

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## Effecten van dialectische gedragstherapie

Casper C.A. Heij<sup>1</sup> en Dick P.H. Barelids<sup>2</sup>

### SAMENVATTING

In deze studie wordt onderzoek verricht naar de effecten van Dialectische Gedragstherapie (DGT) op persoonlijkheidskenmerken, klachtbeleving, coping, individuele doelen en demografische veranderingen bij borderlinepatiënten. Het onderzoek vond plaats onder 20 oud-deelnemers van het DGT-programma van het Dialectisch Gedragstherapeutisch team van het Zorgprogramma Persoonlijkebehandeling van Dimence, een GGZ-instelling in Overijssel. Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werd gebruik gemaakt van vragenlijsten, een individueel doelenformulier en een aantal standaardvragen naar demografie. De resultaten tonen aan dat er na afronding van het programma sprake is van een significante afname van criteria op een vragenlijst die de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen meet, er een significante afname van psychoneurotische klachten is en er een positieve verandering in copingstijlen is opgetreden. Daarnaast geven de respondenten duidelijke progressie aan met betrekking tot de individuele doelen die hen destijds deden besluiten aan het programma te gaan deelnemen. De effecten worden 6-18 maanden na afronding van het programma nog steeds teruggevonden. Ondanks het positieve therapieresultaat, dat zich ook bestendigt, scoort de onderzoeksgroep op klachtniveau nog wel steeds zeer hoog in vergelijking met de algemene bevolking en blijkt uit de demografische data dat men maatschappelijk toch wat aan de zijlijn blijft functioneren.

*Trefwoorden: borderline persoonlijkheidsstoornis, dialectische gedragstherapie, psychotherapie.*

1 Dimence, Burgemeester Roelenweg 9, 8021 EV Zwolle

2 Rijksuniversiteit Groningen, Psychologie, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen  
Correspondentie sturen naar: Dimence, T.a.v. C.C.A. Heij, Postbus 473, 8000 AL Zwolle,  
Mob.: 06 30640557, E-mail: c.heij@dimence.nl

## INLEIDING

In de afgelopen jaren zijn er een aantal therapieën ontwikkeld die een alternatief bieden voor gangbare behandelingen voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Voorbeelden van deze relatief nieuwe behandelvormen, die zich kenmerken door theorievorming en interventies specifiek gericht op de behandeling van borderline patiënten, zijn de Transference-Focused Psychotherapy (TFP; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006) en de Mentalization-Based Treatment (MBT; Bateman & Fonagy, 2004). Een specifieke borderline behandeling die al langer bekend is in Nederland, op brede schaal wordt toegepast binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en onderwerp is in dit onderzoek is de Dialectische Gedragstherapie (DGT; De Cock, 2002; Dimeff, Koerner & Linehan, 2007; Linehan, 1993; 1996; Swales & Heard, 2009; Van den Bosch, 2003; Van den Bosch & Meijer, 2002; Van den Bosch, Meijer & Backer, 2007).

Dialectische Gedragstherapie is in Amerika ontwikkeld door Linehan (1993) en onderzocht en effectief gebleken voor de behandeling van vrouwelijke patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis waarbij zelfdestructief gedrag op de voorgrond stond (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Comtois, Murray, Brown, Gallop, Heard, et al., 2006). Linehan et al. (1991) vonden in een Randomized Clinical Trial (RCT) een significante reductie in de frequentie (en bijkomende medische risico's) van parasuïcidaal gedrag, significant minder uitval in behandeling en significant minder opnames bij de DGT-groep borderline patiënten in vergelijking met de controlegroep die gangbare behandelingen volgden. In een latere, twee jaar durende RCT (één jaar behandeling en een jaar later follow-up; Linehan et al., 2006) werd DGT-behandeling bij een groep borderline patiënten vergeleken met psychotherapie aan borderline patiënten door psychotherapeuten die niet gedragstherapeutisch werken, waarbij gecorrigeerd werd voor een aantal algemene therapiefactoren zoals ondermeer beschikbaarheid, sekse, ervaring en status.

De onderzoekers concludeerden dat DGT-deelnemers na behandeling half zoveel suïcidepogingen ondernamen als de controlegroep, significant minder uitvielen in behandeling en significant minder psychiatrische opnames en crisisinterventies nodig hadden. Verder constateerde men dat dit niet slechts te verklaren viel door algemene therapiefactoren, maar dat DGT superieur is in het reduceren van suïcidepogingen. In ander internationaal onderzoek werden bij patiënten die ambulante of klinische dialectische gedragstherapeutische behandelingen hadden gevolgd vergelijkbare effecten in afname van parasuïcidale gedragingen gevonden, alsmede lagere scores op depressie, dissociatie, angst, stress, hopeloosheid, expressie van boosheid, algemene psychopathologie, interpersoonlijk functioneren, sociale aanpassing en aantal ziekenhuisopnames (Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmahl, Unckel, et al., 2004; Bohus, Haaf, Stiglmayer, Pohl, Böhme & Linehan, 2000; Koons, Robins, Tweed, Lynch, Gonzalez, Morse, et al., 2001).

Een RCT in Nederland bij vrouwelijke borderline patiënten met en zonder middelenmisbruik, i.e. alcohol en drugs, toont aan dat het effect van Dialectische Gedragstherapie op het verminderen van zelfbeschadigend gedrag, impulsief gedrag en alcoholgebruik tot een half jaar na afronding nog steeds significant is en superieur is aan gangbare therapie. Uitzondering hierop in dit onderzoek is de groep borderline patiënten die ook drugs gebruikten. Voor hen gold dat er geen verschil gevonden werd tussen de therapievormen (Verheul, Van den Bosch & Koeter, 2003; Van den Bosch, 2003; 2005; Van den Bosch, Koeter & Stijnen, 2005). Het effect van de therapie neemt echter wel af en de voorspelling is dat de gunstige effecten van DGT op lange termijn zonder behandeling teniet gaan (Van den Bosch, 2005).

De DGT (Linehan, 1993) is in feite een poging om verschillende werkzame interventies uit diverse psychotherapiestromingen te integreren tot één specifieke vorm van psychotherapie voor borderline patiënten. Aangezien verandering van gedrag, met name zelfdestructief gedrag, het doel is van het behandelprogramma, wordt het een vorm van gedragstherapie genoemd. Dialectiek staat voor de dialectische filosofie die ten grondslag ligt aan de therapie. De werkelijkheid wordt als een intergerelateerd systeem gezien van interne krachten, dat voortdurend aan verandering onderhevig is (Miller, Glinski, Woodberry, Mitchell & Indik, 2002). Er zijn theses en antitheses en binnen de therapie wordt getracht tot syntheses te komen (zie De Cock, 2002; Linehan, 1993; Van den Bosch, 2003). Een voorbeeld hiervan is het spanningsveld tussen acceptatie (these) en verandering (antithese).

Een ander belangrijk uitgangspunt is dat de patiënt als eigen casemanager wordt beschouwd die geen fouten kan maken. De individuele therapeut is feilbaar en heeft een coachende rol. De therapie wordt voorafgegaan door een pretreatmentfase waarin patiënt en individueel therapeut tot commitment voor behandeling komen. Deze samenwerking wordt bevestigd doordat beiden een behandelovereenkomst ondertekenen waarin de patiënt haar<sup>1</sup> individuele doelen vastlegt waaraan zij in de therapie wil werken. Daarna start het behandelprogramma van een jaar dat wekelijks bestaat uit een vaardigheidstraining van een dagdeel en op een ander moment in de week een individueel gesprek. Gedurende het jaar worden tweemaal dezelfde vier vaardigheidsmoedules aangeboden. Het betreft de modules 'Kernoplettendheidsvaardigheden', 'Intermenselijke effectiviteitsvaardigheden', 'Emotieregulatievaardigheden' en 'Crisisvaardigheden'. In de individuele therapie worden deze vaardigheden gegeneraliseerd naar nieuwe situaties aan de hand van dagboekkaarten die in iedere sessie als eerste aan bod komen. De patiënt wordt verder ondersteund door de mogelijkheid tot telefonische consultatie, zeven dagen per week gedurende 24 uur.

*1 Aangezien de man/vrouw verhouding 1:15 is binnen de DGT bij Dimence, wordt gebruik gemaakt van het vrouwelijke persoonlijk voornaamwoord wanneer het in de tekst borderline-patiënten betreft.*

Binnen Dimence, een GGZ-instelling in Overijssel, wordt de Dialectische Gedragstherapie sinds 2000 uitgevoerd door trainers en individueel therapeuten die door de Stichting Dialexis gecertificeerd zijn en gesuperviseerd worden. Er wordt gewerkt conform het model van Linehan, met als uitzonderingen daarop dat de patiënt gebruik kan maken van een Bed-Op-Recept en dat de telefonische consultatie vijf keer per week tijdens kantooruren kan plaatsvinden bij de individuele therapeut en 's avonds en in de weekends bij de dienstdoende verpleegkundige van de afdeling waar de patiënt haar Bed-Op-Recept heeft geregeld.

Ook binnen Dimence bestaat de behoefte aan onderzoek naar de effecten van DGT. In het huidige onderzoek zal worden onderzocht of DGT effect heeft gehad op het verminderen van klachten, het verbeteren van copingstijlen en of er verschillen zijn opgetreden op een vragenlijst voor het meten van de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2001) criteria van persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast worden de deelnemers gevraagd in welke mate de individuele doelen, waarvoor zij destijds aan het programma gingen deelnemen, bereikt zijn en wordt gevraagd of er nog verschillen zijn opgetreden in persoonlijke omstandigheden en in zorgconsumptie. Tevens wordt onderzocht in hoeverre eventuele veranderingen na de behandeling (zes tot 18 maanden follow-up) stand houden.

De verwachting op basis van eerder onderzoek (Bohus et al., 2000; 2004; Koons et al., 2001) is dat er een forse klachtenreductie is opgetreden, men er een actievere probleemaanpak op nahoudt (Bohus et al., 2004; Linehan, 1993) en men over het algemeen op minder criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis scoort. Verondersteld wordt dat deze effecten, naast de afname van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag en de toename van vaardigheden, ook een positief effect heeft op andere doelen en leidt tot verbetering van persoonlijke omstandigheden en veranderingen in zorgconsumptie.

## METHODE

### *Deelnemers*

Borderlinepatiënten die in de periode januari 2005 tot januari 2008 de DGT-behandeling hebben afgerond, kwamen in aanmerking voor het onderzoek. Telling leverde een aantal van 30 patiënten ( $N = 30$ ) op die gestart zijn met het programma, waarvan er 22 ( $N = 22$ ) het programma ook daadwerkelijk hebben afgerond. Acht patiënten haakten voor het eind van het eerste half jaar van de behandeling af omdat het programma te weinig aansloot bij hun wensen. De nadruk op het eigen casemanagement en de focus op destructief gedrag in het programma werd door het merendeel van deze patiënten als te belastend genoemd.

In eerste instantie werden patiënten schriftelijk geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om mee te werken. Zij werden verzocht een toestemmings-

verklaring tot deelname te tekenen en deze binnen een week terug te sturen in een bijgevoegde gefrankeerde envelop. Na ontvangst van de toestemmingsverklaring werd de deelnemer gebeld voor een afspraak. Wanneer de betrokkene binnen een week niet gereageerd had, werd zij gebeld en mondeling uitgenodigd tot deelname. Tijdens deze afspraak werd de deelnemer in de gelegenheid gesteld vragen te stellen betreffende het onderzoek en werden enige demografische gegevens genoteerd. Eveneens werd gevraagd of de deelnemer na de DGT andere therapieën had gevolgd of wellicht op het moment van het onderzoek nog volgde. Vervolgens werd de deelnemer gevraagd de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003), de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993), de Personality Disorder Questionnaire-4+ (PDO-4+; Akkerhuis, Kupka & Groenesteijn, 1996) en een Goal Attainment Follow-up Formulier (Kiresuk, Smith & Cardillo, 1994) in te vullen. Als tegenprestatie voor deelname aan het onderzoek werd een vvv-cadeaubon van tien euro beschikbaar gesteld. De reiskosten die de deelnemers moesten maken werden vergoed. Daarnaast ontvingen de deelnemers een schriftelijk psychologisch rapport van hun scores op de SCL-90 en de UCL van de follow-up meting.

Van de groep van 22 patiënten bleken er twee onbereikbaar, de overige 20 patiënten ( $N = 20$ ) werkten allen mee aan het onderzoek. De gemiddelde scores van de twee onbereikbare personen op de gebruikte tests weken niet significant af van die van de patiënten die meewerkten aan het onderzoek. Van deze 20 personen stuurden er vier de toestemmingsverklaring terug, de overige deelnemers wilden meewerken nadat zij door de onderzoeker telefonisch benaderd waren. De groep bestond uit negentien vrouwen en één man. De gemiddelde leeftijd was 32,5 jaar ( $SD = 7.8$  jaar, range 20-48 jaar). Deelnemers die zich aanmelden voor het DGT-programma worden voor intake door een gezondheidszorgpsycholoog/ psychotherapeut gezien en vervolgens voor psychiatrisch onderzoek door een psychiater. In een overleg tussen beiden worden de DSM-IV-TR classificaties, de diagnose en de indicatie voor DGT gesteld. Voor de onderzoeksgroep ( $N = 20$ ) geldt dat bij aanvang van het DGT-programma negen personen voldeden aan de criteria voor borderline persoonlijkheidsstoornis zonder co-morbide As I en As II DSM-IV-TR classificaties (APA, 2001), negen personen hadden naast de borderline persoonlijkheidsstoornis een co-morbide persoonlijkheidsstoornis NAO, vijf personen hadden een co-morbide psychiatrische stoornis op As I en zes personen hadden twee of meerdere co-morbide psychiatrische stoornissen op As I. Zeven personen hadden een co-morbide stemmingsstoornis, drie een eetstoornis, één een Aandachtstekortstoornis met Hyperactiviteit (AD/HD) en twee personen misbruikten alcohol en/of drugs. Daarnaast worden bij een aantal personen uit de onderzoeksgroep dysthyme, dissociatieve en post-traumatische stress klachten genoemd. Er bleek echter aan onvoldoende criteria voldaan om deze classificaties ook daadwerkelijk te stellen. Er waren vijf deelnemers die meldden geen somatische aandoeningen te hebben, vijf personen meldden één soma-

tisch probleem en tien personen meldden aan twee of meer somatische ziekten te lijden.

Bij aanvang van de behandeling leefden zeven personen van de onderzoeksgroep samen met een partner (vier gehuwd, drie samenwonend), één persoon had een LAT-relatie en twaalf personen hadden geen partner (waarvan drie gescheiden). Er waren vier deelnemers die elk twee kinderen hebben, de overige zestien deelnemers hadden geen kinderen. Elf personen voerden al dan niet met een partner een zelfstandig huishouden, acht personen hadden een vorm van woonbegeleiding door medewerkers van het RIBW en één persoon had geen vaste woon- en verblijfplaats. Twintig procent had een LBO-opleiding, 70% had een MAVO/MBO-scholing en tien procent was op HAVO/VWO/HBO-niveau geschoold. Vijfenzeventig procent van de deelnemers had geen schulden en 25% had één of meerdere schulden. Echter geen van deze personen nam deel aan een vorm van schuldsanering. Er waren zeventien deelnemers die allen diverse opname-, deeltijd- en ambulante behandelingen achter de rug hadden voordat zij aan de DGT begonnen. De overige drie deelnemers hadden alleen ambulante behandelingen gevolgd. Bij aanvang van de DGT had één persoon een inkomen uit arbeid, negentien personen hadden een uitkering, waarvan zestien personen Wajong of WIA.

### *Design*

Het betreft een retrospectief pre-post onderzoeksdesign waarbij een deel van de dataverzameling al plaats heeft gevonden op het moment van de intake (beginmeting; T<sub>0</sub>), halverwege de behandeling (middenmeting; T<sub>1</sub>) en aan het eind (eindmeting; T<sub>2</sub>) van het behandelprogramma. In 2008 vond in het kader van het onderzoek een follow-up meting (T<sub>3</sub>) plaats. Vanwege de geringe omvang van de onderzoeksgroep ( $N = 20$ ) werden verschillen op de meetmomenten op een significantieniveau van .10 getoetst (zie bijvoorbeeld Moore & McCabe, 2006) met non-parametrische Wilcoxon Signed Rank Tests. Door een minder strenge p-waarde dan de conventionele .05 te hanteren vergroot men de power (die bij kleine samples laag is) en verkleint men daarom de kans op een type II fout (e.g., Stevens, 1996, blz. 6).

### *Meetinstrumenten*

De onderzoeksvragen werden beantwoord door een follow-up afname van de PDQ-4+ (Akkerhuis et al., 1996), de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003), de UCL (Schreurs et al., 1993), dossieronderzoek (Baarda, Goede & Teunissen 2005; Boeije, 2005), een Goal Attainment Follow-up Formulier (ontleend aan de Goal Attainment Scaling; Kiresuk et al., 1994) en de notatie van een aantal persoonlijke gegevens.

PDQ-4+. In tegenstelling tot de SCL-90 en de UCL (zie hieronder) werd de PDQ-4+ niet viermaal afgenomen, maar alleen bij de beginmeting (T<sub>0</sub>) ten tijde van de intake van het programma en bij de follow-up meting (T<sub>3</sub>), 6 tot

18 maanden na afronding van het programma ( $M = 10.4$ ,  $SD = 3.53$ ). Rekening houdend met een gemiddelde wachtlijstconditie van drie maanden betekent dit voor de PDQ-4+ dat er tussen de begin- en follow-up meting een minimum periode van 21 maanden en een maximum periode van 33 maanden kan zitten. Dit is een belangrijk gegeven omdat over het algemeen aangenomen wordt dat de criteria van persoonlijkheidsstoornissen, die in dit onderzoek door de PDQ-4+ gemeten worden betrekkelijk stabiel aanwezig blijven over tijd. Zo meldt de DSM-IV-TR dan ook in de algemene diagnostische criteria voor het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis, dat er sprake moet zijn van een 'duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen' (APA, 2001). De PDQ-4+ is een opvolger van de PDQ-R uit 1987 en een internationaal veel gebruikte zelfbeoordelingslijst voor het meten van de aanwezigheid van (een) persoonlijkheidsstoornis(-sen) en/of het meten van de aard van de persoonlijkheidsstoornis(-sen; Bos, Velzen & Meesters, 2005; Davison, Leese & Taylor, 2001; Fossati, Maffei, Bagnato, Donati, Donini, Fiorilli, et al., 1998). De lijst is rond het verschijnen van de DSM-IV (APA, 1994) uitgegeven en is bewerkt voor de Nederlandse situatie (Akkerhuis et al., 1996).

De PDQ-4+ meet alle tien persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A, B en C (Paranoïde, Schizoïde, Schizotypische, Antisociale, Borderline, Theatrale, Narcistische, Ontwijkende, Afhankelijke en Obsessief-compulsieve) van de DSM-IV (APA, 1994). Daarnaast ook twee toegevoegde persoonlijkheidsstoornissen, te weten de Negativistische (passief-agressieve) en de Depressieve persoonlijkheidsstoornis (Davison et al., 2001). Verder bevat de lijst een schaal die als 'Too Good' wordt omschreven en dient voor het opsporen van een sociaal wenselijk antwoordpatroon, en een schaal die als 'Suspect Questionnaire' wordt aangeduid en dient voor het opsporen van een lukraak antwoordpatroon (Bos et al., 2005). De respondente krijgt 99 uitspraken voorgeschoteld waarop zij met juist/onjuist kan antwoorden al naar gelang zij vindt dat de betreffende uitspraak voor haar wel of niet van toepassing is. Iedere uitspraak betreft een criterium van een persoonlijkheidsstoornis. Scoring vindt plaats door op de betreffende persoonlijkheidsstoornis aan te geven op welke daarbij behorende uitspraken men met 'juist' heeft geantwoord. De maximumscore is het totaal aantal uitspraken dat men met 'juist' heeft beantwoord (maximaal 99). Voor het meten van de aanwezigheid van (een) persoonlijkheidsstoornis (-sen) werd bij eerdere versies van de PDQ-4+ een cut-off score van 50 (criteria) gehanteerd.

Er zijn enkele internationale publicaties verschenen over de PDQ-4+ en deze hebben enig zicht gebracht op de psychometrische eigenschappen van de lijst. Hieruit komt naar voren dat de interne consistentie gebrekkig is en de discriminante validiteit te laag. Daarnaast blijkt dat de sensitiviteit hoog is, maar de specificiteit laag. Dit betekent dat de lijst persoonlijkheidsstoornissen overdiagnosticeert, maar de afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis goed voorspelt. Verder blijkt dat specificiteit en sensitiviteit toenemen naarmate



men een lagere cut-off score dan 50 hanteert en dat het toestandsbeeld van de respondent behoorlijk bijdraagt aan de hoogte van de score (Bos et al., 2005; Davison et al., 2001; Fossati et al., 1998).

*SCL-90.* De *SCL-90* is een multidimensionale klachtenlijst die een groot aantal psychische en lichamelijke klachten meet waarmee patiënten zich melden in de Geestelijke Gezondheidszorg (Arrindell & Ettema, 2003). Het betreft een zelfbeoordelingslijst die een schatting geeft van de ervaren pathologie (als toestand) over de volgende acht dimensies: Angst (Ang), Agorafobie (Ago), Depressie (Dep), Somatische klachten (Som), Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (Sen), Insufficiëntie van denken en handelen (In), Hostiliteit (Hos) en Slaapproblemen (Sla; Arrindell & Ettema, 2003). De totaalscore (Psychoneuroticisme) is een algemene maat voor het psychoneurotisch-somatisch niet-welbevinden (Arrindell & Ettema, 2003). De lijst is te gebruiken om het ervaren toestandsbeeld te meten op diverse klachtdimensies, maar ook als indicator voor de effecten van psychotherapie (Arrindell & Ettema, 2003). De *SCL-90* omvat 90 items die op een vijfpunts Likertschaal, variërend van 'Helemaal niet' tot en met 'Heel erg' gescoord moeten worden. De items zijn uitspraken omtrent het psychisch en/of lichamelijk functioneren waarop de respondent zich de afgelopen week, inclusief de dag van afname, moet beoordelen. Onderzoek met de *SCL-90* laat zien dat deze over goede psychometrische kwaliteiten beschikt (Arrindell & Ettema, 2003; Evers, Vliet-Mulder & Groot, 2000; Evers, Vliet-Mulder & Groot, 2000).

*Utrechtse Coping Lijst.* De *UCL* is een zelfbeoordelingslijst die als doel heeft het karakteristieke copinggedrag bij confrontatie met problemen of aanpassingsvereisende gebeurtenissen vast te stellen (Schreurs et al., 1993). De samenstellers van de lijst zijn ervan uitgegaan dat mensen over een aantal situaties heen voorkeuren voor bepaalde vormen van coping hebben ontwikkeld op basis van vroege leerervaringen, opvoedingspatronen en persoonlijkheidskenmerken (Schreurs et al., 1993). De samenstellers van de *UCL* hanteren de opvatting dat coping een persoonlijkheidsstijl is met een zekere mate van stabiliteit, maar in principe veranderbaar. De *UCL* heeft een interne structuur bestaand uit de volgende zeven aspecten: Actief aanpakken (Act), Palliatieve reactie (Pal), Vermijden/afwachten (Ver), Sociale steun zoeken (Soc), Passief reactiepatroon (Pas), Expressie van emoties (Exp) en Geruststellende gedachten (Ger; Schreurs et al., 1993). De lijst bestaat uit 47 items die beantwoord moeten worden op een vierpuntsschaal lopend van 'Zelden of nooit' tot en met 'Zeer vaak'. De items zijn overte en coverte gedragingen waarvan de respondente moet aangeven in welke mate zij, geconfronteerd met problemen of onplezierige gebeurtenissen, deze gedragingen over het algemeen zal uitvoeren. De *UCL* is op een aantal psychometrische criteria beoordeeld door de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De algehele beoordeling van de *UCL* is voldoende (Evers et al., 2000; Evers et al., 2000).

*Goal Attainment Follow-Up Formulier*. De vraag in welke mate persoonlijke doelen bereikt zijn werd beantwoord door middel van dossieronderzoek (Baarda, Goede & Teunissen 2005; Boeije, 2005) en een kort gestructureerd vraaggesprek aan de hand van de in deel B van het behandelcontract geformuleerde doelen die op een Goal Attainment Follow-up Formulier, ontleend aan de Goal Attainment Scaling (GAS; Beurs, Dyck, Balkom, Lange & Koele, 1994; Beurs, Lange, Blonk, Koele, Balkom & Dyck, 1993; Kiresuk et al., 1994), door betrokkene en de onderzoeker werden weergegeven. Elke deelnemer kiest de voor haar drie belangrijkste doelen uit die zij destijds in deel B van haar behandelcontract heeft opgenomen. Vervolgens beoordeelt zij op een vijfpuntsschaal, lopend van -2 (veel minder dan gewenst) naar +2 (veel meer dan gewenst), in welke mate zij deze doelen bereikt heeft. Een score van nul of hoger geeft aan dat het gewenste doel bereikt is.

Tot slot werden bij de deelnemers een aantal persoonlijke gegevens nagevraagd en vergeleken met de gegevens die bekend waren uit de intake.

## RESULTATEN

Allereerst werden de gemiddelde scores op de SCL-90 en de UCL op de vier meetmomenten met elkaar vergeleken (zie Tabellen 1 en 2). Aan de hand van nonparametrische toetsen (Wilcoxon Signed Ranks Tests) werd onderzocht of er significante verschillen tussen de scores op de vier meetmomenten zijn. In de tabellen is dit met behulp van subscripten weergegeven.

*Tabel 1.* Gemiddelde SCL-90-scores op de vier meetmomenten (*SD*'s tussen haakjes).

Schaal	T0	T1	T2	T3
ANG	30.34 <sub>a</sub> (7.16)	24.95 <sub>b</sub> (8.06)	26.06 <sub>b</sub> (10.84)	23.15 <sub>b</sub> (7.56)
AGO	17.15 <sub>a</sub> (6.26)	13.00 <sub>b</sub> (5.44)	13.70 <sub>b</sub> (6.03)	13.35 <sub>b</sub> (6.29)
DEP	52.24 <sub>a</sub> (9.92)	41.50 <sub>bc</sub> (14.49)	41.48 <sub>b</sub> (15.82)	39.00 <sub>c</sub> (14.39)
SOM	30.24 <sub>a</sub> (7.30)	24.50 <sub>b</sub> (8.19)	24.66 <sub>b</sub> (8.53)	24.90 <sub>b</sub> (8.61)
IN	28.31 <sub>a</sub> (7.94)	22.20 <sub>bc</sub> (7.93)	20.67 <sub>b</sub> (8.15)	23.30 <sub>c</sub> (9.15)
SEN	48.42 <sub>a</sub> (6.72)	40.65 <sub>b</sub> (13.75)	39.67 <sub>b</sub> (13.99)	37.65 <sub>b</sub> (15.15)
HOS	12.91 <sub>a</sub> (3.62)	10.55 <sub>b</sub> (3.14)	10.12 <sub>b</sub> (3.36)	9.50 <sub>b</sub> (3.41)
SLA	9.70 <sub>a</sub> (2.79)	8.55 <sub>ab</sub> (3.85)	7.71 <sub>b</sub> (3.67)	8.15 <sub>ab</sub> (3.42)
PSNEUR	255.00 <sub>a</sub> (36.76)	204.85 <sub>b</sub> (58.88)	188.07 <sub>b</sub> (77.93)	201.65 <sub>b</sub> (65.86)

*Noot: gemiddelden met verschillende subscripten verschillen significant tussen kolommen ( $p < .10$ ). Bijvoorbeeld: 30.34<sub>a</sub> (ANG, T0) verschilt significant van 24.95<sub>b</sub> (ANG, T1).*

Uit Tabel 1 valt op te maken dat de klachten zoals gemeten met de SCL-90 tussen de beginmeting (T0) en de middenmeting (T1) sterk afnemen voor alle schalen uitgezonderd Slaapproblemen ( $Z$ 's tussen -3.47 en -2.52,  $p$ 's < .05).

Daarna blijven de klachtenniveaus vrijwel stabiel tot en met de follow-up meting. Alleen de score op Depressie is bij de follow-up meting (T3) significant lager dan bij de eindmeting ( $z = 1.70, p < .10$ ), terwijl de follow-up score op de IN-schaal significant hoger is dan bij de eindmeting ( $z = 2.05, p < .10$ ). Het algemene beeld dat uit Tabel 1 naar voren komt is dat psychoneurotische klachten na aanvang van de therapie snel afnemen en daarna relatief stabiel blijven, tot en met de follow-up meting. Naast statistische significantie is in het huidige onderzoek ook gekeken naar klinische verbetering en betrouwbare verandering (zie Appendix). Hieruit blijkt dat per subschaal van de SCL-90 minstens de helft van de proefpersonen bij de follow-up meting normale scores behaalt en dat bij 45% tot 80% van de proefgroep sprake is van een betrouwbare verbetering op de diverse SCL-90 subschalen.

**Tabel 2.** Gemiddelde UCL-scores op de vier meetmomenten (SD's tussen haakjes).

Schaal	T0	T1	T2	T3
ACT	13.14 <sub>a</sub> (3.33)	14.95 <sub>b</sub> (2.74)	15.56 <sub>b</sub> (3.29)	15.95 <sub>b</sub> (2.84)
PAL	20.81 <sub>a</sub> (4.06)	20.55 <sub>a</sub> (2.93)	20.78 <sub>a</sub> (3.27)	20.70 <sub>a</sub> (2.49)
VER	18.08 <sub>a</sub> (2.77)	16.75 <sub>a</sub> (2.88)	17.22 <sub>a</sub> (3.21)	17.20 <sub>a</sub> (2.93)
SOC	13.14 <sub>ab</sub> (4.42)	13.10 <sub>a</sub> (4.09)	14.80 <sub>b</sub> (3.27)	13.45 <sub>ab</sub> (4.01)
PAS	18.82 <sub>a</sub> (3.82)	15.80 <sub>b</sub> (3.92)	15.27 <sub>b</sub> (4.63)	15.50 <sub>b</sub> (4.19)
EXP	7.25 <sub>a</sub> (2.16)	6.30 <sub>b</sub> (1.72)	6.45 <sub>b</sub> (1.64)	6.35 <sub>b</sub> (1.35)
GER	10.66 <sub>a</sub> (3.14)	11.85 <sub>b</sub> (3.12)	11.95 <sub>b</sub> (2.84)	11.75 <sub>ab</sub> (2.43)

*Noot: gemiddelden met verschillende subscripts verschillen significant tussen kolommen ( $p < .10$ ).*

De scores op de UCL-schalen Actief aanpakken, Passief reactiepatroon en Expressie van emoties blijken eenzelfde patroon te volgen als bij de SCL-90: de scores veranderen tussen beginmeting (T0) en middenmeting (T1) en blijven daarna vrijwel stabiel (zie Tabel 2). Daarbij zijn de scores op Actief aanpakken naar T1 significant toegenomen ( $z = -1.83, p < .10$ ), terwijl deze op Passief reactiepatroon ( $z = 3.36, p < .05$ ) en Expressie van emoties ( $z = 1.65, p < .10$ ) juist significant zijn afgenomen. Geruststellende gedachten nemen gedurende de therapie iets toe, maar zijn bij de follow-up meting niet meer significant verschillend van de beginmeting ( $z = -1.38, > p$ ). Opvallend is verder een piek in Sociale steun zoeken bij de eindmeting. Voor de schalen Vermijden en Palliatieve responsen worden tussen de vier meetmomenten geen significante verschillen gevonden. Wanneer men kijkt klinische verbetering en betrouwbare verandering blijkt dat vrijwel alle onderzochte personen bij zowel beginmeting als follow-up meting binnen de normale range van scores op de UCL vallen. Dientengevolge zijn er vrijwel geen betrouwbare veranderingen op de schalen van de UCL waar te nemen (zie Appendix).

De PDQ-4+ werd in het huidige onderzoek slechts twee keer afgenomen. In Tabel 3 staan de gemiddelde scores op de PDQ-4+ voor de beginmeting (T0) en de follow-up meting (T3) vermeld. Ook deze gemiddelden werden aan de hand van Wilcoxon Signed Ranks Tests met elkaar vergeleken.

**Tabel 3.** Gemiddelde PDQ-4+-scores op de beginmeting (T0) en de follow-up meting (T3; SD's tussen haakjes).

Schaal	T0	T3	Z	p
Paranoïde	4.38 (1.81)	2.85 (1.81)	-2.52	<.05
Schizoïde	3.23 (1.30)	1.90 (1.68)	-2.46	<.05
Schizotypische	4.57 (1.53)	2.85 (1.98)	-2.94	<.01
Histrionische	2.47 (1.62)	1.75 (1.07)	-2.11	<.05
Narcistische	2.05 (1.23)	1.75 (1.33)	-.87	ns
Borderline	7.38 (1.08)	3.80 (2.12)	-3.73	<.001
Antisociale	1.56 (1.14)	.95 (1.50)	-2.49	<.05
Vermijdende	5.71 (.95)	4.50 (1.70)	-2.88	<.01
Afhankelijke	4.59 (1.46)	2.55 (2.16)	-3.10	<.01
Obsessief-compulsieve	4.03 (1.03)	3.50 (1.40)	-1.24	ns
Negativistische	3.12 (1.19)	1.45 (1.54)	-3.17	<.01
Depressieve	5.88 (.72)	3.80 (1.61)	-3.71	<.001
PDQ-4-totaal	48.93 (7.38)	33.15 (12.50)	-3.55	<.001

Uit Tabel 3 blijkt dat op alle schalen van de PDQ-4+ een significante afname is van de scores, met uitzondering van de schalen voor een Narcistische en Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Conform de verwachting wordt de sterkste afname gevonden voor de PDQ-4+ schaal Borderline (Effect size voor herhaalde meting  $d = 1.48$ ), gevolgd door de schaal voor de Depressieve PS ( $d = 1.26$ ) en de PDQ-4-totaalscore ( $d = 1.10$ ). In het algemeen is de afname van de scores op de PDQ-4+ vrij fors. Bij de follow-up meting blijken voor de meeste schalen er duidelijk minder personen te zijn die voldoen aan het aantal criteria dat nodig is voor de betreffende persoonlijkheidsstoornis dan bij de beginmeting (zie Appendix). Er zijn vooral duidelijke klinische verbeteringen met betrekking tot de borderline stoornis en de depressieve persoonlijkheidsstoornis. Hoewel ook het aantal personen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis afneemt heeft 70% van de proefgroep ook bij de follow-up nog een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (zie Appendix). Iets minder vaak wordt bij de follow-up een obsessief-compulsieve (55%), borderline (40%) of paranoïde persoonlijkheidsstoornis (40%) vastgesteld. Dit waren echter tevens vrij veel voorkomende stoornissen bij de beginmeting (zie Appendix).

Het Goal Attainment Follow-up Formulier vermeldt voor elke respondent de drie voor haar belangrijkste doelen om de DGT te volgen. Men kon het resul-

taat ten aanzien van de beoogde drie doelen scoren op een vijfpuntsschaal met een range van -2 tot en met 2, waarbij de vraag luidde in hoeverre deze drie doelen, op het moment van het onderzoek (6 tot 18 maanden na afronding van de DGT) bereikt waren. Een score van 0 of hoger betekent dat het (de) gewenste doel(-en) bereikt is (zijn). In totaal werden er 60 doelen (20 respondenten x drie doelen) genoemd. Op basis van een contentanalyse kunnen deze doelen worden ingedeeld in acht categorieën (zie Tabel 4): 'Reductie van middelen' (alcohol, drugs, medicijnen, voeding), 'Zelfdestructief gedrag' (automutileren, Tentamen suïcidi), 'Sociaal contact/sociaal gedrag' (contacten leggen/onderhouden, grenzen aangegeven/andere vormen van assertief gedrag), 'Omgaan met emoties' (woede/angst/verdriet/leegte), 'Stabiliteit in wonen/werk/opleiding/financiën', 'Crisishantering', 'Zelfbeeld' (zelfvertrouwen/zelfachting/zelfgevoel) en 'Slaapproblemen'.

Van de 60 doelen in totaal geven de respondenten aan er 34 bereikt te hebben (zie Tabel 4). Met name met betrekking tot doelen die te maken hebben met reductie van middelen en zelfdestructief gedrag lijkt veel progressie te zijn geboekt (elf respectievelijk acht keer wordt aangegeven dat dit doel is bereikt). Dit zijn tevens de meest genoemde doelen door de onderzoekdeelnemers. Wat verder opvalt, is dat slechts in drie gevallen (van de tien) succes wordt gerapporteerd met betrekking tot doelen die te maken hebben met het leggen van sociale contacten. Nadere analyse leert verder dat er één respondent is die aangeeft nul doelen te hebben bereikt, acht respondenten vinden dat ze één doel bereikt hebben, zeven respondenten geven aan twee doelen te hebben bereikt en vier respondenten zeggen alle drie de doelen bereikt te hebben.

**Tabel 4.** Overzicht van de verschillende doelen, het aantal respondenten dat het betreffende doel gesteld heeft bij aanvang van de therapie en het aantal respondenten dat vindt dat het resultaat op het betreffende doel nog steeds standhoudt 6 tot 18 maanden na afronding van de therapie (N = 20).

Doelen	Aantal respondenten	Resultaat
Reductie van middelen	16	11
Zelfdestructief gedrag	12	8
Sociaal contact/sociaal gedrag	10	3
Omgaan met emoties	9	4
Stabiliteit wonen/werk/opl./fin.	4	3
Crisishantering	3	2
Zelfbeeld	3	2
Slaapproblemen	3	1
Totaal	60	34

*Demografische veranderingen en medicatiegebruik*

Tot slot blijkt uit analyse van de dossiers en de demografische onderzoeksdata dat er ten tijde van de follow-up twee personen zijn die een salaris uit arbeid genereren. Eerder was dit er één. Alle deelnemers hebben nu één of meerdere vormen van dagbesteding, variërend van het doen van huishoudelijk werk tot aan betaalde arbeid. Ook ten aanzien van het sociale netwerk zijn er veranderingen te melden. Veertien personen hebben een vrij uitgebreid sociaal netwerk bestaand uit familieleden uit de eerste graad en vrienden, drie personen hebben frequent contact met vrienden en drie personen geven aan een enkele vriendschappelijke relatie te onderhouden. Voor wat betreft zelfstandig wonen of een vorm van begeleiding bij wonen, hebben zich geen veranderingen voor gedaan in vergelijking met de periode voor de DGT-behandeling (met uitzondering van één persoon die voor deelname aan de therapie geen vaste woon- en verblijfplaats had en inmiddels een huurwoning heeft en één persoon die zelfstandig is gaan wonen).

Na de DGT zijn er bij geen van de deelnemers meer interventies geweest door de crisisdienst. Zeventien deelnemers hebben zich niet meer gemeld voor een crisisopname, vier personen hebben helemaal geen behandelingen meer gevolgd, twaalf volgen een ambulante behandeling en vier personen volgen een deeltijdtherapie. Ook ten aanzien van medicatiegebruik zijn lichte veranderingen opgetreden (zie Tabel 5). Met uitzondering van een toename van het gebruik van anti-psychotica door twee personen wordt er op de andere medicatiecategorieën wat lager gescoord bij de follow-up meting. Wat vooral in het oog springt, is de afname in het gebruik van anxiolytica, waaronder benzodiazepinen.

**Tabel 5.** Vergelijking medicatiegebruik van de onderzoeksgroep bij aanvang van de therapie en bij de follow-up (N = 20).

Medicatiegebruik	Aanvang therapie (T0)	Follow-up (T3)
Geen medicatie	1	2
Anti-depressiva	17	15
Anti-psychotica	8	10
Anxiolytica	10	5
Slaapmedicatie	5	4
Stimulantia	2	1

**DISCUSSIE**

Bij de groep borderline patiënten uit dit onderzoek wordt na afronding van de DGT-behandeling een afname gevonden van psychische en lichamelijke klachten evenals een afname van persoonlijkheidsstoorniscriteria. Daarnaast

zijn er kleine veranderingen in copingstijlen opgetreden en rapporteren de respondenten progressie op persoonlijke therapiedoelen. Tevens zijn er lichte verbeteringen in persoonlijke omstandigheden en veranderingen in zorgconsumptie opgetreden. De resultaten in dit onderzoek komen overeen met resultaten uit internationaal onderzoek (Bohus et al., 2000; 2004; Koons et al., 2001; Linehan, 1993; Van den Bosch, 2005). Opvallend is dat de grootste klachtenreductie en verschuivingen in coping gemeten worden bij de middenmeting (T1). Men heeft dan een half jaar therapie achter de rug. Uit de follow-up meting (T3), 6 tot 18 maanden na afronding van het behandelprogramma, blijkt dat de effecten nog steeds terug te vinden zijn. Dit suggereert dat het therapieresultaat bestendig en sluit ten dele aan bij het onderzoek van Van den Bosch (2005). In haar onderzoek zijn de effecten na een half jaar therapie nog terug te vinden, maar wel enigszins afgenomen.

Op klachtniveau springt een betekenisvolle reductie van psychische en lichamelijke klachten in het oog. Men scoort op alle klachtgebieden lager na de beginmeting. Hier is in veel gevallen naast statistische verbetering ook sprake van klinische en betrouwbare verbetering. De grootste klachtreductie vindt plaats voor depressie, gevolgd door angst en sensitiviteit. Ondanks de soms aanzienlijke klachtenreductie blijft de onderzoeksgroep gemiddeld nog steeds vergelijkbaar met de gemiddelde psychiatrische patiënt scoren en scoort de groep in vergelijking met de algemene bevolking nog zeer hoog (zie Arrindell & Ettema, 2003). Dit geldt voor alle klachtgebieden van de *SCID-90*. Dat betekent dat men ondanks de klachtenreductie toch nog relatief veel klachten blijft houden. Als men naar algemene psychoneurotische klachten kijkt, blijkt de helft van de onderzochte groep bij de follow-up meting nog afwijkend te scoren in vergelijking met de algemene bevolking.

Ook met betrekking tot copingstijlen zijn er veranderingen waarneembaar. Zo blijkt dat men vaker een actieve copingstijl is gaan hanteren, men minder bij de pakken neer gaat zitten en men minder boosheid uit wanneer men geconfronteerd wordt met problemen. Dit blijken echter klinisch gezien weinig betekenisvolle veranderingen. Uit de follow-up meting (T3) blijkt verder dat er een forse reductie van de scores op persoonlijkheidsstoorniscriteria is opgetreden. Gemiddeld scoorde men op de eerste meting, circa drie maanden voor de start van het programma, 49 criteria. Eenentwintig tot 33 maanden na de eerste meting, scoort men gemiddeld 33 criteria. Op het niveau van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen springt met name de afname van het aantal borderline criteria in het oog. Wat echter opvalt, is dat de behandeling, naast de borderline criteria waar het programma zich specifiek op richt, kennelijk ook leidt tot afname van andere persoonlijkheidsstoorniscriteria. Dit sluit aan bij recente onderzoeksresultaten, namelijk dat het programma ook effectief kan zijn bij patiënten met andere stoornissen dan borderline (Van den Bosch, Meijer & Backer, 2007). Wanneer men kijkt naar het aantal personen met een specifieke persoonlijkheidsstoornis is naast een klinisch relevante afname van

het aantal personen met een borderline stoornis tevens de afname van het aantal personen met een depressieve persoonlijkheidsstoornis opvallend.

Slechts op de narcistische- en obsessief-compulsieve persoonlijkheidscriteria is er een niet significante afname van het aantal criteria. Een verklaring voor het eerste zou aan kunnen sluiten bij wat bekend is in de klinische praktijk, namelijk dat narcisme moeilijk psychotherapeutisch is te beïnvloeden. Het tweede, de geringe afname op de obsessief-compulsieve persoonlijkheidscriteria, vindt zijn verklaring wellicht in recente wetenschappelijke ontwikkelingen waarin men meer oog krijgt voor de neurobiologische aspecten van deze, en aanverwante stoornissen zoals de obsessief-compulsieve stoornis, en waardoor men ook meer gaat verwachten van een neurobiologische aanpak of een combinatiebehandeling bestaand uit neurobiologische en psychotherapeutische interventies (Denys & Geus, 2007). Wat verder in het oog springt is dat, hoewel gemiddeld genomen het aantal criteria van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis afneemt, de onderzoeksgroep gemiddeld hoog blijft scoren: de gemiddelde score ligt bij follow-up nog steeds boven de cut-off score voor een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Bij de follow-up zou 70% van de onderzochte personen volgens de cut-off score nog steeds een vermijdende persoonlijkheidsstoornis hebben. Op de elf andere persoonlijkheidsstoornissen wordt bij de follow-up gemiddeld niet meer op voldoende criteria gescoord om de classificaties te kunnen stellen. Dit lijkt een hard gegeven aangezien de hiervoor gebruikte lijst, de PDQ-4+, bekend staat als een lijst die de afwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen goed voorspelt (Bos et al., 2005; Davison et al., 2001; Fossati et al., 1998). Op individueel niveau worden soms nog wel enkele persoonlijkheidsstoornissen geconstateerd bij de follow-up meting.

Deelnemers aan het onderzoek zijn over het geheel genomen redelijk tevreden over de resultaten van de therapie op persoonlijke doelen. De meest positieve resultaten worden geboekt op doelstellingen ten aanzien van reductie/abstinentie van middelengebruik en zelfdestructief gedrag. Er zijn na afronding bij de respondenten geen interventies meer geweest door de crisisdienst en het medicatiegebruik, met name van anxiolytica, is wat afgenomen. Enkele belangrijke doelstellingen van de DGT, die ook bereikt werden in eerder onderzoek (Bohus et al., 2000; 2004; Koons et al., 2001; Linehan, 1993; Van den Bosch, 2005), namelijk reductie van zelfbeschadigend gedrag en het voorkomen van crises, lijken in deze onderzoeksgroep eveneens bereikt te worden. Dit wekt de suggestie dat met name de modules 'Emotieregulatievaardigheden' en 'Crisisvaardigheden' goed lijken aan te slaan.

Minder succesvol beschouwt men zich ten aanzien van het aangaan en onderhouden van sociale contacten en het omgaan met emoties. Dit is op zich opmerkelijk omdat de modules 'Intermenselijke effectiviteit', 'Emotieregulatievaardigheden' en 'Kernoplettendheidsvaardigheden' hiervoor specifiek ontwikkeld zijn. Kennelijk heeft men wel geleerd emoties anders dan op een zelfdestructieve manier tot uiting te laten komen, bijvoorbeeld



door ze te verdragen, maar heeft men nog weinig andere opties ontwikkeld. Mogelijk ligt er voor wat betreft de sociale aspecten en het omgaan met emoties een link met de nog steeds verhoogde score op de criteria van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de onveranderde scores op de copingstijlen Vermijden/afwachten en Palliatieve reactie. Maar het kan natuurlijk ook zo zijn dat de deelnemers bij aanvang van de behandeling te hoge verwachtingen hadden op deze gebieden.

Verder blijkt dat de kwaliteit van leven slechts licht is verbeterd. Over het algemeen heeft men, ten opzichte van de periode voor de DGT, iets meer betekenisvolle contacten met familie en/of vrienden en iets meer dagelijkse activiteiten. Echter op twee personen na die hun inkomen (gedeeltelijk) genereren uit arbeid, geldt voor de overige deelnemers dat zij hun bezigheden vinden in het volgen van therapie, het uitoefenen van hobby's en vrijwilligerswerk. Enerzijds niet verwonderlijk aangezien de eerste fase van DGT zich hier niet op richt en Linehan (1993) heel duidelijk stelt dat dit in een vervolgtherapie aangepakt kan worden. Anderzijds zou men wel verwachten dat de kwaliteit van leven en meer deelname aan het maatschappelijke leven toch zou kunnen gaan toenemen op het moment dat patiënten meer adequate copingstijlen gaan toepassen en minder klachten beleven. Wellicht is er hier ook een verband tussen de ontwijkende kenmerken van de onderzoeksgroep en de (te) beperkte focus van het behandelprogramma daarop.

Er zijn enige methodologische en statistische kanttekeningen te plaatsen bij de resultaten uit dit onderzoek. Dit leidt tot beperking van de generaliseerbaarheid van de resultaten. Zo is er sprake van een praktijkonderzoek en niet van een RCT. Vergelijking met controlegroepen van patiënten die geen of andere therapievormen zoals MBT (Bateman & Fonagy, 2004) of TFP (Clarkin et al., 2006) hebben gevolgd vond dan ook niet plaats. Dat betekent dat de gevonden resultaten niet eenduidig toegeschreven kunnen worden op het conto van de DGT. Daarnaast is er ten aanzien van het follow-up moment sprake van een grote spreiding in tijd: enkele deelnemers hadden hun follow-up meting in de achttiende maand na afronding van het programma, anderen al na zes maanden. Tevens volgde een deel van de toch al kleine onderzoeksgroep ten tijde van de follow-up meting een vervolgtherapie of had dit gedaan tussen de beëindiging van de DGT en de follow-up meting. Naast allerlei andere (onbekende) variabelen die hun invloed hebben, zal dit laatste vermoedelijk ook zijn invloed hebben gehad op de onderzoeksresultaten en zou dit mede kunnen verklaren waarom de positieve therapie-effecten gemiddeld 10,5 maanden na afronding van de DGT nog zo sterk terug te vinden zijn. Tot slot, bij het herhaald afnemen van vragenlijsten spelen test-hertest effecten een rol (e.g., Arrindell & Ettema, 2003; Crocker & Algina, 1986). 'Regressie naar het gemiddelde' is een voorbeeld van een test-hertest effect dat vermoedelijk een deel van de veranderingen in de scores op de diverse meetmomenten van dit onderzoek verklaart. Dit verschijnsel dient zich vooral aan tussen begin- en middenmeting.

Ondanks deze kritische kanttekeningen lijken de onderzoeksbevindingen te suggereren dat DGT een gunstige werking heeft en dat de positieve effecten 6 tot 18 maanden na afronding van de behandeling nog steeds zijn terug te vinden. Verder leiden de resultaten tot vragen met betrekking tot de behandelinhoud en de volgorde in aanbod van de modules. Zo is het bijvoorbeeld de vraag of het noodzakelijk is om dezelfde vaardigheidsmodules twee keer een half jaar achter elkaar aan te bieden, aangezien de grootste klachtreductie en verschuivingen in coping in de huidige onderzoeksgroep al behaald worden na het eerste half jaar. Het is het onderzoeken waard of het effectiever is om het eerste half jaar met name te richten op abstinentie/reductie van middelen en zelfdestructief gedrag en op crisisvaardigheden. In het tweede half jaar zou dan meer aandacht kunnen worden besteed aan doelen op het gebied van sociale interactie, omgaan met emoties en de tendens om te blijven ontwijken. Een alternatief hiervoor zou kunnen zijn het programma vooralsnog te laten voor wat het is, met als enige verandering 'ontwijken', als een vorm van zelf-destructief gedrag te beschouwen, het als zodanig te operationaliseren en het vervolgens op te nemen in het behandelcontract van het betreffende individu.

#### SUMMARY

##### *Study on the efficacy of Dialectical Behavior Therapy*

This study investigates the efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT) on personality traits, symptom awareness, coping, individual goals and demographic changes with borderline patients. Twenty former DBT programme participants were assessed on these variables by the DBT Team of Dimence, a GGZ institute in Overijssel (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction). Participants answered questionnaires, a goal attainment scale and various standard demographic questions. Results show a significant decrease in personality disorder criteria after completion of the DBT program. In addition, a significant decrease in psychoneurotic symptoms and a positive change with regard to coping mechanisms were found. Respondents also reported clear improvement regarding their individual goals which, at that time, had made them decide to enter the DBT program. These positive effects are still present 6 to 18 months after completion of the programme. Despite these apparently enduring positive therapy results the research participants still report a high symptom level in comparison to the general population. Finally, demographic data indicate that the respondents are not entirely able to fully take part in society.

*Keywords: borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, psychotherapy.*

## LITERATUUR

- Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W. van, & Groenestijn, M.A.C. van (1996). *PDQ-IV: Vragenlijst voor Persoonlijheidskenmerken*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *Symptom Checklist (SCL-90). Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Baarda, D.B., Goede M.P.M. de, & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beurs, E. de, Lange, A., Blonk, R.W.B., Koele, P., Balkom, A.J.L.M. van, & Dyck, R. van (1993). Goal Attainment Scaling: An Idiosyncratic Method to Assess Treatment Effectiveness in Agoraphobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(4), 357-373.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Balkom, A.J.L.M. van, Lange, A., & Koele, P. (1994). Assessing the Clinical Significance of Outcome in Agoraphobia Research; A Comparison of Two Approaches. *Behavior Therapy*, 25, 147-158.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayer, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linhan, M.M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for Borderline Personality Disorder - a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bos, J., Velzen, C. van, & Meesters, Y. (2005). Het meten van persoonlijkheidsstoornissen: PDQ-4+ versus SCID-II. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 60, 107-115.
- Bosch, L.M.C. van den, & Meijer, S. (2002). *Zoeken naar balans: Dialectische gedragstherapie van A tot Z*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den (2003). *Borderline Personality Disorder, Substance Abuse and Dialectical Behavior Therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W. van den (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Bosch, L.M.C. van den (2005). Dialectische gedragstherapie bij Nederlandse vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, met en zonder verslavingsproblemen. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 47(3), 127-137.
- Bosch, L.M.C. van den, Meijer, S., & Backer, H. (Eds.). (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- CCMO, (2001). *CCMO-Notitie gedragswetenschappelijk onderzoek en de WMO: enkele conclusies*. Den Haag.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality; focusing on object relations*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cock, S. de (2002). De zoektocht naar een beter antwoord op borderline gedrag: Dialectische gedragstherapie voor borderline persoonlijkheidsstoornissen. *Psyche*, 2(14), 4-7.
- Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to Classical and modern Test Theory*. Fort Worth: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Denys, D., & Geus, F. de (Eds.). (2007). *Handboek obsessieve-compulsieve stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij B.V.

- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P.J. (2001). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194.
- Dimeff, L.A., & Koerner, K. (Eds.). (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. New York: Guilford Press.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van Tests en Testsre-search in Nederland, Deel I Testbeschrijvingen*. Assen: Van Gorcum.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van, & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van Tests en Testsre-search in Nederland, Deel II Testresearch*. Assen: Van Gorcum.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication : Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 172-178.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Kiresuk, T.J., Smith, A., & Cardillo, J.E. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F., & Schaap, C.P.D.R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer: Tijdschrift voor de Gezondheidszorg*, 5(4), 130-148.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q., Bishop, G.K., Butterfield, M.I., & Bastian, L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans With Borderline Personality Disorder. *Behaviour Therapy*, 32, 371-390.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handboek voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Meijer, S. (2000). *Protocol 'pretreatment' zorgprogramma dialectische gedragstherapie*. Interne publicatie. Enschede: Geestelijke Gezondheidszorg Mediant.
- Miller, A.L., Glinski, J., Woodberry, K.A., Mitchell, A.G., & Indik, J. (2002). Family Therapy and Dialectical Behavior Therapy with Adolescents. Proposing a Clinical Synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 568-584.
- Moore, D.S., & McCabe, G.P. (2006). *Statistiek in de praktijk*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Schreurs, P.J.G., Willige G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL, omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences (3<sup>rd</sup> edition)*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum.
- Swales, M.A., & Heard, H.L. (2009). *Dialectical Behaviour Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge.
- Verheul, R., Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.J.W., Ridder, M.A.J. de, Stijnen, T., & Brink, W. van den (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.

## APPENDIX

**Klinische verbetering en betrouwbare verandering**

In navolging van Jacobson en Truax (1991) wordt in het huidige onderzoek naast statistische significantie tevens gekeken naar klinische verbeteringen en betrouwbare veranderingen. Voor het bepalen van de klinische verbetering wordt in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van de gemiddelden en standaarddeviaties van de normale populatie (voor de *scl-90* en de *ucl*; gebaseerd op de handleidingen van deze tests). Op basis van deze gegevens kan een range van scores worden gedefinieerd die als 'normaal' kan worden opgevat (cut-off scores, gedefinieerd als het gemiddelde plus of min twee standaarddeviaties). Indien de scores van de proefpersonen in het huidige onderzoek bij de follow-up meting buiten deze range van scores vallen kan men stellen dat de scores klinisch nog steeds afwijkend zijn. Indien de scores, na de therapie, echter binnen de gegeven scorering vallen kan men over een klinische significante verbetering spreken. In Tabel A1 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte cut-off scores per schaal en het aantal onderzochte personen dat bij de beginmeting en de follow-up meting binnen de normale range scoort. Voor de *ucl* zijn uit de handleiding de gemiddelden en standaarddeviaties voor vrouwen gebruikt.

Van de *pdq-4+* zijn geen gemiddelden uit de normale bevolking bekend. Voor dit instrument worden echter cut-off scores gebruikt die zijn gebaseerd op het minimum aantal criteria waaraan men moet voldoen voor het (mogelijk) hebben van een persoonlijkheidsstoornis (zie ook Methode). De resultaten met betrekking tot de *pdq-4+* worden in Tabel A2 vermeld. Hierin staan de cut-off scores voor het hebben van een persoonlijkheidsstoornis volgens de *pdq-4+* en het aantal personen dat op basis van deze cut-off scores een persoonlijkheidsstoornis heeft bij de beginmeting en de follow-up meting. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de *pdq-4+* waarschijnlijk een overschatting geeft van het aantal persoonlijkheidsstoornissen (zie ook Methode). Omdat er onduidelijkheid is over de hanteren cut-off score voor de *pdq-4+* totaalscore (zie ook Methode) zal deze hier niet worden vermeld.

Tevens is voor elke proefpersoon per schaal van de *scl-90* en de *ucl* de Reliable Change Index bepaald (*rci*; zie bijvoorbeeld Jacobson & Truax, 1991). Deze wordt bepaald door per schaal het verschil tussen nameting en voormeting te bepalen, en dit verschil te delen door *Sdiff*. Deze *Sdiff* kan worden bepaald uit de standaardmeetfout (*se*) van de test volgens de formule  $Sdiff = \sqrt{2(SE)^2}$ . Indien de waarde van de *rci* groter is dan 1.96 kan men spreken van een betrouwbare verandering (dit kan zowel een verbetering als een verslechtering zijn, afhankelijk van de betekenis van de schaal waarvoor de *rci* wordt bepaald). In Tabel A1 wordt per schaal aangegeven bij hoeveel personen er sprake is van een betrouwbare verbetering, bij hoeveel personen er geen betrouwbare verandering is, en bij hoeveel personen er sprake is van een

betrouwbare verslechtering. Omdat van de *pdq-4+* de benodigde psychometrische gegevens niet bekend zijn kan voor dat instrument geen betrouwbare verandering worden bepaald.

Wanneer men naar de resultaten zoals samengevat in Tabel A1 kijkt, kan geconcludeerd worden dat per subschaal van de *SCL-90* minstens de helft van de proefpersonen bij de follow-up meting normaal scoort en dat bij 45% tot 80% van de proefgroep sprake is van een betrouwbare verbetering op de diverse *SCL-90* subschalen. Verslechtingen treden daarbij amper op. Wat betreft de *UCL* is de situatie heel anders: bij zowel de beginmeting als bij de follow-up meting scoren de meeste proefpersonen binnen de normale scorereange, en op een enkele uitzondering na zijn er geen betrouwbare veranderingen.

Bij de *PDQ-4+* (zie Tabel A2) valt op dat er bij de follow-up meting voor de meeste schalen duidelijk minder personen zijn die voldoen aan het aantal criteria dat nodig is voor de betreffende persoonlijkheidsstoornis. Er zijn vooral duidelijke verbeteringen met betrekking tot het aantal personen dat een borderline stoornis en/of een depressieve persoonlijkheidsstoornis heeft. Hoewel ook het aantal personen met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis afneemt heeft volgens de *PDQ-4+* cut-off score 70% van de proefgroep ook bij de follow-up nog een vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Iets minder vaak wordt op basis van de cut-off scores bij de follow-up nog een obsessief-compulsieve (55%), borderline (40%) of paranoïde persoonlijkheidsstoornis (40%) vastgesteld (zie Tabel A2). Bij de beginmeting waren dit tevens vrij veel voorkomende stoornissen (volgens de gehanteerde cut-off scores).

**Tabel A1.** Klinische verbetering en betrouwbare verandering op de SCL-90 en de UCL.

SCL-90	Range normale scores	$S_{diff}$	Aantal personen binnen normale range bij beginmeting
ANG	3.7-24.1	2.5	4
AGO	2.8-14.0	1.4	7
DEP	7.9-37.1	3.3	1
SOM	4.8-30.8	3.4	10
IN	3.9-23.5	2.8	7
SEN	9.8-41.4	3.1	3
HOS	2.8-12.4	1.7	8
SLA	-0.3-10.1	2.0	11
PSNEUR	58.9-188.9	7.9	0
<u>UCL</u>			
ACT	9.10-29.50	3.1	18
PAL	5.10-29.50	4.2	20
VER	3.20-27.20	4.4	20
SOC	4.70-24.30	3.5	20
PAS	0.10-21.70	4.2	13
EXP	1.80-11.00	2.0	19
GER	4.50-19.70	2.9	20

*Noot: bij het bepalen van de range van normale scores kan het voorkomen dat de statistisch gedefinieerde grenzen afwijken van de theoretisch gedefinieerde grenzen (bijvoorbeeld een negatieve score als statistisch bepaalde ondergrens voor de SLA-schaal van de SCL-90).*

**Tabel A2.** Klinische verbetering op de PDQ-4+.

PDQ-4+	Cut-off	Aantal personen met een score $\geq$ de cut-off bij beginmeting	Aantal personen met een score $\geq$ de cut-off bij follow-up
Paranoïde	4	13	8
Schizoïde	4	9	4
Schizotypische	5	8	3
Histrionische	5	1	0
Narcistische	5	0	1
Borderline	5	20	8
Antisociale	4	2	1
Vermijdende	4	20	14
Afhankelijke	5	11	4
Obsessief-compulsieve	4	13	11
Negativistische	4	8	2
Depressieve	5	20	5

Aantal personen binnen normale range bij follow-up	Aantal personen met betrouwbare verbetering	Aantal personen dat gelijk is gebleven	Aantal personen met betrouwbare verslechtering
11	13	6	1
10	14	4	2
12	15	4	1
11	9	11	0
10	10	9	1
13	12	5	3
17	10	9	1
15	9	10	1
10	16	1	3
20	1	16	3
20	1	19	0
20	0	20	0
20	1	19	0
18	1	17	2
20	1	19	0
20	0	20	0