



Is top goed genoeg?

De Manager Behandelzaken van het NPI legt uit hoe het aanbod van ruim vijftig groepen in elkaar steekt en wat het betekent voor een organisatie om zo'n divers aanbod te hanteren.

Door Loek van Dam

'The best for the group comes when everyone in the group does what's best for himself, and for the group' – uit de film A beautiful mind, 2001.

Het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI) heeft groepstherapie hoog in het vaandel staan. Met inmiddels meer dan vijftig groepen, van een training Vaardigheden Emotie Regulatie Stoornis (VERS), Schema Focus Therapie (SFT), psychodynamische groepstherapieën en Mentalization Based Treatment (MBT) tot deeltijdgroepen Ervarengerichte Dynamische Therapie (EDT), heeft het NPI een breed arsenaal waar we terdege trots op zijn. We zijn dan ook verheugd dat we in de gelegenheid gesteld worden om in dit blad onze groepstherapieën te mogen presenteren. Hoe verhouden deze groepen zich met elkaar, welke groep is voor wie bedoeld, wat doet het met een organisatie om een dergelijk aanbod aan te bieden en zijn we nu klaar met het ontwikkelen van ons groeppenaanbod? Op deze vragen probeer ik antwoord te geven in dit artikel en ik hoop dat het een kader geeft waarbinnen de andere artikelen gemakkelijk geplaatst kunnen worden.

Uitgangspunten

Het NPI is een organisatie die zich heeft toegelegd op het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek. Het van oorsprong

strikt psychoanalytische kader is ontwikkeld tot een brede psychodynamische en ontwikkelingsgerichte visie waarbinnen een grote verscheidenheid aan *evidence based*-modellen wordt gebruikt door inmiddels meer dan honderd fte hoogopgeleide hulpverleners. De combinatie van een goed onderbouwd, divers hulpaanbod, een leidende en buiten-regionale functie als instelling voor de persoonlijkheidsproblematiek en systematisch onderzoek naar de werkzaamheid van de hulpverlening, heeft het NPI de status van Top GGZ gebracht. Groepstherapieën maken een integraal onderdeel uit van het behandelaanbod en de visie is: groep als het kan, individueel als het moet. Bij een groepstherapie staat het interpersoonlijk functioneren als vanzelfsprekend centraal en juist bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is het van belang de interpersoonlijke problematiek goed te doorwerken. Dit in combinatie met het kunnen delen van gevoelens en ervaringen met andere groepsleden en de mogelijkheden om te experimenteren met nieuwe gedrag, maakt dat een groepsbehandeling vaak de voorkeur verdient boven een individuele therapie. Maar niet elke vorm van groepstherapie is geschikt voor elke cliënt met een persoonlijkheidsstoornis. We vinden het van belang is dat er goed gekeken wordt wat voor wie werkt.

Het aanbod is opgebouwd uit vijf verschillende zorgpaden die differentiëren in doelgroep en zorgzwaarte. Hiermee wordt een gelaagdheid in het hulpaanbod aangebracht die recht doet aan de diversiteit van de cliënten. Een cliënt krijgt bij aanmelding standaard twee intakegesprekken, de SCIDD wordt uitgevraagd en de OQ45, de SIPP-118 en de OPV worden afgenomen. Vervolgens

krijgt de cliënt een adviesgesprek waarin in gezamenlijkheid bekeken wordt welk aanbod en zorgpad het beste bij de cliënt aansluit. Bij het selecteren van zorgpaden voor cliënten wordt rekening gehouden met de hulpverleningsvoorgeschiedenis, de hulpvraag, de psychosociale problematiek, de ernst van de persoonlijkheidsstoornis, de capaciteit dan wel de mogelijkheden tot een persoonlijkheidsstructuur-verandering

We hopen een continuüm aan zorg aan te bieden, zonder kunstmatige breuken als cliënten 18 jaar worden

en de persoonlijkheidsorganisatie of DSM V diagnose. Van hieruit wordt een keuze gemaakt voor een van de vijf zorgpaden. Binnen deze zorgpaden zijn er weer verschillende modules die vaak qua indicatiegebied met elkaar overeenkomen en meer op basis van persoonlijke voorkeur geïndiceerd worden. Daarnaast wordt bij de keuze van het behandelaanbod rekening gehouden met de mate waarin de problematiek van de cliënt geïnternaliseerd dan wel geëxternaliseerd wordt, ervan uitgaande dat de eerste groep meer baat heeft bij een openleggende therapie en de tweede groep meer holding en structuur nodig heeft in de therapie. Naast een aanbod voor volwassenen biedt het NPI behandelingen aan voor kinderen en jongeren. Het gaat dan om jonge cliënten waarbij sprake is van een verstoorde ontwikkeling die zonder behandeling zou kunnen leiden tot persoonlijkheidsproblematiek. Voor de leeftijdscategorie van 4-12 jaar is er

speltherapie, voor de groep 12-15 jaar individuele MBT en Kortdurende Psychoanalytische Steungevende Psychotherapie (KPSP), voor de groep 15-19 jaar en 19-23 jaar is er het MBT-A aanbod. Bij elke vorm van therapie is de zorg voor het systeem geïntegreerd in de behandeling. We hopen met dit aanbod in een zo vroeg mogelijk stadium te kunnen behandelen en bovendien een continuüm in zorg aan te bieden zonder kunstmatige breuken als cliënten 18 jaar worden.

Intervisie en bijscholing

Elk therapievorm is geborgd in een structuur waarbinnen op regelmatige basis intervisie plaatsvindt en minimaal eenmaal per jaar per cliënt een behandelplanbespreking gehouden wordt. Deze borging is van groot belang, omdat hulpverleners die zich bezighouden met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, blootgesteld kunnen worden aan een heftig krachtenspel waarbij ze nooit volledig kunnen voldoen aan het appel dat de cliënten en de organisatie op hen doet.

De intervisie is nodig om een *holding environment* (Winnicott, 1986) te bieden, of anders gezegd een veilige haven, waar je tot rust kunt komen na een woelige reis, bij kunt tanken, stil kunt staan bij wat er gebeurd is onderweg en plannen kunt maken voor de volgende tocht. Ook hier gelden de algemene therapeutisch waarden van een groep zoals steunen, empathie, delen van emoties, onderzoeken, confronteren, altruïsme, hoop geven, troost bieden en begrenzen.

Naast de intervisie wordt er veel aandacht besteed aan (bijs)choling zodat de medewerkers up-to-date opgeleid zijn en blijven. Voor de groepstherapeuten moedigen we

het lidmaatschap van de NVGP aan, we hebben groepssupervisors en opleiders binnen het NPI en voor alle hulpverleners die zich bezighouden met groepen bieden we de basis cursus groepsdynamica aan. Dit doen we vanuit de overtuiging dat groepsdynamica altijd aanwezig is in elke groep en het van belang is hier kennis van te hebben, bijvoorbeeld door te weten hoe een groep te organiseren (de Haas, 2018), te begrijpen in welke fase een groep zit (Levine, 1982) of een idee te hebben over het gemeenschappelijk focaal conflict in een groep (Whitaker, 1989).

De vijf zorgpaden die het NPI heeft ontwikkeld zijn

1. Klacht en coping gerichte behandelingen: GIT-PD
2. Focale behandelingen
3. Persoonlijheidsstructuur verandering (PSV): ambulante
4. Persoonlijheidsstructuur verandering: intensief
5. Persoonlijheidsstructuur verandering: deeltijd.

Zorgpad klacht en coping gerichte behandelingen: GIT-PD

De GIT-PD staat voor Guideline-Informed Treatment for Personality Disorder. Het is een generalistische richtlijn voor behandeling, opgezet door het kenniscentrum persoonlijkheidsproblematiek in samenwerking met verschillende zorginstellingen (zie www.kenniscentrumpsnl.nl). Dit zorgpad richt zich binnen het NPI op cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) waarbij de mogelijkheden voor het doorwerken van de persoonlijkheidsstructuur beperkt zijn en de hulpvraag vooral gericht is op klachten-

vermindering, dan wel het verbeteren van de copingstrategieën. Het gaat vaak om cliënten die óf nog geen eerdere behandeling gehad hebben óf juist al een heel lange voor-geschiedenis hebben in de hulpverlening. De eerste groep kan baat hebben bij deze methodiek omdat er op een goed gestruc-tureerde manier gebruik wordt gemaakt van de algemene therapeutische interventies die werkzaam zijn bij persoonlijkheidsproble-matiek, in combinatie met een veelheid aan modules waarbij gericht gewerkt kan wor-den aan het verbeteren van de copingstrate-gieën. De emodi-training is hierbij een door medewerkers van het NPI nieuw ontwikkeld model dat momenteel onderzocht wordt op werkzaamheid. De tweede groep is juist ge-baat bij het accepteren van hun beperkingen om van hieruit aan de slag te kunnen gaan met haalbare doelen. De Acceptance Com-mitment Therapie-groep is hiervan een mooi voorbeeld. De GIT-PD werkt stabiliserend en in veel gevallen levert het voldoende goede resultaten op om na één tot anderhalf jaar af te kunnen sluiten. Hierbij wordt ook uit gegaan van de gedachte van stadiëring en profilering (2018, Noteboom, Dil & Van).

Zorgpad focale behandeling

Binnen het zorgpad focale behandelingen worden psychotherapieën aangeboden met een behandelduur van maximaal een jaar. Dit zorgpad is bedoeld voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek waarbij de primaire hulpvraag gericht is op de vermin-dering van angst en stemmingsklachten. Er wordt gewerkt met een enkelvoudig inter-persoonlijk focus waarbij er een koppeling gemaakt wordt tussen de klachten en de interpersoonlijke problematiek. Zo kan een

cliënt die zich altijd minderwaardig heeft gevoeld ten opzichte van de ander en zich vandaaruit zich steeds meer is gaan isoleren met een depressie als gevolg, zich ten doel stellen om meer op basis van gelijkwaardig-heid het contact met anderen aan te willen gaan.

Binnen dit zorgpad bedienen verschillende methodieken verschillende doelgroepen. Zo kan de KPSP met zijn aandacht voor progressief steunende interventies en een scherpe monitor op het niveau van inter-veniëren, een brede doelgroep behandelen (De Jonghe, 2013). De Affect Fobie Therapie (AFT) is met name bedoeld voor de cluster C-clieñten waarbij het noodzakelijk is om de afweer te duiden om zo bij het affect te kunnen komen. De kortdurende SFT-groep, vooraalsnog het enige groepsaanbod binnen dit zorgpad, is met name bedoeld voor de cliënten met een BPS die nog niet eerder in behandeling zijn geweest of juist baat hebben bij cognitieve structurende inter-venties.

Zorgpad persoonlijkheidsstructuur verandering: ambulant

Dit zorgpad richt zich op de behandeling van de onderliggende persoonlijkheidsstructuur (net als de hieronder beschreven zorgpaden intensief en deeltijd). Bij de doelgroep is met name sprake van conflict-pathologie en er is een inter-intrapersoonlijke hulpvraag waar-bij cliënten willen werken aan de conflicten die ze hebben, zowel met zichzelf als in con-tact met anderen. Binnen deze lijn vallen de psychodynamische psychotherapieën (PD) en de schema focus therapieën (SFT), indi-vidueel of in een groep, met een frequentie van eenmaal contact per week en een duur

van één tot maximaal drie jaar. Er wordt gewerkt vanuit een *start well, end well*-principe waarbij al vanaf de start van de behandeling duidelijkheid is over de duur van de therapie. De doelstellingen van de therapie worden in overleg met de cliënt hierop afgestemd. Vaak is er een gelaagdheid in problematiek waarbij het ene interpersoonlijke conflict het andere overdekt. Zo kan de ondergeschikte positie die iemand geneigd is in te nemen een overdekking zijn van de onderliggende agressieve impulsen of de angst voor intimiteit. De gelaagdheid maakt dat er een langere behandelperiode nodig is om de verschillende kernconflicten te kunnen doorwerken.

Zorgpad persoonlijkheidsstructuur verandering: intensief

In dit zorgpad worden cliënten behandeld met een *low-mid level* borderline organisatie (of nog in DSM-IV termen gesproken met een cluster B persoonlijkheidsstoornis) die geen baat gehad hebben bij een eerdere psychotherapeutische behandeling gericht op de persoonlijkheidsproblematiek. Het is een doelgroep met een instabiel beeld van zichzelf en de ander, er is een risico van *acting-out* gedrag, er is sprake van een primitieve afweer of splitsing en de objectconstantie is beperkt. De motivatie voor therapie is aanwezig maar kwetsbaar. Voor een goede borging van de behandeling is een commitment-fase of contractfase nodig en een frequentie van contacten van tweemaal in de week. Het aanbod is verdeeld over drie referentiekaders, te weten Transference Focused Psychotherapie (TFP), MBT en intensieve SFT.

Het groepsaanbod van de SFT volgt het model van Farrell en Shaw (2012) waarbij

vanuit het modusmodel gewerkt wordt en de therapeuten heel duidelijk een structuur hanteren om escalatie te voorkomen. De groep heeft een belangrijke rol in de *limited reparenting* of zoals de groepstherapeuten dit zouden noemen, de groep als *good enough mother* (Winnicott 1953).

We blijven ons voortdurend ontwikkelen en verbeteren

Het MBT-programma is een combinatie van groeps- en individuele therapie waarbij het verbeteren van het mentaliserend vermogen centraal staat. In de groep is vanuit het oorspronkelijke model (Bateman & Fonagy, 2006) relatief weinig aandacht geweest voor de groepsdynamiek en waren de specifieke groepsinterventies in de MBT-cursussen beperkt tot *siding* (waarbij de therapeut het actief opneemt voor een cliënt die onder druk gezet wordt door een groep), *triangulatie* (een heftige dyadische interactie verbreden door actief een derde groepslid naar diens ervaringen te vragen) en *pareren* (een cliënt die moeilijk zijn aandacht bij het groepsgebesprek kan houden even aanspreken en helpen de focus weer terug te pakken). Inmiddels heeft met name Karttrude (2015) duidelijke richtlijnen gegeven over hoe groepsdynamisch te werken binnen de MBT-methodiek. Daarnaast worden MBT-therapeuten zoals al eerder genoemd binnen het NPI ook getraind in groepsdynamiek, zodat je als groepstherapeut bijvoorbeeld weet hoe je een optimale spanning binnen een groep kunt bewerkstelligen. De TFP is een methodiek die ontwikkeld is

door Yeomans en Kernberg (2014) en die gericht is op het integreren van de gefragmenteerde zelf- en objectrepresentaties. Er is een grote nadruk in de therapie op het duiden van de (tegen)overdracht. Vooralsnog wordt deze methodiek alleen in een individuele setting aangeboden. De cliënten die voor deze module geïndiceerd worden hebben vaak een dermate narcistische afdekking van hun kwetsbaarheid dat een groepsbehandeling als niet haalbaar ingeschat wordt of anderszins dat zij zelf niet te motiveren zijn voor groepstherapie.

Zorgpad persoonlijkheidsstructuurverandering: deeltijd

De deeltijdbehandelingen van het NPI zijn verdeeld over twee methodieken die elk een aparte doelgroep hebben. De Ervaringsgerichte Dynamische Therapie (EDT) bestaat uit twee eendaagse en twee driedaagse deeltijdbehandelingen en richt zich op de mensen met een ernstige cluster C-persoonlijkheidsstoornis die al meerdere evidence based-psychotherapieën gehad hebben, maar zonder resultaat. Er is sprake van een vermijdende hechtingsstijl en een rigide afweer. Uit eerder onderzoek (Hutsebaut et al., 2018) is gebleken dat juist bij deze doelgroep een kort maar krachtige deeltijd (of klinisch) behandeling kosteneffectief is. De EDT heeft een grote nadruk op het doorbreken van de afweer, het in contact komen met je gevoel en het aandurven gaan van relaties. De gehele behandeling vindt plaats in de setting van een groep en vanzelfsprekend is er veel aandacht voor de groepsdynamische aspecten, inclusief de parallelprocessen tussen de cliëntengroep, het team en de organisatie.

Het MBT heeft ook een intensief (tweemaal groep per week plus individuele gesprekken) en deeltijdprogramma (driedaags). Dit aanbod is bedoeld voor de mensen met een *low level* borderline persoonlijkheidsorganisatie met al een lange hulpverleningsgeschiedenis zonder resultaat. De hechtingsstijl is gepreoccupeerd of gedesorganiseerd. Er is duidelijk sprake van tekort-pathologie, maar met een stevige *holding environment* als voorwaarde is deze doelgroep in staat naar zichzelf en de ander te leren kijken zonder te dereguleren. Of anders gezegd, de deeltijdsetting is nodig om de breuken in het contact, die middels *re-enactment* onherroepelijk ontstaan bij psychotherapeutisch werken met deze doelgroep, te kunnen herstellen en cliënten daarmee te leren dat ze niet alleen vallen maar ook weer kunnen opstaan.

Nieuwe ontwikkelingen

Met bovenstaand pakket denken we een brede doelgroep te kunnen bereiken met ruimte voor individuele voorkeuren, rechtdoende aan de diversiteit van de mens. Zijn we nu klaar? Nee, we blijven ons voortdurend ontwikkelen en verbeteren. Marit Kool, klinisch psycholoog (KP) in opleiding, is momenteel bezig met een promotieonderzoek waarbij zij een RCT-onderzoek uitvoert waarin de invloed van de frequentie binnen verschillende methodieken onderzocht wordt op effectiviteit en duurzaamheid van de resultaten van de therapie. Afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek kan de methodiek aangepast worden. Daarnaast is David Koppers (KP) bezig met een promotieonderzoek die de werkzaamheid van de kortdurende en halfopen SFT-groepen onderzoekt en waar-

van de resultaten binnenkort verwacht mogen worden. Birre van den Heuvel en Martine Daniels, beide KP, starten vanaf 2019 twee nieuwe promotieonderzoeken, RCT's waarbij groeps- en individuele therapieën met elkaar vergeleken worden.

Wat betreft het aanbod van groepstherapieën zal de oplettende lezer gemerkt hebben dat er in het zorgpad focale behandelingen maar weinig groepsaanbod te vinden is.

Er zijn dan ook plannen om AFT-groepen en kortdurende psychodynamische groepen op te zetten. Mogelijk dat we ook een TFP-groep zoals Kernberg die omschreven heeft (Kernberg, 2009) gaan ontwikkelen. Het huidige aanbod wordt steeds kritisch in ogenschouw genomen waarbij er met name aandacht is voor effectief behandelen, of anders gezegd voor gepast gebruik.

Paralelprocessen binnen een organisatie voor persoonlijkheidsproblematiek

Vanuit een psychodynamische visie werken met mensen met persoonlijkheidsproblematiek (PP) is een uitdaging. Er is steeds meer evidentie met betrekking tot de effectiviteit van de psychodynamische psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen (zie overzichtsartikel Lilliengren 2017). Van (2018) benadrukt de waarde van het psychodynamisch denken bij persoonlijkheidsproblematiek en refereert hierbij naar Leichsenring et al. (2015) en Jennissen et al. (2018). De laatste toont op basis van een recente meta-analyse het belang van inzicht voor het veranderen van langdurige dysfunctionele patronen aan. Het lijkt erop dat zeker bij onze doelgroep gekeken moet worden naar de onderliggende processen, wil je een duurzame verandering kunnen

bereiken. Dan moet je wel bereid zijn de meeste kennis en vaardigheden beschikbaar te stellen voor de zwaarste doelgroep. Met deze doelgroep maken we het onszelf echter niet makkelijk.

Het werken met mensen met een persoonlijkheidsstoornis roept veel op. Opvallend vaak krijg ik als manager te horen van hulpverleners dat ze zich niet voldoende gezien voelen. Natuurlijk zit hier ook een reëel as-

De titel TOP-GGZ is niet helpend om de pijn van ons onvermogen te verdragen

pect aan (om zoveel mogelijk tijd voor cliënten beschikbaar te houden, worden zo min mogelijk managementuren gereserveerd voor het aantal medewerkers) maar ik denk dat het ook te maken heeft met de doelgroep en het krachtenspel tussen politiek, zorgverzekeraars, instelling en hulpverlener. Naar mijn mening heeft het gevoel niet gezien te worden te maken met het beroep dat cliënten doen op hun hulpverleners. Als je werkt met mensen met een tekort-pathologie loop je onherroepelijk het risico dat je met ontevredenheid en klachten te maken krijgt. Je kunt namelijk datgene wat cliënten in hun voorgeschiedenis tekort gekomen zijn nooit helemaal herstellen. Ondanks de realistische doelstellingen die in het begin van de behandeling gesteld worden, hopen en verwachten cliënten dat wel en vaak vinden ze ook dat ze daar recht op hebben. Hoe begrijpelijk dit ook is, het is niet haalbaar. In wezen gaat het in therapie maar gedeeltelijk om herstel. Het ander gedeelte gaat over

het – in verbondenheid met de therapeut – rouwen om wat niet hersteld kan worden. Een belangrijke taak voor de hulpverlener is dus het verdragen van boosheid, teleurstelling en verdriet hierover. Dit staat haaks op de opdracht die de maatschappij, de politiek, de zorgverzekeraars neerzetten, namelijk ‘mensen beter maken’, vaak gemeten in Delta Q en dergelijke. Ook al ben ik niet tegen een poging om de resultaten van de hulpverlening op min of meer objectieve manieren te meten, het simplisme waarmee dit gebeurt, vind ik storend en slecht voor het behandelklimaat. Zo krijg je hulpverleners en ook managers die tussen het wal en het schip terecht komen. Cliënten vinden dat deze hulpverleners tekort schieten, de maatschappij eist goede resultaten. De valkuil ligt voor de hand. Steeds harder werken om het onmogelijke voor elkaar te krijgen en teleurgesteld raken omdat de waardering voor dit harde werken uitblijft. Daarbij komt dat de titel TOP-GGZ, hoe trots we er ook op zijn, niet helpend is om de pijn van ons onvermogen te verdragen. Het is

niet onze taak om perfect te zijn en ook niet om cliënten gelukkig te maken. Freud zegt hierover: ‘Het oogmerk dat de mens “gelukkig” is, komt in het plan van de “schepping” niet voor’ (1930a, 9: 472). Wat we wel willen bereiken is dat cliënten contact hebben met hun eigen emotionele binnenwereld, emotionele contacten met anderen aan kunnen gaan, sturing kunnen geven aan hun leven en een bepaalde mate van autonomie kunnen bereiken. Winnicot (1953) heeft in zijn concept van de good enough mother al aangegeven dat het daarvoor noodzakelijk is om niet meer dan goed genoeg te zijn. Cliënten leren om met een imperfecte wereld, instelling, hulpverlener, ouder of partner om te gaan is veel gezonder dan het streven naar perfectie. Het is dan ook mijn stellige overtuiging dat top niet goed genoeg is, we blijven ons ontwikkelen en verbeteren, maar goed genoeg is wel top.

*Loek van Dam is
klinisch psycholoog en
Manager Behandelzaken NPI.*

Literatuur

Freud, S. (1930a). *Het onbehagen in de cultuur*, Werken 9: 456, 461-532. Nederlandse editie. Meppel/Amsterdam: Boom.

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group Schema Therapy for borderline personality disorder, a step-by-step treatment manual with patient workbook*. West Sussex: John Wiley & Sons Inc.

Haas, W. de (2008). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom/Nelissen

Hutsebaut, J., Willemsen, E.M.C. en Van, H.L. (2018). Tijd voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen: state of the art. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(5), 306-314.

Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J.C., Schauenburg, H. & Dinger, U. (2018) Association between insight and outcome of psychotherapy: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 175(10): 961-969.

Jonghe, F. de (2013) *Kortdurende psychoanalytische steunende psychotherapie*. Amsterdam: Benecke.

Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G). A theoretical, clinical and research manual*. Oxford: Oxford University Press.

Kernberg, O.F. (2009) Psychoanalytic individual and group psychotherapy: The Transference Focused Psychotherapy (TFP) model. *Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 13, 79-93.

Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsentoth, M.J., Abbass, A., Barber, J.P. Keefe, J.R., Leweke, J.R, Rabung, S. & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry* (2), 648-660.

Levine, B. (1982). *Groepspsychotherapie: Praktijk en Ontwikkeling*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Lilliengren, P. (2017). Comprehensive compilation of randomized controlled trials (RCT's) involving psychodynamic treatments and interventions. <https://www.researchgate.net/publication/317335876>.

Noteboom, A., Dil, L.M. & Van, H.L. (2018). Is een gepersonaliseerde benadering bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis zinvol? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(3), 174-181.

Van, H.L. (2019). De toekomst is aan de psychodynamische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(1), 4-6.

Whitaker, D.S. (1989). Group focal conflict theory: Description, illustration and evaluation. *Group* 13(3-4), 225-251.

Winnicott, D.W. (1986). *Home is where we start from. Essays by a psychoanalyst*. Londen: Penguin Books.

Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89-97.

Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2014). *Transference-focused Psychotherapy for borderline personality disorder*. Washington: American Psychiatric Association Publishing.

.....