

Achtergrondinformatie voor patiënten

Inhoud

Folder: Borderline Persoonlijkheidsstoornis	3
Folder: VERS I, voor cliënten en hulpverleners	5
Folder: VERS II, voor cliënten en hulpverleners	7
Folder: VERS-training, voor trainers.....	9
Folder: Steungroepleden VERS I.....	11
Folder: Omgaan met emotie regulatie problematiek.....	14
Folder: Kent u iemand met de problemen?	15
Folder: Hoe help ik een familielid of vriend met een psychische stoornis?	18
Artikel: Effectiviteit van de VERS training in de behandeling van de BPS.....	19
Links.....	30
Contact	31

Folder: Borderline Persoonlijkheidsstoornis

De Borderline Persoonlijkheidsstoornis

Wat is een persoonlijkheidsstoornis?

Verschillen in persoonlijkheid maken relaties met anderen kleurrijk en afwisselend. Maar soms worden deze verschillen te groot, waardoor mensen zich niet flexibel kunnen opstellen en op een constructieve manier met mensen en problemen kunnen omgaan. Als iemand erg starre karaktertrekken heeft en zich niet kan aanpassen aan wat de omgeving eist, dan zou bij hem of haar sprake kunnen zijn van een persoonlijkheidsstoornis.

Wat is de Borderline Persoonlijkheidsstoornis?

Volgens de DSM-IV, het handboek dat gebruikt wordt voor de diagnose van psychische stoornissen, omvat de Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS) tenminste vijf van de volgende kenmerken:

- angst om in de steek gelaten te worden en tot het uiterste te gaan om iemand hiervan te weerhouden;
- instabiele en stormachtige relaties gekenmerkt door enorme wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren;
- instabiel zelfbeeld, gevoelens van zelfvertrouwen afgewisseld door het gevoel slecht te zijn, en zelfs niet te bestaan;
- impulsief gedrag dat de betrokkene zelf kan schaden, zoals misbruik van middelen, vreetbuien, geld verkwisten, of ander gedrag dat ernstige consequenties kan hebben;
- herhaaldelijke suïcidale gedachten, dreigingen en pogingen, of zelfbeschadiging zoals snijden;
- snel wisselende, intense stemmingen;
- gevoel van leegte;
- intense woede die tot vechtpartijen of vernielingen kan leiden;
- in tijden van stress kan hij of zij de gedachte hebben dat anderen het leven met opzet moeilijk voor hen proberen te maken; op andere momenten het gevoel het contact met de werkelijkheid te verliezen.

Ook zou je BPS kunnen zien als een verstoorde emotie regulatie. Wie aan deze stoornis lijdt, ervaart zeer intense emoties die hij of zij met moeite onder controle kan houden. Sommige mensen hebben daarom voorgesteld om deze stoornis Emotie Regulatiestoornis (ERS) te noemen. Deze stoornis is uiterst pijnlijk voor de mensen die eraan lijden en voor de mensen in hun naaste omgeving die om hen geven.

Hoe vaak komt BPS (of Emotionele Regulatiestoornis) voor?

Naar schatting (uit Amerikaans onderzoek) treft BPS 2-3 % van de algehele bevolking, gaat het om 11% van de patiëntenpopulatie in poliklinieken en om wel 20% van de psychiatrische patiënten die zijn opgenomen. Mensen met BPS maken veelvuldig gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en van crisiscentra vanwege hun zelfbeschadigend gedrag en gedachten en zelfs pogingen een eind aan hun leven te maken. Zo'n 8-10% van de mensen met deze stoornis overlijdt hieraan. De aanwezigheid van deze stoornis maakt het moeilijker om andere stoornissen als depressie, bipolaire (manisch-depressieve) stoornis, eetstoornissen en misbruik van verdovende middelen te behandelen.

Zijn er factoren die de ontwikkeling van BPS bevorderen?

Net als bij andere stoornissen gaat men ervan uit dat BPS het gevolg kan zijn van een combinatie van factoren. Vaak is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid. Of BPS zich daadwerkelijk ontwikkelt is afhankelijk van wat de persoon meemaakt en hoe de omgeving daarop reageert. Herhaaldelijke stresssituaties, zeker ook in het gezin, voor

een kind met weinig verweer werken al op vroege leeftijd in. Soms zijn er ook andere familieleden met BPS, stemmingsstoornissen als depressie of bipolaire stoornis, of familieleden met verslavingsproblemen.

Hoe wordt BPS behandeld?

Medicatie kan een hulpmiddel zijn om de symptomen van depressie, angst, prikkelbaarheid en paranoïde gedachten terug te dringen. Behandeling met de traditionele psychotherapie is een langdurig proces waarmee nog geen duidelijke resultaten zijn geboekt. Patiënten met BPS en hun hulpverlener raken vaak gefrustreerd door de druk om een hechte werkrelatie lang genoeg in stand te houden opdat de psychotherapie vruchten kan afwerpen. De afgelopen jaren is uit onderzoek gebleken dat cognitieve gedragstherapie effectief kan zijn. Hierbij kunnen mensen met deze stoornis vaardigheden leren om hun emoties te hanteren en hun levensstijl te verbeteren.

Een veelbelovende behandeling lijkt te bestaan uit een combinatie van zorgvuldig leren omgaan met medicatie en een psycho-educatieve vaardigheidstraining met o.a. cognitief gedragstherapeutische elementen waarbij emotie regulerende vaardigheden worden aangeleerd, de VERS. Hiermee kan de patiënt al binnen ettelijke maanden vooruitgang bij zichzelf bemerken. Ook is er oog voor het belang van educatie van gezin leden en professionele hulpverleners.

Folder: VERS I, voor cliënten en hulpverleners

VERS I

Vaardigheidstraining

Emotie

Regulatie

Stoornis

Deel I

Informatiefolder voor cliënten, behandelaren, familieleden en overige betrokkenen van mensen met emotie regulatie problemen.

Voor wie is VERS I

VERS I is een vaardigheidstraining voor mensen met een Borderline Persoonlijkheids Stoornis, of daarop gelijkende problematiek. In de VERS training wordt niet de term Borderline Persoonlijkheids Stoornis gebruikt, maar Emotie Regulatie Stoornis (ERS). Deze term beschrijft beter met welke problemen iemand worstelt. Een kernprobleem is namelijk het niet voldoende kunnen reguleren van emoties.

Mensen met een Emotie Regulatie Stoornis:

- zijn zeer gevoelig voor emotionele prikkels;
- reageren heel sterk op emotionele prikkels
- keren langzaam terug naar een emotioneel 'basisniveau' (rust)'.

VERS I is bedoeld voor volwassenen die zich herkennen in het moeilijk kunnen reguleren van emoties (dus niet alleen voor mensen met de diagnose BPS).

Opzet van VERS I

De training heeft 18 tot 20 wekelijkse bijeenkomsten van 2½ tot 3 uur in een groep van 8-12 cursisten. Er worden verschillende technieken aangeboden waarmee de cursisten hun emoties beter leren reguleren en meer evenwicht kunnen aanbrengen in hun leven. De training bestaat uit 4 onderdelen:

1. Psycho educatie: voorlichting over emotie regulatie problematiek.
2. Emotie regulatie vaardigheden: herkennen en beïnvloeden van het oplopen van emoties. Negatieve gedachtepatronen opsporen en veranderen. Ander gedrag toepassen waardoor er meer grip op emoties ontstaat.
3. Gedragsvaardigheden: evenwicht leren aanbrengen in het dagelijks leven door zaken als eten/slaperen/sporten/ontspanning en gezondheid op orde te brengen.
4. Emotiehanteringsplan: het opstellen van een individueel plan waarmee de cursus wordt afgerond. Dit plan beschrijft hoe en op welk moment de geleerde vaardigheden gebruikt kunnen worden en hoe de omgeving daarbij betrokken kan worden. Dit plan blijft ook na het volgen van de VERS een hulpmiddel.

De training wordt gegeven door 2 trainers. Het materiaal dat in de training gebruikt wordt, is aantrekkelijk en nodigt de cursisten uit om mee aan het werk te gaan. Familie en andere betrokkenen worden bij de training betrokken in de vorm van een steungroep. Cursisten vragen mensen uit hun omgeving deel uit te maken van hun persoonlijke steungroep. Ze bespreken met hun steungroepleden wat ze in de cursus hebben geleerd. Zo leren cursisten en steungroepleden een gemeenschappelijke taal om over de problemen te kunnen praten. Gedurende VERS I zijn er 2 informatieve bijeenkomsten voor de leden van de steungroep en de cursisten.

Er bestaat ook een aparte cursus voor partners/ouders/ familie/vrienden etc. van mensen met Borderline problematiek: Omgaan met Borderline voor naastbetrokkenen.

Doelen van VERS I

1. Cursisten hebben inzicht in hun problematiek. Bij ERS is er sprake van een aangeboren kwetsbaarheid. Deze komt tot uiting in het gedrag en in de omgang met anderen. Omgevingsfactoren hebben hier invloed op. Cursisten leren deze kwetsbaarheid te hanteren.
2. Cursisten leren hun gevoelens, gedachten en gedrag te observeren en te beschrijven. Ze houden dit dagelijks bij op een 'emotie intensiteits schaal', waarop ze hun emoties scoren met een cijfer tussen 1 en 5. Hierdoor signaleren ze eerder dat emoties oplopen. Ze krijgen inzicht in het verband tussen emoties, gedachten en gedrag en leren dit positief te beïnvloeden.
3. Cursisten leren negatieve gedachtepatronen te herkennen die hun emoties en gedrag beïnvloeden. Door het uitdagen van deze negatieve gedachten ontstaat er ruimte voor nieuwe (lees: meer positieve) denkwijzen en gedrag.
4. Cursisten leren allerlei verschillende ontspanningstechnieken, die afleiden en helpen bij het reguleren van emoties.
5. Cursisten leren probleemsituaties te analyseren en aan te pakken.
6. Cursisten leren het evenwicht in hun leven te verbeteren. Door dagelijkse dingen zoals eten, slapen, beweging, hanteren van relaties, gezondheid beter op orde te brengen vergroten ze hun draagkracht.
7. De cursus wordt afgesloten met een individueel emotiehanteringsplan. Hierin zijn de voor de cursist specifiek werkzame elementen uit de cursus opgenomen die behulpzaam zijn bij het omgaan met de problematiek. Dit is ook na afloop van de VERS een blijvend hulpmiddel.

Voorwaarden voor het volgen van VERS I:

- de cursist heeft een individuele behandelaar tijdens de VERS;
- de cursist is voldoende gemotiveerd;
- de cursist is bereid om huiswerk te maken;
- de cursist erkent de emotie regulatie problematiek;
- de cursist is bereid een steungroep samen te stellen (min. 1 persoon).

Aanmelden voor VERS I:

De behandelaar verwijst naar VERS I. De trainers nodigen de cliënt uit voor een intakegesprek waarin besproken wordt of VERS I geïndiceerd is. De behandelaar geeft de eerste voorlichting over de VERS.

Er is een vervolg op VERS I, VERS II. Hierin worden op basis van VERS I nieuwe thema's behandeld gericht op verdieping van het geleerde in VERS I. Doel is, naast het hanteren van een beter evenwicht, meer sturing en kwaliteit te kunnen geven aan het dagelijks leven.

Folder: VERS II, voor cliënten en hulpverleners

VERS II

Vaardigheidstraining

Emotie

Regulatie

Stoornis

Deel II: de volgende stappen

Informatiefolder voor cliënten, behandelaren, familieleden en overige betrokkenen van mensen met Borderline problematiek en/of emotie regulatie problemen.

Voor wie is VERS II:

VERS II is het vervolg op VERS I, (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis). Als het VERS I certificaat is behaald en de cursist in staat is de VERS I vaardigheden toe te passen, dan kan VERS II hierop een vervolg zijn. VERS II is vooral bedoeld voor mensen die op zoek zijn naar herhaling en verdieping van het geleerde in VERS I.

Inhoud van VERS II:

In VERS II worden op basis van VERS I nieuwe onderwerpen behandeld. Naast het opfrissen en herhalen van sommige VERS I vaardigheden komen de volgende onderwerpen aan bod, in de training stappen genoemd:

- Stap 1: doelen bepalen
- Stap 2: vertrouwen en risico's nemen
- Stap 3: hanteren van boosheid
- Stap 4: hanteren van impulsiviteit
- Stap 5: hanteren van relaties
- Stap 6: een draaiboek schrijven
- Stap 7: assertiviteit
- Stap 8: keuzes maken

In VERS I leren de cursisten basisvaardigheden die gericht zijn op het leren reguleren van emoties en het verbeteren van het evenwicht in het dagelijks leven. In VERS II worden deze vaardigheden verder geïntegreerd in het denken, voelen en handelen. Hierdoor kan er een verdieping plaatsvinden gericht op het meer sturing en kwaliteit kunnen geven aan het leven.

Opzet van VERS II

VERS II bestaat uit 18 bijeenkomsten. VERS II is anders van opzet dan VERS I. De bijeenkomsten zijn eens per 2 à 3 weken. De duur van de bijeenkomsten is 2 à 2½ uur. De training heeft een cyclisch karakter, dat wil zeggen dat de stappen steeds in dezelfde volgorde achter elkaar behandeld worden. Hierdoor kunnen er bij iedere nieuwe stap cursisten in- en uitstromen. De meeste stappen beslaan 2 à 3 bijeenkomsten. Er wordt van de cursist verwacht dat alle stappen gevolgd worden (afhankelijk van het moment van instroming).

Voorwaarden:

- de cursist is in het bezit van een VERS I certificaat;
- de cursist heeft een individuele behandelaar tijdens de VERS II;

- de cursist heeft de vaardigheden uit VERS I (enigszins) geïntegreerd (zo niet, dan kan een herhaling van VERS I een optie zijn);
- tussen VERS I en VERS II zit een minimale periode van 3 maanden (deze periode is nodig om te ervaren wat de effecten van VERS I zijn, en om goed te kunnen indiceren voor VERS II);
- de cursist is bereid huiswerk te maken;
- de cursist is bereid een steungroep samen te stellen (min. 1 persoon) (N.B. er is geen vaste steungroep- bijeenkomst georganiseerd in VERS II, deze kan op verzoek wel georganiseerd worden).

Folder: VERS-training, voor trainers

VERS – training

Vaardigheidstraining

Emotie

Regulatie

Stoornis

Folder voor trainers

Voor wie is de training bedoeld

De VERS-training is een vaardigheidstraining ontworpen voor mensen met een Borderline Persoonlijkheids Stoornis en daarop gelijkende problemen, hier kortweg BPS genoemd. In de training wordt in plaats van BPS vaak over emotieregulatieproblematiek gesproken omdat dit goed beschrijft waar men mee worstelt, namelijk het reguleren van emoties:

- de gevoeligheid voor emoties is hoog
- er zijn sterke emotionele reacties op stresssituaties
- er is een vertraagde terugkeer naar het basisniveau na opwinding Behalve mensen met een BPS kunnen in principe ook andere mensen aan de cursus deelnemen, mits zij zich herkennen in het slecht kunnen reguleren van emoties.

Opzet van de training

De training omvat 17 - 20 wekelijkse bijeenkomsten van 2 - 3 uur in een groep van 8 tot 12 personen. Het cursusprogramma biedt:

- psycho-educatie / voorlichting over borderline en emotieregulatieproblematiek;
- cognitief gedragstherapeutische technieken waardoor cursisten leren hun emoties beter te reguleren.

Het gebruikte leermateriaal is levendig en nodigt uit om, naast het brede scala aan vaardigheden dat wordt aangereikt, zelf nog verder te zoeken naar eigen variaties op de geboden thema's. Familie, vrienden en hulpverleners worden nauw bij de training betrokken in de vorm van een steungroep. Voor het vormen van een steungroep vragen de deelnemers mensen uit hun omgeving. Vervolgens geven zij aan hun steungroep door wat ze in de cursus geleerd hebben. Men leert zo een gemeenschappelijke taal om over de problemen te praten, een taal die eenvoudig is en een aantal kernbegrippen heeft zoals:

- concentreer je op je kwetsbaarheid in plaats van op de inhoud van de gebeurtenissen;
- geef je emotionele intensiteit een cijfer tussen 1 en 5;
- welke van de geleerde emotieregulatie- en gedragsvaardigheden kun je nu toepassen.

De cursist heeft naast de training nog individuele therapie waar dieper ingegaan kan worden op de persoonlijke situatie. De individuele therapeut blijft de hoofdbehandelaar. Er is uiteraard een goede samenwerking tussen de individuele therapeut en de VERS-trainers.

Opzet van de cursus voor VERS-trainers

De cursus voor trainers beslaat twee aaneengesloten dagen met een terugkomdag. In de eerste twee cursusdagen komen in grote lijnen de volgende onderwerpen aan bod:

- oorsprong cursus;
- indicatiestelling;
- attitude en vaardigheden van de VERS-trainer;
- opbouw van de cursus;

- plaats van de cursus in de gehele behandelcontext;
- introduceren van de emotieregulatievaardigheden;
- doornemen van de inhoud van de cursus;
- probleemhantering met praktijksituaties;
- oud-cursisten vertellen over hun ervaringen;
- gedragsvaardigheden cliënten.

De terugkomdag vindt plaats na 9 maanden tot 1 jaar. Het is belangrijk dat de trainers dan hun eerste cursus gegeven hebben. De terugkomdag wordt opgezet aan de hand van gegevens die zijn verkregen uit een tijdens de trainerscursus uitgereikte checklist, en bestaat uit twee hoofdrichtingen:

1. praktische zaken, ervaringen, logistiek
2. inhoud en verdieping aan de hand van zaken die cursisten op hun checklist hebben aangegeven.

Folder: Steungroepleden VERS I

Steungroepleden VERS I

U leest deze folder vermoedelijk omdat u gevraagd bent om steungroeplid te worden door iemand met emotie-regulatie problematiek. Deze persoon, waarschijnlijk uit uw naaste omgeving, neemt deel aan de VERS. Dit is een training waarin vaardigheden worden geleerd om emoties beter te kunnen hanteren, ofwel reguleren. Deelnemers aan deze VERS training blijken namelijk minder goed in staat om hier vanuit zichzelf de juiste vaardigheden voor te gebruiken. Ze komen daardoor gemakkelijk in problemen, vooral binnen sociale contacten.

De training die uw naaste met deze problematiek nu volgt is een zware, intensieve training die bijna een half jaar duurt. Naast één ochtend per week in groepsverband het trainingsprogramma volgen, moeten de deelnemers ook ongeveer 4 uur huiswerk per week maken. Het vergt een grote investering van de deelnemers die niet alleen anders leren denken, maar ook grote gedragsveranderingen moeten doormaken. Dit kost de deelnemers heel wat angst en inspanning.

Hierbij hebben de deelnemers hard de hulp en steun van betrokken mensen in hun omgeving nodig. De praktijk leert dat veel deelnemers het erg moeilijk vinden deze hulp aan anderen te vragen: "ik zal het toch alleen moeten doen", "ik durf anderen hier niet mee te belasten", "anderen hebben al genoeg last van mij", "niemand wil mij helpen".

Het deelnemen aan de VERS stelt echter als voorwaarde dat ieder een paar mensen om zich heen nodig heeft die hulp en steun bieden. De reden hiervoor is dat de problematiek te zwaar en ernstig is om van mensen te kunnen verlangen dat ze dit alléén kunnen volbrengen.

Daarnaast is het de bedoeling dat mensen hun denkwijze en gedrag gaan veranderen. Dit heeft ook consequenties voor naastbetrokkenen, zoals u. Ook voor de naasten gaan er dingen veranderen, in de goede richting voor beiden, maar dit is niet altijd gemakkelijk voor iedereen. Mensen moeten ook aan nieuw gedrag kunnen wennen, verandering brengt altijd ook onrust, angst en onzekerheid.

Deelnemers moeten gaan oefenen met nieuw gedrag. Hier is veel moed voor nodig. Angst staat verandering echter meestal in de weg. Ook wanhoop en moedeloosheid vormen een groot obstakel; deelnemers hebben vaak al van alles geprobeerd en soms ook zonder veel succes.

Ze hebben daarom hard ondersteuning nodig tijdens het moeilijke traject dat ze af willen leggen. Mensen waar ze op terug kunnen vallen, waar ze een beroep op kunnen doen.

Wat vraagt dit nu concreet van u als u steungroeplid zou willen worden?

Om te kunnen beslissen of u in de steungroep van uw naaste zou willen, is het van belang eerst goed te weten wat er van u verwacht wordt.

In het algemeen is het al waardevol voor uw naaste dát er mensen zijn die bereid zijn om hem of haar te ondersteunen. Dit is al ontzettend bemoedigend. Het zorgt vaak voor een grotere motivatie van deelnemers om aan de training te willen beginnen.

Tijdens de eerste bijeenkomsten wordt er veel informatie gegeven over de emotie regulatie stoornis (ERS). De deelnemers worden geacht deze informatie ook met hun steungroepleden te bespreken. Sommige mensen hebben hier veel moeite mee en zullen er bijvoorbeeld voor kiezen om eerst stukjes tekst te laten lezen aan hun steungroepleden. Het goed geïnformeerd zijn over de betreffende problematiek is van groot belang voor een beter grip ervan.

Tijdens de training wordt erop gewezen dat het de verantwoordelijkheid van de deelnemers is om ervoor te zorgen dat u als naaste kunt gaan begrijpen wat de emotie regulatieproblematiek in het algemeen inhoud. Maar ook hoe deze problematiek er bij uw naaste persoonlijk uitziet. Dit omdat de onderlinge verschillen (tussen de verschillende mensen met ERS) groot zijn.

Wat er verder van u verwacht wordt is afhankelijk van de wensen van de betreffende deelnemer en van uw eigen mogelijkheden en beperkingen, uw bereidheid en praktische omstandigheden. Dit kunt u in onderling overleg met de deelnemer bespreken. Belangrijk in dit overleg is dat u uw eigen grenzen hierbij serieus neemt. Wat u niet kunt of wilt bieden zal door de deelnemer gerespecteerd moeten worden. Hij of zij kan dit mogelijk aan een ander steungroeplid vragen. Kijk samen naar creatieve oplossingen of alternatieven.

Mogelijkheden van hulp en steun waaraan gedacht kan worden, zijn:

- Af en toe informeren naar de training
 - Samen de trainingsmap doorlezen en bespreken
 - Helpen bij het maken van sommige huiswerkopdrachten
 - Doelen bespreken en soms naar informeren
 - Bieden van een klankbord om gedachten te toetsen
 - Moed inspreken wanneer uw naaste het even niet meer ziet zitten
 - Complimenten geven bij kleine stapjes vooruit
 - Geven van opbouwende feedback op oud en nieuw gedrag
 - Een luisterend oor bieden
 - Samen iets leuks doen ter afleiding
 - Laten oefenen met nieuw gedrag
 - Samen ontspannings oefeningen doen
 - Telefonisch contact houden in moeilijke tijden
 - Even op eventuele kinderen passen tijdens een time-out
 - Samen sporten
 - Vragen naar huiswerk (niet als controle maar uit belangstelling)
-
- Laten weten dat uw naaste er niet alleen voor staat!

Nogmaals; niet alles hoeft door één persoon geboden te worden. Daarom wordt er tijdens de training aangedrongen op meerdere steungroepleden. Hierdoor kunnen de 'taken' (en de mogelijke belasting hiervan) ver- en gedeeld worden en is het voor ieder beter te dragen.

De verantwoordelijkheid voor het volgen van de training en het doen van de huiswerkopdrachten vallen onder de verantwoordelijkheid van de deelnemer. U hoeft zich hier dus niet verantwoordelijk voor te voelen! Wel kunt u uw naaste aanmoedigen en ondersteunen. Dit zal het volgen van de training minder zwaar maken.

Steungroepavonden

Voor de mensen die besluiten steungroeplid te willen worden, worden tijdens de VERS training twee steungroepavonden georganiseerd. Dit zal na ongeveer de 6^{de} en 14^{de} bijeenkomst zijn.

Voor deze avonden worden de steungroepleden samen met de deelnemers uitgenodigd. De trainers van de VERS-groep zullen de avond verzorgen.

Tijdens de eerste steungroepavond zal vooral informatie gegeven worden over de emotie regulatieproblematiek en doel en inhoud van de VERS-training. Er kunnen dan vragen worden gesteld aan elkaar en aan de trainers. Vanwege de privacy van de deelnemers zullen de vragen in algemene zin beantwoordt worden. Er wordt geen persoonlijke informatie uitgewisseld over de deelnemers.

Tijdens de tweede avond zal vooral worden stilgestaan bij het Emotie Hanterings Plan. Van belang bij dit plan is dat er op papier gezet wordt wat deelnemers zelf kunnen doen om de hevigheid van hun emoties niet (verder) op te laten lopen of zelfs kunnen laten afnemen. Daarnaast wat zij hierbij van hun steungroepleden kunnen vragen. Steungroepleden worden tijdens deze avond geholpen hoe zij hierover kunnen onderhandelen zonder over hun grenzen te gaan.

Ook is er tijdens deze avond de mogelijkheid om vragen te stellen aan, en uit te wisselen met andere naasten van mensen met ERS. Dit blijkt in de praktijk heel ondersteunend en motiverend.

Folder: Omgaan met emotie regulatie problematiek

Omgaan met emotie regulatie problematiek voor naastbetrokkenen

Emotie regulatie problematiek kan een grote invloed op u hebben als naastbetrokkene. Deze problematiek kan leiden tot extreem gedrag, omdat prikkels uit de omgeving intens worden beleefd. Het gedrag wat hieruit kan voortkomen kan door u als "abnormaal", overtrokken of moeilijk invoelbaar worden beleefd. Dit gedrag kan ook op u gericht zijn, en veel invloed hebben op u.

Meer kennis over deze problematiek helpt om het beter te kunnen begrijpen en hanteren. Het gedrag wat voortkomt uit emotie regulatie problemen is gedrag waar degene met deze problemen zelf ook onder lijdt. Het is een (niet adequate) manier om om te gaan met oplopende spanningen en emoties.

Hieronder volgen een aantal tips die u kunnen helpen in het contact met uw zoon/dochter/vriend/vriendin/familielid etc.

Mate van betrokkenheid:

- toon medeleven, geen medelijden;
- geef liever steun in plaats van advies (alleen advies als iemand daarom vraagt);
- geef geen kritiek of ongevraagd advies bij oplopende spanningen;
- praat in ik-boodschappen;
- wees geen redder of therapeut, de ander is zelf verantwoordelijk voor zijn/haar gevoel/gedachten/gedrag.

Mate van invloed:

- Vat emotionele uitspraken niet te persoonlijk op (de ander heeft vooral moeite met zichzelf)
- Blijf je eigen leuke dingen doen, laat je eigen leven doorgaan
- Doe ook samen leuke dingen in plaats van alleen over problemen praten

Belangrijke voorwaarden in het contact:

- probeer transparant en voorspelbaar te zijn;
- houd je aan beloftes;
- stel duidelijke grenzen, maak hierover afspraken en wees hier consequent in;
- overleg met elkaar op een rustig moment wat jullie van elkaar verwachten als de spanning oploopt en/of als de ander onveilig gedrag vertoont;
- leer gevoelige zaken herkennen en wees voorbereid op emotionele reacties;
- respecteer ook de grenzen van de ander (b.v. even een time-out nemen als de spanning oploopt);
- zorg voor gelijkwaardigheid in het contact, vraag ook iets terug te doen of steun bij de ander.

Folder: Kent u iemand met de problemen?

Kent u iemand met de problemen?

'Mijn dochter kan zieden van woede...'

'Mijn vriendin snijdt zich in haar armen en brandt zichzelf aan sigaretten wanneer ze zich rot voelt...'

'Mijn zoon ligt soms dagen in bed, niet in staat om op te staan, te werken of te douchen...'

'Mijn vrouw heeft een poging gedaan een eind aan haar leven te maken nadat we ruzie hadden...'

'Mijn dochter heeft affaires met mannen die haar altijd weer misbruiken...'

'Toen ik mijn zoon kritiek gaf, sloeg hij alles in zijn kamer kort en klein en beukte hij op de muren...'

Wat is een Borderline Persoonlijkheidsstoornis?

Als u iemand kent met heftige stemmingswisselingen, een opvliegend humeur, voor wie zichzelf snijden of branden een manier is om de emotionele pijn te verzachten en die al meerdere keren een poging heeft gedaan zich van het leven te beroven, dan heeft die persoon wellicht een Borderline Persoonlijkheidsstoornis.

Ieder mens heeft karaktertrekken die al op vroege leeftijd worden gevormd en die bepalend zijn voor hoe hij of zij omgaat met relaties, conflicten, stress en gevoelens. Mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis (BPS) hebben bepaalde karaktertrekken waardoor ze moeilijk langdurige relaties kunnen opbouwen, hun baan kunnen houden of goed voor zichzelf zorgen. Aangezien ze zich door deze karaktertrekken met moeite staande kunnen houden, noemen we hun aandoening een persoonlijkheidsstoornis.

Borderline Persoonlijkheidsstoornis is gemakkelijker te begrijpen wanneer we eerst stilstaan bij de belangrijkste problemen waar mensen met deze stoornis tegenaan lopen. Mensen met een BPS zijn niet veilig gehecht aan andere mensen. Hoeveel geruststellingen ze ook krijgen, ze kunnen zich niet veilig bemind of getroost voelen. Wanneer ze niet in de buurt van de belangrijkste personen in hun leven zijn, voelen ze zich verlaten en ongewenst. Doordat mensen met een BPS geen veilige hechting ervaren zodat ze beter opgewassen zijn tegen stress, voelen ze hele heftige emoties van paniek, razernij, leegte en depressie. Deze gevoelens worden als overweldigend ervaren en geven vaak aanleiding tot impulsieve, zelfvernietigende daden. Door middel daarvan kunnen ze die gevoelens de kop indrukken en aandacht en hulp van anderen krijgen.

Welke verschijnselen wijzen op een BPS?

Hieronder volgt een lijstje met een aantal symptomen van een Borderline Persoonlijkheidsstoornis zoals deze vermeld staan in de DSM-IV, de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders':

1. Heftige emotionele reacties waaronder intense, inadequate woede en frequente stemmings- wisselingen van verdriet, paniek of leegte.
2. Impulsief gedrag dat betrokkene zelf kan schaden zoals misbruik van verdovende middelen en alcohol, roekeloos rijden, vreetbuien waarna braken wordt opgewekt, promiscue seks.
3. Terugkerende pogingen een einde aan het leven te maken of dreigingen daarvan.
4. Zelfverwonding, zoals snijden en aanbrengen van brandwonden.
5. Krampachtige pogingen om te voorkomen dat men van anderen gescheiden wordt - mensen met een BPS raken in paniek wanneer iemand die hen na staat op vakantie gaat, de relatie verbreekt of hen op een andere manier in de steek laat. De paniek slaat reeds toe bij het idee alleen al dat dit gaat gebeuren, bijvoorbeeld na een ruzie met hun partner. Daarbij kan wanhopig gedrag aan de dag worden gelegd, zoals dreigen een einde aan het leven te maken of dat daadwerkelijk te proberen om zodoende de ander tot blijven te dwingen.
6. Intense relaties - Mensen met een BPS kunnen te snel en te intens op affaires en andere relaties ingaan. Aanvankelijk zien zij de andere persoon vaak als helemaal goed, dat wil zeggen als ongelooflijk liefdevol en zorgzaam. Wanneer ze later in iets in die persoon teleurgesteld raken, wordt hij of zij als volkomen slecht gezien, dat wil zeggen als wreed en egoïstisch.
7. Identiteitsstoornis - Mensen met een BPS hebben geen echt beeld van wie ze zijn. Ze zullen zelden een gerichte carrière voor ogen hebben of hun daden laten bepalen door een vast waardenpatroon. Soms geloven ze dat ze iemand zijn die van nature slecht en niet beminnenswaardig is. Ook komt het voor dat ze zichzelf zien als een goed mens die tot slachtoffer is gemaakt.

Suïcidaliteit en Borderline Persoonlijkheidsstoornis

Mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis hebben vaak de neiging zichzelf iets aan te doen waardoor mensen die om hen geven in grote angst om hun veiligheid leven. Vijfenzeventig procent doet ook daadwerkelijk een zelfmoordpoging en vaak ook nog herhaaldelijk. Wanneer mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis zichzelf proberen te doden doen zij dat meestal in een situatie waarin de kans bestaat dat ze nog gered zullen worden. Bijvoorbeeld door een overdosis tabletten te nemen in aanwezigheid van andere gezinsleden of wanneer die op het punt staan thuis te komen. Vaak willen ze helemaal niet dood maar willen ze anderen te kennen geven dat ze wanhopig zijn en hulp nodig hebben. Helaas lukt die zelfmoordpoging soms toch ook al wilde men dat niet echt. Tien procent van de mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis sterft hieraan. De kans hierop is het grootst in de vroege volwassenheid en wordt kleiner als de persoon ouder wordt.

'Als je mijn dochter ziet, zou je nooit opmerken hoe ze onder pijn gebukt gaat en verward is. Ze is welbespraakt, begaafd, vakkundig, mooi en heeft een prachtig gevoel voor humor. Ze lijkt vol zelfvertrouwen, maar is het niet. Ze voelt zich zo verloren dat ze op het randje van de dood balanceert omdat ze haar chaotische en verwarrende innerlijke leven niet kan verdragen.' – Moeder van een vrouw met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis

Waardoor wordt Borderline Persoonlijkheidsstoornis veroorzaakt?

Uit bestaande studies blijkt duidelijk dat er op de vraag naar de oorzaak van Borderline Persoonlijkheidsstoornis geen eenduidig, simpel antwoord te geven is. Levenservaringen en een aangeboren kwetsbaarheid zijn samen verantwoordelijk voor deze stoornis. Veel, maar niet alle mensen met Borderline Persoonlijkheidsstoornis zijn in hun jeugd misbruikt of verwaarloosd. Ook is het temperament waarmee iemand geboren wordt van cruciaal belang. Uit recent onderzoek komt naar voren dat veel mensen met Borderline Persoonlijkheidsstoornis leermoeilijkheden en andere, onschuldige neurologische problemen hebben.

Hoe kunnen familie en vrienden helpen?

Familie en vrienden kunnen de persoon met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis aansporen om psychiatrische hulp te zoeken en hen helpen een goede behandeling te vinden. De Borderline Persoonlijkheidsstoornis komt als stoornis geregeld voor en daarom zullen de meeste professionele hulpverleners enige ervaring hebben in de behandeling ervan. De onderstaande zorgvoorzieningen kunnen u zeker verder helpen:

- GGZ instellingen ofwel centra voor geestelijke gezondheidszorg.
- PAAZ'en (psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis).
- Huisartsen en eerstelijnsvoorzieningen kunnen degenen met borderline desgewenst gericht doorverwijzen.

Stel de hulpverleners een paar doelgerichte vragen zodat u kunt inschatten of ze voldoende competent zijn om de stoornis te behandelen. Bijvoorbeeld: hoeveel van uw patiënten hebben een Borderline Persoonlijkheidsstoornis? Bent u gespecialiseerd in de behandeling van deze stoornis? Welke diensten kunt u of uw kliniek bieden in geval van een crisis? Mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis hebben doorgaans meerdere behandelvormen nodig waaronder psychotherapie, medicatie, dagbehandeling en crisisinterventie.

'Ik heb jaren geworsteld met mijn geringe zelfwaardering, eenzaamheid, emotionele pijn en verwarring. Ik besef nu dat ik geen zelfgevoel had. Ik leunde op andermans oordeel over mij om erachter te komen wie ik was, zonder dat ik in staat was om te checken of hun oordeel wel gegrond was. Mijn zoektocht naar mijn eigen ik was wanhopig en naïef. Ik denk dat je het wel zou kunnen omschrijven als egocentrisch, maar dat suggereert een soort ijdelheid, en dat was ik niet.' – Een jonge vrouw met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis

Folder: Hoe help ik een familielid of vriend met een psychische stoornis?

Zorg goed voor uzelf

Wanneer een gezinslid al jarenlang een psychische stoornis heeft, is het gezinsleven vaak verstoord en hebben de andere gezinsleden soms allerlei bezigheden opgegeven waar ze voorheen veel plezier aan beleefden. Maar gezinsleden en vrienden hebben recht op tijd voor zichzelf en hun hobby's.

Ga op zoek naar steun

Er bestaan veel steungroepen voor familieleden en bezorgde vrienden. Vraag de plaatselijke GGZ instelling of centrum voor geestelijke gezondheidszorg om informatie over steungroepen in uw omgeving. U kunt ook cliëntenverenigingen raadplegen of een vereniging voor familieleden van mensen met een BPS, zoals St. Labyrinth. Tot slot zijn er op internet veel steungroepen te vinden.

Artikel: Effectiviteit van de VERS training in de behandeling van de BPS

Oorspronkelijk artikel

De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (vers) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek

E.B. van Wel, E.H. Bos, M.T. Appelo, E.M. Berendsen, F.C. Willgeroth, M.J.P.M. Verbraak

Achtergrond: De behandelmethoden voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (bps) die de laatste decennia zijn ontwikkeld, zijn vaak moeilijk te implementeren in behandelorganisaties. De vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (vers) is een gemakkelijk te implementeren groepstraining voor deze doelgroep.

Doel: Het vergelijken van de effectiviteit van de vers in combinatie met een beperkte individuele begeleiding, met die van de gangbare behandeling van bps.

Methode: Er werden 79 patiënten met bps gerandomiseerd toegewezen aan een behandeling met de vers dan wel aan treatment as usual (tau). Er werd gemeten voor en na de interventie, en bij follow-up na een jaar. Uitkomstmaten waren: borderline symptomen en algemene psychische symptomen, suïcidepogingen, kwaliteit van leven en zorgconsumptie.

Resultaten: Behandeling met vers leidde tot een grotere reductie van symptomen dan tau. Dit verschil was ook bij follow-up nog significant. Van patiënten uit de vers-conditie vertoonde uiteindelijk 70% symptomatische verbetering, tegen 47% bij de tau-conditie. Het percentage herstelde patiënten was in beide condities klein. Het aantal suïcidepogingen verschilde niet. vers leidde wel tot een grotere verbetering van kwaliteit van leven dan tau, vooral bij follow-up. Een verschil in zorgconsumptie was niet aantoonbaar.

Conclusie: De effectiviteit van de behandeling van bps kan worden verbeterd door het inzetten van de relatief eenvoudig te implementeren vers.

[tijdschrift voor psychiatrie 51(2009)5, 291-301]

Trefwoorden: behandel-effect, gerandomiseerd onderzoek, groepstraining, STEPPS, zorgconsumptie.

De behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (bps) is de afgelopen decennia sterk in ontwikkeling. Dialectische gedragstherapie (dgt) (Linehan 1993), *mentalization-based treatment* (mbt) (Bateman & Fonagy 2004) en schemagerichte therapie (sgt) (Young 1999) zijn behandelmethoden die in onderzoek effectief gebleken zijn, vooral voor het verminderen van suïcidaal gedrag, het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren of het verbeteren van de stemming. Het vraagt echter een forse inspanning om deze behandelmethoden te implementeren in een behandelorganisatie.

Blum en Bartels ontwikkelden *systems training for emotional predictability and problem solving* (stepps; Black e.a. 2004). Dit is een groepstraining die bedoeld is als aanvulling op een individuele behandeling van patiënten met bps. De Nederlandse versie van deze training is de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (vers; Heesterman e.a. 2004). De vers is sinds 1998 in Nederland een gangbaar element in de behandeling van bps. stepps/vers is goed te combineren met allerlei bestaande behandelvormen en is voor behandelaren eenvoudig te leren.

steps/vers is in belangrijke mate schatplichtig aan de *skillstraining* uit de dgt van Linehan. Daarnaast is de training gebaseerd op algemene cognitiefgedragstherapeutische principes, waarbij sterk is gekeken naar de sgt van Young. Het systeem van cliënten wordt actief bij de training betrokken.

De effectiviteit van vers/steps is tot nu toe onderzocht in twee ongecontroleerde pilotstudies (Black e.a. 2004; Freije e.a. 2002) en in een Amerikaans gerandomiseerd onderzoek. In dit laatste onderzoek werd steps als aanvulling op *treatment as usual* (tau) vergeleken met tau alleen (Blum e.a. 2008). Deze onderzoeken wijzen alle in de richting van effectiviteit van de training.

In dit artikel presenteren wij de resultaten van een Nederlands gerandomiseerd onderzoek waarin wij de gangbare behandeling van patiënten met bps (tau) vergeleken met vers in combinatie met een beperkte maar gestructureerde individuele behandeling (vers).

Methode

Patiënten

De vers werd gegeven op zes locaties in twee ggz-instituten, te weten Adhesie, ggz-Overijssel en Lentis, Groningen. Behandelaren verwezen patiënten naar het onderzoek als zij een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vermoedden volgens de dsm-iv-criteria (American Psychiatric Association 1994). Patiënten verleenden schriftelijk *informed consent*. Zij werden geïnccludeerd in het onderzoek als zij voldeden aan de criteria voor bps volgens de *Personality Diagnostic Questionnaire* (pdq-4+; Akkerman e.a. 1994) en het *Structured Clinical Interview for dsm-iv Axis II Disorders* (scid-ii; Weertman e.a. 1996). Voorts dienden zij hoger te scoren dan de afkapwaarden op de subschalen impulsiviteit en parasuïcidaliteit van de *Borderline Personality Disorder Severity Index iv* (bpdsi-iv; Giesen-Bloo e.a. 2006b). Uitgesloten van het onderzoek werden patiënten die de Nederlandse taal niet machtig waren, een aangetoonde intellectuele handicap hadden ($iq < 70$), jonger dan 18 waren, onvrijwillig behandeld werden of een acuut gevaar voor zichzelf of anderen vormden.

Er werden 198 patiënten gezien voor de inclusiemeting (T0; zie figuur 1). Van hen vielen 115 patiënten uit, het gros omdat zij niet (volledig) voldeden aan de inclusiecriteria. Omdat deze laatste groep zo groot was, werd ze wel aan nader onderzoek onderworpen. In dit artikel gaan wij echter alleen in op de resultaten van de deelnemers die voldeden aan de strikte onderzoekscriteria voor bps.

De randomisatie gebeurde per locatie en werd uitgevoerd door een van de onderzoeksassistenten. Enkele weken voor de start van de training werden alle op de betreffende locatie geïnccludeerde patiënten middels het trekken van een lootje toegewezen aan een van de condities. Voor beide condities waren evenveel lootjes. Er werd eerst geloot onder de patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden ($n = 83$). Daarna werd er voor de in de groep overgebleven plaatsen geloot onder de overige patiënten. Na de randomisatie trokken 4 patiënten hun deelname aan het onderzoek in. Uiteindelijk startten 79 patiënten met de behandeling.

Behandelcondities

De experimentele conditie bestond uit de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (vers) in combinatie met een beperkte individuele behandeling gericht op het generaliseren van de vaardigheden naar gebruik in het dagelijks leven.

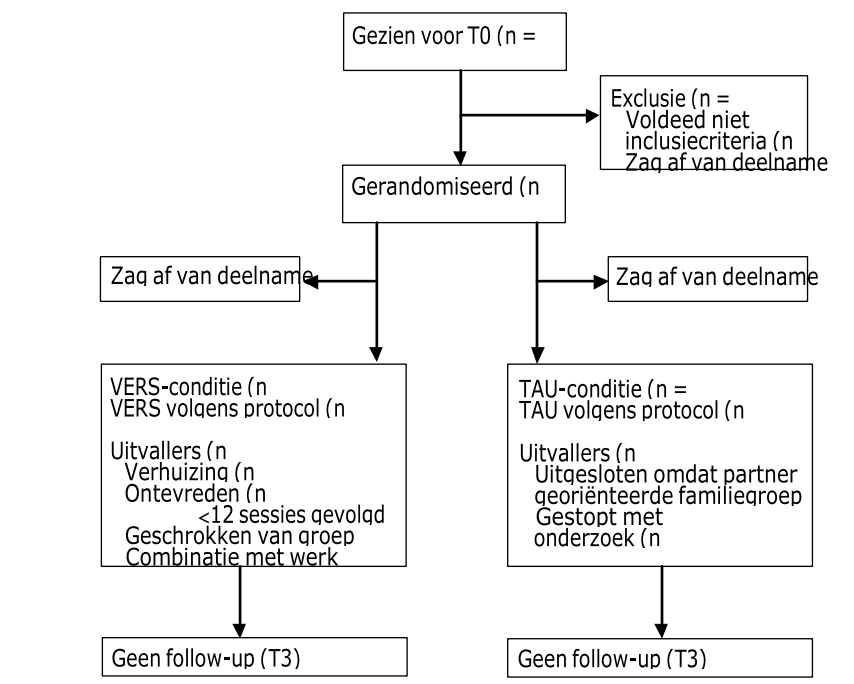
De vers is een groepstraining bestaande uit 18 wekelijkse groepsessies van 2,5 uur en 1 terugkombijeenkomst na 3-6 maanden. De training bevat de volgende hoofdcomponenten: psychoeducatie over bps als emotieregulatieproblematiek, het leren hanteren van emoties door cognitieve vaardigheden en het reguleren van gedrag. Het systeem van de patiënt wordt in de vorm van een 'steungroep' actief bij de behandeling betrokken. Er zijn veel eenvoudige, haast pedagogische elementen in de training opgenomen, die zowel de patiënt en de therapeut als de steungroep helpen bij zelfobservatie en zelfcontrole, en de interactie ontdoen van niet-helpende aspecten. De deelnemers krijgen huiswerkopdrachten om te oefenen met de besproken vaardigheden.

De training wordt gegeven door 2 behandelaren, van wie er minimaal één psychotherapeut is. Er wordt gewerkt volgens een gedetailleerd protocol (zie Heesterman e.a. 2004).

Naast de vers hadden patiënten gedurende het hele onderzoekstraject zo mogelijk eens in de 2 weken contact met hun individuele behandelaar. Tijdens deze individuele zittingen werd gewerkt volgens een vaste agenda, waarbij in ieder geval de laatste versessie aan de orde kwam en het gebruik van het geleerde in de praktijk. De therapeuten die de individuele behandeling gaven, werden gedurende een dag getraind en eens per maand telefonisch gesuperviseerd door een van de docenten.

De controleconditie bestond uit *treatment as usual*, dat wil zeggen: alle overige vormen van behandeling die normaliter in de deelnemende instituten worden ingezet bij patiënten met bps. Deze behandeling bestond uit individuele contacten met een psycholoog, psychotherapeut of spv, vaak aangevuld met (medicatie)contacten met een psychiater en daarnaast soms met contacten met een maatschappelijk werker of een vaktherapeut. De inhoud en de frequentie van de contacten verschilden per hoofdbehandelaar. De contacten waren vooral steunend en structurerend van aard, soms aangevuld met (cognitief-)gedragstherapeutische elementen. Er mocht geen vers op individuele basis of dgt gegeven worden. Ook mochten familieleden van de patiënten gedurende het onderzoek niet deelnemen aan familiegroepen voor bps, daar deze groepen in beide instituten veel van hun inhoud ontlenen aan de vers.

Individuele behandelaren uit zowel de vers- als de tau-conditie werd gevraagd na iedere sessie een vragenlijst in te vullen. Daarmee konden wij de inhoud van de behandeling inventariseren en nagaan in hoeverre zij zich aan het individuele behandelprotocol (vers) hadden gehouden dan wel zich hadden onthouden van behandelvormen die volgens het onderzoeksprotocol niet waren toegestaan.



Instrumenten

Als uitkomstmaten gebruikten wij: symptomen van bps, algemeen psychisch

figuur 1 Stroomdiagram van gerandomiseerde studie naar vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis met individuele begeleiding (vers) versus gebruikelijke behandeling (tau) bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis

disfunctioneren, suïcidepogingen, kwaliteit van leven en zorgconsumptie. Symptomen

van bps werden gemeten met de Borderline Personality Disorder Checklist (bpd-40; Arntz & Dreesen 1992; GiesenBloo e.a. 2006a). De 40 items van deze vragenlijst zijn verdeeld over de 9 dsm-iv-criteria voor bps; de totaalscore loopt van 40 tot 200. De psychometrische eigenschappen van deze lijst zijn goed (Giesen-Bloo e.a. 2006a).

Algemeen psychisch disfunctioneren werd gemeten met de Symptom Checklist (scl-90; Arrindell & Ettema 2003), een vragenlijst bestaande uit 90 items verdeeld over 8 dimensies van psychische klachten. De totaalscore (90–450) is een maat voor het algehele niveau van psychisch disfunctioneren. De scl-90 heeft goede psychometrische kwaliteiten.

Het aantal suïcidepogingen werd vastgesteld met de bpdsi-iv (Giesen-Bloo e.a. 2006b), een semigestructureerd interview met 70 items verspreid over de 9 criteria voor bps. Item 5.13 betreft de vraag hoe vaak de respondent in de afgelopen 3 maanden een poging heeft gedaan zichzelf te doden. De score op dit item kan variëren van 0 (nooit) tot 10 (dagelijks).

De kwaliteit van leven werd gemeten met de World Health Organization Quality of Life AssessmentBref (whoqol-Bref; De Vries & Van Heck 1996; Trompenaars e.a. 2005). Deze vragenlijst bestaat uit 24 vragen op 4 verschillende domeinen van kwaliteit van leven. Daarnaast zijn er 2 losse vragen over kwaliteit van leven en gezondheid in het algemeen, die worden samengevoegd tot een facet ('Overall QoL and general health (gh)'). In dit artikel gebruikten wij alleen dit facet, als maat voor algemene kwaliteit van leven (mogelijke score: 4–20).

De zorgconsumptie werd in kaart gebracht met de Kostenvragenlijst Psychiatrie (Stant 2007). Dit is een interview bestaande uit 29 vragen naar de frequentie waarmee in het voorafgaande halfjaar gebruikgemaakt werd van verschillende vormen van zorg wegens psychische klachten.

Meetmomenten

De inclusiemeting (T0) vond 1 tot 6 maanden voor de randomisatie plaats. De voormeting (T1) werd direct na de randomisatie gedaan. Per locatie startten steeds gelijktijdig een vers-groep en een groep patiënten die alleen tau kreeg. De nameting (T2) verrichtten wij voor beide condities zo snel mogelijk na het beëindigen van de laatste wekelijkse bijeenkomst van de vers op de betreffende locatie (gemiddeld 23,9 weken na T1; sd: 3,6). De follow-upmeting (T3) vond plaats ongeveer 6 maanden na de T2-meting (gemiddeld 25,7 weken na T2; sd: 4,2). De uitkomstmaten werden gemeten op T1, T2 en T3.

Statische analyse

Een analyse op basis van de totaalscore van de scl-90 wees uit dat een groepsgrootte van 34 personen per conditie nodig zou zijn om met een onderscheidend vermogen (*power*) van 0,90 een groot effect van vers boven tau te kunnen aantonen (een verschil van 0,8 standaardafwijking wordt als 'groot' beschouwd; Cohen 1988). Potentiële vertekende factoren werden geïdentificeerd door na te gaan welke aanvangsvariabelen sterk gerelateerd waren aan de uitkomstmaten ($r > 0,5$). Dit bleek alleen te gelden voor de T1-scores van de uitkomstmaten zelf. Deze werden daarom meegenomen als covariaat in de analyses naar het effect van de interventie.

Wij gingen na of er op T1 verschillen waren tussen de deelnemers in de vers- en de tau-conditie wat betreft demografische kenmerken en scores op de uitkomstmaten, met behulp van de t-toets voor continue variabelen en de c^2 -toets voor categoriale variabelen. Op eenzelfde manier werd getoetst of de uitvallers zich onderscheidden van deelnemers die de interventiefase doorliepen volgens protocol.

Het effect van de interventie werd getoetst met behulp van lineaire gemengde modellen. In deze analysetechniek kan alle beschikbare informatie gebruikt worden, ook van deelnemers met incomplete informatie. Wij modelleerden de uitkomsten op T2 en T3 als functie van de conditie (twee niveaus), van het meetmoment (als categoriale variabele met twee niveaus) en van de interactie tussen meetmoment en conditie. De T1-score functioneerde hierbij als covariaat. Het gekozen covariantietype was ongestructureerd. Een significant hoofdeffect voor de interventie duidt in dit model op

een overall effect van de interventie gecorrigeerd voor aanvangsverschillen (F-toets). Het model geeft ook schattingen voor de gecorrigeerde verschillen op de verschillende meetmomenten (T2 en T3). Verschillen in het aantal mensen dat suïcidepogingen en contacten met duurdere vormen van zorg rapporteerde, werden getoetst per meetmoment met de exacte toets van Fisher. Alle beschikbare gegevens van deelnemers die de interventiefase doorliepen volgens protocol werden meegenomen in de analyses (n = 66).

Resultaten

Uitgangssituatie en uitval

In tabel 1 zijn de karakteristieken bij de voormeting (T1) weergegeven van de 79 gerandomiseerde deelnemers die startten met de behandeling. Op T1 werden geen significante verschillen gevonden tussen de deelnemers in de vers- en de tau-conditie wat betreft demografische kenmerken en scores op de uitkomstmaten. Ook bij de toetsing of de uitvallers (n = 13) zich onderscheidde van deelnemers die de interventiefase doorliepen volgens protocol (n = 66) vonden wij geen significante verschillen. Het aantal uitvallers in de vers-conditie was wat hoger dan in de tau-conditie (vers: 21,4%; tau: 10,8%), maar dit verschil was niet significant ($c^2 = 1,61$; $p = 0,204$). Het totale percentage uitvallers was 16,5.

tabel 1 Demografische en klinische gegevens van 79 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij aanvang van behandeling met vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (vers) of gebruikelijke behandeling (tau)

Kenmerk	vers (n = 42)	tau (n = 37)
<i>Geslacht; n (%)</i>		
Man	7 (17)	4 (11)
Vrouw	35 (83)	33 (89)
<i>Opleiding; n (%)</i>		
Laag	21 (53)	25 (68)
Middel	17 (42)	12 (32)
Hoog	2 (5)	0 (0)
<i>Partner; n (%)</i>		
Ja	22 (52)	25 (68)
Nee	20 (48)	12 (32)
<i>Woonsituatie; n (%)</i>		
Alleen	9 (21)	11 (30)
Met partner en/of kind	29 (69)	21 (57)
Anders	4 (10)	5 (13)
<i>Arbeidssituatie; n (%)</i>		
Betaald werk	8 (19)	5 (14)
Geen betaald werk	18 (43)	16 (43)
Ziekte/wet/wao	16 (38)	16 (43)
<i>Gemiddelde leeftijd in j (sd)</i>		
	32,9 (5,6)	31,8 (9,2)
	13,3 (7,4)	11,8 (7,1)

Gemiddelde ziekteduur in j (sd) wao = Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering; sd = standaarddeviatie.

Effecten van de behandeling

In het bovenste gedeelte van tabel 2 zijn de scores op de maten voor borderlinesymptomen (bpd-40), algemene psychische symptomen (scl90) en algemene kwaliteit van leven (Overall QoL en gh) weergegeven. Patiënten in beide condities gingen er gemiddeld op vooruit vanaf de start van de interventie (T1), maar patiënten in de versconditie boekten de grootste vooruitgang. Zowel aan het eind van de interventie (T2) als 6 maanden later (T3) rapporteerden deze patiënten gemiddeld minder symptomen en een hogere kwaliteit van leven dan patiënten uit de tau-conditie.

Analyse met de lineaire gemengde modellen toonde aan dat, over het hele onderzoekstraject gezien, de verschillen tussen de groepen op deze uitkomstmaten statistisch significant waren. Het hoofdeffect van de interventie was namelijk: bpd40: $F(1, 56) = 11,7$; $p = 0,001$; scl-90: $F(1, 58) = 11,9$; $p = 0,001$; Overall QoL en gh: $F(1, 56) = 8,0$; $p = 0,006$, gecorrigeerd voor verschillen bij aanvang.

Op de symptoommaten was het gecorrigeerde verschil tussen vers en tau zowel op de korte (T2) als op de langere termijn (T3) significant (tabel 2). Op de maat voor kwaliteit van leven was het gecorrigeerde voordeel voor vers op T2 slechts een trend, maar op T3 was dit verschil significant.

Het onderste gedeelte van tabel 2 toont de gegevens over suïcide. In beide condities was het aantal suïcidepogingen en -pogers beperkt. Het aantal patiënten dat op T1 rapporteerde een of meer pogingen te hebben gedaan, was groter in de tau-conditie, maar dit verschil was niet significant (tabel 2). Ook op de andere meetmomenten waren de verschillen tussen vers en tau niet significant.

De vers in combinatie met individuele begeleiding resulteerde in vergelijking met tau dus in een grotere afname van klachten, zowel wat betreft algemeen psychisch lijden als specifieke borderlinesymptomen, en op termijn ook in een grotere toename van kwaliteit van leven. Wat betreft suïcidepogingen was geen effect aantoonbaar.

tabel 2 Meetresultaten voor 66 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis behandeld met vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (vers) of gebruikelijke behandeling (tau)

Uitkomstmaat	vers		tau		Gecorrigeerd verschil vers-tau*		
	Gem. (sd)	n	Gem. (sd)	n	Gem. (95%-bi)	p	
bpd-40	T1	106,8 (24,6)	31	101,1 (33,3)	28		
	T2	79,7 (25,8)	26	95,1 (29,1)	26	-18,7 (-31,6--5,8)	0,005
	T3	78,2 (23,0)	30	88,6 (36,7)	30	-14,7 (-26,6--2,8)	0,016
scl-90	T1	263,4 (70,4)	30	247,4 (70,5)	29		
	T2	205,8 (60,6)	25	248,5 (77,8)	26	-47,0 (-78,2--15,9)	0,003
	T3	199,2 (55,5)	30	222,7 (82,8)	30	-38,4 (-67,1--9,6)	0,009
Overall QoL + gh	T1	10,1 (2,7)	31	10,5 (3,5)	29		
	T2	13,0 (2,7)	26	11,6 (3,3)	26	1,58 (-0,07-3,22)	0,060
	T3	12,6 (3,1)	31	11,3 (3,6)	30	1,80 (0,30-3,30)	0,019
suïcidepogingen	n** (%); totaal		n** (%); totaal		c ² (df)***		
	T1	1 (3); 4	33	5 (15); 9	33	2,93 (1)	0,197

T2	2 (7); 5	28	2 (7); 3	30	0,01 (1)	1,000
T3	1 (3); 6	31	4 (13); 5	30	2,07 (1)	0,195

bpd-40 = *Borderline Personality Disorder checklist*; scl-90 = *Symptom Check List*; Overall QoL & gh = *Overall quality of life and general health*; T1 = start interventie; T2 = eind interventie; T3 = follow-up na 6 maanden.

*Geschatte verschillen gecorrigeerd voor verschillen op T1 op basis van lineaire gemengde modellen.

**Aantal deelnemers (%) dat 1 of meerdere suicidepogingen rapporteerde volgens de *Borderline Personality Disorder Severity Index* (bpdsvi), met daarachter het totale aantal pogingen.

***Verskil getoetst met de exacte toets van Fisher.

Klinische relevantie

Om een uitspraak te kunnen doen over de klinische relevantie van de gevonden effecten gebruikten wij de methode van Jacobson en Truax (1991). Voor de berekening van de criteria, te weten *reliable change index* of rc-index en afkapwaarde tussen het disfunctionele en functionele scoregebied, werden de gegevens van de normgroepen voor de algemene bevolking en poliklinische psychiatrische patiënten van de scl-90 gebruikt (Arrindell & Ettema 2003).

Het aantal patiënten dat op T3 hersteld genoemd kon worden (aan beide criteria voldaan), was in beide groepen klein (10% bij vers tegen 18% bij tau). Het aantal patiënten dat een betrouwbare verbetering liet zien (rc-index), was echter aanzienlijk. Op T3 was 70% van de deelnemers in de vers-conditie verbeterd tegen 47% van de deelnemers in de tau-conditie. Daarnaast liet op T3 maar 3% van de vers-deelnemers een betrouwbare verslechtering zien tegen 21% van de taudeelnemers.

Zorgconsumptie

In tabel 3 en 4 wordt weergegeven hoeveel contacten patiënten hadden met de gezondheidszorg wegens hun psychische klachten. Patiënten in de experimentele conditie hadden tussen T1 en

tabel 3 *Contacten (%) in het kader van vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (vers) of gebruikelijke behandeling (tau)*

Contacten*	vers	tau
	(n = 33)	(n = 33)
vers-sessies		
aantal		
deelnemers		
totaal aantal	33 (100)	0 (0)
sessies	495	0
<i>Individuele</i>		
behandelcontacten	27 (82)	24 (73)
aantal deelnemers	211	227
totaal aantal	*Contacten volgens protocol	
contacten	vanaf T1 tot T3.	

T3 gemiddeld 15 groepscontacten en 8 individuele contacten in het kader van de onderzoeksbehandeling. In de controleconditie hadden patiënten gemiddeld 9 individuele contacten met hun hoofdbehandelaar (zie tabel 3). Deelnemers in de vers-conditie hadden dus meer (groeps)contacten in het kader van de onderzoeksbehandeling. Daar staat tegenover dat patiënten in de tau-conditie daarnaast in dezelfde periode gemiddeld 31 extra ambulante behandelcontacten hadden, tegenover 21 extra ambulante contacten per patiënt in de vers-conditie (zie tabel 4). Het aantal contacten voor crisisopvang, spoedeisende hulp, opname of dagbehandeling was gedurende de onderzoeksperiode niet groot en verschilde niet significant tussen de condities (exacte toets van Fisher).

Discussie

vers met een ondersteunende begeleiding blijkt in ons onderzoek bij de behandeling van bps effectiever te zijn dan tau, zowel wat betreft symptomen van de

borderlinepersoonlijkheidsstoornis en algemene psychische symptomen als wat betreft kwaliteit van leven. Het gemeten effect blijft ook na 6 maanden gehandhaafd.

De therapie

De vers leunt voor een belangrijk deel op de skillstraining van Linehan. Deze liet zien dat deze skillstraining geen aanvullende waarde had ten opzichte van tau alleen (Linehan 1993, p. 25). In onze studie bleek vers wel effectiever dan tau, een ondersteuning van de bevindingen van Blum e.a. (Black e.a. 2004; Blum e.a. 2008) en Freije e.a. (2002). Het is mogelijk dat juist de vers-specifieke factoren zoals de steungroep belangrijke effectieve elementen zijn in vergelijking tot de skillstraining van Linehan. Het kan ook zijn dat door de genoemde elementen vooral de aspecifieke behandelactoren zijn versterkt (Livesley 2007).

In onze studie combineerden wij de vers met een relatief eenvoudige individuele begeleiding. Daarin onderscheidt onze studie zich van de rct van Blum e.a. (2008), waarin stepps gecombineerd werd met tau. We kozen deze combinatie omdat het ons niet goed mogelijk leek te achterhalen in welke mate tau in de experimentele conditie vergelijkbaar zou zijn met tau in de controleconditie.

tabel 4 *Zorgconsumptie (%) van 66 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis behandeld met de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (vers) of gebruikelijke behandeling (tau)*

Extra contacten*	vóór T1		van T1 tot T2		van T2 tot T3	
	vers	tau	vers	tau	vers	tau
<i>Ambulante hulp</i>						
aantal deelnemers totaal	31 (94)	28 (88)	23 (85)	28 (93)	22 (69)	24 (83)
aantal contacten	498	500	222	394	256	397
<i>Crisisopvang</i>						
aantal deelnemers	7 (21)	3 (9)	2 (7)	4 (13)	6 (19)	6 (21)
<i>Spoedeisende hulp</i>						
aantal deelnemers totaal	2 (6)	2 (6)	1 (4)	1 (3)	2 (6)	2 (7)
aantal contacten	4	2	1	1	7	2
<i>Opname</i>						
aantal deelnemers totaal	9 (27)	3 (9)	3 (11)	4 (13)	4 (13)	4 (14)
dagen	228	87	76	178	78	54
<i>Dagbehandeling</i>						
aantal deelnemers totaal	3 (9)	3 (9)	0 (0)	1 (3)	2 (6)	2 (7)
aantal contacten	85	54	0	18	24	16*

*Gebruik van extra zorgvoorzieningen in het kader van psychische hulp in de 6 maanden voor T1 resp. T2 en T3; berekend voor deelnemers met data op de Kostenvragenlijst; T1: n = 65 (33 vers, 32 tau); T2: n = 57 (27 vers, 30 tau); T3: n = 61 (32 vers, 29 tau).

Klinische relevantie

Hoewel wij vonden dat vers effectiever was dan tau, is de klinische relevantie minder evident. Beide groepen gaan er in de loop van de tijd op vooruit. De groep patiënten die na een jaar behandeling hersteld is, is in beide condities klein en ook niet groter dan gezien wordt in beloopstudies (Zanarini e.a. 2003). Niettemin is bij patiënten die vers ondergingen uiteindelijk in meer dan twee derde van de gevallen een

betrouwbare verbetering op symptoomniveau te zien, terwijl bij tau minder dan de helft zo'n verbetering laat zien. Belangwekkend is ook dat een flink deel van de patiënten die tau ondergingen beduidend slechter ging functioneren, terwijl dit voor slechts een enkeling uit de vers-conditie zo was.

vers had geen invloed op het aantal suïcidepogingen. Dit hangt mogelijk samen met het geringe aantal suïcidale patiënten bij aanvang. Het is moeilijk te zeggen of onze steekproef in dit opzicht niet-representatief is. De gerapporteerde aantallen betreffen hier alleen daadwerkelijke pogingen in het halve jaar vóór de studie, en weinig andere studies rapporteren dergelijke concrete aantallen voor een dergelijke korte periode. Het zou ook te maken kunnen hebben met het feit dat onze steekproef niet heel jong is, en de actiefste symptomen van bps lijken af te nemen met de leeftijd (Paris e.a. 1987).

vers had niet alleen gunstige effecten op symptoomniveau, maar blijkt ook meer dan tau te leiden tot verbetering in kwaliteit van leven. Direct na de training is dit effect nog slechts een trend, maar een half jaar later is het verschil statistisch significant. Dit uitgestelde effect kan mogelijk verklaard worden doordat voor het veranderen van bepaalde aspecten van kwaliteit van leven wat meer tijd nodig is. Veranderingen in leefstijl of interpersoonlijke vaardigheden bijvoorbeeld sorteren vaak pas na enige tijd effect (zie ook Howard e.a. 1993).

Uitval

De vers wordt blijkens het lage uitvalpercentage van 21,4 goed verdragen. Wij lieten de gegevens van de uitvallers buiten onze analyses, omdat wij vooral geïnteresseerd waren in het effect van het daadwerkelijk krijgen van een behandeling met de vers. Een *intention-totreatanalyse* geeft andere informatie, namelijk over de effectiviteit van het gebruik ('*use effectiveness*'). Dit is anders dan informatie over de effectiviteit van de methode ('*method effectiveness*') zoals bij de per-protocolanalyse (zie Sheiner & Rubin 1995). Intention-to-treatanalyses geven vaak een *onderschatting* van het therapie-effect, omdat gegevens van deelnemers worden geanalyseerd die de betreffende therapie niet krijgen. Per-protocolanalyses geven vaak een *overschatting* van het effect, omdat de uitvallers vaak de patiënten zijn bij wie de therapie niet aanslaat.

In onze studie lijkt dat laatste mee te vallen: slechts 4 van de 9 uitvallers in de vers-conditie vielen uit om redenen die direct te maken hadden met de behandelvorm. Bovendien vielen ook in de tau-conditie 2 van de 4 patiënten om zo'n reden uit en was het aantal uitvallers niet significant verschillend tussen de condities. Intention-totreatanalyses leverden overigens vergelijkbare resultaten op als de per-protocolanalyses (resultaten niet weergegeven).

Zorgconsumptie

De zorgconsumptie in beide condities lijkt niet te verschillen. In het eerste halfjaar wordt er in de vers-conditie middels groepscontacten een extra inspanning verricht. De patiënten in de tau-conditie hebben echter gedurende de gehele onderzoeksperiode aanzienlijk meer ambulante contacten buiten de onderzoek behandeling om. Groepsbehandeling is bovendien per patiënt goedkoper dan individuele behandeling. Het aantal patiënten dat contacten met de duurdere vormen van zorg rapporteert, is beperkt en niet significant verschillend tussen de condities. De geboden zorg is dus vermoedelijk in de vers-conditie niet duurder dan in de tauconditie.

Representativiteit onderzoek

Een opvallend gegeven is dat een groot deel van de patiënten niet (volledig) voldeed aan de inclusiecriteria voor bps. Behandelaren hadden deze patiënten aangemeld omdat zij de diagnose bps voldoende herkenden en zij het idee hadden dat deze patiënten konden profiteren van de vers. De selecte groep waarover wij in dit artikel rapporteren, is dus niet representatief voor de dagelijkse praktijk. Om die reden zullen wij de gegevens van de grotere groep ook analyseren, in een volgend artikel.

Conclusie

Gabbard (2007) wees erop dat men in onderzoek te vaak mogelijk effectieve therapieën vergelijkt met waarschijnlijk niet-effectieve. Ook dit onderzoek voldoet aan deze kwalificatie. Men kan zich afvragen: is vers zo goed of is tau zo slecht? De kracht van dit onderzoek zit dan ook niet onmiddellijk in het feit dat vers een effectieve therapie is gebleken. De voornaamste bevinding is eerder dat met een paar relatief makkelijk aan te leren en te implementeren ingrepen de effectiviteit van de behandeling van patiënten met bps aanzienlijk kan verbeteren. Nader onderzoek waarin men vers vergelijkt met andere effectief gebleken behandelmethodes is gewenst.

v F. Adolfsen, K. van der Weele en H. Berkelmans assisteerden bij het verzamelen en verwerken van de data.

Literatuur

- Akkerhuis, G., Kupka, R., van Groenestijn, M., e.a. (1994). *PDQ-4+, Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Utrecht: H.C. Rümkegroep.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington: American Psychiatric Association.
- Arntz, A., & Dreesen, L. (1992). *Borderline personality disorder checklist*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., e.a. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210.
- Blum, N., St.John, D., Pfohl, B., e.a. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-Year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2de druk). Londen: Lawrence Erlbaum.
- Gabbard, G.O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder [Editorial]. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 853-855.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2006a). The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. In J. Giesen-Bloo *Crossing borders; theory, assessment and treatment in borderline personality disorder* (pp. 85-101). [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers.
- Giesen-Bloo, J., Wachters, L., Schouten, E., e.a. (2006b). Assessment of borderline personality disorder with the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure. In J. Giesen-Bloo *Crossing borders; theory, assessment and treatment in borderline personality disorder* (pp. 6983). [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers.
- Heesterman, W., van Wel, B., & Kockmann, I. (2004). *VERS, Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis*. Groningen: Lentis & Adhesie Deventer.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., e.a. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.

- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*, 131-148.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry, 28*, 530-535.
- Sheiner, L.B., & Rubin, D.B. (1995). Intention-to-treat analysis and the goal of clinical trials. *Clinical Pharmacological Therapy, 57*, 6-15.
- Stant, A.D. (2007). *Economic evaluation in mental health care*. [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., van Heck, G.L., e.a. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOLBref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research, 14*, 151-160.
- Vries, J. de, & van Heck, G.L. (1996). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-Bref*. Tilburg: Tilburg University.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II)*. Amsterdam: Swets.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3de druk). Sarasota: Professional Resource Press.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, e.a. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 274-283.
- auteurs

e.b. van wel is psychiater en directeur zorg/1e geneeskundige bij Dimence, Deventer.

e.h. bos is bioloog, filosoof en senior onderzoeker bij Lentis, Groningen.

m.t. appelo is gz-psycholoog, gedragstherapeut en senior onderzoeker bij Lentis en universitair docent bij de Rijksuniversiteit Groningen.

e.m. berendsen is psycholoog en werkzaam bij Lentis, Groningen.

f.c. willgeroth is psycholoog en werkzaam bij Lentis, Groningen.

m.j.p.m. Verbraak is klinisch psycholoog, hoofd opleider gz-psychologen voor spon/acsw Radboud Universiteit Nijmegen en inhoudelijk directeur bij de hsk-groep.

Het artikel werd voor publicatie goed geaccepteerd op 25-9-2008

Links

<http://www.triade-borderline.nl/>

(landelijk platform waarin cliënten, familieleden en hulpverleners samenwerken)

www.labyrint-in-perspectief.nl

(directbetrokkenen en mantelzorgers van mensen met een psychiatrische ziekte)

<https://wijzijnmind.nl/>

Contact

Wilt u meer weten over de VERS of heeft u een vraag of opmerking? Hieronder vindt u onze contactgegevens.

Trimbos Academie
Da Costakade 45
3521 VS Utrecht

Postbus 725
3500 AS Utrecht

Mail: academie@trimbos.nl
Telefoon: 030-2971100