

Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen **EBRO Module** **Sociaal-psi­chiatrische zorg**

Deze EBRO-module is opgesteld ter onderbouwing van de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen en vormt een aanvulling op de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008). De Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is geautoriseerd op 20 november 2017 en gepubliceerd op GGZ Standaarden, deze EBRO-module is nog niet geautoriseerd.

20-11-2017

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Onderbouwing	7
2.1	Literatuur.....	7
2.2	Professionele kennis	9
2.3	Praktijkonderbouwing	17
2.4	Ervaringsdeskundigheid	19
3	Conclusies	23
4	Overige overwegingen.....	25
5	Aanbevelingen	26
	Referenties.....	28

1 Inleiding

De behandeling van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is in de laatste twee decennia aanzienlijk verbeterd. Vier vormen van psychotherapie zijn effectief gebleken, waardoor er meer optimisme over de behandelbaarheid van BPS is ontstaan. Dit betekent echter nog niet dat alle mensen met BPS hiervan profiteren, o.a. om de volgende redenen:

- een relatief klein deel (gemiddeld 23%, variërend tussen 2% en 51%) van de mensen met BPS krijgt als eerste stap in de behandeling in een algemene GGZ-instelling, een van deze vier psychotherapieën aangeboden (Hermens, Van Splunteren, Van den Bosch & Verheul, 2011)
- de uitval uit psychotherapeutische behandeling is aanzienlijk. Ter oriëntatie: Rennenberg en collega's (2010) vonden in hun vergelijking tussen TFP en behandeling door een ervaren psychotherapeut getallen van respectievelijk 38,5% en 67,3%. Giesen-Bloo en collega's (2006) vonden in de vergelijking tussen SFT en TFP uitval van respectievelijk 38,6% en 45%
- de genoemde psychotherapieën voorzien niet in alle zorg die noodzakelijk is voor mensen met een BPS: 24-uurs crisisinterventie vindt bijvoorbeeld regulier plaats in twee van de vier en het verbeteren van functioneel herstel is slechts bij één vast element. In alle vier therapieën is beperkt aandacht voor het systeem van de cliënt
- ondanks goede gemiddelde resultaten op een aantal uitkomstmaten, profiteert een deel van de mensen onvoldoende van de behandeling en is het functioneel herstel uitgesproken minder groot dan symptomatisch herstel (Gunderson et al., 2011).

Hoewel psychotherapie eerste keuze is bij de behandeling van BPS, zijn er dus goede argumenten om de niet-psychotherapeutische zorg – de zorg buiten de vier genoemde en andere psychotherapieën – goed te organiseren. Die zorg bestaat uit twee elementen:

- het creëren van een adequate behandelcontext waardoor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis uitgedaagd worden om in behandeling te komen, en in behandeling te blijven
- het bieden van sociaal-psychiatrische zorg die een aantal gebieden bestrijkt buiten het directe therapeutische contact, zoals dagbesteding en werk, familie en systeem, crisisinterventie en zorgcoördinatie

Huidige praktijk

Sociaal-psychiatrische zorg (SPB) wordt momenteel op veel verschillende manieren aangeboden. Wat SPB precies inhoudt is namelijk niet eenduidig omschreven. Voor sociaal-psychiatrische zorg in het algemeen, dus niet specifiek voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis werden de volgende kenmerken gevonden (Onderwater, 2005):

- heeft als doel het voorkomen dat bepaald groepen cliënten in de samenleving worden gemarginaliseerd of uitgestoten
- heeft aandacht voor de sociale en epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt, voordoet en in stand wordt gehouden
- richt zich altijd op de cliënt in de maatschappelijke en culturele context en verhoudingen
- richt zich op mensen met ernstige psychische aandoening die problemen ervaren op meerdere levensgebieden
- is flexibel qua aanbod; langdurige hulp met wisselende intensiteit met een outreachende functie, crisisinterventie, rehabilitatie en psycho-educatie;
- vindt plaats binnen een multidisciplinair team: sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, ambulante verpleegkundigen (HBO), verpleegkundig specialisten, psychologen, psychiaters, maatschappelijk werkers

In een literatuurstudie over sociaal-psychiatrische zorg **specifiek** voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen worden de volgende onderdelen beschreven (Koekkoek, Van Meijel & Hutschemaekers, 2010b):

- sociaal-psychiatrische zorg vindt ambulante plaats, gemiddeld 1x per 2 weken
- de duur is gemiddeld tussen zes en 24 maanden (maar kan ook veel langer zijn)
- sociaal-psychiatrische zorg is niet geformaliseerd, gestructureerd of gemanualiseerd maar bestaat uit een eclectische mix van behandel-elementen
- het heeft een ondersteunend karakter dat dichter tegen zorg dan tegen behandeling aan ligt
- doelen worden niet duidelijk beschreven maar lijken op het gebied van stabiliseren, holding bieden en vinger aan de pols houden te liggen

Hoewel er verschillende begeleidingsprogramma's ontwikkeld zijn in de afgelopen jaren (o.a. Koekkoek et al., 2012; Stringer, 2013), is er geen sprake van een eenduidige aanpak. Er zijn daarvoor verschillende oorzaken te benoemen:

- de begeleiding van mensen met een BPS wordt door veel verschillende soorten professionals gedaan, van uiteenlopend opleidingsniveau (in tegenstelling tot psychotherapie, welke slechts door enkele daarvoor gekwalificeerde typen professionals geboden mag worden)
- de begeleiding van mensen met een BPS wordt in veel verschillende settings gedaan, uiteenlopend van de (zeer) specialistische GGZ tot instellingen voor begeleid wonen en huisartsenpraktijken
- de heterogeniteit van de mensen met BPS die in aanmerking komen voor begeleiding is zodanig groot dat het niet haalbaar is slechts één type begeleiding te bieden, zowel qua doelstelling (nazorg versus faciliteren van een behandeling), qua meest urgente problematiek (complexe borderline-stoornis versus dringende sociale problemen), als qua sociaal steunsysteem e.d.
- de geringe aandacht die voor dit type zorg in de wetenschappelijke literatuur en (inter)nationale richtlijnen bestaat.

Tegelijkertijd is het zo dat in de huidige praktijk een ongestructureerde vorm van zorg vaak de enige zorg is die mensen met BPS krijgen. Met dit hoofdstuk beogen we daarom uitdrukkelijk om richtlijnen te geven voor het verbeteren van ongestructureerde gebruikelijke zorg. In Nederland zijn er in de laatste jaren al pogingen gedaan om de gebruikelijke zorg voor mensen met (borderline) persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren, via methoden die vooral gericht waren op mensen met ernstige problematiek (cliënten) door hbo-opgeleide professionals. De daarvoor ontwikkelde programma's (o.a. Koekkoek, 2011; Stringer et al., 2014) resulteerden in enige verbeteringen voor cliënten maar kenden ook de nodige problemen met implementatie en borging (Koekkoek, 2012; Stringer et al 2014). Deze methoden omvatten veel elementen van de hier beschreven sociaal-psychiatrische zorg maar zijn tot op heden niet aangewezen als goede gebruikelijke zorg voor mensen met een BPS – daarin beogen we met dit Zorgstandaard-hoofdstuk verandering te brengen. Het in deze richtlijnen bieden van concrete handvatten aan professionals is dan ook urgent en relevant.

Definitie en doel van de interventie

Onder sociaal-psychiatrische zorg verstaan we de zorg die erop is gericht om

1. een adequate behandelomgeving te creëren voor mensen met BPS, zodanig dat de kans dat mensen met BPS in een effectieve behandeling gaan en blijven deelnemen zo groot mogelijk is
2. aanvullend te zijn voor op de klachten gerichte, psychotherapeutische interventies met als doel te voorzien in die zorgelementen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een adequate behandeling maar niet regulier deel uitmaken van de betreffende psychotherapeutische interventies.

Er bestaan dus twee varianten van sociaal-psychiatrische zorg:

- een op zichzelf staande zorgvorm, doorgaans samen met farmacotherapie
- een ondersteunende zorgvorm, die psychotherapie faciliteert, en waarbij ook farmacotherapie kan plaatsvinden

Voor sociaal-psychiatrische zorg komen de volgende groepen BPS-patienten in aanmerking:

- mensen die nog niet in psychotherapie kunnen beginnen, vanwege bijvoorbeeld een groot aantal sociale problemen, ambivalente motivatie, zeer grote crisisgevoeligheid
- mensen die niet meer in psychotherapie zijn, vanwege:
 - uitval uit psychotherapie
 - afronding van psychotherapie, met nog wel een noodzaak tot begeleiding
- mensen die naast psychotherapie noodzaak hebben aan begeleiding op het vlak van bv. sociale problemen, werk/daginvulling, aanvullende crisisinterventie

Sociaal-psychiatrische zorg is niet voor alle cliënten noodzakelijk, een aantal cliënten kan bovengenoemde problemen ook zelf oplossen. Daarentegen zullen mensen met een BPS die voldoen aan de criteria voor een ernstige psychische aandoening (EPA), vaak juist wel deze vorm van zorg ontvangen.

Doelgroep van mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA)

De definitie van het begrip EPA, Ernstige Psychische Aandoeningen, is in 2013 vastgelegd door de Consensusgroep EPA (Delespaul et al., 2013). Er is sprake van EPA als:

- er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- en die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis; en niet van voorbijgaande aard is;
- en waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Over frequentie van voorkomen staat slechts indirecte informatie ter beschikking. Delespaul en collega's (2013) schatten het totaal aantal mensen met EPA in Nederland op 212.800, waarvan 160.000 in de GGZ. Circa 60% van hen heeft een psychotische stoornis, 10% een verslavingsstoornis en 30% een overige stoornis. Op basis daarvan mogen we concluderen dat de bovengrens van het aantal mensen met een EPA-PS in de bevoking 63.840 (30% van 212.800) en 48.000 in de GGZ (30% van 160.000). Dit aantal is aan de hoge kant omdat het niet te verwachten is dat alle mensen met een 'overige stoornis' een persoonlijkheidsstoornis hebben. Anderzijds is het goed mogelijk dat onder de 10% EPA-patienten met een verslavingsstoornis zich ook mensen met een persoonlijkheidsstoornis bevinden. De comorbiditeit van verslavingsstoornissen met persoonlijkheidsstoornissen is namelijk hoog. Resumerend hebben we reden om aan te nemen dat er maximaal ca. 64.000 mensen met EPA-PS in de samenleving en ca. 48.000 in de GGZ zijn.

Patiënten met EPA-PS voldoen naast de bovenstaande algemene criteria voor EPA meestal ook aan de onderstaande aanvullende kenmerken, die betrekking hebben op de ernst van de persoonlijkheidsstoornis:

- het aantal inclusiecriteria waaraan is voldaan en/of
- de mate waarin de cliënt voldoet aan het criterium en/of
- de mate van invaliditeit (As V van de DSM, GAF meestal <40) en het aantal levensgebieden waarop problemen zijn (As IV van de DSM-IVTR).

- Comorbiditeit (met name andere persoonlijkheidsstoornissen, PTSS, kortdurende psychosen, stoornis in het gebruik van middelen, depressie, angst)
- Gebroken hulpverleningsgeschiedenis, vaak samenhangend met een ernstige interpersoonlijke kwetsbaarheid leidend tot hechtingsproblemen, beperkt vermogen tot reflectie, impulsiviteit, zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag. Hierdoor dreigt de zorg te stagneren, respectievelijk breuklijnen op te lopen.
- De mensen in de directe omgeving (naastbetrokkenen) ondervinden ook de gevolgen van het lijden van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Zij lijden eronder, maar vormen gelijktijdig het steunkader voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis.

2 Onderbouwing

Deze onderbouwing is opgedeeld in drie secties:

- A. Literatuur
- B. Professionele kennis
- C. Ervaringsdeskundigheid

De onderbouwing wordt per sectie gepresenteerd.

2.1 Literatuur

Uitgangsvragen

UITGANGSVRAAG 1

Wat is de inhoud en de effectiviteit van sociaal-psychiatrische zorg voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)?

UITGANGSVRAAG 2

Wat is er bekend over de effecten van systeeminterventies (interventies samen met familie, partner of andere naastbetrokkenen) op de problematiek van de patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis?

Zoekstrategie en resultaten

Zoekstrategie uitgangsvraag 1

Er is een algemene zoekstrategie uitgezet in internationale wetenschappelijke databestanden (PsycInfo, PubMed en in de Cochrane database van systematische reviews) naar de effecten van interventies voor cliënten van 18 jaar en ouder met een persoonlijkheidsstoornis (zie bijlage 1 voor het reviewprotocol). Deze search werd op 28 januari 2014 uitgevoerd door een informatiespecialist van het Trimbos-instituut. Later werden aanvullende studies beoordeeld (zie bijlage 2 voor de search).

In de oorspronkelijke zoekstrategie werden alle interventies met gerandomiseerde en gecontroleerde studies meegenomen. Hierbij werden de volgende beperkingen aangebracht:

- Datum: vanaf 2006 (om aan te sluiten bij de zoekstrategie van de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen uit 2008).
- Onderzoeksdesign: systematische reviews, meta-analyses en RCTs (deze hebben de hoogste bewijskracht voor het aantonen van de effectiviteit van interventies)
- Taal: Nederlands, Engels en Duits.

Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies uitgangsvraag 1

Er werden geen systematische reviews gevonden over psychiatrisch management bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Wel werden er acht andere artikelen gevonden over psychiatrisch management. In deze studies werd de effectiviteit t.a.v. psychotherapie onderzocht. Daarnaast werden twee RCTs (Chanen et al. 2008a; Chanen et al., 2008b; Chanen et al., 2009) gevonden, maar geëxcludeerd omdat de deelnemers jonger waren dan 18 jaar. Ook werd er één artikel (Bateman et al. 2013a) geëxcludeerd omdat het een post hoc analyse was. Na de exclusie van artikelen bleven er twee studies over, waarover vier artikelen zijn verschenen. Een RCT van Bateman (Bateman & Fonagy, 2009) en een RCT van McMMain (McMMain et al. 2009, 2010 en 2012) over.

Resultaten uitgangsvraag 1

In tabel 1 worden de studiekenmerken van de twee studies gepresenteerd. In de studie van Bateman en Fonagy (2009) is de psychiatrische management (PM) gebaseerd op een protocol van Bateman zelf en in de studie van McMain en collega's (2009) is de PM gebaseerd op een protocol van Gunderson en Ridolfi (2001). De deelnemers waren voornamelijk vrouwen en werden poliklinisch behandeld.

Tabel 1 -Studiekenmerken

Studie	Land	Gemid. Leeftijd	Sekse (% vrouw)	Interventies	N	Interventie (wkn)	Follow-up (wkn)
BATEMAN2009	Groot-Brittannië	31,3	80	PM (Bateman2013b) vs Mentalization-based treatment	90 90	78	-
MCMAIN2009	Canada	30,4	86,1	PM (APA2001; Gunderson & Ridolfi, 2001) vs Dialectical behaviour therapy	63 71	52	156

Vervolgens is in de werkgroep besloten, mede op basis van rechtstreeks overleg met de ontwikkelaars van deze twee behandelvormen, dat deze interventies behoren bij psychotherapeutische interventies en zijn beschreven bij de EBRO-module Psychotherapie.

Zoekstrategie uitgangsvraag 2

In bijlage 3 staat het review protocol opgenomen. Voor het verzamelen van evidentie is een zoekstrategie uitgezet in internationale wetenschappelijke databestanden. Het doel was het krijgen van een indruk van de beschikbare literatuur over familietherapie bij patiënten van 18 jaar en ouder met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Op 4 november 2014 voerde de informatiespecialist van het Trimbos-instituut een zoekstrategie uit in PsycInfo, PubMed, CINAHL en in de Cochrane database van systematische reviews. De volgende limiteringen zijn aangebracht:

- Datum: vanaf 2006 (om aan te sluiten bij de zoekstrategie van de Nederlandse richtlijn uit 2008).
- Taal: alleen Nederlands-, Engels- en Duitstalige artikelen.

In bijlage 4 staat een beschrijving van de zoekstrategie alsmede de feitelijke zoekstrategie. Na ontdebelling bleven er 264 referenties over.

Geïnccludeerde en geëxcludeerde studies uitgangsvraag 2

Eerste selectie

Uit de zoekstrategie kwamen maar weinig studies naar interventies. Het merendeel van de studies ging over de last die familie en partner kunnen ervaren, de problemen die er in de gezinnen spelen en de mogelijke psychiatrische problematiek bij de familie. De artikelen beschrijven of onderzoeken van de burden bij de familie, de noodzaak benoemen van familiebetrokkenheid, en de mogelijkheid voor interventies, het beschrijven van interventies, en soms betreft het effect onderzoek naar interventies gericht op de familie (dus gericht op het verbeteren van de problemen van de familie). Uit de eerste selectie kwamen 3 mogelijk relevante artikelen naar voren waarin de effecten van systeem- of familietherapie werd onderzocht voor de patiënt met BPS (Kamalibadi et al., 2012; Uliaszek, Wilson, Mayberry, Cox & Maslar, 2014; Hoffman & Fruzzetti, 2007).

Tweede selectie

Na bestudering van de volledige tekst van deze drie artikelen werden ze uiteindelijk alle drie geëxcludeerd. De studie van Kamalibadi2012 was in een Aziatisch land uitgevoerd, en studies uit deze landen worden geëxcludeerd, vanwege de grote verschillen in gezondheidzorgsysteem en cultuur. De studie van Uliasek2014 betrof kinderen met BPS die jonger waren dan 18 jaar, en vallen door deze jonge leeftijd buiten de richtlijn. Het artikel van Hoffman en Fruzzetti (2007) bevatte een beschrijving van familieinterventies, echter zonder verwijzing naar studies met effecten van deze familieinterventies voor patiënten met BPS.

Resultaten uitgangsvraag 2

Onderzoek naar interventies voor of met familie, partner of naastbetrokkenen ontbreekt, wat betreft de effecten deze kunnen hebben op de patiënt met BPS.

2.2 Professionele kennis

Literatuur

Uit bovenstaande literatuursearch blijkt dat er niet of nauwelijks onderzoek is gedaan naar gebruikelijke of niet-psychotherapeutische zorg. De behandelvormen die het meest in de buurt komen, Good Psychiatric Management (GCM; Gunderson & Links, 2014.) en Structured Clinical Management (SCM; Bateman & Krawitz 2013), bleken op zichzelf reeds zo geformaliseerd, gestructureerd, gemanualiseerd – en theoretisch onderbouwd –, dat zij uitstijgen boven de gebruikelijke zorg en als psychotherapie kunnen worden geclassificeerd.

Om toch tot een zo goed mogelijke wetenschappelijke onderbouwing te komen, is door de topicgroep een aantal elementen van sociaal-psychiatrische zorg gezocht en benoemd die een aantal gebieden bestrijkt buiten het directe therapeutische contact, zoals dagbesteding en werk, familie en systeem, crisisinterventie en zorgcoördinatie. Deze zijn vervolgens per element uitgewerkt.

Besloten werd om gebruik te maken van professionele kennis en ervaringskennis, aangevuld met studies met een lage bewijskracht. Voor sociaal-psychiatrische zorg is bovendien nog gekeken naar mogelijk aanvullende studies uit de voorgaande Nederlandse richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen uit 2008, de behandelrichtlijnen voor de Borderline Persoonlijkheidsstoornis van de American Psychiatric Association (2001), de Britse NICE-richtlijn (NICE, 2009), de Australische richtlijn (NHMRC, 2012) en de Duitse richtlijn (Renneberg et al., 2010).

Algemene bevindingen sociaal-psychiatrische zorg

Uit een aantal meer theoretische en empirisch getoetste studies over sociaal-psychiatrische zorg door HBO-professionals komt een aantal voorwaarden naar voren (Koekkoek, 2011; Stringer, 2013).

Kwalitatief goede begeleiding voldoet aan/bestaat uit:

- theoretisch kader over de aard van het contact (bv. Koekkoek, 2011) of de organisatie van de zorg (bv. Stringer, 2013)
- duidelijke organisatorische inbedding waarbij ondersteuning laagdrempelig is in te schakelen
- intervisie of supervisie met collega's die soortgelijk werk met soortgelijke clienten doen vindt regelmatig plaats
- contact met de client vindt regelmatig plaats, bij voorkeur niet vaker dan 1 keer per week, en niet minder vaak dan een keer per maand
- de kwaliteit van het contact wordt regelmatig geëvalueerd met behulp van een instrument (bv. Session Rating Scale)
- het begeleidingsproces kent verschillende fases, die qua timing en inhoud onderscheiden zijn
- de verschillende fases kennen verschillende doelen en bijpassende gespreksmethoden
- doelen zijn gezamenlijk overeengekomen, duidelijk geformuleerd en zijn haalbaar binnen de context van de begeleiding

- er is voortdurend en vroegtijdig aandacht voor het voorkomen van crisis met behulp van een instrument (bv. crisispreventieplan)
- er is voortdurend aandacht voor afsluiting van de begeleiding en het vervolg voor de client

Aanvullend daarop zijn een aantal zaken randvoorwaardelijk belangrijk, vooral in de zorg voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis die voldoen aan de criteria van een ernstige psychische aandoening (EPA):

- in de begeleiding is vanwege de multi-pele psychiatrische en psychosociale problematiek een (pro-) actieve en omvattende benadering nodig. Drop-out en no show wijzen eerder op niet adequate en niet aansluitende zorg dan op gebrek aan motivatie.
- de begeleidingsintensiteit is vaak hoog vanwege de frequent optredende crises en ernstige sociaal-maatschappelijke problematiek. Integraal crisismanagement inclusief kortdurende opname en op rehabilitatie en herstel gerichte interventies behoren tot het standaardaanbod
- hulpverleners van mensen met EPA kwetsbaar voor het ontwikkelen van demoralisatie en moeilijk controleerbare tegenoverdracht. Aandacht voor professionals is daarom expliciet een thema. Zorg voor deze clientengroep is teamwerk.

ONDERZOCHE ELEMENTEN VAN SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE ZORG

Binnen de topic groep sociaal-psychiatrische zorg zijn in een aantal discussierondes zes elementen geselecteerd die essentieel onderdeel zijn voor sociaal-psychiatrische zorg. Daarbij is gebruik gemaakt van de bestaande (inter)nationale richtlijnen, enkele handboeken en professionele kennis.

De geselecteerde elementen zijn:

1. Risicomanagement en crisisinterventie
2. Passende behandelsetting en aandacht voor aanvullende of alternatieve behandelmogelijkheden
3. Psycho-educatie
4. Betrekken van familie bij behandeling
5. Aandacht voor kinderen
6. Werken aan herstel

Kwaliteit van het bewijs

De kwaliteit van het bewijs verschilt per element, aangezien er voor ieder van de zes elementen een aparte search is gedaan. Bij de uitwerking van de elementen staat zo precies mogelijk aangegeven welk niveau het bewijs heeft.

Resultaten wetenschappelijke kennis per onderdeel van sociaal-psychiatrische zorg

ELEMENT 1: RISICOMANAGEMENT EN CRISISINTERVENTIE

Risico

Mensen met een BPS hebben een verhoogd risico op uiteenlopende vormen van schadelijk gedrag voor zichzelf. Die hangen direct samen – en vallen soms ook samen – met de symptomen van de stoornis (impulsiviteit, gebruik van middelen enzovoorts). Daarnaast hebben ze moeite met het in stand houden van relaties. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis algemeen scoren hun levenskwaliteit op een schaal van 0 tot 1 als 0.56. Dit is vergelijkbaar met de levenskwaliteit zoals opgegeven door mensen met diabetes, rheuma of de ziekte van Parkinson (Hutsebaut, Kaasenbrood & Van Bunningen, 2013).

Ook het psychosociaal functioneren is verlaagd bij mensen met BPS. Ook als mensen met BPS na verloop van tijd niet meer voldoen aan voldoende inclusiecriteria voor de DSM classificatie (bijna 80% na 16 jaar; Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2012) blijft het psychosociaal functioneren beperkt. Tot slot geldt voor mensen met een BPS die in behandeling zijn dat de aard van de stoornis – zeker bij frequent voorkomende crisis – op gespannen voet kan komen te staan met het adequaat uitvoeren van een behandeling en tevens leidt tot uitval uit behandeling. In beide gevallen krijgt een

cliënt dan niet de behandeling die aan de basis ligt van deze schadelijke gedragingen (Linehan, 1993a)

Een recente studie van Allen en Links (2012) laat zien dat mensen met een BPS niet vaker betrokken zijn bij agressieve incidenten naar derden dan de algemene bevolking. De last voor de naastbetrokkenen van mensen met BPS kan echter hoog zijn. Het feit dat er bij mensen met een BPS die een suïcidepoging doen 6 – 11 naastbetrokkenen zijn, maakt die last zichtbaar. Daarnaast kunnen naastbetrokkenen die aan de zorg van cliënten met BPS zijn toevertrouwd (zoals bijvoorbeeld de kinderen) hiervan schade ondervinden. Het is van groot belang dat hulpverleners hier oog voor hebben en actie op ondernemen in de vorm van steun aan en/of bescherming van die naastbetrokkenen.

Daarnaast is er bij 75% van de cliënten met BPS life time sprake van zelfbeschadiging (Dubo et al., 1997), suïcidale gedragingen waaronder suïcidepogingen (.. %) en geslaagde suïcides (life time prevalentie 4-10%). Tegenover iedere geslaagde suïcide staan 23 pogingen (Links & Kolla, 2005; Stanley, Gameroff, Michalsen & Mann, 2001; Yen et al., 2004; Yen et al., 2005; Yen et al., 2009). Deze vormen van zelfbeschadigend gedrag kunnen fluctueren in ernst.

De betekenis van zelfbeschadigend gedrag kan per persoon met BPS verschillen (Bateman & Krawitz 2013). Ook de relatie tussen zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag is niet helemaal duidelijk. Als een cliënt zichzelf beschadigt is de kans op een geslaagde suïcide in de toekomst wel fors hoger (15-30 keer) dan wanneer dit niet het geval is (Bateman & Krawitz 2013, Gunderson & Links 2014) en ze komen frequent samen bij één cliënt voor. Maar daaruit mag op algemeen niveau niet de conclusie worden getrokken dat zelfbeschadiging oorzakelijk met een suïcide in de toekomst is verbonden. Ook voor het tegendeel (zelfbeschadiging en suïcide co-variëren zonder oorzakelijk aan elkaar verbonden te zijn) ontbreekt het aan evidentie. Deze twee vormen van schadelijk gedrag kunnen samen bij één cliënt voorkomen en zelfbeschadiging is een risicofactor voor suïcide in de toekomst.

De internationale literatuur onderscheidt twee vormen van suïcidaliteit: acuut en chronisch. Een aanzienlijk deel van de cliënten met BPS heeft een langdurige doodswens die in intensiteit weliswaar kan fluctueren maar wel een herkenbaar patroon vertoont (Oldham 2006). Volgens Bateman & Krawitz (2013) gaat het hier om 'a way of living'. Deze vorm van suïcidaliteit vraagt om een andere benadering dan de acute vorm van suïcidaliteit die naar aanleiding van bijvoorbeeld een life event kan optreden. In het evenwicht tussen beschermen en behandelen zal de clinicus bij chronische suïcidaliteit eerder tot de tweede besluiten. Niet alleen om daarmee de grond van de chronische suïcidaliteit weg te nemen en dus het gevaar voor de behandeling te verminderen. Maar ook omdat voor zover hier gegevens over zijn, daaruit blijkt dat met beschermende maatregelen in deze gevallen een suïcide niet te voorkomen is (Paris 2007, National Collaborating Centre for Mental Health 2009, National Health and Medical Research Council (NHMRC), 2012).

Dit maakt het belang van regelmatige taxatie van het suïciderisico gedurende de behandeling van cliënten met een BPS groot. Met name als (NHMRC, 2012):

- Het patroon van het al langer bestaande zelfbeschadigende gedrag verandert
- Als er significante verandering is in de symptomatologie (i.e. depressie, dissociatie enzovoorts)
- Als het middelengebruik toeneemt
- Als de cliënt in een regressieve, niet communicatieve staat verkeert
- Na recent gedwongen ontslag uit een psychiatrische voorziening als gevolg van overtreding van de afdelingsregels
- Life event (verlieservaring, legale -, financiële problemen of problemen op het werk)
- Psychiatrische co-morbiditeit
- Er tevens sprake is van een Antisociale Persoonlijkheidsstoornis of trekken daarvan
- Er tevens sprake is van impulsiviteit

- Er sprake is van seksueel misbruik in de jeugd
- Er meer suïcidepogingen in het verleden zijn geweest, als er sprake is van een oplopend patroon van ernst en/of de periode tussen de pogingen afneemt en/of als vorige pogingen ernstig waren.
- Er sprake is van verlieservaringen in de jeugd

Het verdient aanbeveling om voor de analyse van de risico's op suïcidaliteit terug te vallen op de Multidisciplinaire richtlijn (Van Hemert et al. 2012). Voor de gedachte dat het regelmatig onderzoeken van suïciderisico averechts werkt en de kans op suïcide of een poging daartoe verhoogt, vonden Law en collega's (2015) geen aanwijzingen.

Crisismanagement

Er is weinig tot geen wetenschappelijke evidentie voor de wijze waarop crisismanagement wordt toegepast bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Borschmann, Henderson, Hogg, Philips en Moran (2012) en Borschmann en Moran (2011) betogen dat er geen RCT is gedaan naar crisismanagement bij deze doelgroep en dat er weinig bekend is over eventuele effectieve benaderingen. Aanbevelingen zijn voornamelijk gericht op empowerment, bijvoorbeeld een inschatting van het risico, vragen naar eerder effectieve interventies, aanmoedigen van bepaald gedrag of hoe om te gaan met de huidige crisis en het regelen van vervolghulp. Ook Koekkoek, Van der Snoek, Oosterwijk en Van Meijel (2010a) wijst op het belang van het nemen van preventieve maatregelen, om crises te voorkomen. Bateman benadrukt in zijn boek het belang van het maken van een crisisplan (Bateman & Krawitz, 2013), echter een recent onderzoek (RCT) naar het gebruik van een "joint crisis plan" bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis gaf geen significante verbetering t.o.v. de gebruikelijke zorg (Bateman & Krawitz, 2013). In de MDR diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag wordt aanbevolen een veiligheidsplan te maken in het geval van (terugkerend) suïcidaal gedrag (Van Hemert et al., 2012). Ook het gebruik van een Bed Op Recept (BOR) is een veelgebruikte en nuttige interventie bij crisis (Helleman et al., 2014)

Crisisinterventie heeft zich in Nederland ontwikkeld tot een specialisme dat onder andere in mobiele crisisteam wordt uitgevoerd. Doel van crisisinterventie bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis is om de toestand van vóór de crisis te herstellen.

Over de te volgen methode van crisisinterventie bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis staan geen uitkomsten uit onderzoek ter beschikking. De aanwijzingen die gelden voor crisisinterventie in het algemeen gelden ook voor crisisinterventie voor mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Daaraan dient toegevoegd te worden:

- dat hulpverleners de algemene aanwijzingen voor de organisatie van de zorg voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hanteren, en dan met name de attitude-aspecten uit deze aanwijzingen voor de organisatie toepassen (zie hoofdstuk ..)
- dat er een aantal aanvullende principes zijn voor goede crisisinterventie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze zijn onder andere ook te vinden in de NICE Guideline on treatment and management of Borderline Personality Disorder (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2009) en de Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder (NHMRC, 2012) en hoofdstukken in recente boeken hierover.

Deze aanvullende principes zijn onderstaand kort weergegeven.

1. Bescherming versus autonomie

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis hebben een verhoogd risico om in crisis te geraken. Daarbij kunnen de afhankelijkheid van de hulpverlener en ook gevaren in de zin van suïcidaliteit en impulsief gedrag toenemen. Gedurende de hulp aan mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis in crisis is het van groot belang om een balans te vinden tussen beschermen en ondersteunen enerzijds en het bevorderen van de autonomie van de cliënt anderzijds. Overweeg

bij noodzaak tot bescherming van de cliënt en/of diens omgeving andere opties dan opname (zie voorgaande en volgende paragraaf).

2. Behandeling van crisis versus behandeling van stoornis

Voor een aantal cliënten geldt dat ze zo vaak in crisis zijn en/of er met het oplossen van de crisis zoveel tijd gemoeid is dat dit een op de klachten gerichte, reguliere behandeling in de weg staat. In dat geval kan het noodzakelijk zijn om het risico op beperking van beschermende en ondersteunende maatregelen af te wegen tegen het risico van niet behandelen van de stoornis. Niet behandelen van de stoornis betekent immers dat de basis waarop crisis de kans krijgt zich te ontwikkelen blijft bestaan.

3. 'Ervaringskennis'

Informeer bij de cliënt naar voorgaande ervaringen met crisis en hoe die destijds succesvol of juist niet zijn opgelost. Gebruik die persoonsgebonden kennis bij de crisisbehandeling in het heden.

4. Medicatie

Gedurende crisis kan het soms noodzakelijk zijn om medicamenten voor te schrijven. Het algemene advies is echter om hier terughoudend mee om te gaan. Dit advies is om polifarmacie te voorkomen. Dit kan door:

- a. medicatie zo kort mogelijk voor te schrijven
- b. medicatie van de reguliere behandelaar niet te wijzigen
- c. medicatie zoveel mogelijk in overleg met de reguliere behandelaar af te stemmen
- d. effect en bijeffecten van de medicatie nauwgezet te registreren, te evalueren en op grond van de uitkomsten van die evaluatie doseringen aan te passen
- e. de vuistregel "Zorg ervoor dat cliënten aan het einde van de crisis dezelfde medicatie gebruiken als direct daaraan voorafgaand" te hanteren

5. Behandelplan en crisissignaleringsplan

Bij crisisinterventie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis die in zorg zijn, raadpleegt de hulpverlener het behandelplan het crisissignaleringsplan en gebruikt de aanwijzingen die hieruit voortkomen als kader voor de crisisinterventie.

6. Perspectief van de cliënt

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis in crisis zijn meestal niet in staat om adequaat te reflecteren op wat er met hen aan de hand is. Hulpverleners doen er dan goed aan om te proberen om samen met de cliënt die reflectie te herstellen door de zoeken naar aanleidingen voor de crisis, de reactie van de cliënt op deze aanleidingen – de crisis dus – alternatieve manieren om met die aanleidingen om te gaan, eventuele barrières die deze alternatieve routes in de weg staan op te lossen en het leven van vóór de crisis te herstellen. Probeer kortom de crisis door de ogen van de cliënt te zien en te begrijpen en accepteer het perspectief van de cliënt op de crisis als uitgangspunt voor de crisisbehandeling.

7. Werk in het heden

Gebruik het verleden niet als focus van behandeling maar wel als middel om problemen in het heden op te lossen.

8. Continuïteit van zorg

De hulpverlener voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis die in behandeling zijn, sluit zo nauw mogelijk aan bij de reguliere zorg:

voorafgaand aan de crisisbehandeling door geïnformeerd te raken over de lopende behandeling en het crisissignaleringsplan

tijdens de crisisbehandeling door deze af te stemmen met de reguliere behandelaar

na de crisisbehandeling door de aansluiting met de reguliere behandeling te garanderen.

maak een follow-up afspraak om er zeker van te zijn dat de reguliere hulpverlening weer is hersteld respectievelijk op gang is gekomen.

9. Naastbetrokkenen

Crisis vinden vaak plaats in een sociale context en vinden daar ook hun oplossing. Het betrekken van die context is van belang om voldoende steun gedurende de periode van crisis te genereren en het reguliere leven 'te herstellen'.

ELEMENT 2: PASSENDE BEHANDELSETTING EN AANVULLENDE OF ALTERNATIEVE BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Over de vraag welke setting het meest passend is voor de behandeling en begeleiding van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis staan nauwelijks gegevens uit kwantitatief onderzoek ter beschikking. En voor zover die er wel zijn, is die setting verbonden aan een interventie en zijn eventuele differentiële effecten niet toe te schrijven aan uitsluitend de setting. De twee variabelen die de setting 'in hun kielzog meenemen', zijn therapeutisch effect en dosering.

Het is bekend dat comorbiditeit veel voorkomt bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis: zowel van andere persoonlijkheidsstoornissen, als van symptoomstoornissen (NHMRC, 2012). Het risico bestaat dat als de behandeling uitsluitend gericht is op de borderline persoonlijkheidsstoornis, er geen (adequate) behandeling plaats vindt van andere stoornissen. Het is zelfs de vraag of andere stoornissen herkend worden, en of symptomen en gedragingen niet te veel als onderdeel van de borderline persoonlijkheidsstoornis geïnterpreteerd worden.

Hoewel er enige discussie is over de effectiviteit van het behandelen van symptoomstoornissen bij een comorbide borderline persoonlijkheidsstoornis (Berrino et al., 2011; NICE, 2009; Bartak et al., 2011), is de overheersende mening toch dat er gewoon volgens de regels der kunst behandeld moet worden. Daarom is het belangrijk dat de behandelaar alert is op zowel adequate diagnostiek als behandeling van symptoomstoornissen. Vooral in langerdurende zorgtrajecten kan dit lastig te realiseren zijn, ook omdat er in de literatuur nauwelijks richtlijnen voor gegeven worden.

ELEMENT 3: PSYCHO-EDUCATIE

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar het effect van psycho-educatie op de symptomen van borderline. In een onderzoek van Zanarini en Frankenburg (2008) kon worden aangetoond dat er bij de deelnemers aan de psycho-educatie groep sprake was van een afname van BPS gerelateerde klachten. Vooral ten aanzien van impulsiviteit en turbulente relaties was er een afname ten opzichte van de controlegroep.

Hoffman en collega's. (2005) en Hoffman, Fruzzetti & Buteau (2007) hebben het effect van een 12 weken durend psycho-educatie programma voor families op het welbevinden van de familie onderzocht in een ongecontroleerde studie. De deelnemers vulden voor, 2 weken en 6 maanden na het afronden van het programma zelf rapportage vragenlijst in. Uit het onderzoek blijkt dat de familieleden een significante afname in last en verdriet ervaren en in toenemende mate weer grip op de situatie krijgen.

ELEMENT 4: BETREKKEN VAN FAMILIE BIJ BEHANDELING

Uit de wetenschappelijke literatuur over familietherapie komt veelal naar voren dat familie en naasten van mensen met BPS een grotere draaglast en leed ervaren dan naasten van mensen met anders EPA. Mensen met BPS tonen problematiek in de relationele of intermenselijke sfeer, wat betekent dat hun omgeving daar gericht mee te maken heeft. De omgang met de cliënt is ingewikkeld en de invloed op het eigen leven zo groot, dat het lastig is voor de familie om zelf overeind te blijven. Maar het betekent ook dat naasten door hun handelen (meestal) onbewust invloed uitoefenen op het welzijn van de cliënt. Het is daarom van belang dat naasten hierover worden geïnformeerd en in worden gecoacht, zodat zij hier bewust mee kunnen omgaan.

Verder komt naar voren dat ondanks het grote belang van ondersteuning aan naasten van mensen met BPS, er weinig onderzoek gedaan blijkt te zijn naar interventies speciaal gericht op deze groep. Veelal worden “algemene” interventies gebruikt, die worden ingezet bij naasten van mensen met andere EPA.

Uit internationaal onderzoek komen de volgende interventies speciaal ontwikkeld voor BPS familie naar voren (deze worden nog maar weinig toegepast en de wetenschappelijke waarde volgens GRADE is zeer laag):

- Gunderson/McLean program; familie psycho-educatie gebaseerd op de 3 hoofdprobleemgebieden die familie van BPS aangaven: problemen met communicatie, woede en suicidaliteit.(Gunderson, Berkowitz & Ruiz-Sancho, 1997)
- Hoffman/New York Hospital program (1997); familie behandeling gebaseerd op DBT, wat hij DBT-family skills training (DBT-FST) noemt. Hierin wordt het belang van educatie, vaardigheidstraining en veranderingen in de omgeving benadrukt (Hoffman, Fruzzetti & Swenson, 1999; Fruzzetti, Shenk & Hoffman, 2005; Hooley & Hoffman, 1999; Miller, Rathus & Linehan, 2007; Santisteban, Muir, Mena & Mitrani, 2003):
- Fruzzetti/University of Nevada, Reno program (DBT with couples and families); familie interventie gebaseerd op het aanleren van op elkaar afgestemde vaardigheden en taal bij zowel cliënt als familie, met psycho-educatie voor familie/ familiegroepen/met en zonder de cliënt. Verder bestaat het uit elementen van DBT en aandacht voor familie vaardigheden (zoals mindfulness, duidelijk communiceren, erkenning, probleem-management, coping, intimiteit bij partners en vaardigheden voor de ouderlijke rol) (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b; Fruzzetti, 2002; Fruzzetti, Santisteban & Hoffman, in press; Shenk & Fruzzetti, 2006).
- Hoffman en collega's (2005) en Hoffman en collega's (2007) Family Connections (FC) Program; dit programma richt zich op familie en is gebaseerd op 3 basis behoeften: 1. Educatie (over BPS en familie functioneren), 2. Individuele en familie vaardigheden om eigen negatieve reactie en die van het zieke familielid te managen en om een betere relatie op te bouwen, en 3. Sociale ondersteuning van andere groepsleden, die met vergelijkbare ervaringen leven.

ELEMENT 5: AANDACHT VOOR KINDEREN

Een beperkt aantal studies hebben de relatie tussen moeders met BPS en hun kinderen bekeken. Deze studies tonen dat de geobserveerde moeders met BPS opdringerig, minder sensitief en matig afgestemd zijn op de behoeften en communicatie van hun kind. als zij vergeleken worden met moeders die geen duidelijke psychopathologie hebben (68-70). Uit ander onderzoek blijkt dat deze verstoring waarschijnlijk als resultaat heeft dat het kind een onveilige en onregelde hechting heeft (Main & Solomon, 1990). Juist ouders met een verstoorde hechting en trauma, die niet in behandeling zijn geweest, hebben een hoog risico op herhaling van dit gedrag naar hun eigen kinderen. Veelal komt dan ook naar voren dat kinderen van een moeder met een borderline persoonlijkheidsstoornis een verhoogd risico lopen om zelf ook een (borderline) persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen. Het is nog nauwelijks onderzocht wat ouders met BPS ervaren en hoe dit impact heeft op hun kinderen (Newman & Stevenson, 2005).

Er is in de literatuur weinig bekend over evidence based interventies voor deze kinderen, de ouders (m.n. moeders) en/of kinderen en ouders gezamenlijk om deze cyclus te doorbreken. Wel wordt aangegeven dat de behoefte aan dit soort interventies groot is. Ook wordt aangegeven dat ondanks sterke aanwijzingen voor een verband tussen het opgroeien van kinderen bij een ouder met BPS en GGz problematiek (vaak BPS) in hun volwassenheid, er weinig onderzoek gedaan is naar de gevolgen en mogelijke interventies om deze gevolgen te beperken.

Het beperkte aantal *onderzoeken* dat er is, geeft aanwijzingen voor een positief effect van aandacht voor het kind en de opvoedingstechnieken van de ouder(s) en een vorm van begeleiding van het gezin op de ontwikkeling van kinderen van moeders met een BPS en het gezin. Eén studie beschrijft

een in Australië ontwikkelde vorm van psychotherapie, gericht op hechting. Deze therapie staat bekend als "Watch Wait and Wonder" (Muir, Lojkasek, & Cohen et al., 1999). De essentie van deze behandeling is dat de moeder zich richt op het kind, waarbij zij reflecteert op het gedrag van het kind en de achterliggende behoeften probeert te begrijpen. Deze benadering kan gezien worden als het verbeteren van de ouderlijke sensitiviteit en het vermogen om te reflecteren. Uitkomst van de studie is dat de interactie tussen moeder (met BPS) en kind verbetert (Newman & Stevenson, 2008).

In de wetenschappelijke artikelen wordt aangeraden om meer onderzoek te doen naar de problematiek die kinderen in hun jeugd ervaren als gevolg van een ouder met BPS en wat de gevolgen zijn in hun volwassenheid en welke interventies in hun jeugd zouden kunnen helpen. Verder wordt aangeraden onderzoek te doen naar het opvoedgedrag van ouders met BPS en de impact daarvan op hun kinderen – zowel in hun jeugd als in volwassenheid. Dit laatste vooral ook om de cyclus van BPS in families te doorbreken.

ELEMENT 6: WERKEN AAN HERSTEL

Definitie van herstel

Het concept herstel kent verschillende definities en dimensies.

Vaak wordt er een onderscheid gemaakt tussen

- klinisch herstel (ofwel symptomatisch) herstel gericht op het verminderen c.q. wegnemen van de symptomen en
- persoonlijk herstel, door Antony (1993) omschreven als: "een intens, persoonlijk en uniek proces van verandering van iemands houding, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier om een bevredigend en hoopvol leven te leven zelfs als de psychische problematiek beperkingen oplevert."

Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams en Shade (2011) komen door middel van een systemische review van gepubliceerde beschrijvingen en modellen van persoonlijk herstel tot een conceptueel raamwerk, waarin 5 herstelprocessen zijn opgenomen, te weten: verbondenheid, hoop en optimisme over de toekomst, identiteit, zingeving en empowerment.

Whitley en Drake stellen voor 5 dimensies van herstel te onderscheiden:

- klinisch herstel: het verminderen/verdwijnen van symptomen
- existentieel herstel: het hebben van een gevoel van hoop hebben, empowerment, agency, and spiritueel welzijn
- functioneel herstel: verkrijgen behouden van gewaardeerde sociale rollen en verantwoordelijkheden, inclusief werk, opleiding en stabiele huisvesting
- fysiek herstel: een goede fysieke gezondheid en gezonde levensstijl nastreven
- sociaal herstel: betekenisvolle relaties ervaren en verbreden sociaal netwerk

Herstel en borderline persoonlijkheids stoornis

Zanarini en collega's (2012) hebben in een follow-up studie van 16 jaar, 290 mensen met bps vergeleken met een andere as II stoornis. Uit deze studie blijkt dat bij cliënten met borderline functioneel en sociaal herstel substantieel achterblijven ten opzichte van klinisch herstel. Daarnaast blijkt dat het bereiken en behouden van symptoomremissie en functioneel en sociaal herstel voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis moeilijker te zijn dan voor cliënten met een andere persoonlijkheidsstoornis.

Katsakou et al. (2012) hebben door middel van semi gestructureerde diepte interviews onderzocht wat cliënten met BPS verstaan onder herstel en wat hun persoonlijke doelen zijn. Volgens de cliënten gaat herstel over het ontwikkelen van zelf-acceptatie en zelfvertrouwen, meer controle over emoties krijgen, het verbeteren van relaties, het deelnemen aan activiteiten en/of werk verrichten en

vermindering van symptomen van BPS, zoals suïcidaliteit en automutilatie. Sommigen van de deelnemers vonden dat er in de therapie een extreem focus op bepaalde onderwerpen, zoals automutilaties en relaties, lag en dat er weinig ruimte voor hun persoonlijke doelen was. Er wordt geconcludeerd, dat het van belang is, dat men met de cliënt een geïndividualiseerd plan uitwerkt, waarin beschreven wordt, welke behandeldoelen de cliënt belangrijk vindt, welke prioritering de cliënt aan de doelen toekent, hoe het lange termijn plan voor het realiseren van deze doelen eruit ziet en welke instanties bij het realiseren van de doelen betrokken zouden moeten worden.

Effectiviteit herstelgerichte zorg

Er is slechts één studie gevonden waarin de effecten van een op herstel gericht programma op het herstel van cliënten met BPS is onderzocht. Comtois et al. (2010) beschrijft positieve effecten van het het vervolprogramma ACES (Accepting the Challenges of Exiting) op de kwaliteit van leven, gebruik van het zorgsysteem, werk en crises. Het overig wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van herstelprogramma's en zelfmanagement instrumenten op het functioneren en welbevinden van cliënten is niet toegespitst op cliënten met BPS.

Van Gestel-Timmermans (2012) heeft het effect van de cursus 'Herstellen doe je zelf' onderzocht op cliënten met een (ernstige) psychische problematiek. De interventie had een significant en positief effect op empowerment, hoop en het geloof in het eigen kunnen. Andere studies, Cook, en collega's (2012), Fukui, Davidson, Holter & Rapp (2010) en Barbic, Krupa en Armstrong (2009) laten vergelijkbare resultaten zien.

2.3 Praktijkonderbouwing

De beschikbare wetenschappelijke evidentie is onvoldoende om alleen daarop richting te geven aan het professioneel handelen. Aanvullende kennis van hulpverleners die in de praktijk werken (professionals) en ervaringsdeskundigen (cliënten en familie) is hierbij van wezenlijk belang. In het navolgende wordt beschreven hoe deze professionele kennis vergaard is, welke informatie verzameld is en welke conclusies op basis hiervan getrokken kunnen worden.

Uitgangsvraag

De topicgroep heeft de oorspronkelijke uitgangsvraag 'Wat is de inhoud en de effectiviteit van sociaal-psychiatrische zorg voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)?' verder uitgewerkt in de eerder genoemde 6 elementen:

Werkwijze

Een schriftelijke raadpleging van externe experts is tussentijds gedaan bij het kiezen voor de relevante elementen van sociaal-psychiatrische zorg.

Ook is gebruik gemaakt van de kennis die is ontwikkeld over de begeleiding en behandeling van mensen met een ernstige psychische aandoening binnen het kader van het project *Meedoen*. *Aanbevelingen voor de behandeling en begeleiding van mensen met EPA-PS* door het podium EPA van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht. In de werkgroep voor het podium EPA van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen bestond uit deelnemers die drie relevante professionele perspectieven op de doelgroep vertegenwoordigden: psychotherapie, psychiatrie en verpleegkunde. De werkgroep bestond uit deskundigen in de begeleiding en behandeling met deze doelgroep. Voorafgaand aan de start van het Podium is er een literatuursearch uitgevoerd naar de diagnostiek, begeleiding en behandeling van mensen met EPA-PS. Deze search leverde geen relevante publicaties van kwantitatief onderzoek op.

De werkgroep van het Podium EPA kwam zes keer bijeen. Op de bijeenkomsten zijn achtereenvolgende versies van deze aanbevelingen bediscussieerd. Deze nota is daar het

resultaat van deze discussies. De werkgroep legde deze nota ter discussie voor aan een daartoe specifiek uitgenodigd publiek in een invitationale conference op 7 maart 2013 in het Trimbos-instituut te Utrecht. Naast de verschillende beroepsgroepen uit een groot aantal GGz-instellingen in den lande zijn vertegenwoordigers van patiënten, naastbetrokkenen en een vertegenwoordiger van een verzekeraar en van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie uitgenodigd. Dit betrof een publiek van 70 deelnemers.

Deze laatste bijeenkomst heeft geleid tot aanvullende opmerkingen en voorstellen tot wijziging. Na verwerking hiervan in de tekst van de aanbevelingen en na een enkele redactionele ronde is de tekst van de aanbevelingen vastgelegd.

Resultaten praktijkonderbouwing

ELEMENT 1: RISICOMANAGEMENT EN CRISISINTERVENTIE

In Nederland wordt in de behandeling in toenemende mate gebruik gemaakt van de crisiskaart (Smulders, 2012). Op de kaart staat kort beschreven hoe men een crisis bij een cliënt kan herkennen en wie moet worden gewaarschuwd en wie dat doet. Ook over het effect van klinische opnames van deze groep is weinig informatie bekend. Crisismanagement bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis gaat voornamelijk over professionele kennis en opgedane praktijkervaring, die in een aantal artikelen en hoofdstukken is uitgewerkt (o.a. van Luyn, 2001; Koekkoek & Kaasenbrood, 2008; van Luyn & Kaasenbrood, 2009; van Luyn, 2010)

ELEMENT 2: PASSENDE BEHANDELSETTING EN AANVULLENDE OF ALTERNATIEVE BEHANDELMOGELIJKHEDEN

Over de setting staan expert opinions ter beschikking. Die zijn onder andere neergelegd in de Australische richtlijn (NHMRC, 2012). Ten aanzien van de acute opname adviseert de richtlijn uitsluitend voor crisisinterventie een kortdurende, gestructureerde opname met een duidelijk programma als mogelijkheid aan (Berrino et al., 2011). De NICE richtlijn uit 2009 (NICE, 2009) komt tot vergelijkbare adviezen. De richtlijn beveelt aan om alvorens tot acute opname over te gaan eerst met een Intensive Home Treatment Team pogen de opname te voorkomen. Gronden voor een opname zijn diagnostische onzekerheid (is er sprake van een co-morbide As I-stoornis) en dreiging van schade of gevaar die niet anders is af te wenden. Soms is het vanwege een strafrechtelijke maatregel noodzakelijk om cliënten met een BPS op te nemen. Als een opname noodzakelijk is, aldus de richtlijn, zorg er dan voor dat de cliënt de te verwachte meerwaarde en de risico's onder de aandacht zijn gebracht. Zorg er verder voor dat er heldere afspraken zijn over het doel en de duur van de opname. Maak duidelijk dat het streven er te allen tijde op is gericht om de behandeling in onderling overleg te laten plaatsvinden. Ook als er tijdelijk dwang noodzakelijk is.

Deze richtlijn besteedt ook aandacht aan het debat tussen top experts over de meerwaarde en de schadelijkheid van opname. De conclusie luidt dat er bij de huidige kennis van zaken geen uitspraak gedaan kan worden over die meerwaarde en die schade. Ook niet op de lange termijn. De richtlijn beveelt aan om de reguliere behandeling van BPS ambulante te laten plaatsvinden en opname in een algemeen psychiatrische setting vooral te reserveren voor crisisinterventie.

Deze overwegingen gaan op voor een algemeen psychiatrische setting. Uit onderzoek van Bartak en collega's (2011) komen aanwijzingen voor superieure effectiviteit van klinische psychotherapeutische behandeling van mensen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis boven ambulante psychotherapie. Van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen en Van Furth (2014) zetten een RCT op waarin een behandelprogramma voor DGT bij de start klinisch gevolgd door ambulante vergeleken werd met een puur ambulante behandeling met DGT. De resultaten uit deze studie zullen niet op tijd komen voor deze zorgstandaard.

ELEMENT 3: PSYCHO-EDUCATIE

In de dagelijkse praktijk wordt veel psycho-educatie aangeboden, vooral ook aan mensen in de omgeving van iemand met BPS, en vaak samen met die persoon. Er wordt veel gebruik gemaakt van (doorgaans niet op effectiviteit getoetste) bronnen van experts, die vaak ook geschikt zijn voor gebruik door cliënten en familieleden. De indruk bestaat dat deze bijeenkomsten en cursussen in een grote behoefte voorzien en bijdragen aan meer begrip tussen BPS-clieënten en hun omgeving.

ELEMENT 4: BETREKKEN VAN FAMILIE BIJ BEHANDELING: INTENSIEVE THUISBEGELEIDING/PSYCHO-EDUCATIE/CURSUS OMGAAN MET/AANDACHT VOOR EIGEN DRAAGKRACHT

De professionele kennis is vooral gehaald uit de richtlijnen van de APA (2001) en NICE (2009) en ook in handboeken en protocollen bij verschillende dienstverleners en waar nodig aangevuld met expert kennis uit de topic groep / focusgroep. Ook hieruit blijkt duidelijk dat de interventies voor familie en andere naasten belangrijk zijn. Het tweede deel van de aanbevelingen is op professionele kennis gebaseerd.

ELEMENT 5: BLIJVENDE AANDACHT VOOR KINDEREN VAN IEMAND MET EEN BPS (MEER DAN KOPP CURSUS/ONDERSTEUNING VAN GEZONDE OUDER/PREVENTIEVE MAATREGELEN IN HET EIGEN SOCIALE SYSTEEM)

De professionele kennis is vooral gehaald uit de richtlijnen van de APA (2001) en NICE (2009). Verder is niet veel te vinden over interventies van kinderen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, al bieden verschillende dienstverleners kinderen ondersteuning aan. Deze lijkt echter weinig gedifferentieerd van andere zgn. KOPP ondersteuning. De kennis is waar mogelijk aangevuld met expert kennis uit de topic groep / focusgroep. Het tweede deel van de aanbevelingen is op professionele en ervaringskennis gebaseerd.

ELEMENT 6: WERKEN AAN HERSTEL

Diverse GZZ instellingen en RIBW's in Nederland bieden cliënten herstelprogramma's aan. Er zijn instellingen, die werken met de cursus 'Herstellen doe je zelf'. Verder zijn HEE (Herstel Ervaringsdeskundigheid en Empowerment) en WRAP (Wellness Recovery Action Plan) bekende programma's.

2.4 Ervaringsdeskundigheid

Uitgangsvraag

Uitgangsvraag voor het onderzoek naar de ervaringen van cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis ten aanzien van sociaal-psychiatrische zorg is hoe belangrijk cliënten diverse vormen van ondersteuning voor naasten en kinderen vinden. De cliënten is gevraagd wat hen heeft geholpen en heeft belemmerd in hun herstelproces. Verder is cliënten de vraag voorgelegd in hoeverre zij betrokkenheid van naasten accepteren, en of betrokkenheid van naasten hen helpt de therapie te volgen en medicatie in te nemen. In de enquête is de cliënten niet expliciet gevraagd of zij psycho-educatie hebben gehad en welk belang zij hechten aan psycho-educatie. Wel is er gevraagd of men voldoende is geïnformeerd over therapiemogelijkheden en medicatie. De resultaten van deze vragen zijn verwerkt in de modules Psychotherapie en Pharmacotherapie. De ervaringen van cliënten ten aanzien van de elementen 'Risicomanagement en crisisinterventie' en 'Passende behandelsetting en aanvullende of alternatieve behandelmogelijkheden' zijn in de enquête niet aan de orde gekomen.

Werkwijze

Om de ervaringskennis te ontsluiten heeft de werkgroep besloten om een online enquête te houden onder cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het doel van de vragenlijst was het inventariseren van zaken die volgens cliënten wel en niet helpen. De vragen zijn opgesteld door de cliënten en familievertegenwoordigers uit de werkgroep in samenspraak met het Trimbos Instituut. De enquête is verspreid onder de achterban van de cliënten- en familieorganisaties en het Kenniscentrum

Persoonlijkheidsstoornissen alsmede het netwerk van de leden van de werkgroep en de focusgroepen.

De respons op de enquête kent een verloop van ruim 320 respondenten bij de start van de vragenlijst naar circa 160 respondenten bij het eind van de vragenlijst. De resultaten zijn gebaseerd op het aantal respondenten dat de desbetreffende vraag heeft beantwoord. De enquête geeft een indicatief beeld van wat onder cliënten met BPS leeft. Vanwege de wijze van werven van respondenten via behandelaren zijn cliënten die (psycho)therapie krijgen waarschijnlijk oververtegenwoordigd.

Daarnaast is kennis, die medewerkers van de Stichting Borderline, Stichting Labyrinth in Perspectief en andere LPGGz-leden hebben opgedaan door met cliënten en naasten van cliënten in gesprek te gaan, meegenomen.

Resultaten

ELEMENTEN 1, 2 EN 3

Niet opgenomen in enquête (zie verantwoording hierboven)

ELEMENT 4: BETREKKEN VAN FAMILIE BIJ BEHANDELING: INTENSIEVE THUISBEGELEIDING/PSYCHO-EDUCATIE/CURSUS OMGAAN MET/AANDACHT VOOR EIGEN DRAAGKRACHT

In de enquête voor cliënten is de respondenten gevraagd hoe belangrijk ze de diverse vormen van ondersteuning voor naastbetrokkenen vinden. Ten aanzien van 'Psycho-educatie / informatieverstrekking', de 'Cursus 'Omgaan met borderline' / 'Borderline de baas' en 'Systeemtherapie en systeem-/gezinstherapie', wordt '(Heel) belangrijk' hoog gescoord, te weten 77,0%, 63,6% en 51,6%. Zelfhulp via zelfhulporganisaties zoals Labyrinth in Perspectief en websites, zoals het forum van Labyrinth in Perspectief, worden lager gewaardeerd. 21,8% respectievelijk 28,5% vindt zelfhulp '(Heel) belangrijk'.

Medewerkers van de Stichting Borderline en Stichting Labyrinth in Perspectief, die veel contact met familie en naasten hebben, zien dat er bij naasten veel behoefte bestaat aan informatie en ondersteuning. Vele verkeren al jaren in een situatie, waarin zij niet goed weten hoe te handelen en zijn daardoor de wanhoop nabij. In de enquête is cliënten gevraagd of zij betrokkenheid van hun naasten bij de therapie en medicijngebruik accepteren en of betrokkenheid van naasten hen helpt bij het volgen van de therapie en het innemen van de medicijnen. Ruim de helft van de respondenten accepteert dat hun naasten betrokken worden bij hun psychotherapie en bijna de helft vindt dat betrokkenheid van hun naasten helpt bij het volgen van de therapie (therapietrouw). Ongeveer een kwart is het hiermee (helemaal) oneens. Ongeveer evenveel respondenten (zo rond de 34%) zijn het eens als oneens met de stelling dat betrokkenheid van naasten helpt bij medicatietrouw.

ELEMENT 5: BLIJVENDE AANDACHT VOOR KINDEREN VAN IEMAND MET EEN BPS (MEER DAN KOPP CURSUS/ONDERSTEUNING VAN GEZONDE OUDER/PREVENTIEVE MAATREGELEN IN HET EIGEN SOCIALE SYSTEEM)

In de enquête is de respondenten met kinderen de vraag voorgelegd welke vorm van hulp hun kinderen of zij in hun ouderrol hebben ontvangen en is alle respondenten gevraagd hoe belangrijk zij de verschillende vormen van deze hulp vinden.

Vormen van door respondenten met kinderen ontvangen hulp die hoog scoren zijn 'Tijdens de behandeling is er aandacht / hulp voor uw rol als ouder' en 'Ondersteuning van familie / vrienden'. Iets meer van de helft van de respondenten met kinderen heeft deze vorm van hulp gehad. 41,3 procent van de respondenten met kinderen heeft 'Ondersteuning van de andere ouder / verzorger' gehad, 36,1 procent van de respondenten met kinderen heeft gebruik kunnen maken van een 'Time-out bij bekenden wanneer dit nodig is, ter voorkoming van crisis' en minder dan een derde (29,2%) heeft systeemtherapie gehad. Op de vraag hoe belangrijk de respondenten de verschillende vormen van

hulp voor de kinderen of voor hen als ouder belangrijk vinden, heeft ruim een derde van de respondenten geen mening. Iets meer dan de helft te weten 56,3% van de respondenten vindt 'Ondersteuning van de andere ouder / verzorger' en 'Tijdens de behandeling is er aandacht / hulp voor uw rol als ouder' '(Heel) belangrijk'. Ook 'Ambulante hulp of begeleiding thuis door professionals ter ondersteuning van de opvoeding', 'Systeem / gezinstherapie' en 'Ondersteuning van familie / vrienden' worden door het merendeel, respectievelijk 53,3%, 53,1% en 50,6%, van de respondenten '(Heel) belangrijk'geacht. De scores '(Heel) belangrijk' voor de overige vormen van hulp en ondersteuning zijn ook niet onaanzienlijk: 'Time-out bij bekenden wanneer dit nodig is ter voorkoming van crisis' 49,4% , 'KOPP cursus' 48,1% en 'Regelmatig vervlief van de kinderen bij anderen om u bijvoorbeeld de ruimte geven tot rust te komen' 44,4 % . 'Zelfhulp via website achten de respondenten minder belangrijk, 30,6% scoort '(Heel) belangrijk'. Ten aanzien van '(Tijdelijke) plaatsing in een ander gezin' heeft bijna de helft 'Geen mening' en vinden ongeveer evenveel respondenten deze optie '(Heel) belangrijk' als '(Helemaal) niet belangrijk', namelijk 17,5% respectievelijk 15,8%.

ELEMENT 6: WERKEN AAN HERSTEL

In de enquête voor cliënten is ten aanzien van het element 'Werken aan herstel' een onderscheid gemaakt tussen klinisch herstel en sociaal en functioneel herstel. In de enquête is de respondenten gevraagd met een rapportcijfer (schaal: 0-10) te waarderen wat helpt en niet helpt bij het 'Verminderen van de klachten, die verband houden met uw borderline problematiek' en het 'Leven weer op de rails krijgen'. Het 'Verminderen van de klachten' kan gezien worden als klinisch herstel. 'Het leven weer op de rails krijgen' past bij sociaal en functioneel herstel.

Verminderen van klachten – Wat helpt?

Bij het waarderen van wat heeft meegeholpen de klachten, die verband houden met de borderline problematiek, te verminderen krijgt het item 'Eigen inzet en motivatie' van de respondenten het hoogste gemiddelde rapportcijfer, een 7,5. Respondenten, die psychotherapie (een van de Big Four) krijgen/kregen geven een vergelijkbaar gemiddeld rapportcijfer aan 'Psychotherapie', te weten een 7,3. Respondenten, die een overige therapie krijgen/kregen waarderen de 'Psychotherapie' opmerkelijk lager met het gemiddelde rapportcijfer 5,2.

Items die een gemiddeld rapportcijfer vanaf 6,0 tot en met 6,9 krijgen zijn: dagstructuur (6,9), sporten / wandelen (6,9), werk (betaald of onbetaald) (6,7), vaktherapie (6,3), steun van familie (6,4), ervaringsdeskundigen in behandelsetting (6,1), medicatie (6,0) en lotgenotencontact (6,0). Met uitzondering van 'Herstelgroep / WRAP / HEE cursus' (rapportcijfer: 4,7) worden de overige items, 'Sociotherapie', 'VERS-training', 'Crisisplan /signaleringsplan / triadekaart', 'Positief dagboek', 'Mindfulness/meditatie', 'Geloof / spiritualiteit', 'Bewust mensen op te zoeken door me bijvoorbeeld aan te sluiten bij een activiteitenvereniging' met een rapportcijfer vanaf 5,0 tot en met 5,9 gewaardeerd. Mogelijk zijn vele respondenten niet bekend met zaken zoals herstelgroep, WRAP, HEE, sociotherapie, VERS-training, crisisplan, signaleringsplan, triadekaart en Mindfulness, wat de waardering voor deze items ten nadele zou kunnen hebben beïnvloed.

Leven weer op de rails krijgen – Wat helpt?

Als de waardering van de verschillende items, die mogelijk een bijdrage hebben geleverd aan het leven weer op de rails krijgen, wordt vergeleken met de waardering, die verminderen van klachten krijgt, valt het op dat de scores nauwelijks verschillen.

Bij het waarderen van wat heeft meegeholpen om het leven weer op de rails te krijgen, krijgt het item 'Eigen inzet en motivatie' van de respondenten wederom het hoogste gemiddelde rapportcijfer, een 7,5. Respondenten, die psychotherapie van de Big Four krijgen/kregen geven een vergelijkbaar gemiddeld rapportcijfer aan 'Psychotherapie', te weten een 7,0. Respondenten, die een overige therapie krijgen/kregen waarderen de 'Psychotherapie' opmerkelijk lager met het gemiddelde rapportcijfer 5,7.

Items die een gemiddeld rapportcijfer vanaf 6,0 tot en met 6,9 krijgen zijn: dagstructuur (6,9), sporten / wandelen (6,6), werk (betaald of onbetaald) (6,8), vaktherapie (6,2), steun van familie (6,3). De items 'Sociotherapie', 'VERS-training', 'Crisisplan /signaleringsplan / triadekaart', 'Positief dagboek' 'Mindfulness/meditatie', 'Geloof / spiritualiteit', 'Bewust mensen op te zoeken door me bijvoorbeeld aan te sluiten bij een activiteitenvereniging', 'Ervaringsdeskundigen in behandelsetting', 'Medicatie', 'Lotgenotencontact' met een rapportcijfer vanaf 5,0 tot en met 5,9 gewaardeerd. 'Herstelgroep / WRAP / HEE cursus' en 'Positief dagboek' worden met een gemiddeld rapportcijfer vanaf 4,0 tot en met 4,9 gewaardeerd. Mogelijk zijn vele respondenten niet bekend met zaken zoals herstelgroep, WRAP, HEE, sociotherapie, VERS-training, crisisplan, signaleringsplan, triadekaart en Mindfulness, wat de waardering voor deze items ten nadele zou kunnen hebben beïnvloed.

Wat belemmert bij het verminderen van de klachten en het leven weer op de rails krijgen?

In de enquête voor cliënten is bij de vraag welke zaken het proces, waarin u probeert uw borderline klachten te verminderen en aan uw herstel te werken, belemmeren, nagelaten te vermelden wat de betekenis van de score is. De resultaten van deze vraag moeten daarom met veel slagen om de arm worden geïnterpreteerd.

Het item 'Het heeft lang geduurd voordat ik een diagnose heb gekregen' krijgt van de respondenten de hoogste score, een 7,6.

Items die een gemiddeld rapportcijfer vanaf 6,0 tot en met 6,9 krijgen zijn

- Het heeft lang geduurd voordat ik een therapeut had met wie ik een klik had: 6,9
- Veel van mijn naasten hebben afstand van me genomen, omdat ze niet mijn 'borderline gedrag' konden omgaan: 6,2
- Sommige professionals deden dingen, die mijn 'borderline gedrag' juist triggerde: 6,3

Items die een gemiddeld rapportcijfer vanaf 5,0 tot en met 5,9 krijgen zijn

- Ik heb lang op de wachtlijst gestaan voor therapie: 5,6
- Het geeft lang geduurd voordat ik erkende dat ik hulp nodig had: 5,4
- Ik kreeg geen op borderline gerichte therapie, omdat ik te crisisgevoelig was: 5,0

3 Conclusies

<p>A. Literatuur</p>	<p>De systematische search heeft geen relevante artikelen opgeleverd, daardoor ontbreekt een wetenschappelijke onderbouwing voor deze EBRO-module. De werkgroep besloot om een extra, niet systematische search uit te voeren. De beschrijving daarvan en de resultaten zijn beschreven in Deel B. Professionele kennis.</p>
---------------------------------	--

<p>B. Professionele kennis: Literatuur</p>	<p>De robuustheid van de bewijskracht voor effecten van sociaal-psihiatrische zorg en losse elementen daarvan voor BPS is laag.</p> <p>Er is weinig tot geen wetenschappelijke evidentie voor de wijze waarop crisismanagement wordt toegepast bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Borschsmann en collega's (2012) en Borschsmann en Moran (2011) betogen dat er geen RCT is gedaan naar crisismanagement bij deze doelgroep en dat er weinig bekend is over eventuele effectieve benaderingen. Aanbevelingen zijn voornamelijk gericht op empowerment, bijvoorbeeld een inschatting van het risico, vragen naar eerder effectieve interventies, aanmoedigen van bepaald gedrag of hoe om te gaan met de huidige crisis en het regelen van vervolghulp. Ook Koekkoek en collega's (2010a) wijst op het belang van het nemen van preventieve maatregelen, om crises te voorkomen. Bateman benadrukt in zijn boek het belang van het maken van een crisisplan (Bateman & Krawitz, 2013), echter een recent onderzoek (RCT) naar het gebruik van een "joint crisis plan" bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis gaf geen significante verbetering t.o.v. de gebruikelijke zorg (Bateman & Krawitz, 2013).</p> <p>Hoewel er enige discussie is over de effectiviteit van het behandelen van symptoomstoornissen bij een comorbide borderline persoonlijkheidsstoornis (Berrino et al., 2011; NICE, 2009; Bartak et al., 2011), is de overheersende mening toch dat er gewoon volgens de regels der kunst behandeld moet worden. Daarom is het belangrijk dat de behandelaar alert is op zowel adequate diagnostiek als behandeling van symptoomstoornissen, zeker bij langerdurende zorgtrajecten.</p> <p>Op basis van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek is er nog geen aanbeveling te formuleren aangaande het belang of de inhoud van psycho-educatie programma's specifiek voor BPS.</p> <p>Er is slechts zeer beperkt bewijs voor effectiviteit van programma's voor psycho-educatie gericht op familie / naasten. Programma's die er zijn, zijn nog niet of nauwelijks beschikbaar in Nederland.</p> <p>IDEM voor element 5: Op basis van het beschikbare wetenschappelijke onderzoek is er nog geen aanbeveling te formuleren aangaande het belang of de inhoud van.....</p> <p>Er is tot nu toe beperkt bewijs om aanbevelingen te doen op het gebied van persoonlijk herstel. Er lijkt heel voorzichtig bewijs dat een herstelgeoriënteerde interventie effect heeft op empowerment, positieve identiteit etc.</p>
---	--

	<p>Op alle elementen is verder onderzoek nodig om de noodzakelijke evidentie te versterken cq. te vinden.</p>
<p>B. Professionele kennis: Praktijkonderbouwing</p>	<p>In Nederland wordt in de behandeling in toenemende mate gebruik gemaakt crisiskaart (Smulders, 2012). Op de kaart staat kort beschreven hoe men een crisis bij een cliënt kan herkennen en wie moet worden gewaarschuwd en wie dat doet. Ook over het effect van klinische opnames van deze groep is weinig informatie bekend Crisismanagement bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis gaat voornamelijk over professionele kennis en opgedane praktijkervaring.</p> <p>Het verdient aanbeveling om te inventariseren welke ondersteuning familie of naasten nodig heeft in het omgaan met de naaste / familielid met een bps om de balans tussen draagkracht en draaglast in het systeem te behouden.</p> <p>Werken aan herstel: het verdient aanbeveling om cliënten expliciet te wijzen op aanbod gericht op het werken aan (persoonlijk) herstel.</p>
<p>C. Ervaringsdeskundigheid</p>	<p>Er is onder 160 cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis een enquête uitgevoerd met de vraag hoe zij de diverse vormen van ondersteuning voor naasten en kinderen ervaren. Uitgangspunt was daarbij wat hen heeft geholpen en wat hen heeft belemmerd in het herstelproces. Hieruit kwam naar voren dat cursussen hoog worden gewaardeerd evenals psycho-educatie.</p> <p>Vanuit zelfhulporganisaties komt eveneens naar voren dat informatieverstrekking aan familie belangrijk wordt gevonden. De helft van de cliënten gaf daarnaast aan dat het betrekken van naasten bij de behandeling, therapietrouw en medicatietrouw verhoogt.</p> <p>Aan dezelfde groep cliënten is ook gevraagd welke vorm van hulp hun kinderen of zij in hun ouderrol hebben ontvangen en hoe belangrijk zij deze vorm van hulp vinden. Meer dan de helft van de cliënten vindt ondersteuning in de ouderrol zeer belangrijk, evenals gezinstherapie en opvoedondersteuning (al dan niet aan huis). Ook de KOPP-cursus, time-out mogelijkheden bij crisis en verblijf van de kinderen elders bij crisis scoren hoog en worden zeer belangrijk gevonden. Zelfhulp via websites worden minder belangrijk gevonden.</p> <p>Ook werd cliënten de vraag voorgelegd om een rapportcijfer te geven aan zaken die helpen bij klinisch (verminderen van klachten) en functioneel herstel ("leven weer op de rails krijgen"). het item "Eigen inzet en motivatie" krijgt bij beide vormen van herstel het hoogste rapportcijfer (7.5), gevolgd door sporten en dagstructuur. Herstelondersteunende training en herstelgroepen, worden met onvoldoendes beoordeeld, maar dit dan deels verklaard worden door de onbekendheid met de inhoud daarvan.</p>

4 Overige overwegingen

Er zijn geen overige overwegingen. Door de beperkte omvang van wetenschappelijk kennis en de grote omvang van professionele en ervaringskennis in dit hoofdstuk, zijn de 'overige overwegingen' al eerder benoemd.

5 Aanbevelingen

Op basis van de conclusies van A. de literatuurstudie van het Trimbos-instituut, B. de professionele kennis en C. Ervaringsdeskundigheid, worden een aantal aanbevelingen gedaan ten behoeve van de zorgstandaard borderline persoonlijkheidsstoornis:

Duidelijke communicatie, heldere doelstellingen en goede afspraken (met zowel cliënt als zijn of haar systeem) lijken het meest werkzaam, waarbij in uitzonderlijke gevallen een korte klinische opname of Bed-op-recept kan werken (Helleman et al., 2014). Het is zeer aan te raden een crisis / veiligheidsplan te maken. Overweeg het inzetten/aanbieden van Intensive Home Treatment (IHT) om een crisisopname te voorkomen.

Bij het voorkomen van crisis wordt aanbevolen om regelmatig de suicidaliteit uit te vragen en in te schatten conform de richtlijn in de MDR. Extra alertheid wordt aanbevolen bij het onderscheiden van acuut en chronisch risico op suïcide.

Bij het bepalen van een passende setting, aanvullende of alternatieve behandeling lijken in ieder geval van belang:

- regelmatige evaluatie van het behandelplan en bij een gebrek aan voortgang aandacht voor belemmerende factoren
- bij onduidelijke uitkomsten van bovenstaande of andere onduidelijkheden, een collega in consult vragen voor een diagnostisch onderzoek gericht op de problematiek van de client, de interactie tussen client en professional, het behandel aanbod en/of de betrokkenheid van het sociaal systeem
- op de hoogte zijn van en de cliënt duidelijkheid bieden over behandelmogelijkheden voor symptoomstoornissen (bv. CGT bij depressie of stemmen horen, EMDR bij trauma, behandeling voor verslavingsproblemen)
- deze (deel)behandeling gelijktijdig aanbieden met de lopende behandeling voor de borderline persoonlijkheidsstoornis, zodat de continuïteit gewaarborgd is

Bied de mogelijkheid voor psycho-educatie aan familie en naasten (bv de cursus omgaan met borderline).

Samenwerken met en ondersteuning van familie van mensen met BPS moet een integraal deel uitmaken van de behandeling van de patient. Bij bezwaren van de patiënt tegen samenwerking wordt nagegaan in hoeverre deze bezwaren terecht zijn. Blijf in gesprek met de patiënt met als doel te zoeken naar mogelijkheden om familie te betrekken. Het wordt aanbevolen om in dat geval familie in ieder geval te informeren over niet-client gebonden informatie, zoals instelling- en behandel aanbod, aanbod cursussen/psycho-educatie, familieraad en familievertrouwenspersoon.

Bij gedwongen opname dient familie altijd op de hoogte te worden gebracht.

Werken aan herstel: het verdient aanbeveling om cliënten expliciet te wijzen op aanbod gericht op het werken aan (persoonlijk) herstel.

Het verdient aanbeveling om te inventariseren welke ondersteuning familie of naasten nodig heeft in het omgaan met de naaste / familielid met een bps om de balans tussen draagkracht en draaglast in het systeem te behouden. Een professional – dit kan een ander dan de behandelaar van de patiënt zijn – houdt één of meer gesprekken met de naasten ter ondersteuning van deze naasten zelf. Afhankelijk van de ondersteuningsvraag biedt de professional de mogelijkheid aan tot het voeren van meerdere gesprekken.

Het is aan te raden om kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP) en daarmee ook van ouders met BPS, altijd te informeren over de ouderlijke problematiek. Daarnaast wordt aangeraden om te kijken (via screening) in welke mate het kind problemen ervaart (parentificatie, onthechting, problemen op school, etc.) en of preventieve ondersteuning nodig is. Het is van belang dat niet alleen aandacht uitgaat naar kinderen die zelf problematiek ontwikkeld hebben en in de jeugdzorg terecht komen. Zij moeten vanaf het begin dat het bekend is dat ouders BPS hebben aandacht krijgen.

Bij ouders met BPS zijn interventies die de ouder-kind relaties verbeteren ook aan te bevelen. Geschikte interventies zijn nog niet wetenschappelijk bewezen, maar een vorm van psychoeducatie waarbij de ouders leren kijken naar hun kinderen en daarbij hun behoeften beter leren aanvoelen, tegelijkertijd met aandacht voor de hechtingsproblematiek van de ouders zelf, lijken te werken. Interventies gericht op opvoedingstechnieken van de ouders en communicatievaardigheden in het hele gezin zijn ook aan te raden. Interventies gericht op opvoedingstechnieken (de ouderrol) van de patient en communicatievaardigheden in het hele gezin worden aangeraden.

Referenties

- Allen, A. & Links, P. S. (2012). Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. *Current psychiatry reports*, 14, 62-69. Doi:10.1007/s11920-011-0244-9.
- American Psychiatric Association (2001), *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Barbic, S., Krupa, T. & Armstrong, I. (2009). A randomized controlled trial of the effectiveness of a modified Recovery Workbook program: preliminary findings. *Psychiatric Services*, 60, 491–497.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M.D., Ziegler, U.M., Dekker, J., Van Rossum, B., ... & Emmelkamp, P.M.G.. (2011). Effectiveness of outpatient, day hospital, end inpatient psychotherapeutic treatment for patients with cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 28-38. Doi: 10.1159/000321999.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539.
- Bateman, A.W. & Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder: An Evidence-Based Guide for Generalist Mental Health Professionals*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Berrino, A., Ohlendorf, P., Duriaux, S., Burnand, Y., Lorillard, S. & Andreoli, A. (2011). Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Research*, 186, 287-292. Doi: 10.1016/j.psych.res.2010.06.018.
- Borschmann, R. & Moran, P. (2011). Crisis Management in Borderline Personality Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 18-20. Doi: 10.1177 /002076401010659.
- Borschmann, R., Henderson, C., Hogg, J., Phillips, R. & Moran, P. (2012) Crisis interventions for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009353. Doi: 10.1002/14651858.CD009353.pub2.
- Chanen, A.M., Jackson, H.J., McCutcheon, L.K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H.P., ... & McGorry, P.D. (2008a). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 477-484. Doi:10.1192/bjp.bp.107.048934.
- Chanen, A.M., Jovev, M., McCutcheon, L.K., Jackson, H.J. & McGorry, P.D. (2008b). Borderline Personality Disorder in Young People and the Prospects for Prevention and Early Intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 48-57.
- Chanen, A.M., McCutcheon, L.K., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. & McGorry, P.D. (2009). The HYPE Clinic: An Early Intervention Service for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 163-172. Doi: 10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0.
- Cohen, N.J., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, R., Parker, C.J., Barwick, M. & Brown, M. (1999). Watch, wait, and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451. Doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199924).
- Cook, J.A., Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., ... & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self- management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 881-891. Doi: 10.1093/schbul/sbr012.
- Delespaul, P.H., De Haan, L., Van Hoof, F., Van der Gaag, M., Keet, R., Kroon, H., ... & Wiersma, D. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 427-438.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395. Doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177.
- Dubo, E.D., Zanarini, M.C., Lewis, R.E. & Williams, A.A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 63-69.
- Fruzzetti, A.E. (2002). *Dialectical behavior therapy for borderline personality and related disorders*. In: Kaslow, F.W. & Patterson, T. (2002). *Comprehensive Handbook of Psychotherapy, vol 2: Cognitive-behavioral Approaches*. New York (NJ): Wiley 2002:215–240.

- Fruzzetti, A.E., Santistiban, D. & Hoffman, P.D. (in press). *Family DBT*. In: Dimeff, L. & Linehan, M.M. (in press). *Dialectical Behavior Therapy Adaptations*. New York (NJ): Guilford Press.
- Fruzzetti, A.E., Shenk, C. & Hoffman, P.D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model. *Development and Psychopathology*, 17, 1007–1030. Doi: 10.1017/S0954579405050479.
- Fukui, S., Davidson, L., Holter, M. & Rapp, C.A. (2010). Pathways to Recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34, 42–48. Doi: 10.2975/34.1.2010.42.48.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & 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. Doi: 10.1001/archpsyc.63.6.649.
- Gunderson, J.G., & Links, P.L. (2014). *Handbook of good psychiatric management (GPM) for borderline patients*. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J.G. & Ridolfi, M.E. (2001). Borderline Personality Disorder. *Annals of the New York Academy of Science*, 932, 61-77. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05798.x.
- Gunderson, J.G., Berkowitz, C. & Ruiz-Sancho, A. (1997). Families of borderline patients: A psychoeducational approach. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 446-457.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68, 827-837. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.37.
- Helleman, M., Goossens, P.J.J., Kaasenbrood, A. & Van Achterberg, T. (2014). Experiences of patients with borderline personality disorder with the brief admission intervention: a phenomenological study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 442-450. Doi: 10.1111/inm.12074.
- Hermens, M.L., 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, 1381-1383.
- Hoffman, P.D. & Fruzzetti, A.E. (2007). Advances in interventions for families with a relative with a personality disorder diagnosis. *Current Psychiatry Reports*, 9, 68-73.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E. & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An Education, Skills and Support Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 69-82. Doi: 10.1080/09638230601182052.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., ... & Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44, 217–225.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E. & Swenson, C.R. (1999). Dialectical behavior therapy- family skills training. *Family Process*, 38, 399–414.
- Hooley, J.M. & Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1557–1562.
- Hutsebaut, J., Kaasenbrood, A. & Van Bunningen, N. (2013). *Factsheet Persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen: diagnostiek en behandeling*. Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. Retrieved from: http://kenniscen.trumps.nl/sites/default/files/publications/kps_factsheet_2013_web.pdf.
- Kamalabadi, M. J., Ahmadi, S. A., Etemadi, O., Fatehizadeh, M., Bahrami, F., & Firoozabadi, A. (2012). A study of the effect of couple dialectical behavioral therapy on symptoms and quality of marital relationships and mental health of Iranian borderline personality couples: A controlled trial. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3, 1480-1487.
- Koekkoek, B. (2012). Complexe interventies modelgetrouw uitvoeren—Hoe supervisie (niet) kan helpen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 266-272.
- Koekkoek, B. (2011). *Praktijkboek sociaal psychologische begeleiding: methodisch werken met ernstige en langdurige problematiek*. Houten (Nederland): Bohn Stafleu van Loghum.
- Koekkoek, B.W. & Kaasenbrood, A.J.A. (2008). Behandelen van chronische suïcidaliteit vraagt om risico nemen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 283-287.
- Koekkoek, B., Van der Snoek, R., Oosterwijk, K. & Van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: a pilot study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46, 127-134. Doi: 10.1111/j.1744-6163.2010.00248.x.

- Koekkoek, B., van Meijel, B. & Hutschemaekers, G. (2010). Community mental healthcare for people with severe personality disorder: narrative review. *The Psychiatrist*, 34, 24-30. Doi: 10.1192/pb.bp.108.022426.
- Koekkoek, B., Van Meijel, B., Schene, A., Smit, A., Kaasenbrood, A. & Hutschemaekers, G. (2012). Interpersonal community psychiatric treatment for non-psychotic chronic patients and nurses in outpatient mental health care: a controlled pilot study on feasibility and effects. *International journal of nursing studies*, 49, 549-559. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.003.
- Law, M.K., Furr, R.M., Arnold, E.M., Mneimne, M., Jaquett, C., & Fleeson, W. (2015). Does assessing suicidality frequently and repeatedly cause harm? A randomized control study. *Psychological Assessment*, 27(4):1171-1181.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. Doi: 10.1192/bjp.bp.110. 083733.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York (NJ): The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York (NJ): Guilford Press.
- Links, P.S. & Kolla, N. (2005). *Assessing and managing suicide risk*. In: Oldham, J.M., Skodol, A.E. & Bender, D.S. (2005). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 449-462.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). *Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation*. In: Greenberg, M.T., Cicchetti, D. & Cummings, E.M. (1990). *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago (IL): University of Chicago Press.
- McMain, S.F., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L. & Streiner, D.L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374. Doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09010039.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., & Korman, L. (2010). 'A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder': Correction. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 1283.
- McMain, S. F. (2010). 'Dialectical behavior therapy versus general psychiatric management in the treatment of borderline personality disorder': Reply. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 475-476.
- McMain, S.F., Guimond, T., Streiner, D.L., Cardish, R.J. & Links, P.S. (2012). Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-Year Follow-Up. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661. Doi: 10.1176/appi.ajp.2012. 11091416.
- Miller, A.L., Rathus, J.H. & Linehan, M.M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press.
- National Health and Medical Research Council (2012). *Clinical Practice Guideline for the Management of Borderline Personality Disorder*. Melbourne: National Health and Medical Research Council. Retrieved from: www.nhmrc.gov.au/guidelines/publications/mh25
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management: Clinical Guideline*. Report No. CG78. Retrieved from: nice.org.uk/guidance/cg78.
- Newman, L. & Stevenson, C. (2008). Issues in Infant--Parent Psychotherapy for Mothers with Borderline Personality Disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 505- 514. Doi: 10.1177/1359104508096766.
- Newman, L. & Stevenson, C. (2005). Parenting and borderline personality disorder: ghosts in the nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 385-394. Doi: 10.1177/1359104505053756.
- Onderwater, K. (2005). *Sociale psychiatrie: visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.
- Paris, J. (2007). *Half in love with death: Managing the chronically suicidal patient*. Oxford, England: Routledge Taylor & Francis Group.
- Renneberg, B., Schmitz, B., Doering S., Herpertz S., Bohus M. (2010). Leitlinienkommission Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 55, 339–354. Doi: 10.1007/s00278-010-0748-5.

- Santisteban, D.A., Muir, J.A., Mena, M.P. & Mitrani, V.B. (2003). Integrated Borderline Adolescent Family Therapy: Meeting the Challenges of Treating Adolescent With Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 251–264. Doi: 10.1037/0033-3204.40.4.251.
- Shenk, C. & Fruzzetti, A.E. (2006, November). Impact of acceptance-based parent communication on adolescent emotion regulation. Paper presented at the *40th Annual Meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies*.
- Smulders, R. (2012). **Notitie praktijk, resultaten, meerwaarde en financiering van de Crisiskaart**. Retrieved from Crisiskaart GGZ: <http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/download/rapporten-verslagen/notitie-praktijk-ck-lcio-juli2012.docx>.
- Stanley, B., Gameroff, M.J., Michalsen, V. & Mann, J.J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158, 427-432.
- Stringer, B. (2013). *Collaborative Care for patients with severe personality disorders. Challenges for the nursing profession* (Master thesis, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam). Retrieved from: http://www.google.nl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjLm5eKhrvKAhUGeg8KHW6ODDwQFg_gxMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.biomedcentral.com%2Fcontent%2Fsupplementary%2F1471-244x-11-102-s1.doc&usg=AFQjCNGvr3RxHgf97NoMFu8W5TiBQnLocQ.
- Stringer, B., Meijel, B., Karman, P., Koekkoek, B., Kerkhof, A. J. & Beekman, A.T. (2014). Collaborative Care for Patients With Severe Personality Disorders: Analyzing the Execution Process in a Pilot Study (Part II). *Perspectives in psychiatric care*, 51, 220-227. Doi: 10.1111/ppc.12087.
- 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*, 22, 206- 215. Doi: 10.1177/1066480713513554.
- Van den Bosch, L.M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L. & Van Furth, E.F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 152.
- Van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. (2011). *Recovery is up to you; Evaluation of a peer- run course* (Doctoral dissertation, Tilburg University, Tilburg). Retrieved from: http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/recovery_up_to_you.pdf.
- Van Luyn, B. (2010). *Behandeling van suicidaliteit bij persoonlijkheidsstoornissen*. In: Kerkhof, A. & Van Luyn, B. (2010). *Suicidepreventie in de praktijk*. Amsterdam, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum, 187-199.
- Van Luyn, B. (2001). Crisisinterventie bij borderline patiënten. *Directieve therapie*, 21, 136-146. Doi: 10.1007/BF03060264.
- Van Luyn, B. & Kaasenbrood, A. (2009). *Crisisinterventie en persoonlijkheidsstoornissen*. In: Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M. & Verheul, R. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Amsterdam, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum, 369- 380.
- Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.F.M., De Keijser, J., Verweij, B., Van Boven, C., Hummelen, J.W., ... & Verlinde, A.A. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suicidaal Gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Yen, S., Pagano, M.E., Shea, M.T., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., ... & Zanarini, M.C. (2005). Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 99-105.
- Yen, S., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., ... & Morey, L.C. (2004). Borderline personality disorder criteria associated with prospectively observed suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1296- 1298.
- Yen, S., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Edelen, M. O., ... & Gunderson, J. G. (2009). Personality traits as prospective predictors of suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 222-229. Doi: 10.1111/j.1600- 0447.2009.01366.x.
- Zanarini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2008). A Preliminary, Randomized Trial of Psychoeducation for Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 284-290.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B. & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.