en groepsbehandeling wordt gegeven (zelfrapportage).

3.3 Mentalization-Based Treatment (MBT-A)

Zoals te zien is in tabel 1, is in zeven studies het effect van de groepsbehandeling Mentalization-based Treatment (MBT-A) onderzocht (Andersen et al., 2021; Beck et al., 2020; Bo et al., 2016; Griffiths et al., 2019; Jørgensen et al., 2020; Jørgensen et al., 2021; Simonsen et al., 2021). In het onderzoek van Bo en collega's (2016) wordt een significante vermindering gemeten in het aantal borderlinekenmerken, depressieve gevoelens en automutilatie naast significante verbeteringen in de psychopathologie en de relatie tussen ouder en kind. Beck en collega's (2020) en Griffiths en collega's (2019) hebben een *randomized controlled trial* (RCT) uitgevoerd met een vergelijking tussen groepsgewijze MBT-A en een combinatie van individuele en groepsgewijze Treatment as Usual (TAU). Uit de resultaten van deze RCT blijkt dat de drop-out in de MBT-A groep (groepsbehandeling) hoger is in vergelijking met de TAU-groep (combinatie van individuele en groepsbehandeling). Beide groepen laten een significante vermindering zien in het aantal borderlinekenmerken (zelfrapportage). Groepsgewijze MBT-A blijkt niet superieur aan een combinatie van individuele en groepsgewijze TAU.

Een jaar na het onderzoek is een follow-upstudie gedaan door Jørgensen en collega's (2020). Zij zien dat er in beide groepen een afname van depressieve gevoelens is (zelfrapportage), maar zien wederom geen significant verschil tussen beide vormen. In de groepsgewijze MBT-A groep is door adolescenten een afname van externaliserend en internaliserend gedrag gerapporteerd aan het begin van de behandeling, waarna vervolgens een toename plaatsvindt. Interessant hierbij is dat ouders het tegenovergestelde rapporteren. In de TAU-groep (combinatie van individuele en groepsbehandeling) neemt zowel het internaliserende als het externaliserende probleemgedrag in het begin af, en vervolgens weer toe volgens de adolescenten. Ouders rapporteren dat het internaliserende probleemgedrag eerst toeneemt, waarna deze afneemt. Het sociaal functioneren van de adolescenten bleef volgens de behandelaar stijgen in beide groepen. Wederom is op alle gebieden geen significant verschil gevonden tussen de MBT-A-groep (groepsbehandeling) en de TAU-groep (combinatie van individuele en groepsbehandeling) (Jørgensen et al., 2020).

Simonsen en collega's (2021) hebben twee jaar na het onderzoek van Beck en collega's (2020) gekeken naar de factoren die invloed hebben gehad op de behandeluitkomst. Hieruit blijkt dat adolescenten die naast borderlinekenmerken ook ODD-kenmerken vertonen een minder grote kans op klinische verbetering hebben. Daarnaast hebben adolescenten met minder blootstelling aan fysieke mishandeling in hun kindertijd en een hogere mate van depressieve gevoelens een vergrote kans op klinische verbetering. Als laatste factor blijkt dat meer internaliserend en minder externaliserend probleemgedrag een voorspeller is van klinische verbetering.

Naast de voorspellers op klinische verbetering hebben Jørgensen en collega's (2021) ook gekeken naar voorspellers voor vroegtijdige beëindiging van een groepsgewijze MBT-A behandeling. Zij concluderen dat adolescenten met weinig reflecterend vermogen

een verhoogd risico lopen op vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Interessant is dat deze voorspeller niet opgaat voor de TAU-groep (combinatie van individuele en groepsbehandeling). Andersen en collega's (2021) hebben in hun kwalitatieve onderzoek aan adolescenten gevraagd naar hun beweegredenen om vroegtijdig te stoppen. Zij benoemen de volgende factoren: 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.

3.4 Schematherapie (SFT-A)

In twee studies is gekeken naar het effect van Schematherapie (SFT-A) bij adolescenten. Renner en collega's (2013) onderzochten het effect van groepstherapie en Roelofs en collega's (2016) hebben een combinatie van individuele en groepstherapie onderzocht (zie tabel 1).

Uit deze studies blijkt, zowel vanuit ouders/verzorgers als adolescent zelf, een positieve verandering te worden opgemerkt op kwaliteit van leven, psychopathologie, copingmechanismen en maladaptieve schema's. De ouder/verzorger rapporteert zelfs een grotere verbetering dan de adolescent zelf. Roelofs en collega's (2016) laten ook een significante verbetering zien van de gevoeligheid en responsiviteit van ouder/verzorger naar hun kinderen gelijk na afronding van de combinatie van individuele en groepsbehandeling. Zowel ouders/verzorgers als adolescenten rapporteren dit.

3.5 Emotie Regulatie Training (ERT)

Eén studie is gevonden over de effectiviteit van Emotie Regulatie training (ERT) bij adolescenten. Schuppert en collega's (2012) hebben in een RCT gekeken of het toevoegen van zeventien wekelijkse groepstrainingen van ERT boven op de reguliere behandeling (individuele en familiesessies) tot verbetering leidt (zie tabel 1). Hieruit blijkt dat er geen significante verschillen tussen de groepen zijn, met betrekking tot medicatie-, drugs- en alcoholgebruik (zelfrapportage), noch zijn er verschillen gevonden in verbetering in borderlinekenmerken (volgens de behandelaar) of kwaliteit van leven (zelfrapportage).

Wel blijkt dat drop-outs bij de voormeting minder kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis en een hogere kwaliteit van leven rapporteren in vergelijking met de adolescenten die de behandeling voltooid hebben. Daarnaast is te zien dat meer depressieve symptomen samenhangen met een verbetering in het aantal symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis, evenals een verleden van geweld en/of misbruik. Het aantal familiesessies die adolescenten in de Treatment as Usual (TAU) groep ondergingen hebben geen effect op de uitkomsten. De ERT-groep (combinatie van individuele en groepsbehandeling) gaf aan dat behandeling samen met leeftijdsgenoten zorgde voor een hoge motivatie om naar de behandeling te blijven komen.

3.6 Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

Llorens Ruiz en collega's (2020) hebben in hun studie de effectiviteit van Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) onderzocht (zie tabel 1). Dit is een groepsbehandeling, aanvullend op de individuele behandeling die adolescenten al volgen. Hier wordt gezien dat het aantal adolescenten met een officiële classificatie is verminderd van 52,4 % naar 28,6 %.

Tevens is er door de behandelaar een afname gemeten in impulsiviteit en instabiliteit, maar deze is niet significant. Behandelaren rapporteren een lichte verbetering bij 47,6 % en een gemiddelde tot hoge verbetering bij 23,8 % van de adolescenten.

3.7 Helping Young People Early (HYPE)

Chanen en collega's (2022) hebben de effectiviteit van individuele Helping Young People Early (HYPE) onderzocht. In een RCT vergelijken zij de volgende drie individuele behandelingen: HYPE in combinatie met Cognitive Analytic Therapy (CAT), HYPE in combinatie met Befriending en een Treatment as Usual (TAU) in combinatie met Befriending (zie tabel 1).

De drop-outs verschillen niet significant per groep en het psychosociaal functioneren verbetert bij elke nameting in de verschillende groepen, zowel volgens de behandelaar als de adolescent zelf. De groepen met individuele HYPE worden niet superieur bevonden aan de individuele algemene behandeling met Befriending op het gebied van interpersoonlijke problematiek en sociaal aanpassingsvermogen.

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel-methode	Behandel-vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Burger, A. et al. (2019)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	12-17 (n = 72)	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	Duur: 25 individuele sessies (50 minuten), 20 groepssessies (120 minuten) en 6 familiesessies	Significante afname in het aantal borderlinekenmerken en een significante vermindering van de ernst van elk borderlinekenmerk. Significante vermindering van suïcidepogingen en niet suïcidale zelfbeschadiging (NSSI).	13
		Minimaal 3 borderline-kenmerken			Exclusiecriteria: suïcideneigingen, bipolaire stoornis en/of schizofrenie Medicatie: toegestaan indien nodig (21 personen) Comorbiditeit: bij 94,5% was er sprake van comorbiditeit Overig: 91,7% was vrouw. 87,5% had een borderline classificatie de rest had borderlinekenmerken		
Khalid-Khan, S. et al. (2016)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	Gem.16,86 (n = 7)	Dialectische Gedragstherapie	Groep	Duur: 15 weken (2,5 uur per sessie), 6 sessies alleen voor ouders Exclusiecriteria: verslaving, psychose en/of strafblad Medicatie: onbekend Comorbiditeit: comorbiditeit met eetstoornis, angststoornis en/of stemmingsstoornis.	Hoge effectgrootte voor de vermindering van angstproblematiek. Gemiddelde effectgrootte voor de vermindering van verstoring gedrag, emotionaliteit en hyperactiviteit Cohen's d: 1.58 voor angst → groot effect 0.77 verstoring gedrag → middelgroot effect 0.64 emotionaliteit → middelgroot effect 0.57 hyperactiviteit → middelgroot effect	10
		Classificatie of kenmerken van borderline			Overig: voor behandeling al 8 weken groep <i>distress-tolerance skill building</i> gehad. Voor de start van elke sessie een check-in om met groepsgenoten te kunnen praten hoe het die week is gegaan.		

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel-methode	Behandel-vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Lakeman, R. et al. (2021)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	15–25 (n = 22) Classificatie bor-derline	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 borderlinekenmerken 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	1 2
Lyng, J. et al. (2020)	Quasi-experimenteel onderzoek	18–25 (n = 37) Classificatie bor-derline	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 <u>Comorbiditeit</u> : eetstoornis, posttraumatische stressstoornis (prts) en/of verslaving <u>Overig</u> : 78,4% was vrouw. Iets meer dan de helft heeft een suïcide-poging gedaan en ongeveer 70% doet aan NSSI	Betere uitkomsten gevonden in de DBT-A groep dan de DBT-groep. Hogere vermindering borderlinekenmerken 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	1 2
Rathus, J. et al. (2015)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	Adolescent en hun ouders (n = 50) Minimaal 3 borderline-kenmerken	Dialectische Gedragstherapie, onderdeel Middle Path Module	Combinatie	<u>Duur</u> : wekelijks individuele 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	Middle Path skills werden door 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	1 1

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Schneck, K. et al. (2022)	Quasi-experimenteel onderzoek	13–19 (n = 60) Minimaal 3 borderline-kenmerken	Dialectische Gedragstherapie & Adolescent Identity Treatment	DBT-A: combinatie AIT: individueel	<u>Duur:</u> 25 wekelijkse individuele sessies, 5–8 familiesessies. <u>DBT-A groep</u> nog 20 groepssessies 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 borderline-problematiek, 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. 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	1.4
Swales, M. et al. (2016)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14–18 (n = 43) Minimaal 5 borderline-kenmerken	Dialectische Gedragstherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> ongeveer 25 weken <u>Exclusiecriteria:</u> onbekend <u>Medicatie:</u> onbekend <u>Comorbiditeit:</u> onbekend <u>Overig:</u> 86,8 % was vrouw	Adolescenten met borderlinekenmerken hebben bij de start van behandeling een lagere kwaliteit van leven dan volwassenen met borderline en adolescenten met depressie. De kwaliteit van leven verhoogt met 40 % na behandeling. Cohen's d: 1.00 kwaliteit van leven → groot effect	1.1

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Ullaszek, A. et al. (2014)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	13–17 (n = 13) Borderline-kenmerken	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 groepsessies	Significante vermindering in borderline-kenmerken en internaliserende en externaliserende problematiek. Bij de zelfrapportage van adolescenten kwam geen significante vermindering van borderlinekenmerken naar voren	1 3
Cohen's d: 1.04 externaliserend gedrag → groot effect 1.18 internaliserend gedrag → groot effect							
van der Hout, R. et al. (2022)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	13–21 (n = 153) Minimaal 3 borderline-kenmerken 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 gevallen. 95,7 % was vrouw.	Significante vermindering ernst borderlinekenmerken, passieve coping mechanismes, internaliserende en externaliserende problematiek en een significante verbetering van het zelf-beeld Geen effect size gerapporteerd	1 2

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel-methode	Behandel-vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Andersen, C. et al. (2021)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14–17 (n = 10) Minimaal 4 borderline-kenmerken	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 10e behandeling, 50 % voor 20e en 10 % voor 30e. <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 Geen effect size gerapporteerd	1 2
Beck, E. et al. (2020)	Randomized Controlled Trial	14–17 (n = 112) Minimaal 4 borderline-kenmerken	Mentalization-based Treatment	Groep	<u>Duur:</u> MFT-A bestond uit 37 wekelijkse groepsessies (90 minuten) <u>Exclusiecriteria:</u> anorexia, psychose, schizofrenie, verslaving en/of andere stoornis dan bpd als 1e 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 apart van adolescenten ook behandeling (6 keer)	MFT-A is niet superieur aan TAU. Meer personen in MFT-A groep stopten vroegtijdig met behandeling vergeleken met de TAU-groep. Het verschil in voor- en naming voor beide groepen wel significant maar niet klinisch relevant Geen effect size gerapporteerd	1 2

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel-methode	Behandel-vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Bo, S. et al. (2016)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	15-18 (n = 34) Minimaal 4 borderline-kenmerken	Mentalization-based Treatment	Groep	Duur: 40 sessies (90 minuten) Exclusiecriteria: anorexia, psychose, schizofrenie, antisociale persoonlijkheidsstoornis en/of verslaving Medicatie: onbekend Comorbiditeit: onbekend Overig: 100 % was vrouw. Ouders kregen ook behandeling	Significante vermindering van borderlinekenmerken, depressieve gedachten en automutilatie. Significante verbeterde psychopathologie en ouder-kind relatie	1 2
						Geen effect size gerapporteerd	
Griffiths, H. et al. (2019)	Randomized Controlled Trial	12-18 (n = 53) Afgelopen 6 maanden automutilatie	Mentalization-based Treatment	Groep	Duur: 12 sessie MBT-A (75 minuten) Exclusiecriteria: psychose en/of eetstoornis Medicatie: toegestaan indien nodig Comorbiditeit: onbekend Overig: 77,3 % was vrouw, 81,8 % woonde bij ouders	Zowel MBT-A groep als TAU-groep liet vermindering in automutilatie zien. Angst, emotieregulatie en borderline-kenmerken verbeterden ook in beide groepen. MBT-A is niet superieur aan TAU	1 3
						Geen effect size gerapporteerd	
Jørgensen, M. et al. (2020)	Randomized Controlled Trial	14-17 (n = 111) Minimaal 4 borderline-kenmerken	Mentalization-based Treatment	Groep	Duur: 37 sessies (90 minuten) Exclusiecriteria: anorexia, psychose, schizofrenie, verslaving en/of andere stoornis als 1 ^e diagnose Medicatie: toegestaan indien nodig Comorbiditeit: iets meer dan de helft had depressieve episodes Overig: 99 % was vrouw, ouders kregen ook 6 behandel sessies	Geen significante verschillen tussen MBT-A en TAU. Beide groepen lieten verbetering zien maar ook nog steeds borderlinekenmerken en verminderd functioneren. MBT-A is niet superieur aan TAU	1 3
						Geen effect size gerapporteerd	

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Jørgensen, M. et al. (2021)	Niet-experimenteel kwaliteitsonderzoek	14–18 (n = 89) Minimaal 4 borderline-kenmerken	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	1 2
Simonsen, E. et al. (2021)	Randomized Controlled Trial	14–17 (n = 97) Minimaal 4 borderline-kenmerken	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 behandel sessies	Adolescenten met comorbide oppositietoneel-opstandige gedragsstoornis (ODP) hadden een minder grote kans om klinische verbetering van borderline-kenmerken te laten zien. Adolescenten met minder blootstelling aan fysieke mishandeling en hogere depressieve gevoelens hadden een vergrote kans om klinische verbetering van borderline-kenmerken te laten zien. Meer internaliserend en minder externaliserend gedrag verhogen de kans op verbetering van borderline-kenmerken Geen effect size gerapporteerd	1 2

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Renner, F. et al. (2013)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	18–29 (n = 28) Classificatie- persoonlijk- heidsstoornis of kenmerken	Schematherapie	Groep	<u>Duur:</u> 18 weken 1 sessie (90 minuten) + 2 booster sessies <u>Exclusiecriteria:</u> suïcide neigingen, NSSI, agressie en fysieke beperkingen (blind & doof) <u>Medicatie:</u> niet benoemd <u>Comorbiditeit:</u> stemmings- en angststoornissen <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	De klachten van adolescenten verminderten significant. Kortdurende groepsbehandeling lijkt effectief te zijn voor zowel adolescenten met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis als adolescenten met een classificatie Cohen's d: 0.81 kenmerken persoonlijkheidsstoornis → groot effect	13
Roelofs, J. et al. (2016)	Herhaalde casestudie	16–18 (n = 4) Classificatie- persoonlijkheids- stoornis	Schematherapie	Combinatie	<u>Duur:</u> gedurende 1 jaar wekelijkse groepsessies en 1 of 2-wekelijkse individuele sessies <u>Exclusiecriteria:</u> geen gestructureerd leven (werk of school) <u>Medicatie:</u> gebruikt door alle adolescenten <u>Comorbiditeit:</u> identiteitsproblemen, leerstoornis, depressie, slaapproblemen, eetstoornis, en angststoornis <u>Overig:</u> 75 % was vrouw. Ouders kregen om de week ook behandeling	Verhoogde kwaliteit van leven en verminderde klachten bij de meeste adolescenten. Veranderingen in schema's bij alle adolescenten Geen effect size gerapporteerd	12

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Schuppert, H. et al. (2012)	Randomized Controlled Trial	14–19 (n = 109) Minimaal 2 borderline- kenmerken	Emotie Regulatie Training	Combinatie	Duur: 17 weken groepsbehandelingen (105 minuten) + 2 booster sessies. Daarnaast individuele behandeling.	Geen significant verschil tussen ERT+TAU en TAU. Groepsgenoten waren voor de adolescenten een hoge motivatie om te blijven komen naar therapie	15
					Exclusiecriteria: psychotische stoornissen en/of verslaving		
					Medicatie: toegestaan indien nodig Comorbiditeit: angst- en stemmingsstoornissen en ADHD Overig: 96 % was vrouw, 55 % heeft te maken gehad met fysiek en/of seksueel misbruik	Cohen's d: 0.75 borderlinekenmerken ERT+TAU-groep → middelgroot effect Geen effect size gerapporteerd voor TAU-groep	
Llorens Ruiz, I. et al. (2020)	Niet-experimenteel veranderings-onderzoek	13–17 (n = 21) Clinical Global Impression Scale score hoger dan 3 en/of Diagnostic Interview for Borderline score hoger dan 6	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving	Combinatie	Duur: 20 sessies, naast STEPPS elke 3 weken individuele therapie Exclusiecriteria: psychotische en/of bipolaire stoornis Medicatie: toegestaan indien nodig Comorbiditeit: onbekend Overig: 90,5 % was vrouw, 52,4 % had een diagnose bpd, rest kenmerken van bpd	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 kenmerken → groot effect	10

Tabel 1 Overzicht van de geïncludeerde artikelen (vervolg)

Auteur & datum	Methode	Doelgroep	Behandel- methode	Behandel- vorm	Kenmerken	Effectiviteit	Kwaliteit
Chanen, A. et al. (2022)	Randomized Controlled Trial	15–25 (n = 139) Diagnose borderline	Helping Young People Early	Individueel	<u>Duur:</u> gemiddeld 28 weken, 16 CAT of <i>befrijding</i> 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 somato- forme 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

Tabel 2 Korte beschrijving behandelmethodes

Behandelmethode	Behandelvorm	Beschrijving
Dialectische Gedragstherapie (DBT-A)	Individueel en groep	DBT-A is een voor adolescenten aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie waarbij zowel de sterke kanten van een persoon als de gedachten die het leven van een persoon lastig maken in kaart worden gebracht. DBT-A richt zich op het aanleren van vaardigheden om met emoties om te gaan. Het aanleren van vaardigheden gebeurt vaak groepsgewijs. DBT-A bevat daarnaast nog een individueel deel.
Adolescent Identity Treatment (AIT)	Individueel	AIT is een individuele psychodynamische behandeling. AIT integreert elementen van Transference Focused Therapy met psycho-educatie, gedragsgerichte plannen en een samenwerking met ouders.
Mentalization-Based Treatment (MBT-A)	Individueel of groep	MBT-A is een voor adolescenten aangepaste behandeling en gaat ervan uit dat mensen met borderlineproblematiek het lastig vinden om gedrag van zichzelf en anderen te verklaren en begrijpen. MBT-A focust zich op het versterken van dit inzicht door middel van reflecteren en mentaliseren. MBT-A kan zowel individueel als groepsgewijs aangeboden worden.
Schematherapie (SFT-A)	Individueel of groep	SFT-A is een voor adolescenten aangepaste vorm van psychotherapie die vooral wordt ingezet bij persoonlijkheidsproblematiek. SFT-A kan zowel individueel als groepsgewijs aangeboden worden. Bij SFT-A wordt onderzocht welke patronen een persoon heeft en hoe ervaringen uit het verleden deze patronen beïnvloeden. Vervolgens leert een persoon deze patronen te herkennen en te doorbreken met als doel hierdoor anders te gaan denken, doen en voelen.
Emotie Regulatie Training (ERT)	Groep	ERT is een groepsbehandeling gericht op het onder controle krijgen van sterke en heftige emoties en leren dat je verantwoordelijk bent voor je eigen gedrag. ERT bevat onderdelen van de cognitieve en dialectische gedragstherapie en maakt gebruik van ontspanningsoefeningen.
Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)	Groep	STEPPS is een groepsgewijze vorm van cognitieve gedragstherapie die gebruikt wordt om nieuwe vaardigheden met betrekking tot het reguleren van emoties aan te leren.
Helping Young People Early (HYPE)	Individueel	HYPE is een individuele behandeling die zich richt op het verbeteren van het adaptief functioneren. HYPE maakt gebruik van psychotherapie en gesprekken om praktische ondersteuning te bieden. Eventueel kunnen er gezinsgesprekken aan toegevoegd worden.

4 Conclusie en Discussie

Het doel van dit onderzoek was tweeledig: enerzijds werd een eerste verkenning geboden van de behandelvormen voor adolescenten met borderlineproblematiek, en anderzijds werden mogelijke indicatoren geïdentificeerd die de effectiviteit van deze behandelvormen kunnen vergroten. Hiervoor zijn 21 wetenschappelijke artikelen van gemiddelde tot hoge kwaliteit geanalyseerd. Hoewel er geen onderzoeken zijn gevonden die individuele en groepsbehandelingen direct met elkaar vergelijken, onderzoeken diverse studies wel de effectiviteit van verschillende behandelmethoden. De behandelmethodes die beschreven werden betreffen: Dialectische Gedragstherapie (groeps- en combinatiebehandeling), Adolescent Identity Treatment (individuele behandeling), Mentalization-based Treatment (groepsbehandeling), Schematherapie (groeps- en combinatiebehandeling), Emotie Regulatie Training (combinatiebehandeling), System Training for Emotional Predictability and Problem Solving (combinatiebehandeling), en Helping Young People Early (individuele behandeling).

In alle onderzoeken werd een positief effect van de behandeling gemeten bij adolescenten, zowel bij directe nametingen als bij follow-ups, en zowel bij officiële behandelmethodes als bij algemene behandeling (TAU). Dit wijst erop dat behandeling in het algemeen effectief is voor deze doelgroep. Er kan echter voorzichtig worden geconcludeerd dat toevoeging van groepsbehandeling geen significante meerwaarde lijkt te bieden ten opzichte van een zuiver individuele behandeling (Beck et al., 2020; Griffiths et al., 2019; Jørgensen et al., 2020; Schmeck et al., 2022; Schuppert et al., 2012). In één studie leidde de individuele behandeling zelfs tot een grotere klachtenreductie dan de combinatietherapie, ondanks dat er een minder aantal sessies werd aangeboden (Schmeck et al., 2020). Aangezien deze bevindingen zijn gebaseerd op onderzoeken met diverse behandelmethoden, dient deze conclusie met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

4.1 Groepsbehandeling versus Individuele Behandeling: Voor Wie en Wanneer?

Op basis van de geanalyseerde manuscripten was een directe vergelijking (in de vorm van RCT) tussen groepsbehandeling versus individuele therapie niet mogelijk. Wel worden in een aantal onderzoeken voor- en nadelen (indicaties) beschreven van een behandeling in groeps- of individuele therapie. Deze studies vormen een belangrijk uitgangspunt voor toekomstig onderzoek en leveren voorzichtige aanbevelingen op voor de praktijk, hoewel zij dus vanwege het geringe aantal studies hieromtrent met voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

4.2 Groepsbehandeling: Voor Wie en Wanneer?

Groepsbehandeling kan effectief zijn, vooral wanneer adolescenten voornamelijk internaliserende klachten vertonen zoals angst, depressie, en stress. Adolescenten met een hoge mate van internaliserende problematiek laten meer verbetering zien bij groepsbehandeling dan adolescenten met een hoge mate van externaliserende problematiek (Simonsen et al., 2021).

Resultaten uit eerdere onderzoeken laten 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 dit onderzoek waarbij na groepsbehandeling angstklachten verminderen (Griffiths et al., 2019; Khalid-Khan et al., 2016), het vertrouwen in andere mensen is vergroot (Bo et al., 2016) en depressieve gevoelens verminderen (Beck et al., 2020; Bo et al., 2016; Griffiths et al., 2019; Jørgensen et al., 2020).

Een belangrijk voordeel is dat adolescenten in de groep emotionele steun krijgen van leeftijdsgenoten, zich minder alleen voelen, en gezond copinggedrag kunnen overnemen (Demaray & Malecki, 2014; Sijbers & Van Wijngaard, 2010). Dit draagt bij aan een positief behandel-effect (Demaray & Malecki, 2014). Groepsbehandeling kan bovendien de motivatie verhogen, waardoor de opkomst bij de behandelingen verbetert (Llorens Ruiz et al., 2020; Schuppert et al., 2012;). Om vroegtijdige beëindiging van groepsbehandeling zoveel mogelijk te voorkomen is het van belang dat de wisseling van groepsleden zo laag mogelijk blijft (Andersen et al., 2021).

Sijbers en Wijngaard (2010) beweren dat een groepsbehandeling het eigen reflectieve vermogen verbetert door het gedrag van anderen te herkennen en te benoemen. Deze bewering wordt ondersteund door het onderzoek van Bo en collega's (2016). Zij tonen aan dat het reflectieve vermogen van adolescenten met een borderline persoonlijkheidsstoornis voor de behandeling lager dan gemiddeld was, maar na een MBT-groepsbehandeling significant is verbeterd. Tegelijkertijd laat de studie van Schmeck en collega's (2022) zien dat een laag reflectief vermogen een verhoogd risico met zich meebrengt om de MBT-A-behandeling (combinatiebehandeling) vroegtijdig te beëindigen in vergelijking met een individuele AIT-behandeling. Deze uitkomsten bieden aanwijzingen dat het reflectieve vermogen van een adolescent een mediërende variabele kan zijn voor het behandelsucces.

4.3 Individuele Behandeling: Voor Wie en Wanneer?

Individuele behandeling lijkt vooral passend bij adolescenten met externaliserend gedrag of negatieve groepservaringen in het verleden en is helpend bij vermindering van depressieve gevoelens (Beck et al., 2020; Jørgensen et al., 2020; Schmeck et al., 2022). Adolescenten die eerder negatieve groepservaringen, zoals pesten of afwijzing, hebben meegemaakt, hebben minder baat bij groepsbehandeling (Andersen

et al., 2021; Dijkhuizen & Geertjens, 2006; Rutan et al., 2014). Deze conclusie wordt bevestigd door het kwalitatieve onderzoek van Andersen en collega's (2021). 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 onvoldoende kunnen profiteren van de behandeling.

Uit het artikel van Simonsen en collega's (2021) blijkt dat een groepsbehandeling MBT-A minder effectief is voor adolescenten met externaliserend gedrag. Greene en collega's (2002) hebben onderzocht dat het negatieve 'touchy' en 'hostile' gedrag dat bij ODD past een complicerende rol speelt in het bestendigen van een therapeutische relatie dat nodig is voor een succesvolle psychotherapie. Dit kan verklaren waarom een groepsbehandeling MBT-A minder toereikend is voor adolescenten met externaliserend gedrag. Mogelijk kan een individuele behandelaar het externaliserende gedrag van de adolescent beter in de context plaatsen en passender reageren dan dat leeftijdsgenoten (die zelf ook problematiek ervaren) dit kunnen. Tegelijkertijd heeft ODD een negatieve impact op sociale relaties met leeftijdsgenoten in een groepscontext (Greene et al., 2002). Het is bij groepsbehandeling echter van belang dat alle adolescenten zich veilig en niet anders voelen dan andere groepsleden. Individuele behandeling voor adolescenten met externaliserend gedrag is dus enerzijds passender, omdat een behandelaar beter kan afstemmen op de specifieke behoeften van de jongere dan leeftijdsgenoten en anderzijds draagt het bij aan het behoud van de veiligheid binnen de groep (Daamen & Ince, 2014; GGZ Standaarden, 2022).

4.4 Rol van Ouders en Sociaal Netwerk

Het betrekken van ouders of verzorgers kan bijdragen aan een betere responsiviteit en sensitiviteit ten opzichte van de adolescent (Roelofs et al., 2016), hoewel er geen significante verbetering optreedt van de borderlineproblematiek bij het toevoegen van familiesessies aan een combinatie van individuele en groepsgewijze DBT-A (Bueger et al., 2019; Schmeck et al., 2022). Daarnaast blijkt het betrekken van het bredere sociale netwerk, zoals vrienden of huisgenoten, de kans op een succesvolle afronding van de behandeling te vergroten (Dietrich, 2019). Dit kan vooral waardevol zijn voor adolescenten die liever geen ouders willen betrekken.

4.5 Limitaties

Dit onderzoek heeft enkele beperkingen. Hoewel er overleg en afstemming is geweest tussen alle auteurs over het in- en excluseren van de artikelen, is het selectieproces van de

artikelen door de eerste auteur uitgevoerd. Verder is een groot deel van de geïncludeerde deelnemers vrouwelijk (98%–100%), terwijl het percentage vrouwelijke borderlinepatiënten in de algemene bevolking 72,6% is (Ten Have et al., 2016). Bovendien worden effectstudies zonder resultaat vaak niet gepubliceerd en zijn drop-outs niet altijd meegenomen in de analyses, wat een vertekening kan geven van de behandeluitkomsten. Bovendien bevatten niet alle onderzoeken een controlegroep of een groep die ‘Treatment As Usual’ (TAU) 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. De beperkte literatuur en variatie in behandelvormen rechtvaardigen een voorzichtige interpretatie van de resultaten, hoewel dit onderzoek een belangrijke bijdrage levert aan de kennis over behandelmethoden voor adolescenten met borderlineproblematiek.

4.6 Implicaties voor Verder Onderzoek

Meer onderzoek naar de effectiviteit van specifieke behandelvormen bij adolescenten met borderlineproblematiek is nodig. Vergelijkingen van groeps- en individuele behandeling binnen dezelfde behandelmethoden kunnen duidelijkheid geven over de best passende interventies.

Onderzoek naar kenmerken van adolescenten die mogelijk voorspellend zijn voor de effectiviteit van een bepaalde behandelvorm kan bijdragen aan het ontwikkelen van gepersonaliseerde behandeladviezen, wat kosten en intensivering van de problematiek kan verminderen. Verder is onderzoek onder mannelijke adolescenten wenselijk om de resultaten beter te kunnen generaliseren. Op dit moment wordt er gestart met het verzamelen van expertkennis van therapeuten en ervaringskennis van adolescenten om inzicht te krijgen in verschillende indicatoren die een rol spelen bij een individuele en groepsschematherapie (Wilms, in prep.).

4.7 Implicaties voor de Praktijk

Deze review is goed toepasbaar op de Nederlandse situatie, aangezien de geïncludeerde studies voornamelijk in Westerse landen zijn uitgevoerd. Op basis van de resultaten kan voorzichtig worden geadviseerd om adolescenten met (beginnende) borderlineproblematiek vroegtijdig behandeling aan te bieden. Hierbij lijkt groepsbehandeling het meest passend voor adolescenten met internaliserende klachten en zonder negatieve groepservaringen, terwijl individuele behandeling de voorkeur heeft bij externaliserende klachten of eerdere negatieve groepservaringen. Voor adolescenten met een laag reflecterend vermogen kan een combinatiebehandeling wenselijk zijn om uitvalrisico te beperken. Tot slot wordt voorzichtig aangeraden om ouders of andere leden van het sociale netwerk bij de behandeling te betrekken om de responsiviteit van de omgeving te vergroten en de behandelopkomst te verbeteren.

4.8 Conclusie

Behandelinterventies kunnen effectief zijn voor adolescenten met (beginnende) borderlineproblematiek, zowel individueel als in groepsverband. Vroege behandeling kan de ontwikkeling van ernstigere persoonlijkheidsstoornissen verlagen. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat groepsbehandeling met name geschikt is voor adolescenten met internaliserende klachten zonder negatieve groepservaringen, terwijl individuele behandeling beter aansluit bij adolescenten met externaliserend gedrag of negatieve groepservaringen. Verder (empirisch) onderzoek is echter noodzakelijk om de effectiviteit van deze behandelmethoden binnen deze doelgroep beter te onderbouwen.

Noten

- 1 Derhalve deze studie een brede verkenning betreft is de definitie van kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis ruim geïnterpreteerd. In de meeste studies gold een minimum van drie kenmerken, in twee studies was dit twee kenmerken en in één studie werd automutilatie als hoofdkenmerk voor inclusie aangeduid.

Literatuur

- 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>
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 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.
- 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):161–167. <https://doi.org/10.1108/MHSI-03-2017-0014>
- Berk, T. (2005). Onderzoek over groepstherapie. *Leerboek groepstherapie*, 475–480. De Tijdstroom.
- *Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M. & Simonsen, E. (2016). 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>
- *Buerger, 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
- Center for Youth Wellness. (2016). *White Paper: An unhealthy dose of stress* <https://drive.google.com/file/d/1RD5o1P2dimEdV3zn0eGrgtCi2TWfakH/edit?pli=1>
- 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. (2022). Effect of 3 Forms of Early Intervention for Young People With Borderline Personality Disorder: The MOBY Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association Psychiatry* 79(2), 109–119. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3637>
- 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.fo>
- 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 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 jon-

- geren 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.childyouth.2023.106930>
- 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>
- Frias, 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>
- Greene, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M.C., Goring, J.C. & Faraone, S.V. (2002). Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1214–1224. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.7.1214>
- *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. *Biomed Central Psychiatry*, 19(1). <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1186/s12888-019-2158-8>

- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Press.
- 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 Adolescenten* 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., Berghuis, H., Kaasenbrood, A., de Saeger, H. & Ingenhoven, T. (2015). *Semi-structureerd Interview voor Persoonlijheidsfunctioneren DSM-5*. Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. http://www.kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/stip-5.nw_o.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
- Hutsebaut, J. & Hessels, C. (2017). Klinische stadiëring en vroege interventie bij borderline-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(3), 166–174.
- 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>
- *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>
- *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>
- *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., Leibin, E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet* (377), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- 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 systematic 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>
- *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>
- *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>
- 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>
- 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>
- Molenaar, P.C. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2(4), 201–218. doi:10.1207/s15366359mea0204_1
- 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 Scandinavica* (n), 142–154. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x>
- 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>
- 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>
- Norrie, J., Davidson, K., Tata, P. & Gumley, A. (2013). Influence of therapist competence and quantity of cognitive behavioural therapy on suicidal behaviour and inpatient hospitalisation in a randomised controlled trial in borderline personality disorder: Further analyses of treatment

- effects in the BOSCOT study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 280–293. <https://doi.org/10.1111/papt.12004>
- *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>
- *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-Schema-therapy 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>
- Rose, L.T., Rouhani, P., & Fischer, K.W. (2013). The science of the individual. *Mind, Brain, and Education*, 7(3), 152–158. doi:10.1111/mbe.12021
- 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>
- 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>
- *Schuppert, H.M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T.G., Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M. & Nauta, M.H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents—a randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(6):467–478. <https://doi.org/10.1002/cpp.637>
- 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 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.
- Sijbers, G. & van der Wijngaart, R. (2010). Schematherapie in groepen voor borderline persoonlijkheidsstoornissen. *PsychoPraktijk*, 5. <https://www.schematherapieopleidingen.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
- 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>
- *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. *BioMed Central 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>
- *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>
- 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. *Altrecth*. <https://www.altrecht.nl/wpcontent/uploads/2016/06/Lotgenotencontact-in-beeld.pdf>
- 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>
- Vektis. (2022). *Factsheet Wachttijdinformatie ggz*. Geraadpleegd op 3 december 2022, van <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>
- Verhoeven, N. (2020). *Thematische Analyse: Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek* (1^{ste} 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
- 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>
- Wilms, M., Rijkeboer, M., Roelofs, J., & Alma, M. (2025). *Wat werkt voor wie? Het perspectief van therapeuten en adolescenten op indicatiecriteria voor schematherapie*. Onderzoeksvoorstel promotieonderzoek, goedgekeurd door Ethics Review Committee Psychology and Neuroscience (ERCPN).
- 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>