

Masterthese

Verbetering van copingvaardigheden tijdens een klinische behandeling met
Dialectische Gedragstherapie of Schema Therapie bij patiënten met een
persoonlijkheidsstoornis.

Liselot Brinks
S0214426

Universiteit Twente
Faculteit gedragswetenschappen
Opleiding psychologie
26-06-2014

Begeleidingscommissie:
P.A.M. Meulenbeek
P.M. ten Klooster
Extern: M. Wiegant- van de Haar

GGNet


UNIVERSITEIT TWENTE.

Samenvatting

Aanleiding Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis zorgt vaak voor het vastlopen op verschillende levensgebieden. Er zijn verscheidene behandelingen beschikbaar voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis om meer grip op hun leven te krijgen, waaronder een klinische behandeling. Disfunctionele en inflexibele copingvaardigheden vormen een belangrijk onderdeel van een persoonlijkheidsstoornis en zijn daarmee aanknopingspunten voor behandeling. Ondanks dat een klinische behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis zich voor een groot gedeelte richt op de verbetering van copingvaardigheden zijn er weinig onderzoeken uitgevoerd naar de effecten van deze behandeling op de copingvaardigheden. Dit onderzoek probeerde antwoord te krijgen op de vraag of er tijdens een klinische behandeling met Dialectisch Gedragstherapie of Schema Therapie verbetering optrad op het gebied van copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

Methode Tussen 2010 en 2012 werd om de 3 maanden de Utrechtse Coping Lijst afgenomen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die een klinische behandeling volgden. De klinische behandeling bestond uit een behandeling met Dialectische Gedragstherapie of Schema therapie.

Resultaten Tijdens de klinische behandeling waren de copingvaardigheden actief aanpakken, sociale steun zoeken, geruststellende gedachten en palliatieve reactie toegenomen. Daarnaast waren de copingvaardigheden vermijden en passief reactiepatroon afgenomen tijdens de behandeling. De DGT en ST behandelingen afzonderlijk gaven grotendeels overeenkomstige resultaten weer. Grosso modo waren tijdens beide behandelingen actief aanpakken en sociale steun zoeken toegenomen en passief reactiepatroon afgenomen.

Conclusie en discussie Tijdens het volgen van een klinische behandeling zijn de actieve copingvaardigheden toegenomen en de passieve copingvaardigheden afgenomen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De grootste effecten werden gevonden voor actief aanpakken, sociale steun zoeken, palliatieve reactie en passief reactiepatroon.

Abstract

Context A personality disorder causes limitations in multiple areas of life. There are different treatments available for people who suffer from a personality disorder and who want to get a grip on their lives, for example a clinical treatment. Dysfunctional and inflexible coping seems to play a significant role in the life of people with personality disorders and is a starting point for treatment.

An important part of the clinical treatments focuses on the improvement of coping abilities. Nevertheless, there are just a few studies performed in this direction. This study attempted to answer the question whether there will be an improvement in coping abilities during clinical treatment with Dialectical Behavioral Therapy or Schema in patients with a personality disorder.

Method Between 2010 and 2012 people with a personality disorder who followed a clinical treatment filled out the Utrechtse Coping Lijst every three months. The clinical treatment consisted of treatment with Dialectical Behavioral Therapy or Schema Therapy.

Results During the clinical treatment the coping abilities problem solving, seeking social support, comforting thoughts en palliative reaction improved. Avoidance and passive response patterns decreased during clinical treatment. The results of Dialectical Behavioral Therapy and Schema Therapy correspond with each other for a big part. The most important results that the separate treatments both show are an increase in problem solving and seeking social support. Passive response patterns seem to decrease.

Conclusion and discussion During clinical treatment, patients with a personality disorder were using more active and less passive coping styles. De largest effects were found in problem solving, seeking social support, palliative reaction and passive response.

Inhoudsopgave

Voorwoord	
1. Inleiding	1
1.1. Aanleiding	1
1.2. Definitie persoonlijkheidsstoornis	2
1.3. Theorie Coping	3
1.2.1 Transactionele Theorie van stress en coping.	3
1.2.2. Kwetsbaarheid-stress model	5
1.4. Persoonlijkheidsstoornissen en coping	6
1.5. Effecten dialectische gedragstherapie en schema therapie	7
1.5.1. Dialectische gedragstherapie	7
1.5.2. Schematherapie	8
1.6. Onderzoeksvraag	9
2. Methode	11
2.1. Participanten	11
2.1.1. De instelling	11
2.1.2. De klinische behandelingen	12
2.2. Procedures	13
2.3. Meetinstrument	13
2.3.1. De Utrechtse Coping Lijst (UCL)	13
2.4. Statistische analyse	15
3. Resultaten	17
3.1. Demografische en klinische gegevens	17
3.2. Klinische behandeling	20
3.2.1. Deelnemende patiënten per meting	20
3.2.2. Copingvaardigheden beginmeting	20
3.2.3. Effecten tijdens een klinische behandeling	21
3.2.4. Copingvaardigheden eindmeting	25
3.2.5. Effectgrootte	27
3.3. Dialectische Gedragstherapie (DGT)	28
3.3.1. Deelnemende patiënten per meting	28
3.3.2. Copingvaardigheden beginmeting	28
3.3.3. Effecten tijdens een behandeling met Dialectische Gedragstherapie	29
3.3.4. Copingvaardigheden eindmeting	32
3.4. Schema Therapie (ST)	34
3.4.1. Deelnemende patiënten per meting	34
3.4.2. Copingvaardigheden beginmeting	34
3.4.3. Effecten tijdens een behandeling met Schema Therapie	35
3.4.4. Copingvaardigheden eindmeting	38
3.5. Verschillen tussen Dialectische Gedragstherapie en Schema Therapie	40
4. Discussie en Conclusie	41
5. Referentielijst	49
6. Bijlage	53

Voorwoord

Voor u ligt mijn Masterthesis, een onderzoek naar de verbetering van copingvaardigheden van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die een klinische groepsbehandeling volgen. De thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie met de specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering.

Graag wil ik een aantal mensen bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van mijn masterthesis. Allereerst gaat mijn dank uit naar de patiënten van GGNet, locatie Scelta, voor de mogelijkheid om hun gegevens te kunnen gebruiken. Daarnaast gaat mijn dank uit naar Marieke Wiegant- van de Haar voor het tot stand komen van dit onderzoek en haar hulp binnen Scelta. Mijn dank gaat tevens uit naar Peter Meulenbeek en Peter ten Klooster voor hun betrokkenheid, prettige begeleiding en feedback gedurende dit onderzoek. Tot slot wil ik vrienden en familie bedanken die mij tot steun zijn geweest gedurende mijn thesis en studieperiode aan de Universiteit Twente.

1.0 Inleiding

1.1 Aanleiding

Persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de meest voorkomende psychiatrische stoornissen. Internationale studies schatten dat de prevalentie in de algemene bevolking tussen de 10 en de 15% ligt (Soeteman, Verheul & van Busschbach, 2008a). Per jaar wordt er in Nederland tussen de 3.6 en 7 miljard euro uitgegeven aan medische, justitiële en werk gerelateerde kosten voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Soeteman, Verheul & van Busschbach, 2008a).

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren een hoge lijdensdruk (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & van Busschbah 2008b). Het hebben van een persoonlijkheidsstoornis wordt in verband gebracht met grote beperkingen op meerdere levensgebieden, zoals op sociaal en beroepsmatig functioneren (Soeteman et al., 2008a). Ten aanzien van werk is er bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis sprake van verminderde tevredenheid, verminderde prestaties en verminderd functioneren (Soeteman et al., 2008a; Skodol et al., 2005). Onderzoek van Skodol et al., (2005) laat zien dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaker en langer werkloos zijn. Verder is er vergeleken met de algemene bevolking in meerdere mate sprake van echtscheidingen en zijn zij in mindere mate in staat om zich te ontspannen. Verder laat het onderzoek van Skodol et al. zien dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis hun algemeen functioneren lager schatten dan de gezonde populatie. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben verder minder goede interpersoonlijke relaties (Andreoli, Gressot, Aapro, Tricot & Gognalsons 1989). Volgens Cramer, Torgersen en Kringlen (2006) laten mensen met een ontwijkende, schizotypische, paranoïde, schizoïde en borderline persoonlijkheidsstoornis de grootste afname in kwaliteit van leven zien. Daarnaast vonden Cramer et al. (2006) dat hoe meer kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis aanwezig zijn en hoe meer verschillende persoonlijkheidsstoornissen een persoon heeft, hoe lager de kwaliteit van leven bij deze mensen is. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaak disfunctionele en inflexibele copingvaardigheden inzetten wanneer er zich een stressvolle situatie voordoet (Vollrath, Alnaes & Torgersen 1994).

Mensen met een (complexe) persoonlijkheidsstoornis hebben de mogelijkheid om te kiezen voor een klinische behandeling nadat zij in hun dagelijks leven op verschillende levensgebieden zijn vastgelopen. Een klinische behandeling houdt in dat men 5 dagen in de week een behandeling volgt en dat men op die dagen verblijft op een afdeling. In het weekend kunnen of moeten de patiënten naar huis. Binnen de klinische behandelsetting worden verschillende behandelvormen aangeboden. Twee veelgebruikte behandelingen zijn Dialectische gedragstherapie (DGT) en Schema Therapie (ST). Dialectische gedragstherapie richt zich op de bewustwording van emoties, door deze te observeren, te herkennen en te beschrijven. Schematherapie richt zich op het ontdekken en herkennen van denken en gedrag patronen. Een belangrijk aanknopingspunt bij beide behandelingen zijn de

copingvaardigheden, gezien er is gebleken dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis veel moeite hebben met het inzetten van functionele en flexibele coping. Binnen beide behandelingen wordt er dan ook veel aandacht besteed aan de verbetering van de copingvaardigheden van de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de behandelingen ten aanzien van het aanleren van copingvaardigheden. Veelal richt onderzoek zich namelijk op de uiteindelijke verbetering van de kwaliteit van leven, de afname van klachten of de afname van automutilatie en niet op de copingmechanismen.

De grote plaats die het gebrek aan functionele coping inneemt bij het hebben van een persoonlijkheidsstoornis in combinatie met het gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van de DGT en ST behandeling op dit gebied pleiten voor meer onderzoek in deze richting. Dit onderzoek zal zich dan ook richten op de vraag of het volgen van Dialectische Gedragstherapie (DGT) of Schema Therapie (ST) gerelateerd is aan het verbeteren van de copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen een klinische behandelsetting. De DGT en ST behandeling zullen worden samengevoegd om te kijken of er tijdens een klinische behandeling sprake is van verbetering van de copingvaardigheden bij de deelnemende patiënten. Vervolgens zullen beide behandelingen afzonderlijk worden onderzocht om te inzicht te krijgen in mogelijke verschillen tussen beide behandelingen op het gebied van copingvaardigheden.

1.2 Definitie Persoonlijkheidsstoornis

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM-IV-TR), wordt een persoonlijkheidsstoornis beschreven als “een langdurig patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene; is pervasief en star, stabiel en van lange duur; het begin ervan kan worden teruggevoerd naar de adolescentie of vroege volwassenheid en de stoornis veroorzaakt in significante mate lijden” (American Psychiatric Association, 2000). In de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in drie clusters, cluster A, B of C. Individuen uit cluster A worden omschreven als vreemd en excentriek. Onder cluster A vallen de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Cluster B wordt in de DSM IV omschreven als dramatisch, emotioneel en impulsief cluster. Hieronder valt de theatrale, borderline, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Cluster C wordt omschreven als het angstige cluster en bevat de ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Een persoonlijkheidsstoornis die niet voldoet aan één van de persoonlijkheidsstoornissen binnen een van deze clusters wordt geclassificeerd als een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO) (American psychiatric association, 2000).

1.3 Theorie Coping

Brown en Harris (1989) hebben aangetoond dat er een verband bestaat tussen het optreden van ingrijpende gebeurtenissen in het leven van een individu en het ontstaan van psychische en lichamelijke stoornissen. Niet iedereen die een dergelijke ingrijpende gebeurtenis meemaakt of chronische moeilijkheden ervaart ontwikkelt een stoornis. De manier waarop een individu met een belastende situatie of gebeurtenis omgaat, lijkt invloed te hebben op het psychologisch, fysiek en sociaal welbevinden (Cohen & Lazarus 1979 in Schreurs, van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus 1993). Verder kan het een belangrijke rol spelen in het reguleren van interpersoonlijke relaties, competentie en lijkt het gezondheidsproblemen te voorkomen (Bijttebier & Vertommen, 1999; Schreurs et al., 1993; Hoyer et al., 1999).

De interpretatie van een gebeurtenis bestaat voornamelijk uit de subjectieve beleving van een individu. Feitelijke gegevens spelen bij deze interpretatie een minder belangrijke rol. Vanwege de grote rol die de subjectieve beleving speelt bij het interpreteren van een gebeurtenis, interpreteert ieder mens een situatie op zijn eigen manier. Naast het verschil in interpretatie, zijn er duidelijke verschillen te zien in de manier hoe personen reageren op een stressvolle situatie (Schreurs et al. 1993). De interpretatie van en de reactie op moeilijke omstandigheden worden door Lazarus et al. (1966) als twee afzonderlijke processen beschreven: appraisal en coping (Schreurs et al., 1993). Deze beide processen zijn terug te vinden in de Transactionele theorie van stress en coping van Lazarus. De Transactionele theorie van stress en coping wordt beschreven in sectie 1.3.1.

Het kwetsbaarheid stressmodel is ontwikkeld om een mogelijke verklaring te geven voor het ontstaan van symptomen van psychopathologie. Dit psychologisch model probeert gedrag te verklaren door te kijken naar de kwetsbaarheid van een persoon en de mate van ervaren stress. Een persoon die een hoge mate van kwetsbaarheid bezit zal meer kans hebben op het ontwikkelen van symptomen van psychopathologie wanneer er zich stressvolle situatie voordoet. Dit model wordt beschreven in sectie 1.3.2.

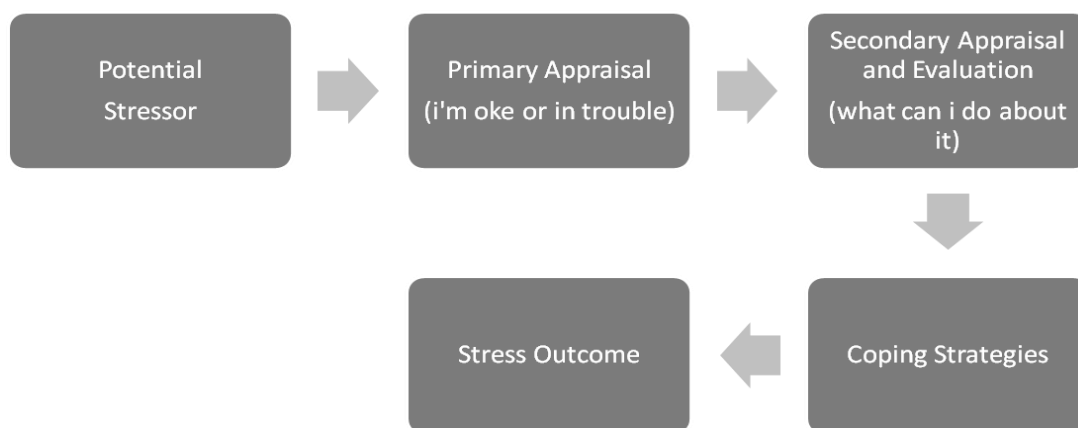
1.3.1 Transactionele theorie van stress en coping

In de Transactionele Theorie van stress en coping wordt stress gezien als een proces dat tot stand komt door de voortdurende interactie tussen persoon en omgeving. Het individu wordt gezien als iemand die invloed kan uitoefenen op de impact van de stressor. Dit kan men doen door cognitieve, emotionele en gedragstrategieën toe te passen. Lazarus (1966) en Folkman & Lazarus (1979) beschrijven stress als een conditie die ontstaat wanneer persoon/omgeving interacties lijden tot een discrepantie tussen eisen van de situatie en zijn of haar middelen of vermogen om met deze situatie om te gaan (coping) (Quine & Pahl 1991).

Lazarus et al. (1974) definiëren coping als “problem-solving efforts made by an individual, when the demands he faces are highly relevant to his welfare and when these demands tax his adaptive resource” (Lazarus et. al. 1974, pp. 250-251).

De interpretatie van en de reactie op een stressvolle gebeurtenis gebeurd volgens Lazarus et al. (1966, 1980) middels twee afzonderlijke processen. De interpretatie van een dergelijke gebeurtenis wordt aangeduid met appraisal. De reactie op een gebeurtenis wordt door hem betiteld als coping.

“Cognitive appraisal” speelt een belangrijke rol in het Transactionele model en wordt opgedeeld in twee processen: primary appraisal en secondary appraisal. Primary appraisal is een mentaal proces waarbij individuen inschatten of een eis van de omgeving hun welbevinden bedreigt. Vervolgens bekijkt een individu welk middel ze in kunnen zetten om deze eisen de baas te blijven. Dit laatste proces wordt secondary appraisal genoemd. (Quine & Pahl, 1991). Coping is het proces dat volgt na secondary appraisal, waarin het middel tot uitvoer gebracht wordt.



Figuur 1. Transactionele Theorie

Folkman en Lazarus (1980) maken onderscheid tussen twee verschillende vormen van coping, probleemgerichte en emotiegerichte coping. Probleemgerichte (problem-focused) coping is doelgericht werken om de stressvolle situatie aan te pakken. Emotiegerichte (emotion-focused) coping is gericht op het verminderen of onder controle krijgen van de emoties die opgeroepen worden door de stressvolle situatie (Carver, Weintraub & Scheier, 1989). Men gebruikt probleemgerichte coping als een situatie als veranderbaar gezien wordt. Wanneer een situatie echter ingeschat wordt als onveranderbaar maakt men gebruik van emotiegerichte coping. (Suls, David & Harvey 2006). Probleemgerichte, actieve, coping wordt over het algemeen geassocieerd met betere resultaten als het gaat om het verminderen van stress of het oplossen van problemen (Graff, 2012). Verder blijkt dat mensen die een probleemgerichte copingstrategie gebruiken positiever in het leven te staan, minder snel wegvlugten, een hogere zelfcontrole hebben en minder snel een depressie

hebben (Hoyer et al. 1999). Slechtere resultaten worden behaald wanneer men strategieën als vermijding en emotioneel terugtrekken inzet (Graff, 2012). Schreurs, van de Willige, Tellegen en Brosschot (1987) vonden dat wanneer individuen problemen op een actieve manier aanpakken, zij minder angstig, neurotisch en depressief zijn. Een depressief reactiepatroon, vermijdingsgedrag, palliatieve reacties en uiting van vijandige emoties hangen samen met een slechtere psychische gezondheid.

Volgens de Transactionele theorie van stress en coping van Lazarus en Folkman (1984) kunnen symptomen van psychopathologie gezien worden als inadequate vormen van coping, dan wel het resultaat daarvan. Verandering van deze inadequate coping-strategieën zal mogelijk ook verandering in de ernst en/of aard van de psychopathologie teweegbrengen (Jaspers & van Asma, van den Bosch, 1989).

1.3.2 Kwetsbaarheid-stressmodel

Het Kwetsbaarheid-stressmodel is een psychologisch model dat gedrag probeert te verklaren door te kijken naar de kwetsbaarheid van een persoon en de mate van ervaren stress. Kwetsbaarheid wordt omschreven als een predisponerende factor, of set van factoren, waardoor er mogelijk psychopathologie ontstaat (Ingram & Luxton, 2005) In dit model hebben mensen die deze relatief stabiele kwetsbaarheidsfactoren bij zich dragen meer kans dan anderen om symptomen van psychopathologie te ervaren wanneer zij stressvolle gebeurtenissen meemaken. Kwetsbaarheid bestaat mogelijk uit genetische factoren, biologische processen en cognitieve structuren. Daarnaast kan kwetsbaarheid zitten in de moeilijkheden die men ervaart in het contact met anderen, moeite met emotieregulatie en een onzekere hechting (Hankin & Abela, 2005). Lazarus (1966) en Folkman & Lazarus (1979) beschrijven stress als een conditie die ontstaat wanneer persoon/omgeving interacties lijden tot een discrepantie tussen eisen van de situatie en zijn of haar middelen of vermogen om met deze situatie om te gaan (coping) (Quine & Pahl (1991). Volgens Jaspers et al. (1989) heeft coping naast kwetsbaarheid en stress een centrale plek in het kwetsbaarheid-stressmodel van psychiatrische stoornissen. Een psychiatrische stoornis wordt volgens Jaspers et al. in dit model beschouwt als het resultaat van een complexe interactie tussen verhoogde kwetsbaarheid, stressfactoren en ineffectieve coping. Of de interactie van predisponerende kwetsbaarheid en stressfactoren zal leiden tot psychopathologie is afhankelijk van de wijze waarop de persoon met deze factoren omgaat. Effectieve coping zou psychopathologie kunnen voorkomen of opheffen, zelfs als er sprake is van verhoogde kwetsbaarheid en stressfactoren.

Zowel het kwetsbaarheid stressmodel als de Transactionele theorie van stress en coping, beschrijft de centrale plek die coping inneemt in het ontstaan en/of de instandhouding van psychopathologie. Het kwetsbaarheid stressmodel stelt dat adequate coping symptomen van psychopathologie zou

kunnen voorkomen of opheffen ook wanneer patiënten een bepaalde kwetsbaarheid bij zich dragen. De Transactionele theorie van stress en coping verklaard dat het veranderen van inadequate copingstrategieën ervoor zouden kunnen zorgen dat er veranderingen plaatsvinden in de aard en/of ernst van de psychopathologie. Probleemgerichte copingstrategieën worden het meest effectief beschouwd bij het verminderen van stress of het oplossen van problemen. Emotiegerichte coping; vermijden of terugtrekken, wordt gezien als minder effectieve strategieën wanneer er zich stressvolle situaties voordoen.

1.4 Persoonlijkeheidsstoornissen en coping

Inflexibele en disfunctionele copingstrategieën vormen een belangrijk onderdeel van persoonlijkheidsproblematiek (Vollrath, Alnaes & Torgersen 1994). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis beschikken doorgaans over minder diverse copingstrategieën vergeleken met de algemene bevolking (Carcione et al, 2011). Naast minder diverse copingstrategieën, gebruiken ze vaak ook disfunctionele strategieën zoals zelfbeschadiging of het gebruik van middelen. (Carcione et al., 2011). In stressvolle situaties hebben mensen met een persoonlijkheidsstoornis moeite om hun subjectieve lijden te moduleren en hun copingstrategie aan te passen aan de problemen die ontstaan door het leven met anderen (Carcione et al., 2011).

Verscheidene onderzoeken richten zich op de copingstrategieën waarover mensen met een persoonlijkheidsstoornis beschikken. Eurelings-Bontekoe, van der Silk & Verschuur (1997) deden onderzoek naar de associatie tussen psychologisch leed, coping en persoonlijkheidsstoornissen onder 230 patiënten uit de geestelijke gezondheidszorg. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat passieve coping bij patiënten in alle clusters (A, B en C) van de DSM-III voorkwam. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die vallen onder cluster B en C hadden een gebrek aan actieve coping. Een gebrek aan sociale steun zoeken werd gevonden bij de patiënten die vielen onder de clusters A en B (Bijttebier & Vertommen, 1999). Het uiten van emoties is groot bij individuen met paranoïde, sadistische en impulsieve stoornissen. Patiënten die volgens de DSM-III gediagnostiseerd zijn met ontwijkende, angstige of afhankelijke stoornis hebben echter veel moeite met het uiten van emoties. Individuen met deze stoornissen uiten boosheid nauwelijks tot niet. Bij patiënten met een paranoïde, impulsieve en sadistische stoornis komt de boosheid echter meer naar buiten. Een onderzoek van Vollrath et al., 1994) geeft dezelfde resultaten weer. Een karakteristiek kenmerk van individuen met een persoonlijkheidsstoornis is dat zij niet goed in staat zijn om op een actieve manier met stressvolle situaties om te gaan. Daarnaast zijn zij niet goed in het verkrijgen en inzetten van interpersoonlijke relaties om sociale steun te krijgen. Verder hebben Vollrath et al. gevonden dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn om gedrag te laten zien dat gekenmerkt wordt door passiviteit en gaan zij op een ongepaste manier met hun eigen gevoelens om door erin te

blijven hangen of door deze gevoelens op een ongecontroleerde manier te uiten. Een onderzoek van Bijttebier en Vertommen (1999) laat zien dat individuen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis niet geneigd zijn sociale steun te zoeken en om ontwijkende strategieën in te zetten. Ook blijkt uit onderzoek dat mensen met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn ontwijkende copingstrategieën in te zetten.

1.5 Effecten dialectische gedragstherapie en schema therapie

Over het algemeen zijn mensen geneigd dezelfde copingstrategieën toe te passen wanneer er zich een stressvolle situatie voordoet. Deze strategieën kunnen echter fluctueren doordat er grote veranderingen het leven van een persoon plaatsvinden. Het volgen van therapie of een training valt onder deze grote veranderingen (Franken, Hendriks, Haffmans, & van der Meer, 2003). Onderzoeken naar de effecten van een DGT behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, wijzen uit dat de behandeling leidt tot positieve veranderingen op het gebied van coping. Een behandeling met ST bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis geven verschillende positieve effecten weer. Er is echter weinig onderzoek verricht naar de veranderingen van copingvaardigheden bij deze groep mensen die een ST behandeling volgen.

1.5.1 Dialectische Gedragstherapie

Onderzoek van Goethem, Mulders, Muris, Arntz en Egger (2012) laat zien dat DGT resulteert in een afname van zelfverwonding en passieve coping en een toename in actieve coping bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het onderzoek duurde een jaar en hieruit kwam naar voren dat de grootste afname in zelfverwonding en verbetering in coping plaats vond in het eerste half jaar van de behandeling. Heij en Barelds (2011) laten in hun onderzoek ook zien dat patiënten met BPS vaker een actieve copingstijl hanteren nadat zij een behandeling volgden die aansloot bij de uitgangspunten van DGT. De behandeling had daarnaast tot gevolg dat zij minder bij de pakken neer gingen zitten en zij minder boosheid uiten wanneer ze geconfronteerd werden met problemen. Ook dit onderzoek liet zien dat de grootste verschuiving in coping plaats vindt in het eerste halfjaar na de start van de therapie. Uit een follow-up studie kwam naar voren dat de effecten na 6-18 maanden nog steeds meetbaar waren. Onderzoek van Mierlo et al. (2010) bevestigt wederom de toename van actieve copingvaardigheden en een daling van passieve of depressieve coping na het volgen van de emotieregulatiemodule van DGT. Er werd een significante toename gevonden in de vaardigheden problemen actief aanpakken, geruststelling en sociale steun.

1.5.2 Schema therapie

ST zorgt voor een afname in BPS symptomen en in algemene disfunctionele psychopathologie. Daarnaast verhoogt de therapie de kwaliteit van leven en treden er veranderingen op in geassocieerde persoonlijkheidsfuncties. Het grootste resultaat wordt behaald nadat de patiënten één jaar in behandeling zijn (Giesen-Boo et al, 2006). Een onderzoek van Nordahl en Nysaeter (2005) liet zien dat drie van de 6 patiënten niet meer voldeden aan de criteria van BPS na 12 maanden ST. Tussen 2e/3e maand en 8ste maand van de behandeling met ST is de impulsiviteit, automutilatie, zelfhaat, eenzaamheid en het gevoel leeg te zijn van binnen vermindert bij patiënten met een BPS patiënten. Daarnaast zijn er minder symptomen aanwezig en kunnen ze beter functioneren (Farrell, Shaw & Webber, 2009). Zoals hierboven beschreven, is ST effectief voor het verbeteren van verschillende aspecten van voornamelijk BPS. Er is echter weinig tot geen onderzoek gedaan naar de verbetering van copingvaardigheden na een behandeling met ST onder zowel patiënten met BPS als andere persoonlijkheidsstoornissen.

Een kleinschalig onderzoek van Renner et al. (2013) liet wel zien dat de patiënten na een behandeling van 20 ST sessies minder disfunctionele coping reacties hebben dan voor de behandeling. Dit onderzoek is uitgevoerd onder 26 patiënten met trekken van of een volledige borderline, ontwijkende, afhankelijke, narcistische of obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis veelal in combinatie met comorbide as I stoornis.

1.6 Onderzoeksvraag

Bovenstaande literatuur heeft geresulteerd in de volgende onderzoeksvraag:

“Is het volgen van dialectische gedragstherapie of schema therapie gerelateerd aan verbeteringen op het gebied van copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen een klinische behandeling.”

Hierbij zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. Tijdens het volgen van een klinische behandeling (DGT en ST) vindt er een toename in actieve coping plaats.

Naar aanleiding van eerder onderzoek wordt verwacht dat er een positieve relatie gevonden zal worden tussen het volgen van een behandeling en de verbetering van actieve coping. Verschillende onderzoeken laten zien dat patiënten met BPS vaker een actieve copingstijl hanteren na een behandeling volgens de principes van DGT (Goethem et al., 2012; Heij en Bareld., 2011 en Mierlo et al., 2010).

2. Tijdens het volgen van een klinische behandeling (DGT en ST) vindt er een afname in vermijden plaats.

Onderzoek van Bijttebier et al. (1999) laat zien dat patiënten met een borderline, ontwijkende en/of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis vaak ontwijkende copingstrategieën inzetten. Er is tot op heden nog geen bewijs gevonden dat een behandeling volgens de principes van DGT ervoor zorgt dat patiënten minder vermijdende copingvaardigheden inzetten. Een van de doelen van DGT is echter het verminderen van vermijdende strategieën (Linehan, 2010). Er wordt dan ook verwacht dat er een afname plaatsvindt van vermijden.

3. Tijdens het volgen van een klinische behandeling (DGT en ST) vindt er een toename in op sociale steun zoeken plaats

Onderzoek van Bijttebier et al. (1999) laat zien dat patiënten met een borderline en ontwijkende persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn minder sociale steun te zoeken. Mierlo et al. (2010) laten zien dat patiënten met BPS na behandeling met DGT meer geneigd zijn sociale steun te zoeken. Naar aanleiding van dit onderzoek wordt er een positieve relatie verwacht tussen de klinische DGT behandeling en sociale steun zoeken.

4. Tijdens het volgen van een klinische behandeling (DGT en ST) vindt er een afname in passieve coping plaats.

Goethem et al. (2012) en Mierlo et al. (2010) laten in hun onderzoek zien dat er sprake is van een afname van passieve coping bij patiënten met BPS na het volgen van een behandeling die de uitgangspunten van DGT volgt. Op basis van deze onderzoeken wordt verwacht er een afname in passieve coping plaatsvindt gedurende de behandeling.

In de literatuur komt weinig naar voren over mogelijke verbetering van de copingvaardigheden “actief aanpakken”, “vermijden”, “passief reactiepatroon” en “sociale steun zoeken” na een behandeling volgens de principes van ST. Onderzoek van Renner et al. (2013) laat zien dat disfunctionele coping afneemt, er wordt echter niet ingegaan op specifieke gebieden. Op basis van de literatuur wordt verwacht dat er een positieve relatie gevonden gaat worden tussen de behandeling en de concepten “actief aanpakken” en “sociale steun zoeken”. Er wordt een negatieve relatie verwacht tussen de behandeling en “vermijden” en “passief reactiepatroon”.

2.0 Methode

Het betreft een retrospectief observationeel longitudinaal onderzoek. In de periode van 2010 tot en met 2012 waren er 156 patiënten die de Utrechtse Coping Lijst (UCL) één of meerdere keren hadden ingevuld. Van deze 156 patiënten zijn uiteindelijk 74 patiënten overgebleven die voldeden aan de voorwaarden voor dit onderzoek. Patiënten werden niet meegenomen in het onderzoek wanneer zij geen versleuteld patiëntnummer hadden, wanneer er geen beginmeting aanwezig was of wanneer er missende metingen waren. Daarnaast werden patiënten niet meegenomen wanneer zij geen klinische behandeling volgden of wanneer er niet bekend was of patiënten een DGT of ST behandeling volgden. Vervolgens is er gekeken naar het aantal metingen. De patiënten die slechts één meting hadden ingevuld zijn niet meegenomen in de analyses om het effect van de behandeling op de copingvaardigheden te bepalen.

2.1 Participanten

2.1.1 De instelling

De respondenten zijn patiënten met persoonlijkheidsproblematiek die zijn doorverwezen door huisarts of een vrijgevestigde therapeut binnen de eerste- of tweedelijns zorg naar Scelta. Scelta is een expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen binnen de organisatie GGNet. GGNet is een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die verscheidene soorten psychische hulp verleend binnen oost Nederland. Bij Scelta wordt gewerkt vanuit cognitief gedragstherapeutische principes. Vastzittende en negatieve denkwijzen en gedragspatronen zijn aangrijppunt voor de therapie. Er wordt gewerkt aan de hand van drie behandellijnen: sociaal functioneren, gedragsverandering en maatschappelijk functioneren. Binnen deze drie behandellijnen wordt voor elke patiënt passende doelen opgesteld. Scelta biedt verschillende behandelmogelijkheden, zowel deeltijd- als klinische behandelingen

Dit onderzoek richt zich op de twee klinische behandelingen, DGT en ST binnen Scelta. Patiënten die deze behandeling volgden waren 5 dagen in de week opgenomen, van zondagavond tot vrijdagmiddag.

2.1.2 De klinische behandelingen

Dialectische Gedragstherapie

Het verschil tussen deze twee behandelingen zit voornamelijk in de manier waarop patiënten leren. Patiënten binnen de DGT behandeling leren voornamelijk door "gedrag en oefenen". De behandeling met DGT is gebaseerd op de dialectische gedragstherapie van Marsha Linehan en richt zich op het leren herkennen en beheersen van gevoelens en het krijgen van grip op eigen gedrag in alledaagse en problematische situaties. Een van de aandachtspunten binnen DGT is het verminderen van de vermijdende strategieën die individuen met BPS inzetten wanneer zij te maken krijgen met actief bedreigende situaties (Linehan, 2010). Verder is DGT erop gericht patiënten beter bewust te laten worden van hun emoties door deze te observeren, te herkennen en te beschrijven. Daarnaast leren patiënten vaardigheden aan om de intensiteit van hun emoties terug te brengen naar hun basisniveau. De vaardigheidstraining bestaat uit vier modules: kernoplettendheidsvaardigheden, vaardigheden voor intermenselijke effectiviteit, emotieregulatievaardigheden en vaardigheden voor het verdragen van crisis (Linehan, 2010).

De DGT behandeling bestaat uit patiënten die volgens de DSM-IV classificatie als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis hebben met de kenmerken uit het B- en/of C-cluster. Daarnaast is er dikwijls een As I stoornis aanwezig, zoals een depressieve stoornis, posttraumatische stressstoornis of een stoornis in het gebruik van middelen. Emotieregulatie is voor de meerderheid van de patiënten binnen dit programma een groot probleem. De patiënten vertonen vaak een scala aan impulsief en destructief gedrag. Ze hebben over het algemeen weinig inzicht in hun eigen gedrag en het effect daarvan op de omgeving. Patiënten volgen gemiddeld 9 maanden de DGT behandeling.

Schema therapie

Patiënten binnen ST behandeling leren door "denken en doen". De behandeling met ST is gebaseerd op de schemagerichte therapie van Jeffrey Young en richt zich op het ontdekken en herkennen van denk- en gedragspatronen die in het dagelijks functioneren belemmerend werken, met als doel het ontwikkelen en aanleren van ander, meer effectief en passend gedrag. Patiënten leren hoe ze beter hun eigen, passende keuzes kunnen maken en hoe ze hun overtuigingen in overeenstemming kunnen brengen met de realiteit. In een veilige omgeving kunnen patiënten leren moeilijke contacten en gemoedstoestanden te verdragen, hun identiteitsontwikkeling op gang te brengen en meer risico's te nemen om oud gedrag los te laten. ST kent twee fasen: de fase van diagnostiek en voorlichting en de veranderingsfase. In de eerste fase helpt de therapeut de patiënten om vast te stellen wat hun schema's zijn, inzicht te krijgen in de oorsprong van hun schema's in de kindertijd en adolescentie en hun schema's in verband te brengen met hun huidige problemen. In de veranderingsfase combineert de therapeut cognitieve, experiëntiele, gedragsgerichte en

interpersoonlijke strategieën om schema's te genezen en onaangepaste copingstijlen te vervangen door gezondere vormen van gedrag (Young, Klosko & Weishaar, 2005).

De patiënten binnen de ST behandeling zijn voornamelijk gediagnosticeerd met trekken van borderline, ontwijkende en/of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. De behandeling duurt gemiddeld 12 maanden.

2.2 Procedures

Bij aanvang van de behandeling bij Scelta hebben deelnemende patiënten een toestemmingsverklaring ondertekend waarin zij toestemming hebben gegeven om hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden te gebruiken. De eerste meting vindt plaats binnen 6 tot 8 weken van de behandeling. Vervolgens vullen de patiënten om de 3 maanden een vragenlijst in tot het moment dat de behandeling eindigt. Er vindt geen follow up plaats. In huidig onderzoek zijn de metingen tot 12 maanden behandeling meegenomen.

2.3 Meetinstrument

De Utrechtse Coping Lijst (UCL) (Schreurs, Willige van de, Brosschoot, Tellegen & Graus, 1993) werd afgenomen bij de patiënten die een behandeling met DGT en ST volgden om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

2.3.1 De Utrechtse Coping Lijst (UCL)

De UCL is een vragenlijst die is ontwikkeld om de manier waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties te meten. Coping wordt hierbij opgevat als een persoonlijkheidsstijl. De gehanteerde copingstrategieën worden niet gezien als onveranderlijke kenmerken of eigenschappen. Individuen hebben een voorkeur voor bepaalde copingsvormen over verschillende situaties heen: copingstijl. De vragenlijst die gebruikt is voor dit onderzoek is bestemd voor respondenten van 14 jaar en ouder. De UCL bestaat uit 47 items verdeeld over zeven schalen. De 7 schalen zijn onder te verdelen in vier actieve en drie passieve copingstijlen. De actieve copingstijlen zijn: Actief aanpakken (α .79), Sociale steun zoeken (α .89), Expressie van emoties (α .69) en Geruststellende en troostende gedachten hanteren (α .69). De passieve copingstijlen zijn: Palliatieve reactie (α .62), Vermijden (α .74), Passief reactiepatroon (α .71). De inhoud van de schalen wordt toegelicht in figuur 2. Alle items worden beoordeeld op een vierpuntsschaal: zelfden of niet, soms, vaak, zeer vaak. Een score van 1 komt in huidig onderzoek overeen met zelfden of niet, een score van 2 met soms, 3 met vaak en 4 met zeer vaak. De interne consistentie van huidig onderzoek was redelijk tot goed (variërende α van .62 tot .89). Onderzoek van Schaufeli en Diedendonck (1992) laat zien dat de psychometrische

kwaliteiten van de UCL redelijk tot goed zijn. De UCL kan dan ook gezien worden als een betrouwbaar en valide instrument (Schreurs et al 1993).

Zowel de behandeling met DGT als ST richt zich op patiënten die intensieve sociale oefen- en trainingssituaties nodig hebben om zicht te krijgen op het ontstaan van hun problemen en om tot verandering te komen.

De schaal palliatieve reactie wordt in de UCL omschreven als een passieve copingstijl. De schaal bevat voor de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis één item waar rekening mee gehouden moet worden gedurende het onderzoek. Dit item gaat over het verlagen van spanningen door roken, drank, eten en bewegen en kan tijdens de behandeling gezien worden als een negatieve manier van ontspanning zoeken.

Schalen Utrechtse Coping Lijst (UCL)	Omschrijving van de schalen
Actief aanpakken	De situatie rustig van alle kanten bekijken, de zaken op een rijtje zetten; doelgericht en met vertrouwen te werk gaan om het probleem op te lossen.
Palliatieve reactie	Afleiding zoeken en zich met andere dingen bezighouden om niet aan het probleem te hoeven denken; proberen zich wat prettiger te voelen door te roken, drinken of zich wat te ontspannen.
Vermijden	De zaak op zijn beloop laten, de situatie uit de weg gaan of afwachten wat er gaan gebeuren
Sociale steun zoeken	Het zoeken van troost en begrip bij anderen; zorgen aan iemand vertellen of hulp vragen.
Passief reactiepatroon	Zich volledig door de problemen en de situatie in beslag laten nemen, de zaak somber inzien, zich piekerend in zichzelf terugtrekken, niet in staat zijn om iets aan de situatie te doen: piekeren over het verleden
Expressie van emoties	Het laten blijken van ergernis of kwaadheid; spanningen afreageren
Geruststellende en troostende gedachten	Zichzelf geruststellen met de gedachte dat na regen zonneshijn komt, dat anderen het ook wel eens moeilijk hebben of dat er nog wel ergere dingen gebeuren; jezelf moet inspreken.

Figuur 2. Beschrijving van de schalen van de Utrechtse Coping Lijst (Schreurs et al., 1993)

2.4 Statistische analyse

De data werd geanalyseerd met Statistical Package for Social Science (SPSS 22). Met een descriptieve analyse werden de demografische en klinische gegevens van patiënten die een DGT of ST behandeling volgden samen geanalyseerd. Vervolgens werden de demografische en klinische gegevens van de patiënten die een DGT of ST behandeling volgden afzonderlijk onderzocht. De verschillen tussen beide behandelingen op het gebied van demografische en klinische gegevens werd onderzocht middels chi square tests of onafhankelijke t-testen. Dezelfde analyses werden uitgevoerd om de verschillen tussen de patiënten die één of meerdere metingen hadden ingevuld te onderzoeken.

De vragenlijst werd niet exact om de 3 maanden aan de patiënt voorgelegd. Er werd voor gekozen om de data te verdelen over 4 meetmomenten waarbij T0 de beginmeting is, T1 de meting na 4 maanden, T2 de meting na 8 maanden en T3 de meting na 12 maanden behandeling is. Er werd een marge ingesteld van 2 maanden, de vragenlijst telde nog mee voor een bepaalde meting wanneer hij binnen twee maanden voorafgaand aan het meetmoment of binnen twee maanden na het meetmoment was ingevuld. Tabel 1 geeft een overzicht van deze gegevens weer.

Er werd gebruik gemaakt van gepaarde t-testen en van repeated measures ANOVA om de verbeteringen op het gebied van copingvaardigheden te onderzoeken. Gepaarde t-testen werden gebruikt om te toetsen of de gemiddelden tussen twee gepaarde metingen van elkaar verschilden. Iedere schaal werd afzonderlijk onderzocht op verschillen. Er werd gekeken naar de verschillen tussen de gemiddelden op meetmoment T0 en T1, T1 en T2, T2 en T3, T0 en T2 en T0 en T3.

Vervolgens werd er een repeated measures ANOVA uitgevoerd om de gemiddelden van de groep over tijd met elkaar te vergelijken. Per schaal werden de gemiddelden van drie meetmomenten vergeleken, T0, T1 en T2. Een groot deel van de patiënten was met ontslag of vulde de vragenlijst niet meer in op meetmoment T3. Om de power en de betrouwbaarheid voldoende te houden werd ervoor gekozen om meetmoment T3 niet mee te nemen in de repeated measures ANOVA.

De power werd met behulp van repeated measures ANOVA berekend voor de klinische behandeling en de behandeling met DGT en ST afzonderlijk, om te onderzoeken of er voldoende patiënten deelnamen aan het onderzoek en of de gegevens geïnterpreteerd kunnen worden. Vervolgens werd Cohen's d berekend met de gemiddelden en de standaarddeviaties die voortkwamen uit de repeated measures ANOVA. Deze analyse gaf inzicht in de sterkte van de verschillen tussen twee meetmomenten. De beginmeting en de meting op 8 maanden werden met elkaar vergeleken. Er was sprake van een klein effect wanneer de effectgrootte .20 was, een middelgroot effect bij .50 en een groot effect bij .80 (Cohen 1988).

Deze testen werden allereerst uitgevoerd voor de klinische behandeling, waarbij zowel DGT als ST werden meegenomen. Vervolgens werden gepaarde t-testen en repeated measures ANOVA uitgevoerd bij de behandeling met DGT en ST afzonderlijk.

De verschillen tussen veranderingen op de copingvaardigheden tijdens de DGT en ST behandeling zijn onderzocht met behulp van een repeated measures ANOVA, met “behandelprogramma” als between subject variabele.

Tabel 1. Indeling van de verzamelde data op meetmomenten, maanden, marge

Meetmoment	T0	T1	T2	T3
Maand	0	4	8	12
Marge in maanden	+ 2	+/- 2	+/- 2	+/- 2

3.0 Resultaten

3.1 Demografische en klinische gegevens

Tabel 2 geeft ondermeer de demografische en klinische gegevens van de 74 deelnemende patiënten weer. Opvallend was het lage aantal mannelijke patiënten binnen de klinische behandeling. Slechts één vijfde deel van de patiënten was man. De opleidingen HAVO en LBO/MAVO/VMBO waren het meest vertegenwoordigd. Het grootste deel van de patiënten was gediagnosticeerd met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Een persoonlijkheidsstoornis in cluster C kwam ook veel voor. Comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen was veelvoorkomend. Veel patiënten waren gediagnosticeerd met meer dan één persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast was er sprake van comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en As I problematiek. Bij een As I stoornis kan het bijvoorbeeld gaan om middelenafhankelijkheid, een eetstoornis of een depressieve stoornis. Een deel van de gegevens was niet bekend. Het gaat om ontbrekende en onbekende gegevens in de persoonlijke situatie, behandelduur en diagnoses van de patiënten. Deze zijn niet ingevuld door de kliniek gedurende de afname van de UCL.

Tabel 2 geeft daarnaast de 45 patiënten weer die niet werden meegenomen in het onderzoek naar de verbetering van copingvaardigheden vanwege het feit dat zij enkel de beginmeting (T0) hadden ingevuld. Er werd onderzocht of er verschillen bestonden tussen de patiënten die één meting hadden ingevuld of meerdere metingen om te kijken of er mogelijk negatieve behandelindicatoren aangewezen konden worden. Naast de behandelduur verschilde enkel de leeftijd van patiënten met één meting of meerdere metingen significant. Patiënten die slechts één meting hadden ingevuld hadden gemiddeld een lagere leeftijd dan patiënten die meerdere metingen hadden ingevuld.

De demografische en klinische gegevens van de behandeling met DGT en ST werden afzonderlijk onderzocht en vervolgens met elkaar vergeleken. De gegevens zijn opgenomen in tabel 3. Er werden significante verschillen waargenomen tussen de twee behandelingen op het gebied van opleidingsniveau en diagnose. Patiënten die een DGT behandeling hadden gevolgd hadden vaker een lagere opleiding genoten dan de patiënten die behandeld werden met ST, respectievelijk LBO/MAVO/VMBO en HAVO. Een cluster B persoonlijkheidsstoornis kwam vaker voor bij patiënten die een DGT behandeling volgden. Patiënten die behandeld werden met ST werden vaker gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis die valt in cluster C.

Tabel 2. Demografische en klinische gegevens van patiënten die hebben deelgenomen aan de effectmeting en van patiënten die enkel de beginmeting hebben ingevuld.

Variabele	Meerdere metingen n= 74	één meting n=45	p waarde
<i>Leeftijd (M, SD)</i>	27.7(6.4)	25.2 (4.6)	.025*
<i>Geslacht n (%)</i>			
Man	15 (20.3%)	8 (17.8%)	.738
Vrouw	59 (79.7%)	37 (82.2%)	
<i>Opleiding n (%)</i>			.843
Geen	6 (8.1%)	4 (8.9%)	
Lager onderwijs	1(1.4%)	1 (2.2%)	
LBO/MAVO/VMBO	26 (35.1%)	15 (33.3%)	
HAVO	26 (35.1%)	16 (35.6%)	
VWO	5 (6.8%)	2 (4.4%)	
HBO	3 (4.1%)	5 (11.1%)	
Universiteit	7 (9.5%)	2 (4.4%)	
<i>Persoonlijke situatie (n %)</i>			.407
Gehuwd/samenwonend	5 (6.8%)	2 (4.4%)	
Gescheiden	2 (2.7%)	0	
Woont zelfstandig	17 (23.0%)	7 (15.6%)	
Woont bij ouders	15 (20.3%)	5 (11.1%)	
Anders	9 (12.2%)	0	
Onbekend	26 (35.1%)	31 (68.9%)	
<i>Behandelprogramma n (%)</i>			.947
Dialectische gedragstherapie	35(47.3%)	21 (47.3%)	
Schema Therapie	39 (52.7%)	24 (53.3%)	
<i>Behandelduur M (SD)</i>	9.0 (2.530)	2.7 (3.383)	.000*
<i>Missende waarden n (%)</i>	13(17.6%)	5 (11.1%)	
<i>As-II DSM-IV diagnose n (%)**</i>			
Cluster A	0 (64.9%)	0 (31.1%)	
Cluster B	36 (48.6%)	9 (20.0%)	.429
Cluster C	26 (35.1%)	6 (13.3%)	.456
Pers NAO	15 (17.6%)	6 (13.3%)	.419
Onbekend	26 (35.1%)	31 (68.9%)	
<i>Aantal As-II diagnoses DSM-IV n (%)</i>			.373
1 diagnose	22 (29.7%)	8 (17.8%)	
2 diagnoses	11 (14.9%)	3 (6.7%)	
3 diagnoses	13 (17.6%)	3 (6.7%)	
4 diagnoses	2 (2.7%)	0	
Onbekend	26 (35.1%)	31 (68.9%)	
<i>Aantal As-I diagnoses DSM-IV n (%)</i>			.444
Geen diagnose	7 (9.5%)	1 (2.2%)	
1 diagnose	22 (29.7%)	9 (20%)	
2 diagnoses	15 (20.3%)	4 (8.9%)	
3 diagnoses	5 (6.8%)	0	
Onbekend	25 (33.8%)	31 (68.9%)	

* p < .05

**Noot, patiënten zijn gediagnosticeerd met persoonlijkheidsstoornissen over meerdere clusters.

Tabel 3. Demografische en klinische gegevens van patiënten die een behandeling met Dialectische Gedragstherapie of Schema Therapie volgen

<i>Variabele</i>	<i>DGT</i>	<i>ST</i>	
<i>Patiënten</i>	<i>n= 35</i>	<i>n= 39</i>	<i>p waarde</i>
<i>Leeftijd M (SD)</i>	29.1 (7.6)	26.5(4.8)	.080
<i>Geslacht n (%)</i>			.073
<i>Man</i>	4 (11.4%)	11(29.2%)	
<i>Vrouw</i>	31(88.6%)	28(71.8%)	
<i>Opleiding n (%)</i>			.002*
<i>Geen</i>	4 (11.4%)	2 (5.1%)	
<i>Lager onderwijs</i>	1 (2.9%)	0	
<i>LBO/MAVO/VMBO</i>	19 (54.3%)	7 (17.9%)	
<i>HAVO</i>	8(22.9%)	18 (46.2%)	
<i>VWO</i>	1 (2.9%)	4 (10.3%)	
<i>HBO</i>	0	3 (7.7%)	
<i>Universiteit</i>	2 (5.7%)	5 (12.8%)	
<i>Persoonlijke situatie (n %)</i>			.065
<i>Gehuwd/samenwonend</i>	3 (8.6%)	2 (5.1%)	
<i>Gescheiden</i>	2 (5.7%)	0	
<i>Woont zelfstandig</i>	12 (34.3%)	5 (12.8%)	
<i>Woont bij ouders</i>	5 (14.3%)	10 (25.6%)	
<i>Anders</i>	3 (8.6%)	6 (15.4%)	
<i>Onbekend</i>	10 (28.6%)	16 (41.0%)	
<i>Behandelduur M (SD)</i>	8.3 (2.42)	9.5 (2.37)	.051
<i>Missende waarden n (%)</i>	8 (22.9%)	5 (12.8%)	
<i>As-II DSM-IV diagnose n (%)**</i>			
<i>Cluster A</i>	0 (0%)	0 (0%)	
<i>Cluster B</i>	23 (65.7%)	13 (33.3%)	.005*
<i>Cluster C</i>	9 (25.7%)	17 (43.6%)	.008*
<i>Pers NAO</i>	8 (22.9%)	7 (17.9%)	.907
<i>Onbekend</i>	10(28.6%)	16 (41.0%)	
<i>Aantal As-II diagnoses DSM-IV n (%)</i>			.307
<i>1 diagnose</i>	13 (37.1%)	9 (23.1%)	
<i>2 diagnoses</i>	6 (17.1%)	5 (12.8%)	
<i>3 diagnoses</i>	5 (14.3%)	8 (20.5%)	
<i>4 diagnoses</i>	1 (2.9%)	1 (2.6%)	
<i>Onbekend</i>	10 (28.6%)	16 (41.0%)	
<i>Aantal As-I diagnoses DSM-IV n (%)</i>			.166
<i>Geen diagnose</i>	5 (14.3%)	2 (5.1%)	
<i>1 diagnose</i>	11 (31.4%)	11(28.2%)	
<i>2 diagnoses</i>	8 (22.9%)	7 (17.9%)	
<i>3 diagnoses</i>	1 (2.9%)	4 (10.3%)	
<i>Onbekend</i>	12 (28.6%)	18 (41.9%)	

* $p < .05$

**Noot, patiënten zijn gediagnosticeerd met persoonlijkheidsstoornissen over meerdere clusters.

Onderstaande resultaten werden per groep geanalyseerd en gerapporteerd. Allereerst werd er onderzoek gedaan naar de klinische behandeling waarin zowel DGT als ST werden meegenomen. Vervolgens werden de beide klinische behandelingen afzonderlijk geanalyseerd en beschreven

3.2 Klinische behandeling

3.2.1 Deelnemende patiënten per meting

Tabel 4 geeft een overzicht van het aantal patiënten dat per meting heeft deelgenomen. Zoals hierboven beschreven bevatten de DGT en ST behandelingen samen 74 patiënten. De 74 patiënten hebben zowel meting T0 als T1 ingevuld. Doordat patiënten met ontslag gingen of zij om een onbekende reden gestopt waren met het invullen van de vragenlijst nam het aantal deelnemende patiënten af op de meting na 8 maanden (T2) en 12 maanden (T3). Op meetmoment T2 waren er nog 43 patiënten die de vragenlijst hadden ingevuld en op T3 waren dat er nog 25.

Tabel 4. Aantal patiënten dat de vragenlijst heeft ingevuld per meetmoment (n=74)

Meetmoment	T0	T1	T2	T3
Ingevuld n (%)	74 (100%)	74 (100%)	43 (58.1%)	25 (35.1%)
Ontslag n (%)	0	0	10 (13.5%)	27 (36.5%)
Gestopt met invullen n (%)	0	0	21 (28.4%)	22 (29.7%)

3.2.2 Copingvaardigheden beginmeting

Om een beeld te krijgen van de copingstijlen die patiënten aan het begin van de behandeling hanteerden werden de gemiddelde scores op de 7 schalen van de UCL berekend. De gemiddelde scores werden vervolgens vergeleken met de normscores voor de algemene bevolking. Deze normen van de UCL zijn opgedeeld in normen voor mannen en vrouwen. Beide normtabellen van de UCL zijn terug te vinden in de bijlage 6.2. Er werd onderzocht hoe de deelnemers aan de DGT en ST behandeling samen scoorden ten opzichte van de algemene bevolking.

Wanneer de scores van de beide behandelingen samen vergeleken werden met de scores van de algemene populatie was te zien dat de mannelijke patiënten laag scoorden op de schaal actief aanpakken. Zij scoorden zeer hoog op de passieve copingstijlen; palliatieve reactie, vermijden en passief reactiepatroon. De vrouwen in deze groep scoorden zeer laag op de schaal actief aanpakken en laag op de schaal sociale steun zoeken. Op de passieve copingstijlen scoorden zij zeer hoog op passief reactiepatroon en hoog op vermijden. De gegevens zijn terug te vinden in tabel 5

Tabel 5. Gemiddelde scores per schaal van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking

Schalen	mannen n=15		vrouwen n=59	
	T0	vergelijking met normscore	T0	vergelijking met normscore
Actief aanpakken	1.943 (.445)	laag	1.855 (.518)	zeer laag
Palliatieve reactie	2.575 (.417)	zeer hoog	2.398 (.408)	gemiddeld
Vermijden	2.725 (.436)	zeer hoog	2.426 (.489)	hoog
Sociale steun zoeken	1.800 (.679)	gemiddeld	1.898 (.638)	laag
Passief reactiepatroon	2.991 (.447)	zeer hoog	2.634 (.557)	zeer hoog
Expresse van emoties	2.156 (.825)	gemiddeld	2.153 (.723)	gemiddeld
Geruststellende gedachten	2.053 (.665)	gemiddeld	2.061 (.487)	gemiddeld

3.2.3 Effecten tijdens een klinische behandeling

Er werden gepaarde t-testen uitgevoerd om mogelijke verschillen tussen de gemiddelden van twee meetmomenten te onderzoeken. Beide klinische behandelingen, DGT en ST waren meegenomen in de analyse. De analyse werd uitgevoerd tussen T0 en T1, T1 en T2, T2 en T3, T0 en T2 en T0 en T3. De resultaten zijn terug te vinden in tabel 6 en 7.

De analyses lieten zien dat de schaal actief aanpakken gedurende de hele behandeling verbeterd. Er werd een significant verschil gevonden tussen de beginmeting (T0) en de meting na 4 maanden (T1) bij de schalen, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten hanteren. Patiënten maakten meer gebruik van de copingstijlen palliatieve reactie, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten hanteren. Patiënten maakten minder gebruik van vermijdende copingstrategieën. Op bovenstaande schalen werd er geen significante toe- of afname gevonden tussen 4 (T1) en 8 (T2) maanden en tussen 8 (T2) en 12 (T3) maanden. Het passief reactiepatroon van patiënten was significant afgenomen tussen de beginmeting (T0) en de meting na 4 maanden (T1) en tussen de meting na 4 maanden (T1) en 8 maanden (T2). De enige schaal waar geen significante verbetering werd gevonden was expressie van emoties.

Tabel 6. Effecten tijdens een klinische behandeling op de copingvaardigheden: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n= 74		n= 43		n= 25	
	T0	T1	T1	T2	T2	T3
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	1.873 (.058)	2.241 (.543)*	2.169 (.442)	2.362 (.681)*	2.217 (.639)	2.406 (.565)*
Palliatieve reactie	2.434 (.413)	2.586 (.372)*	2.628 (.391)	2.674 (.369)	2.710 (.414)	2.720 (.468)
Vermijden	2.487 (.491)	2.341 (.465)*	2.400 (.492)	2.355 (.486)	2.395 (.504)	2.380 (.512)
Sociale steun zoeken	1.878 (.643)	2.255 (.605)*	2.132 (.507)	2.271 (.615)	2.207 (.635)	2.487 (.603)*
Passief reactiepatroon	2.707 (.553)	2.471 (.649)*	2.558 (.600)	2.369 (.630)*	2.446 (.647)	2.406 (.730)
Expressie van emoties	2.153 (.739)	2.189 (.582)	2.163 (.570)	2.271 (.511)	2.373 (.530)	2.427 (.635)
Geruststellende gedachten	2.060 (.523)	2.224 (.545)*	2.140 (.497)	2.284 (.599)	2.208 (.573)	2.408 (.549)

*p < 0.05

Tabel 7. Effecten tijdens klinische behandeling op de copingvaardigheden: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n=43		n= 25	
	T0	T2	T0	T3
	M (SD)	M(SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	1.831 (.483)	2.362 (.681)*	1.760 (.403)	2.406 (.565)*
Palliatieve reactie	2.410 (.455)	2.674 (.369)*	2.415 (.467)	2.720 (.468)*
Vermijden	2.544 (.446)	2.355 (.446)*	2.580 (.459)	2.380 (.512)*
Sociale steun zoeken	1.740 (.545)	2.271 (.615)*	1.687(.630)	2.487 (.603)*
Passief reactiepatroon	2.741 (.537)	2.369 (.630)*	2.829 (.507)	2.406 (.730)*
Expressie van emoties	2.116 (.793)	2.271 (.511)	2.213 (.887)	2.427 (.635)
Geruststellende gedachten	2.037 (.481)	2.284 (.599)*	1.960 (.490)	2.408 (.549)*

*p < 0.05

Een univariate repeated measures ANOVA was uitgevoerd om de longitudinale data te analyseren. De repeated measures ANOVA werd gebruikt om de gemiddelden van groepen over tijd met elkaar te vergelijken. Er werd gecontroleerd voor de verschillende veronderstellingen waar een ANOVA analyse aan moet voldoen. De metingen tot 8 maanden (T2) werden meegenomen in de analyse zodat er voldoende patiënten in iedere meting aanwezig waren en de power daardoor hoog genoeg was.

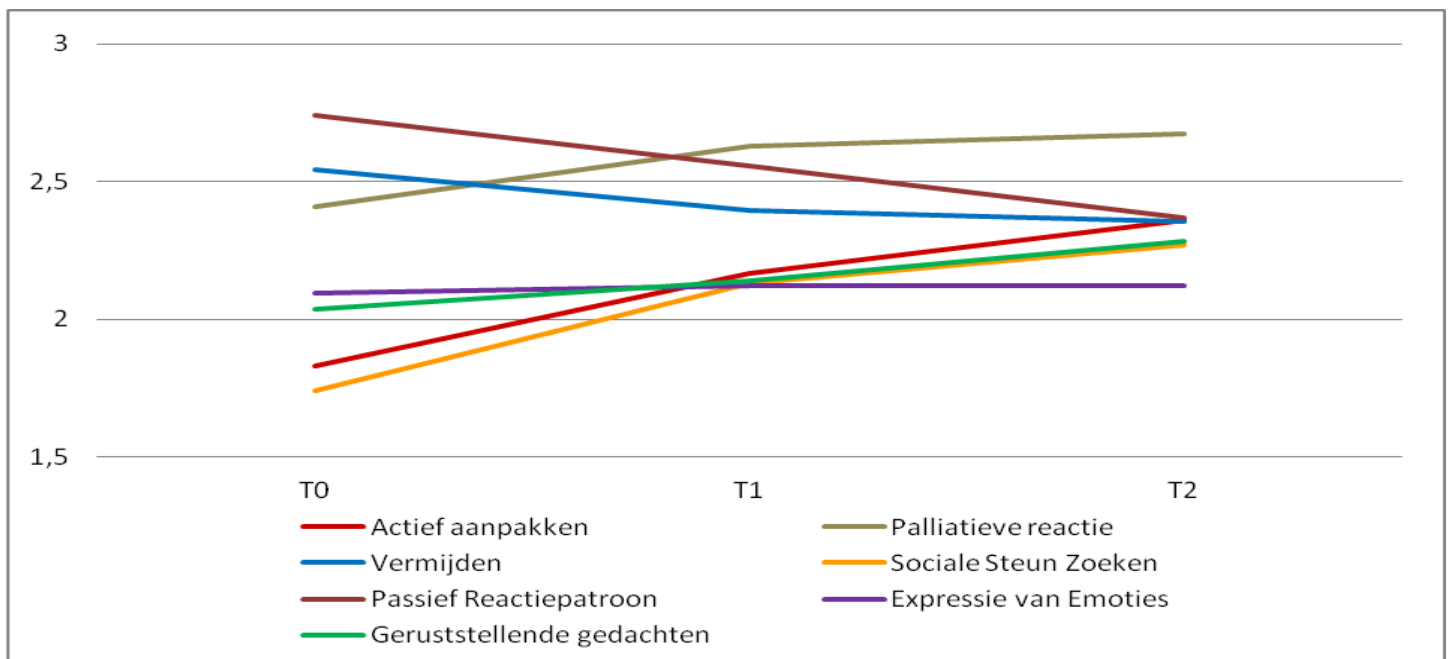
De effecten van de metingen over tijd zijn te vinden in tabel 8 en figuur 3. 43 patiënten van de DGT en ST behandeling hadden T0, T1 en T2 ingevuld en werden meegenomen in de analyse. De resultaten lieten zien dat drie van de vier actieve copingstijlen significant waren verhoogd; actief aanpakken, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten. Passief reactiepatroon en vermijden waren beide verlaagd tijdens het volgen van een behandeling met DGT of ST. Er was ook significante toename waargenomen op de schaal palliatieve reactie. De schaal expressie van emotie liet geen verschil zien. Actief aanpakken is bij de patiënten gemiddeld het sterkst verbeterd, gevolgd door sociale steun zoeken.

Zoals beschreven nam palliatieve reactie tijdens de behandeling toe. De verhoging van één item (item 16) op deze schaal was niet wenselijk voor de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Dit item gaat over spanningen verlagen door roken, drank, eten en bewegen en kan tijdens de behandeling gezien worden als een negatieve manier van ontspanning zoeken. De overige items kunnen gezien worden als een positieve manier van ontspanning zoeken. Om te onderzoeken of de toename van de schaal palliatieve reactie niet tot stand kwam doordat patiënten meer gingen drinken of eten, werden de gemiddelden van alle items van deze schaal berekend en met elkaar vergeleken. De gemiddelden lieten zien dat de gemiddelde score op dat item af nam tijdens de behandeling.

Tabel 8. Effecten tijdens de klinische behandeling over tijd per schaal van de Utrechtse Coping Lijst (n=43)

Schaal	T0		T1		T2		Repeated Measures		
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	Power
Actief aanpakken	1.831	.483	2.169	.442	2.362	.681	22.640	.000*	1.000
Palliatieve reactie	2.410	.455	2.628	.391	2.674	.369	7.786	.001*	.944
Vermijden	2.544	.446	2.395	.492	2.355	.486	5.322	.009*	.787
Sociale steun zoeken	1.740	.545	2.132	.507	2.271	.615	18.828	.000*	.1.000
Passief reactiepatroon	2.741	.537	2.558	.600	2.369	.630	13.220	.000*	.996
Expressie van emoties	2.094	.785	2.123	.589	2.123	.751	.055	.933	.058
Geruststellende gedachten	2.037	.481	2.140	.497	2.284	.540	0715	.040*	.609

* p<0.05



Figuur 3. Veranderingen tijdens een klinische behandeling over tijd op de 7 copingvaardigheden van de Utrechtse Coping Lijst

Met behulp van een post hoc Bonferroni test werd er onderzocht wanneer de verandering in copingvaardigheden zichtbaar werd. De momenten waar naar gekeken werden waren wederom, T0 en T1, T1 en T2 en T0 en T2, wat overeenkomt met beginmeting en 4 maanden, 4 maanden en 8 maanden en beginmeting en de meting op 8 maanden. Er werd vastgesteld dat de schaal actief aanpakken bij iedere meting significant verbeterde ten opzichte van voorgaande meting. Palliatieve reactie nam toe tussen T0 en T1. Daarnaast werd er op deze schaal een significant verschil waargenomen tussen T0 en T2. Op de schaal vermijden werd een significant afname waargenomen tussen T0 en T2. Tussen T0 en T1 en tussen T0 en T2 werden er een significante toenames gevonden op de schaal sociale steun zoeken. Gedurende de hele behandeling nam passief reactiepatroon af. De resultaten zijn terug te vinden in de bijlage 6.1.1.

3.2.4 Copingvaardigheden eindmeting

Om inzicht te krijgen in de veranderingen die plaats hadden gevonden gedurende de klinische behandeling, zijn de gemiddelden van de 7 UCL schalen van de beginmeting vergeleken met de gemiddelden van de meting na 8 maanden. De gemiddelde scores werden beide vergeleken met de normgroep, de algemene bevolking. Er werd getracht te onderzoeken of de gemiddelden van de patiënten na de klinische behandeling meer overeen kwamen met de normen voor de algemene bevolking. Beide normtabellen van de UCL zijn terug te vinden in bijlage 6.2.

De gemiddelde scores per schaal van de UCL aan het einde van de behandeling werden vergeleken met de normscores van de algemene bevolking. Vervolgens werden deze scores vergeleken met de scores en bijbehorende normen die patiënten behaalden aan het begin van de behandeling. Bij de mannen was te zien dat zij op de schaal actief aanpakken van een lage naar een gemiddelde score gingen. Er was ook verandering te zien op de schaal sociale steun zoeken, deze schaal ging van gemiddeld naar hoog. De mannelijke patiënten gingen met behulp van de klinische behandeling hun emoties meer uiten. Zij scoorden op de beginmeting gemiddeld en tijdens de meting na 8 maanden scoorden ze hoog op de schaal expressie van emoties. Bij de vrouwelijke patiënten werden verschillen gevonden ten aanzien van de algemene bevolking op de schalen actief aanpakken, sociale steun zoeken en expressie van emoties. De beginmeting liet bij de schaal actief aanpakken een zeer lage gemiddelde score zien, deze score is tijdens klinische behandeling omhoog gegaan naar gemiddeld. De schaal sociale steun zoeken is van laag naar hoog gegaan en de schaal expressie van emoties is van gemiddeld naar hoog gegaan gedurende de behandeling. De gegevens zijn terug te vinden in tabel 10.

Tabel 10. Begin- en eindscores op de schalen van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking.

Schaal	man				vrouw			
	n=15		n=10		n=59		n=33	
	T0	normscore	T2	normscore	T0	normscore	T2	normscore
Actief aanpakken	1.943 (.445)	laag	2.443 (.407)	gemiddeld	1.855 (.518)	zeer laag	2.338 (.748)	gemiddeld
Palliatieve reactie	2.575 (.417)	zeer hoog	2.838 (.493)	zeer hoog	2.398 (.408)	gemiddeld	2.625 (.316)	gemiddeld
Vermijden	2.725 (.436)	zeer hoog	2.588 (.486)	zeer hoog	2.426 (.489)	hoog	2.284 (.471)	hoog
Sociale steun zoeken	1.800 (.679)	gemiddeld	2.250 (.557)	hoog	1.898 (.638)	laag	2.278 (.640)	hoog
Passief reactiepatroon	2.991 (.447)	zeer hoog	2.543 (.631)	zeer hoog	2.634 (.557)	zeer hoog	2.316 (.630)	zeer hoog
Expresse van emoties	2.156 (.825)	gemiddeld	2.500 (.478)	hoog	2.153 (.723)	gemiddeld	2.202 (.506)	hoog
Geruststellende gedachten	2.053 (.665)	gemiddeld	2.280 (.444)	gemiddeld	2.061 (.487)	gemiddeld	2.285 (.644)	gemiddeld

3.2.5 Effectgrootte

Tijdens een klinische behandeling zijn er veranderingen opgetreden ten aanzien van de copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De effectgrootte was berekend om inzicht te krijgen in de sterkte van het verschil tussen twee meetmomenten. Er werd gekeken naar de sterkte van het verschil tussen de beginmeting (T0) en de meting na 8 maanden (T2). De gegevens zijn terug te vinden in tabel 9. Er was sprake van een groot effect bij de toename van actief aanpakken en sociale steun zoeken. Een middelgroot effect werd gevonden bij de toename van palliatieve reactie en de afname van passief reactiepatroon. Tot slot zorgt de afname van vermijden en de toename van geruststellende gedachten voor een matig effect.

Tabel 9. Cohen's d tussen meetmoment T0 en T2 van de klinische behandeling

Schaal	Cohen's d
Actief aanpakken	0.899
Palliatieve reactie	0.637
Vermijden	0.405
Sociale steun zoeken	0.914
Passief reactiepatroon	0.636
Expressie van emoties	0.038
Geruststellende gedachten	0.483

3.3 Dialectische gedragstherapie

3.3.1 Deelnemende patiënten per meting

Tabel 11 geeft een overzicht van het aantal patiënten dat per meting heeft deelgenomen. Er waren 35 patiënten van de DGT behandeling die zowel meting T0 als T1 hadden ingevuld. Het aantal patiënten per meting liep terug door ontslag of het niet invullen van de vragenlijst. Op meetmoment T2 werd de vragenlijst nog door 21 patiënten ingevuld en op meetmoment T3 nog door 9 patiënten. Tabel 11 geeft een overzicht van de beschreven gegevens.

Tabel 11. Aantal patiënten dat de vragenlijst heeft ingevuld per meetmoment van de DGT behandeling (n=35)

Meetmoment	T0	T1	T2	T3
Ingevuld programma 1, n (%)	35 (100%)	35 (100%)	21 (60%)	9 (25.7%)
Ontslag n (%)	0	0	4 (11.4%)	12 (34.3%)
Gestopt met invullen n (%)	0	0	10 (28.6%)	14 (40.0%)

3.3.2 Copingvaardigheden beginmeting

Om te bepalen hoe de deelnemende patiënten scoorden op de 7 schalen van de UCL, werd de gemiddelde score vergeleken met de normen zoals gesteld voor de algemene bevolking. Mannen en vrouwen werden in deze normtabellen afzonderlijk beschreven. Het gemiddelde van de mannelijke DGT patiënten was zeer laag op de schaal actief aanpakken vergeleken met de algemene bevolking. De mannen scoorden zeer hoog op de schalen vermijden en passief reactiepatroon. Zij scoorden hoog op palliatieve reactie en expressie van emoties. De vrouwen binnen de DGT behandeling scoorden eveneens zeer laag op de actieve copingstijl, actief aanpakken. Verder scoorden zij vergeleken met de algemene bevolking laag op sociale steun zoeken. Ook de vrouwen scoorden zeer hoog op passief reactiepatroon en hoog op vermijden. De score op expressie van emoties was hoog, wat gelijk staat aan de score van de mannen op deze schaal. Gegevens zijn terug te vinden in tabel 12.

Tabel 12. Gemiddelde scores per schaal van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking, DGT behandeling

Schalen	mannen n=4		vrouwen n=31	
	T0	vergeleken met normscore	T0	vergeleken met normscore
Actief aanpakken	1.786 (.412)	zeer laag	1.724 (.525)	zeer laag
Palliatieve reactie	2.479 (.277)	hoog	2.387 (.390)	gemiddeld
Vermijden	2.531 (.329)	zeer hoog	2.436 (.482)	hoog
Sociale steun zoeken	1.583 (.397)	gemiddeld	1.769 (.449)	laag
Passief reactiepatroon	3.000 (.522)	zeer hoog	2.728 (.525)	zeer hoog
Expressie van emoties	2.500 (.839)	hoog	2.280 (.525)	hoog
Geruststellende gedachten	2.200 (.673)	gemiddeld	1.974 (.371)	gemiddeld

3.3.3 Effecten tijdens een behandeling met Dialectische Gedragstherapie

De verschillen tussen de gemiddelden van twee meetmomenten werden onderzocht door gepaarde t-testen uit te voeren. T0 en T1 zijn met elkaar vergeleken, T1 en T2, T2 en T3 en T0 en T3. Vanwege het lage aantal deelnemende patiënten op meetmoment T3 werd er gekozen om T0 en T2 met elkaar te vergelijken om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten. Vervolgens werd er onderzocht of er grote verschillen gevonden werden tussen T0 en T2 en T0 en T3. De gegevens zijn opgenomen in tabel 13.

De resultaten lieten zien dat de schaal actief aanpakken significant verhoogd was tussen de meting, T0 en T1, T1 en T2 en T0 en T3. Tussen de beginmeting (T0) en de meting na 4 maanden (T1) werden er significante verschillen gevonden op de schalen palliatieve reactie, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon en geruststellende gedachten. Patiënten gingen meer gebruik maken van palliatieve reactie, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten. Patiënten gingen minder gebruik maken van de copingstijl passief reactiepatroon. De resultaten gaven een significant toename weer op het gebied van sociale steun zoeken tussen de beginmeting (T0) en de eindmeting (T3). Er werd een significante afname gevonden tussen de begin- en eindmeting op de schaal passief reactiepatroon. De analyse tussen T0 en T2 liet zien dat er nog een vierde significante toename was, namelijk op de copingstijl palliatieve reactie. De overige schalen gaven dezelfde resultaten weer.

Tabel 13. Effecten tijdens de DGT behandeling op de copingvaardigheden uit de Utrechtse Coping Lijst: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n= 35		n= 21		n= 9	
	T0	T1	T1	T2	T2	T3
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	1.731 (.509)	2.180 (.580)*	2.109 (.523)	2.293 (.784)*	1.905 (.571)	2.270 (.612)
Palliatieve reactie	2.396 (.377)	2.582 (.395)*	2.577 (.445)	2.661 (.277)	2.639 (.453)	2.639 (.604)
Vermijden	2.446 (.464)	2.379 (.435)	2.458 (.446)	2.375 (.479)	2.403 (.592)	2.514 (.604)
Sociale steun zoeken	1.748 (.442)	2.233 (.680)*	2.048 (.582)	2.135 (.598)	1.907 (.442)	2.222 (.441)
Passief reactiepatroon	2.759 (.524)	2.518 (.724)*	2.660 (.648)	2.517 (.725)	2.714 (.759)	2.603 (.731)
Expressie van emoties	2.305 (.697)	2.352 (.607)	2.206 (.662)	2.238 (.579)	2.444 (.646)	2.333 (.500)
Geruststellende gedachten	2.000 (.409)	2.223 (.499)*	2.105 (.441)	2.286 (.694)	2.067 (.714)	2.267 (.625)

*p < 0.05

Tabel 14. Effecten tijdens DGT behandeling op de copingvaardigheden uit de Utrechtse Coping Lijst: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n=21		n= 9	
	T0	T1	T2 T0	T3
	M (SD)	M(SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	1.782 (.534)	2.292 (.784)*	1.730 (.315)	2.270 (.612)*
Palliatieve reactie	2.351 (.418)	2.661 (.377)*	2.333 (.442)	2.639 (.604)
Vermijden	2.530 (.426)	2.375 (.479)	2.583 (.512)	2.514 (.604)
Sociale steun zoeken	1.595 (.375)	2.135 (.598)*	1.500 (.400)	2.222 (.441)*
Passief reactiepatroon	2.850 (.499)	2.517 (.725)*	3.016 (.512)	2.603 (.731)*
Expressie van emoties	2.270 (.841)	2.238 (.579)	2.556 (1.000)	2.333 (.500)
Geruststellende gedachten	1.991 (.343)	2.286 (.694)	2.022 (.367)	2.267 (.625)

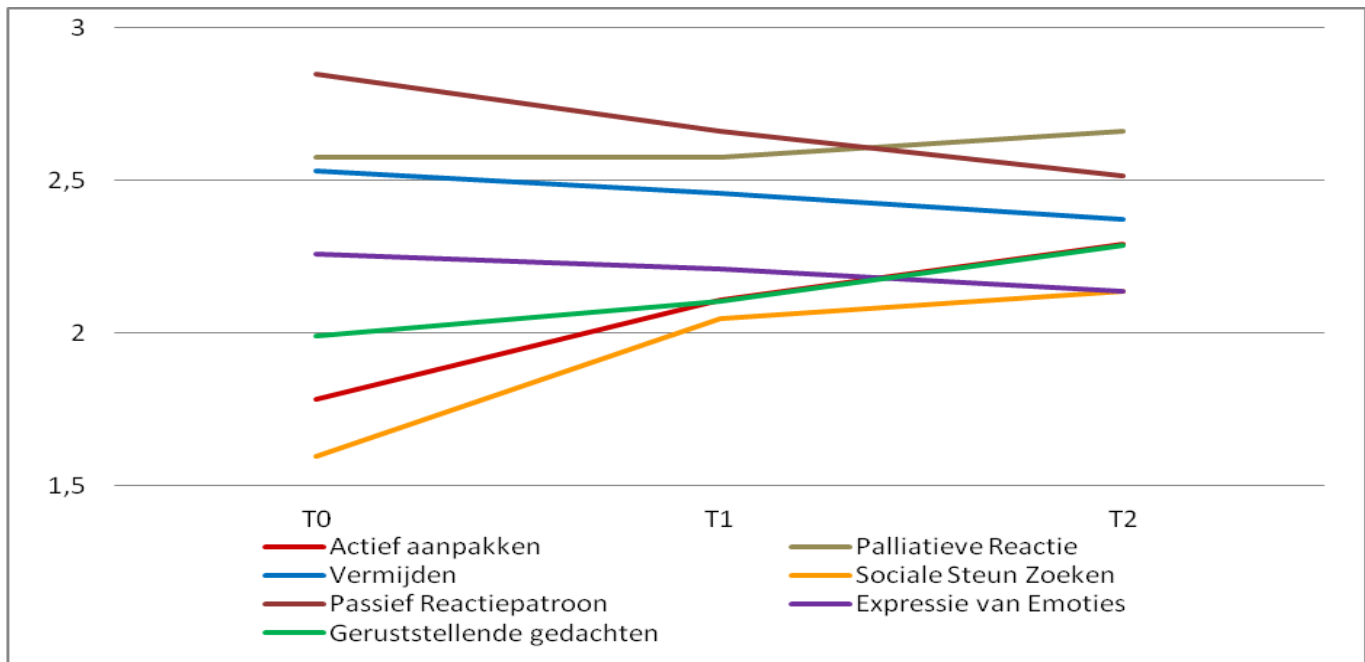
*p < 0.05

Tabel 15 en figuur 4 geven de gegevens van 21 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis weer die de beginmeting, de meting na 4 maanden en de meting na 8 maanden hebben ingevuld respectievelijk T0, T1 en T2. De patiënten behoren allen tot de groep die de behandeling met DGT gevolgd hadden. De analyse liet zien dat patiënten tijdens de behandeling meer vaardigheden ten aanzien van actief aanpakken hadden geleerd. Verder waren zij significant meer sociale steun gaan in vergelijking met de start van de behandeling. Patiënten die de DGT behandeling volgden zijn minder passief geworden ten aanzien van stressvolle situaties, de score is significant afgenomen ten opzichte van de beginmeting. De palliatieve reactie van patiënten is significant toegenomen gedurende de behandeling. Voor de schaal palliatieve reactie werd wederom gecontroleerd voor item 16; spanningen verlagen door roken, drank, eten en bewegen, zodat de negatieve manier van ontspannen niet toenam tijdens de behandeling. Tijdens de behandeling verminderde het gemiddelde op item 16. De gemiddelden op de schaal palliatieve reactie zijn terug te vinden in bijlage 6.3.

Tabel 15. Effecten tijdens de klinische behandeling over tijd per schaal van de Utrechtse Coping Lijst, DGT behandeling (n=21)

Schaal	T0		T1		T2		Repeated Measures		
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	power
Actief aanpakken	1.782	.534	2.110	.523	2.293	.784	9.569	.002*	.928
Palliatieve reactie	2.577	.418	2.578	.445	2.661	.377	4.849	.015*	.749
Vermijden	2.530	.426	2.458	.446	2.375	.479	2.339	.126	.379
Sociale steun zoeken	1.595	.375	2.048	.582	2.135	.598	11.141	.000*	.987
Passief reactiepatroon	2.850	.496	2.660	.648	2.517	.725	5.667	.008*	.820
Expressie van emoties	2.258	.823	2.212	.647	2.136	.739	.381	.675	.106
Geruststellende gedachten	1.991	.343	2.105	.441	2.286	.694	2.547	.100	.443

* p<0.05



Figuur 4. Veranderingen tijdens de DGT behandeling op 7 copingvaardigheden van de Utrechtse Coping Lijst

Middels een Post hoc Bonferroni test werd er onderzocht op welk moment in de behandeling de verandering plaats vond. De score op de schaal actief aanpakken was verbeterd van de beginmeting tot de 4 maanden en van de beginmeting naar de 8 maanden. Er werd geen significant verschil waargenomen tussen de maanden 4 en 8. Op de schaal palliatieve reactie was een verhoging te zien tussen de beginmeting en de meting na 8 maanden. Verandering op de schaal sociale steun zoeken werd gevonden tussen de beginmeting en 4 en 8 maanden behandeling. Er werd een significant verschil gevonden op passief reactiepatroon tussen de beginmeting en de meting na maand 8. De informatie is terug te vinden in bijlage 6.1.2.

3.3.4 Copingvaardigheden eindmeting

Er waren slechts 4 mannelijke patiënten die de DGT behandeling volgden, waardoor het niet mogelijk was om hun gemiddelden te vergelijken met de normscores van de algemene bevolking. De 31 vrouwelijke patiënten scoorden op de beginmeting bij de schaal actief aanpakken zeer laag vergeleken met de algemene bevolking. Tijdens de behandeling is deze score omhoog gegaan, de score op actief aanpakken was bij de meting na 8 maanden gemiddeld ten opzichte van de algemene bevolking. Palliatieve reactie ging van gemiddeld naar hoog. De score op de schaal sociale steun zoeken ging van laag naar hoog en de schaal passief reactiepatroon ging van zeer hoog naar gemiddeld wanneer de gemiddelde scores vergeleken werden met de algemene bevolking.

Tabel 16. Begin- en eindscores op de schalen van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking, DGT behandeling

Schaal	man				vrouw			
	n=31		n=19		n=4		n= 2	
	T0	normscore	T2	normscore	T0	normscore	T2	normscore
Actief aanpakken	1.786 (.412)	zeer laag	2.000 (.202)	laag	1.724 (.525)	zeer laag	2.323 (.819)	gemiddeld
Palliatieve reactie	2.479 (.277)	hoog	3.438 (.088)	zeer hoog	2.387 (.390)	gemiddeld	2.579 (.289)	hoog
Vermijden	2.531 (.329)	zeer hoog	2.625 (.354)	zeer hoog	2.436 (.482)	hoog	2.349 (.491)	hoog
Sociale steun zoeken	1.583 (.397)	gemiddeld	1.917 (.354)	gemiddeld	1.769 (.449)	laag	2.158 (.620)	hoog
Passief reactiepatroon	3.000 (.522)	zeer hoog	3.286 (.404)	zeer hoog	2.728 (.525)	zeer hoog	2.436 (.709)	gemiddeld
Expressie van emoties	2.500 (.839)	hoog	2.833 (.236)	hoog	2.280 (.525)	hoog	2.175 (.571)	hoog
Geruststellende gedachten	2.200 (.673)	gemiddeld	2.100 (.424)	gemiddeld	1.974 (.371)	gemiddeld	2.305 (.722)	gemiddeld

3.4 Schema Therapie

3.4.1 Deelnemende patiënten per meting

Tabel 17 geeft een overzicht van het aantal patiënten dat per meting heeft deelgenomen. 39 patiënten die een ST behandeling volgden hadden zowel T0 en T1 ingevuld. Dit aantal liep terug doordat patiënten met ontslag gingen of gestopt waren met het invullen van de vragenlijst. Op meetmoment T2 waren er nog 22 patiënten die de vragenlijst hadden ingevuld en op meetmoment T3 waren dat 17 patiënten

Tabel 17. Aantal patiënten dat de vragenlijst heeft ingevuld per meetmoment, ST behandeling (n=39)

Meetmoment	T0	T1	T2	T3
Ingevuld, n (%)	39 (100%)	39 (100%)	22 (56.4%)	17 (43.6%)
Ontslag n (%)	0	0	6 (15.4%)	15 (38.5%)
Gestopt met invullen n (%)	0	0	11 (28.2%)	8 (20.5%)

3.4.2 Copingvaardigheden beginmeting

Om te bepalen hoe de deelnemende patiënten scoorden op de 7 schalen van de UCL, werd de gemiddelde score vergeleken met de normen zoals gesteld voor de algemene bevolking. Mannen en vrouwen werden in de normtabellen van de UCL afzonderlijk beschreven, er werd daarom voor gekozen de patiënten die een ST behandeling volgden op te splitsen in deze twee groepen. De mannelijke patiënten scoorden vergeleken met de algemene bevolking zeer laag op actief aanpakken. Zij scoorden zeer hoog op de palliatieve reactie, vermijden en passief reactiepatroon. De vrouwelijke patiënten scoorden eveneens zeer laag op de schaal actief aanpakken vergeleken met de algemene bevolking. Zij scoorden zeer hoog op passief reactiepatroon en hoog op vermijden.

Tabel 18. Gemiddelde scores per schaal van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking, ST behandeling

Schalen	mannen n=11		vrouwen n=28	
	T0	vergeleken met normscore	T0	vergeleken met normscore
Actief aanpakken	2.000 (.461)	zeer laag	2.000 (.478)	zeer laag
Palliatieve reactie	2.614 (.463)	zeer hoog	2.411 (.434)	gemiddeld
Vermijden	2.796 (.462)	zeer hoog	2.415 (.506)	hoog
Sociale steun zoeken	1.879 (.757)	gemiddeld	2.042 (.781)	gemiddeld
Passief reactiepatroon	2.987 (.445)	zeer hoog	2.531 (.583)	zeer hoog
Expressie van emoties	2.031 (.823)	gemiddeld	2.012 (.745)	gemiddeld
Geruststellende gedachten	2.000 (.687)	gemiddeld	2.157 (.582)	gemiddeld

3.4.3 Effecten tijdens een behandeling met Schema Therapie

Mogelijke verschillen tussen de gemiddelden van twee meetmomenten werden onderzocht middels gepaarde t-testen. T0 en T1 zijn met elkaar vergeleken, T1 en T2, T2 en T3 en T0 en T3. Dit komt overeen met beginmeting en meting na 4 maanden, de meting na 4 maanden en 8 maanden, na 8 maanden en 12 maanden en de beginmeting en de meting na 12 maanden behandeling. Vanwege het relatief lage aantal proefpersonen en om de veranderingen van de copingvaardigheden te vergelijken met de DGT behandeling werd er onderzocht of er verschillen bestonden tussen T0 en T2. De schaal actief aanpakken was significant verhoogd tussen T0 en T1 en T0 en T3. Er werd een significante afname gevonden op de schaal vermijden tussen T0 en T1. De schaal sociale steun zoeken was significant toegenomen tussen, T0 en T1, T2 en T3 en T0 en T3. Patiënten vertoonden op de momenten tussen T0 en T1, T1 en T2, en T0 en T3 een verhoging op de schaal passief reactiepatroon. Er werd een significante verhoging waargenomen op de schaal expressie van emoties en geruststellende gedachten hanteren tussen de beginmeting (T0) en de eindmeting (T3).

De beginmeting werd zowel met de meting na 8 maanden als de meting na 12 maanden vergeleken. De vergelijking gaf ongeveer dezelfde verschillen weer. Er werden significante verschillen gevonden op de schalen actief aanpakken, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon en expressie van emoties. Op de schaal geruststellende gedachten werd tussen T0 en T2 geen verschil gevonden in tegenstelling tot de meting tussen T0 en T3.

Tabel 19. Effecten tijdens de ST behandeling op de copingvaardigheden uit de Utrechtse Coping Lijst: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n= 39		n= 22		n= 16	
	T0	T1	T1	T2	T2	T3
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	2.000 (.467)	2.297 (.509)*	2.227 (.352)	2.429 (.577)	2.393 (.623)	2.482 (.542)
Palliatieve reactie	2.468 (.446)	2.590 (.355)	2.676 (.336)	2.688 (.370)	2.750 (.401)	2.766 (.387)
Vermijden	2.522 (.518)	2.308 (.494)*	2.335 (.531)	2.335 (.504)	2.391 (.467)	2.304 (.467)
Sociale steun zoeken	1.996 (.768)	2.274 (.536)*	2.212 (.422)	2.402 (.616)	2.375 (.676)	2.635 (.642)*
Passief reactiepatroon	2.659 (.580)	2.429 (.580)*	2.461 (.549)	2.227 (.500)*	2.295 (.543)	2.295 (.729)
Expressie van emoties	2.017 (.757)	2.043 (.508)	2.121 (.477)	2.303 (.447)	2.333 (.471)	2.480 (.709)
Geruststellende gedachten	2.113 (.608)	2.226 (.590)	2.173 (.553)	2.282 (.508)	2.288 (.484)	2.488 (.506)

*p < 0.05

Tabel 20. Effecten tijdens de ST behandeling op de copingvaardigheden uit de Utrechtse Coping Lijst: verschil tussen de gemiddelden per meting

Schaal	n=22		n= 16	
	T0	T2	T0	T3
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Actief aanpakken	1.877 (.437)	2.429 (.577)*	1.777 (.455)	2.482 (.542)*
Palliatieve reactie	2.466 (.491)	2.688 (.370)	2.461 (.489)	2.766 (.387)
Vermijden	2.557 (.475)	2.335 (.504)	2.578 (.445)	2.305 (.456)
Sociale steun zoeken	1.879 (.647)	2.402 (.616)*	1.792 (.719)	2.635 (.642)*
Passief reactiepatroon	2.636 (.566)	2.227 (.500)*	2.723 (.488)	2.295 (.729)*
Expressie van emoties	1.970 (.734)	2.303 (.447)*	2.021 (.784)	2.479 (.709)*
Geruststellende gedachten	2.082 (.588)	2.282 (.508)	1.925 (.556)	2.488 (.506)*

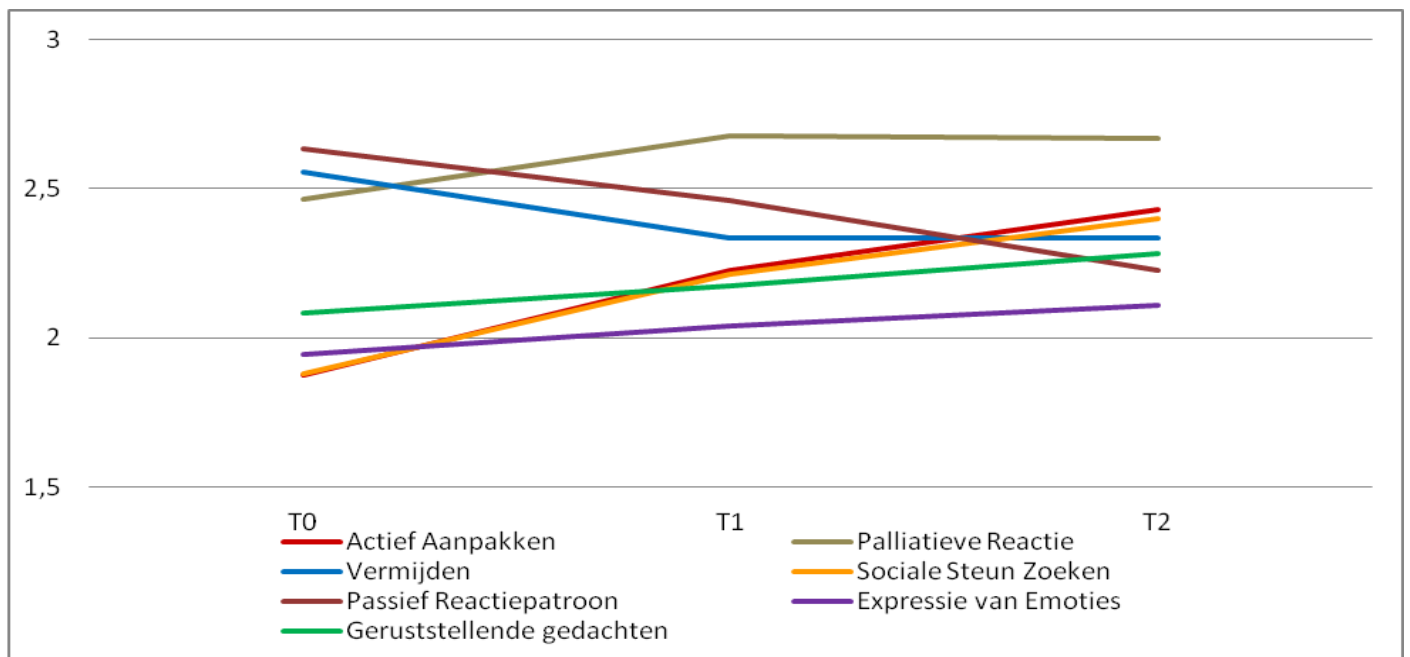
*p < 0.05

In tabel 21 en figuur 5 staan de effecten van 22 patiënten die verkregen zijn middels een repeated measures ANOVA. Zij hadden allen de drie metingen (T0, T1, T2) volledig ingevuld. Er werden significante toenames gevonden op de schalen actief aanpakken en sociale steun zoeken. Er werden significante afnamen gevonden op de schalen vermijden en passief reactiepatroon. Overige schalen gaven geen significante verschillen weer.

Tabel 21. Effecten tijdens de klinische behandeling over tijd per schaal van de Utrechtse Coping Lijst, ST behandeling (n=22)

Schaal	T0		T1		T2		Repeated Measures		
	M	SD	M	SD	M	SD	F	p	Power
Actief aanpakken	1.877	.437	2.227	.353	2.429	.577	12.686	.000*	.993
Palliatieve reactie	2.466	.491	2.676	.335	2.688	.370	3.021	.074	.487
Vermijden	2.557	.475	2.335	.535	2.335	.504	3.409	.048*	.577
Sociale steun zoeken	1.879	.647	2.212	.422	2.401	.616	7.968	.003*	.898
Passief reactiepatroon	2.636	.566	2.461	.549	2.227	.500	7.397	.003*	.891
Expressie van emoties	1.944	.733	2.042	.532	2.111	.778	.668	.495	.146
Geruststellende gedachten	2.082	.588	2.173	.553	2.281	.508	1.074	.348	.220

* p < 0.05



Figuur 5. Effecten tijdens de ST behandeling op 7 copingvaardigheden van de Utrechtse Coping Lijst

Er werd tevens gekeken of er momenten in de behandeling aangewezen konden wanneer de veranderingen plaatsvonden. Er werd gebruik gemaakt van een Post hoc Bonferroni analyse om de verschillen over tijd te kunnen onderzoeken. De schaal actief aanpakken verbeterde tijdens de hele behandeling, er werden significante verschillen gevonden tussen ieder meetmoment. Tevens werden er significante verschillen gevonden op de schaal sociale steun zoeken tussen T0 en T1 en T0 en T2. Passief reactiepatroon begon later in de behandeling te veranderen, er werd geen significant verschil gevonden tussen T0 en T1, de overige vergelijkingen gaven wel significante verschillen weer. De gegevens zijn terug te vinden in bijlage 6.1.3.

3.4.4 Copingvaardigheden eindmeting

De gemiddelde scores op de eindmeting werden vergeleken met de normen van de algemene bevolking. Vervolgens werden de gegevens vergeleken met de normscores die patiënten haalden op de beginmeting. Bij de beginmeting scoorden de mannelijke patiënten zeer laag op de schaal actief aanpakken vergeleken met de algemene bevolking. Na 8 maanden scoorden de mannelijke patiënten gemiddeld op de schaal actief aanpakken. Verder werden er verschillen aangetroffen op de schaal sociale steun zoeken, ten opzichte van de algemene bevolking scoorden de mannelijke patiënten bij de beginmeting gemiddeld en bij de meting na 8 maanden hoog. Expressie van emotie ging van gemiddeld naar hoog. Bij de vrouwelijke patiënten was de beginscore op de schaal actief aanpakken zeer laag, na een behandeling van 8 maanden scoorden patiënten gemiddeld op deze schaal. Verder is palliatieve reactie van gemiddeld naar hoog gegaan, vermijden van hoog naar gemiddeld, passief reactiepatroon van zeer hoog naar hoog en expressie van emoties van gemiddeld naar hoog. De gegevens zijn terug te vinden in tabel 22.

Tabel 22. Begin- en eindscores op de schalen van de Utrechtse Coping Lijst vergeleken met de normscores van de algemene bevolking, ST behandeling

Schaal	man				vrouw			
	n= 28		n=14		n=11		n= 8	
	T0	normscore	T2	normscore	T0	normscore	T2	normscore
Actief aanpakken	2.000 (.461)	zeer laag	2.554 (.370)	gemiddeld	2.000 (.478)	zeer laag	2.357 (.670)	gemiddeld
Palliatieve reactie	2.614 (.463)	zeer hoog	2.688 (.428)	zeer hoog	2.411 (.434)	gemiddeld	2.688 (.350)	hoog
Vermijden	2.796 (.462)	zeer hoog	2.578 (.534)	zeer hoog	2.415 (.506)	hoog	2.196 (.446)	gemiddeld
Sociale steun zoeken	1.879 (.757)	gemiddeld	2.333 (.584)	hoog	2.042 (.781)	gemiddeld	2.441 (.652)	gemiddeld
Passief reactiepatroon	2.987 (.445)	zeer hoog	2.357 (.540)	zeer hoog	2.531 (.583)	zeer hoog	2.153 (.480)	hoog
Expressie van emoties	2.031 (.823)	gemiddeld	2.417 (.496)	hoog	2.012 (.745)	gemiddeld	2.238 (.422)	hoog
Geruststellende gedachten	2.000 (.687)	gemiddeld	2.325 (.465)	gemiddeld	2.157 (.582)	gemiddeld	2.257 (.546)	gemiddeld

3.6 Verschil in behandelingseffect tussen DGT en ST

De DGT en ST behandeling gaven beide verbetering weer op het gebied van actieve en passieve coping. Daarnaast is er verbetering opgetreden in het zoeken van sociale steun. Er werden mogelijke verschillen waargenomen op de schalen palliatieve reactie, expressie van emoties, vermijden en geruststellende gedachten tussen beide behandelingen. Palliatieve reactie was significant toegenomen tijdens de DGT behandeling en niet bij de ST behandeling. Expressie van emoties was significant toegenomen bij de patiënten die een behandeling volgden met ST en niet bij patiënten die behandeling volgden met DGT. In tegenstelling tot de behandeling met DGT heeft er tijdens een behandeling met ST een significante afname van vermijden plaatsgevonden. Tijdens de eerste 4 maanden van de DGT behandeling zijn patiënten meer geruststellende gedachten gaan inzetten. Tijdens de ST behandeling was dat niet het geval, bij deze behandeling was er een toename in de laatste 4 maanden te zien.

De verschillen tussen de behandeling met DGT en ST op het gebied van copingvaardigheden werden daarnaast onderzocht met behulp van een repeated measures met "behandelprogramma" als between subject factor. Deze analyse gaf geen significante verschillen in de verandering van copingvaardigheden tussen beide behandelingen weer.

4.0 Discussie

Het doel van dit onderzoek was om antwoord te krijgen op de vraag: *“Is het volgen van dialectische gedragstherapie of schema therapie gerelateerd aan het verbeteren van de copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen een klinische behandeling.”*

Gedurende de klinische behandeling zijn er significante verbeteringen opgetreden op het gebied van copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Actieve coping, palliatieve reactie, sociale steun zoeken en geruststellende gedachten hanteren zijn allen toegenomen. Daarnaast zijn vermijden en passieve coping afgenomen tijdens de behandeling.

Patiënten maakten vergeleken met de algemene bevolking aan het begin van de behandeling weinig gebruik van actieve copingvaardigheden. Deze bevinding komt overeen met het onderzoek van Eurelings-Bontekoe et al. (1997), waarin zij vonden dat patiënten die volgens de DSM-IV vallen onder cluster B en C persoonlijkheidsstoornissen een gebrek hebben aan actieve coping. Huidig onderzoek, waarin de mannen en vrouwen samen zijn genomen, laat zien dat actieve coping gedurende de gehele behandeling toeneemt. Er is sprake van een groot effect (gemeten tussen de beginmeting en meting na 8 maanden). De verbetering van actieve coping heeft ervoor gezorgd dat patiënten van een zeer lage/lage score naar een gemiddelde score gingen vergeleken met de algemene bevolking. Onderzoeken van Goethem et al (2012) en Heij en Barelds (2011) ondersteunen dit resultaat. Zij vonden dat een behandeling met DGT de actieve copingvaardigheden vergrootte.

De mannelijke patiënten uit huidig onderzoek waren op het moment van opname erg geneigd zicht te ontspannen of afleiding te zoeken tijdens een stressvolle situatie. Morrison & Bennett (2013) geven een mogelijke verklaring voor dit resultaat. Zij noemen dat een probleemgerichte copingstijl niet per definitie een betere aanpak hoeft te zijn wanneer er zich problemen voor doen. Emotiegerichte of vermijdende coping is vaker adaptief als men weinig controle heeft over de gebeurtenis of wanneer men over weinig hulpmiddelen beschikt om het probleem op een andere manier op te lossen (Morrison & Bennett, 2013). Mensen met een persoonlijkheidsstoornis beschikken doorgaans over inflexibele en disfunctionele coping (Vollrath et al. 1994), waardoor zij over minder mogelijkheden beschikken om problemen op een gerichte manier aan te pakken. Ontspanning en afleiding zoeken kan een goede manier zijn voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis om met een stressvolle situatie om te gaan. De hoge score op palliatieve reactie kan daarnaast mede verklaard worden door de erg hoge score één vraag uit deze schaal. Uit één vraag van de UCL blijkt dat patiënten in huidig onderzoek sterk geneigd zijn spanningen te verlagen door te roken, drinken, eten of bewegen. Dit komt overeen met een van de diagnostische criteria voor een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daaruit komt naar voren dat zij veel moeite hebben met het beheersen van zelfbeschadigende impulsen zoals middelenmisbruik en eetbuien

(Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp 2008). De schaal palliatieve reactie behelst dus zowel positieve als negatieve manieren van het zoeken naar ontspanning en afleiding.

In huidig onderzoek waarin zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten zijn meegenomen, vond er tijdens de behandeling een toename plaats van palliatieve reactie. Patiënten hebben in de eerste 4 maanden van de behandeling geleerd zich meer te ontspanning en afleiding te zoeken. De toename bleef behouden tussen de beginmeting en de meting na 8 en 12 maanden. Er is sprake van een middelgroot effect (gemeten tussen de beginmeting en 8 maanden). De toename van palliatieve reactie valt mogelijk te verklaren doordat patiënten voornamelijk binnen de DGT behandeling geleerd wordt zich te ontspannen om crisisgedrag voorkomen. De klinische behandeling ziet palliatieve reactie als een positief copingmechanisme wanneer patiënten het gevoel hebben geen controle over de situatie te hebben of wanneer zij niet beschikken over andere hulpmiddelen. Dit komt overeen met hetgeen Morrison & Bennett (2013) noemen. Tijdens het begin van de behandeling zijn patiënten sterk geneigd spanningen te verminderen door te roken, drinken, eten of bewegen. Aan het einde van de behandeling is deze vorm van het verlagen van spanningen sterk afgenomen en is er plaats gemaakt voor andere, mogelijk betere vormen van ontspanning en afleiding zoeken. De toename van palliatieve reactie heeft ervoor gezorgd dat de patiënten ook na de behandeling zeer hoog scoren op deze schaal ten opzichte van de algemene bevolking.

Aan het begin van de behandeling zochten de vrouwelijke patiënten weinig sociale steun in vergelijking met de algemene bevolking. Dit is in overeenstemming met het onderzoek van Volrath et al. (1994) waaruit naar voren komt dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis niet goed zijn in het verkrijgen en inzetten van interpersoonlijke relaties om sociale steun te krijgen. In dit onderzoek zijn zowel de mannelijke als vrouwelijke patiënten meegenomen. Tijdens het volgen van een klinische behandeling zijn patiënten meer sociale steun gaan zoeken. Er is sprake van een groot effect. Deze toename vindt vooral plaats in de eerste vier maanden van de behandeling. Daarnaast is het zoeken van sociale steun verder toegenomen tussen de 8 en 12 maanden. De toename van sociale steun zoeken blijft bestaan tussen de beginmeting en de meting op 8 en 12 maanden. De toename is in overeenstemming met het onderzoek van Mierlo et al. (2010) waarin patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis door de behandeling met DGT meer sociale steun zijn gaan zoeken. Aan het einde van de behandeling scoren zowel de mannelijke als de vrouwelijke patiënten hoog op sociale steun zoeken in vergelijking met de algemene bevolking.

Voorafgaand aan de behandeling behaalden patiënten een gemiddelde score op geruststellende gedachten hanteren in vergelijking met de algemene bevolking. Tijdens de behandeling hebben patiënten geleerd om meer geruststellende gedachten in te zetten op het moment dat er zich een stressvolle situatie voordoet. Er is sprake van een matig effect. De toename vond plaats in de eerste vier maanden van de behandeling en bleef behouden wanneer de

beginmeting en de meting na 8 en 12 maanden behandeling met elkaar vergeleken werden. Het resultaat wordt ondersteund door een onderzoek van Mierlo et al. (2010). Zij vonden dat emotieregulatie training van DGT ervoor zorgt dat de geruststellende gedachten toenemen. Er moet echter rekening gehouden worden met de lage power van deze schaal in de repeated measures ANOVA, waardoor het resultaat niet robuust is.

In vergelijking met de algemene bevolking zijn de mannelijke en vrouwelijke patiënten sterk geneigd tot het vermijden van stressvolle situaties. Deze resultaten zijn in overeenstemming met het onderzoek van Bijttebier en Vertommen (1999). Zij vonden dat mensen met een ontwijkende of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis geneigd zijn situaties te vermijden. Huidig onderzoek toont aan dat patiënten tijdens de klinische behandeling minder situaties zijn gaan vermijden. De afname in vermijding vond plaats tussen de beginmeting en de eindmeting op 8 en 12 maanden. Er is sprake van een matig effect. Daarnaast is er met gepaarde t-testen een afname van vermijden gevonden in de eerste 4 maanden van de klinische behandeling. Deze afname wordt niet gevonden in de analyse met repeated measures. Mogelijk heeft dit verschil te maken met het verschil in het aantal proefpersonen, respectievelijk, 74 en 43. In de analyse met de repeated measures zitten enkel de patiënten de 8 maanden behandeling hebben gevolgd en alle vragenlijsten hebben ingevuld. Een groot deel is met ontslag gegaan, mogelijk zitten daar patiënten in die al een verandering hebben doorgemaakt, waardoor patiënten die minder verandering hebben doorgemaakt in de analyse overblijven. Hierdoor ontstaat er mogelijk een vertekend beeld en verklaart dat waarom er bij de gepaarde t-testen in de eerste 4 maanden wel verandering wordt gevonden. Een van de doelen van DGT, de afname van vermijdende strategieën, zoals gesteld door Linehan (2010) is in huidig onderzoek behaald. Ondanks dat patiënten minder vermijdende copingvaardigheden inzetten blijft de score vergeleken met de algemene bevolking (zeer) hoog. Het resultaat is niet robuust, vanwege de lage power in de repeated measures ANOVA op deze schaal. Een groter aantal proefpersonen in een vervolgstudie kan meer inzicht geven in de afname van vermijden.

Zowel mannen als vrouwen in huidig onderzoek zijn in vergelijking met de algemene bevolking aan het begin van de behandeling sterk geneigd om op een passieve manier met een stressvolle gebeurtenis om te gaan. Deze uitkomsten worden ondersteund door bevindingen van Eurelings-Bontekoe et al. (1997) en Vollrath et al. (1994). Dit onderzoek laat zien dat passieve coping gedurende de hele behandeling afneemt, met uitzondering tussen de 8 en 12 maanden. Er is sprake van een middelgroot effect (gemeten tussen de beginmeting en 8 maanden). Onderzoek van Mierlo et al. (2010) en Goethem et al. (2012) geven overeenkomstige resultaten weer. Ondanks de afname van passieve coping blijven patiënten zeer hoog scoren ten opzichte van de algemene bevolking. Dit valt te verklaren door de extreem hoge scores van de patiënten aan het begin van de behandeling, waardoor verandering op de hoge gemiddelde scores in theorie weinig verschil maakt.

De schaal expressie van emoties gaf geen significante verschillen weer. Een mogelijke verklaring hiervoor kan gevonden worden in de grote verschillen in de ontwikkeling van expressie van emoties tussen de mannelijke en de vrouwelijke patiënten. Bij de mannelijke patiënten is er sprake van een grotere toename van expressie van emoties dan bij de vrouwelijke patiënten. Op basis van deze resultaten lijkt deze schaal van de UCL niet geschikt om de verandering op deze copingvaardigheid te onderzoeken door beide geslachten samen te voegen. Mogelijk dat er significante verbeteringen behaald worden wanneer de mannelijke en vrouwelijke patiënten afzonderlijk op deze copingvaardigheid onderzocht worden.

Opvallend zijn de eindscores die in vergelijking met de algemene bevolking na behandeling hoog tot zeer hoog zijn op het merendeel van de schalen. Mogelijk heeft dit te maken met de normtabellen die in de UCL enkel aanwezig zijn voor de algemene bevolking. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hebben mogelijk andere copingvaardigheden nodig om zicht staande te houden in de samenleving.

Afzonderlijk hebben er tijdens de DGT en ST behandeling veranderingen plaatsgevonden op het gebied van copingvaardigheden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Grosso modo zijn de copingvaardigheden actief aanpakken, passief reactiepatroon en sociale steun zoeken tijdens beide behandelingen verbeterd. Actief aanpakken en sociale steun zoeken zijn beide toegenomen en passief reactiepatroon is afgenomen. De kans op een fout positief resultaat is bij deze drie copingvaardigheden erg klein vanwege de hoge power.

Er zijn echter ook enkele verschillen op het gebied van coping tussen de twee behandelingen.

In tegenstelling tot de behandeling met ST, zijn de patiënten tijdens een behandeling met DGT meer gebruik gaan maken van palliatieve reactie in het geval van een stressvolle situatie. Dit verschil valt te verklaren door de twee verschillende behandelingen. De focus binnen de DGT behandeling ligt op het leren ontspannen en afleiding zoeken om crisis gedrag te voorkomen. Een behandeling met ST is voornamelijk gericht op het leggen van verbanden tussen vroeger en huidige reacties/gedrag. Door te begrijpen waar huidig gedrag vandaan komt kun je anders leren reageren en denken in en over verschillende situaties.

Verder lijkt er sprake van een verschil tussen de behandelingen op het gebied van vermijden. De patiënten zijn tijdens de ST behandeling minder situaties gaan vermijden in tegenstelling tot de behandeling met DGT. Echter zelfs binnen de ST behandeling bestaan verschillen. De repeated measures ANOVA laat een significant verschil zien tussen de beginmeting en de meting na 8 maanden, de gepaarde t-test geeft dit verschil niet weer. Het verschil binnen de behandeling valt mogelijk te verklaren door de lage power in de repeated measures ANOVA, waardoor de gegevens weinig robuust zijn. Het verschil tussen de behandelingen valt mogelijk te verklaren door het verschil

in diagnose en behandeling. Patiënten die een ST behandeling volgen zijn veelal gediagnosticeerd met een cluster C persoonlijkheidsstoornis, waar vermijden een groot onderdeel van uitmaakt. In huidig onderzoek viel te zien dat patiënten binnen de ST behandeling een ietwat lagere score behaalden aan het begin van de behandeling dan de patiënten die een DGT behandeling volgden. De ST behandeling is er, vanwege de cluster C persoonlijkheidsproblematiek, onder andere op gericht patiënten minder vermijdende strategieën te laten inzetten.

Er lijkt sprake van een toename van expressie van emoties bij patiënten die een behandeling met ST volgen. De patiënten die een behandeling volgden met DGT lieten aan het einde van de behandeling een lichte, niet significante vermindering zien van expressie van emoties. Dit verschil valt mogelijk te verklaren door de het verschil in diagnose. Patiënten die een behandeling met DGT volgen zijn vaker gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis in cluster B, terwijl de patiënten die met ST behandeld worden vaker een cluster C persoonlijkheidsstoornis hebben. Patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis zijn sterk geneigd tot het uiten van emoties (Eurelings-Bontekoe, 1997), de behandeling richt zich dan ook op het onder controle krijgen van de grote hoeveelheid emoties en uitingen daarvan. De behandeling bij patiënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis richt zich op het vergroten van de expressie van emoties, gezien zij hier veel moeite mee hebben (Eurelings-Bontekoe, 1997).

Tot slot lijkt er een verschil te bestaan tussen beide behandelingen op het gebied van de copingvaardigheid geruststellende gedachten. Tijdens de eerste 4 maanden van de DGT behandeling ontwikkelen patiënten meer geruststellende gedachten. De toename is aan het einde van de behandeling niet behouden gebleven. Tijdens de ST behandeling is geruststellende gedachten toegenomen tussen de beginmeting en de meting na 12 maanden. De power is echter zeer laag waardoor toename bij beide behandelingen niet robuust is.

4.2 Zwakke en sterke kanten van het onderzoek

Een observationeel longitudinaal onderzoek, zoals dit onderzoek, brengt voor en nadelen met zich mee. Een voordeel van deze manier van onderzoek doen is dat het een goed beeld geeft van de klinische praktijk. Daarentegen zorgt het ontbreken van een controlegroep ervoor dat er niet met zekerheid gezegd kan worden dat de verbeteringen van de copingvaardigheden komen door de behandeling. Het ontbreken van een controlegroep kan er tevens voor zorgen dat de verbetering van copingvaardigheden overschat wordt. Patiënten die uitvallen zijn er mogelijk slechter aan toe dan de patiënten die de behandeling blijven volgen.

De normtabellen zijn daarnaast uitsluitend beschikbaar voor de algemene bevolking en niet voor psychiatrische patiënten. Psychiatrische patiënten hebben mogelijk andere copingvaardigheden

nodig om zich staande te houden in de samenleving. Hierdoor zijn de scores van de patiënten waarschijnlijk niet te vergelijken met de normen voor de algemene bevolking.

Een nadeel is dat niet iedere patiënt heeft tot het einde van de behandeling de vragenlijst ingevuld. Er is niet bekend waarom zij zijn gestopt met het invullen van de vragenlijst. De vergelijking tussen patiënten die slechts één meting hadden ingevuld en patiënten die meerdere metingen hadden ingevuld liet zien dat naast behandelduur ook leeftijd tussen deze groepen verschilde. Een lagere leeftijd lijkt daarmee een rol te spelen bij het niet invullen van de vragenlijst. Een kanttekening daarbij is dat in de groep met één meting zowel patiënten zitten die met ontslag zijn gegaan als patiënten die om onbekende reden gestopt zijn met het invullen van de vragenlijst. Daarnaast is het mogelijk dat patiënten die zich op hun slechtst voelen de vragenlijsten niet verder ingevuld, waardoor er een subgroep ontstaat van patiënten die zich gemiddeld beter voelen of waarbij de behandeling beter werkt. Mogelijk hebben de patiënten die de vragenlijst hebben ingevuld meer copingvaardigheden ontwikkeld dan de patiënten die gestopt zijn met het invullen van de vragenlijst. Een andere nadelige kant van huidig onderzoek is dat er een ruime marge werd aangehouden waarbinnen een meting meetelde voor een bepaald meetmoment, doordat de patiënten de vragenlijsten niet op hetzelfde moment in de behandeling hebben ingevuld. Dit betekent dat wanneer de behandeling 5.5 maanden duurde de meting meetelt als meting van 4 maanden. Patiënten die 5.5 maanden behandeling hebben gevolgd hebben mogelijk al meer copingvaardigheden ontwikkeld dan patiënten op 4 maanden. Andersom geldt hetzelfde, een meting na 2.5 maanden behandeling telt mee voor 4 maanden, zij zullen wellicht minder copingvaardigheden ontwikkeld hebben. De ruime marge zal echter geen grote gevolgen hebben voor de resultaten in huidig onderzoek doordat de marges beide kanten op werken waardoor er waarschijnlijk een balans ontstaan is tussen patiënten die langer in behandeling waren en die korter in behandeling waren dan het meetmoment waarin zij werden meegenomen.

Een voordeel van huidig onderzoek is dat er sprake is van een relatief grote steekproef, waardoor de betrouwbaarheid groot is. Het merendeel van de patiënten in de steekproef is van het vrouwelijk geslacht. Mogelijk dat er minder mannen opgenomen zijn in een klinische behandeling doordat er in de westerse cultuur aangenomen wordt dat mannen niet horen te klagen en hun problemen zelf op moeten lossen. Uit onderzoek blijkt daarom dat mannen minder vaak en later hulp zoeken dan vrouwen. Dit is voornamelijk zichtbaar wanneer er sprake is van psychische problemen (Morrison & Bennett, 2013). Het lage aantal mannen in huidig onderzoek komt overeen met andere onderzoeken naar een klinische behandeling (Mierlo et al. 2010; Goethem et al. 2012). De meeste patiënten binnen huidig onderzoek hebben een diagnose binnen cluster B of C van de DSM-IV. Onderlinge comorbiditeit van persoonlijkheidsstoornissen is een veelvoorkomend verschijnsel (Skodel, 2005). Dit komt overeen met de bevindingen uit dit onderzoek waarin een groot deel van de patiënten meer

dan één diagnose op As II heeft. Tevens is er sprake van comorbiditeit tussen As I en persoonlijkheidsstoornissen, van de 49 patiënten waarvan de As I diagnose bekend was hadden 42 patiënten minimaal één As I diagnose. Artzn, (2001) geeft aan dat comorbiditeit tussen een As I en As II stoornis niet zelden voorkomt. Het geslacht en de diagnoses zijn representatief voor patiënten die een persoonlijkheidsstoornis hebben en/of die een behandeling volgen in een kliniek.

4.3. Aanbevelingen

Op basis van huidig onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor verder wetenschappelijk onderzoek en voor de klinische praktijk.

Om een nog beter beeld te krijgen over de veranderingen op het gebied van coping is het wenselijk de afname van de vragenlijst synchroon te laten lopen tussen de patiënten. In huidig onderzoek heeft een deel van de patiënten de vragenlijsten niet tot het einde van de behandeling ingevuld, waardoor er gegevens verloren zijn gegaan en er mogelijk een ander beeld ontstaat over de verbetering van de copingvaardigheden. Het is daarom van belang dat bijvoorbeeld de behandelaren van de patiënten, mocht het nodig zijn, veelvuldig attenderen op invullen van de vragenlijst, zodat iedere patiënt alle vragenlijsten tot het einde van de behandeling invult. Beide aanbevelingen kunnen de betrouwbaarheid en de robuustheid van de resultaten van een vervolgonderzoek vergroten.

Een van de nadelen van dit onderzoek is dat er niet met zekerheid gezegd kan worden dat de verbeterde copingvaardigheden komen door de behandeling. De kans bestaat dat andere factoren een rol hebben gespeeld bij de verbetering van de copingvaardigheden, zoals het natuurlijke beloop van een persoonlijkheidsstoornis. Door het uitvoeren van een randomized controlled trial (RCT) kan er een duidelijker beeld ontstaan over de werking van de klinische behandeling op het gebied van coping. Bij de uitvoer van een randomized controlled trail (RCT) wordt er verwacht dat beide groepen gelijk verdeeld zijn, waardoor bijvoorbeeld het natuurlijke beloop en meetfouten tegen elkaar wegvallen en je het "netto" effect van de behandeling meet.

Daarnaast lijkt het van belang normen voor de Utrechtse Coping Lijst te ontwikkelen die zich richten op de psychiatrische patiëntenpopulatie. Mogelijk specifiek gericht op bepaalde stoornissen zodat er een duidelijk beeld ontstaat hoe iemand scoort ten opzichte van de normgroep waar de patiënt toe behoort. Behandelaren kunnen daardoor beter in de gaten houden hoe het gesteld is met de copingvaardigheden van de patiënten en de behandeling daar eventueel op aanpassen. Mogelijk dat een meer gerichte behandeling leidt tot een grotere verbetering van de copingvaardigheden.

Tijdens het volgen van een klinische behandeling met Dialectische Gedragstherapie of Schema Therapie bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben er grote positieve veranderingen plaatsgevonden op de copingvaardigheden actief aanpakken en sociale steun zoeken. Er is sprake van een middelgrote positieve verandering op de copingvaardigheden palliatieve reactie en passieve coping en een matige verandering op vermijden en geruststellende gedachten.

Huidig onderzoek suggereert dat het leven van een individu met een persoonlijkheidsstoornis na het volgen van een klinische behandeling op een positieve manier kan veranderen.

5.0 Referentielijst

- Bijttebier, P & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences, 26*, 847-856.
- Brown, G. & Harris, T.O. (1989). *Life events and illness*. New York: The Guilford press.
- Carcione, A., Nicole, G., Pedone, R., Popolo, R., Conti, L., Fiore, D., . . . Dimaggio, G. (2011). Metacognitive mastery dysfunctions in personality disorder psychotherapy. *Psychiatry Research, 190*, 60-7.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stress of illness. In: Schreurs, P.J.G., van de Willige, G., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H., (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.) New York: Academic Press.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science and Medicine, 50*, 1385-1401.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 178-184.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Slikke, M. van der, M., & Verschuur, M.J. (1997). Psychological distress, depressive symptomatology, coping and DSM-III-R/ICDD-10 personality disorders. A study among primary mental health care patients. *Personality and Individual Differences, 23* (3), 407-417.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach tot group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40* (2), 317- 328.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. In: Carver, C.S., Weintraub, J.K., & Scheier, M.F. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, (2), 267-283.

Franken, I.H.A., Hendriks, V.M., Haffmans, P.M.J., & Meer, C.W. van der. (2001) Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (3), 299-306.

Graff, F.S. Changes in coping strategies among women receiving treatment for alcohol use disorders (AUDs). A dissertation submitted to Rutgers University, Graduate School of Applied and Professional Psychology, 2012.

Goethem, A. van., Mulders, D., Muris, M., Arntz, A., & Eggers, J. (2012). Reduction of self-injury and improvement of coping behavior during Dialectical Behavior Therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 21-34.

Hankin, B.L., & Abela, J.R.Z. (2005) *Development of psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Heij, C.C.A., & Barelds, D.P.H. (2011). Effecten van dialectische gedragstherapie. *Gedragstherapie*, 44, 3-25.

Hoyer, W.J., Rybash, J.M., & Roodin, P.A. (1999). *Adult development and ageing. United States of America*. New York: McGraw-Hill College

Ingram, R.E., & Luxton, D.D. (2005). Vulnerability-stress Models. In Hankin, B.L. & Abela, J.R.Z. (2005) *Development of psychopathology: A vulnerability stress perspective*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc.

Jaspers, J.P.C., van Asma, M.J.O., & Bosch, R.J. van den. (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, 9: 587-599

- Lazarus, R.S., Averill, J., & Opton (1974). The psychology of coping: issues of research and assessment. In Bijstra, J.O., Jackson, S. & Bosma, H.A. (1994). De utrechtse coping lijst voor adolescenten. *Kind en Adolescent*, 15, 67-74.
- Lazarus, R.S. (1966). psychological stress and the coping process. In: Quine, L., & Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with sever learning difficulties: a test of Lazarus' Transactional Model of Coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 57-70.
- Lazarus, R.S., & Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. In: Quine, L., & Pahl, J. (1991). Stress and coping in mothers caring for a child with sever learning difficulties: a test of Lazarus' Transactional Model of Coping. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1, 57-70.
- Linehan, M.M. (2010). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Mierlo, E. van., Claes, L., Berens, A., Janssens, H., Cools, B., & Sabbe, B. (2010) Evaluatie van de DGT- emotieregulatiemodule van Linehan bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. *Klinische Psychologie*, 40 (4), 259-271.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2013). *Gezondheidspsychologie (2e editie)*. Amsterdam: Pearson
- Nordahl, H.M., & Nysaeter, T. E. (2005) Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36 (3), 254-264.
- Renner, F., Goor, M. van., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492.
- Schaufeli, W., & Dierendonck, D. van. (1992). De betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse Coping Lijst. *Gedrag en Gezondheid*, 20 (1), 38-45.

- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de., Tellegen, B. & Brosschot, J.F. (1987). De Utrechtse Coping Lijst: UCL-Handleiding. In: Jaspers, J.P.C., Asma, M.J.O. van, & Bosch, R.J. van den (1989). Coping en psychopathologie: een overzicht van theorie en onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 31, (9): 587-599.
- Scheurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). De Utrechtse Coping Lijst omgaan met problemen en gebeurtenissen. Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. I., Morey, L. C., . . . Gunderson, J.G. (2005). Dimensional representations of DMS-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 191-1925.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. van.(2008a). Een prijzige stoornis. *Medisch Contact*, 4, 160-162.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, H., Verheul, R., & Busschbach, J. J. van. (2008b). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-265.
- Suls, J., David, J.P., & Harvey, J.H. Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality*, 64 (4) 711-735.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie, deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1994). Coping and MCMI-II Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders* , 8 (1): 53-63.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor Therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van., Spinhoven, P., Tilburg, W. van., Dirksen, C., Asselt, T.van., . . . Arntz, A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

6.0 Bijlage

6.1. Bonferroni

Tabellen waarin onderzocht werd op welke momenten in de behandeling er een significant verschil tussen de gemiddelden gevonden kon worden.

6.1.1. Klinische behandeling

Tabel 23. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=43)

Actief aanpakken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.339	.074	.000*	-.532	.093	.000*
T1							-.193	.071	.029*
T2									

*p < 0.05

Tabel 24. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=43)

Palliatieve reactie	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.218	.067	.007*	-.265	.079	.005*
T1							-.047	.068	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 25. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=43)

Vermijden	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.148	.062	.062	.189	.070	.030*
T1							.041	.050	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 26. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n= 43)

Sociale steun zoeken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.391	.085	.000*	-.531	.103	.000*
T1							-.140	.080	.261
T2									

*p < 0.05

Tabel 27. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=43)

Passief reactiepatroon	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.183	.070	.038*	.372	.079	.000*
T1							.189	.068	.023*
T2									

*p < 0.05

Tabel 28. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=46)

Expressie van emoties	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.029	.094	1.000	-.029	.116	1.000
T1							.000	.092	1.000
T2									

* p < 0.05

Tabel 29. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd (n=43)

Geruststellende gedachten	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.102	.082	.651	-.247	.105	.073
T1							-.144	.094	.394
T2									

*p < 0.05

6.1.2. Dialectische gedragstherapie

Tabel 30. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Actief aanpakken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.327	.112	.025*	-.510	.148	.008*
T1							-.184	.087	.144
T2									

*p < 0.05

Tabel 31. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Palliatieve reactie	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.226	.092	.069	-.310	.100	.018*
T1							-.083	.115	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 32. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Vermijden	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.071	.063	.801	.155	.090	.303
T1							.083	.058	.500
T2									

*p < 0.05

Tabel 33. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Sociale steun zoeken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.452	.120	.004*	-.540	.131	.002*
T1							-.087	.117	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 34. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Passief reactiepatroon	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.190	.088	.127	.333	.101	.011*
T1							.143	.108	.602
T2									

*p < 0.05

Tabel 35. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=22)

Expressie van emoties	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.045	.125	1.000	.121	.153	1.000
T1							.076	.142	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 36. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, DGT (n=21)

Geruststellende gedachten	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.114	.104	.852	-.295	.149	.185
T1							-.181	.139	.620
T2									

*p < 0.05

6.1.3. Schema Therapie

Tabel 37. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Actief aanpakken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.351	.099	.006*	-.552	.119	.000
T1							-.201	.113	.271
T2									

*p < 0.05

Tabel 38. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Palliatieve reactie	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.210	.099	.136	-.222	.123	.260
T1							-.011	.077	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 39. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Vermijden	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.222	.104	.134	.222	.108	.158
T1							.000	.080	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 40. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Sociale steun zoeken	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.333	.121	.035*	-.523	.162	.012*
T1							-.189	.110	.298
T2									

*p < 0.05

Tabel 41. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Passief reactiepatroon	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				.175	.110	.382	.409	.122	.009*
T1							.234	.084	.034*
T2									

*p < 0.05

Tabel 42. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=24)

Expressie van emoties	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.097	.140	1.000	-.167	.171	1.000
T1							-.069	.119	1.000
T2									

*p < 0.05

Tabel 43. Verschillen tussen de gemiddelden over tijd, ST (n=22)

Geruststellende gedachten	T0			T1			T2		
	M	SD	p	M	SD	p	M	SD	p
T0				-.091	.127	1.000	-.200	.152	.605
T2							-.109	.129	1.000
T3									

*p < 0.05

6.2. Normtabellen UCL

Tabel 44. Normtabel. Mannen tussen de 19 en 65 jaar (NS-, a-selecte steekproef, N= 1493)

Subschalen	A	P	V	S	PR	E	G
Zeer hoog	24-	22-	20-	17-	16-	9-	16-
Hoog	21-23	18-21	18-19	14-16	13-15	7-8	14-15
Gemiddeld	15-20	12-17	12-17	9-13	9-12	5-6	10-13
Laag	13-14	10-11	10-11	7-8	8	4	7-9
Zeer laag	-12	-9	-9	-6	7	3	-6
Gemidd.	18.3	15.5	14.8	11.3	10.7	6.2	11.6
s.d.	3.5	3.6	3.3	3.0	2.9	1.7	2.5

Noot overgenomen uit De Utrechtse Coping Lijst omgaan met problemen en gebeurtenissen. Door Scheurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.

Tabel 45. Normtabel. Totaal: vrouwen tussen 18 en 65 jaar (verpleegkundigen = a-selecte steekproef, N=721)

Subschaal	A	P	V	S	PR	E	G
Zeer hoog	25-	23-	20-	20-	15-	9-	16-
Hoog	21-24	20-22	17-19	17-19	12-14	7-8	14-15
Gemiddeld	16-20	14-19	12-16	12-16	9-11	5-6	10-13
Laag	14-15	11-13	10-11	9-11	8	4	8-9
Zeer laag	-13	-10	-9	-8	7	3	-7
Gemidd.	19.3	17.3	15.2	14.5	10.9	6.4	12.1
s.d.	5.1	6.1	6.0	4.9	5.4	2.3	3.8

Noot overgenomen uit De Utrechtse Coping Lijst omgaan met problemen en gebeurtenissen. Door Scheurs, P.J.G., Willige, G., van de., Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.

6.3. Gemiddelden en standaarddeviaties palliatieve reactie

Tabel 46. Gemiddelden en standaarddeviatie van de schaal palliatieve reactie, klinische behandeling

Item	N= 74	N=74	N=53
	T0	T1	T2
	M (SD)	M(SD)	M(SD)
2	2.20 (.827)	2.51 (.707)	2.13 (1.301)
6	3.07 (.865)	2.99 (.899)	2.28 (1.419)
14	2.18 (.765)	2.32 (.724)	2.04 (1.255)
16	3.01 (.819)	3.01 (.802)	2.21 (1.335)
17	2.66 (.708)	2.81 (.771)	2.43 (1.308)
25	1.80 (.740)	2.12 (.827)	1.87 (1.194)
34	2.19 (.855)	2.24 (.737)	1.96 (1.176)
35	2.36 (.732)	2.68 (.685)	2.43 (1.308)

Tabel 47. Gemiddelden en standaarddeviaties van de schaal palliatieve reactie, DGT

Item	n=35	n=35	n=25
	T0	T1	T2
	M (SD)	M(SD)	M (SD)
2	2.00 (.767)	2.49 (.818)	2.24 (1.363)
6	3.09(.818)	3.00 (.907)	2.36 (1.440)
14	2.17 (.822)	2.17 (.618)	2.12 (1.301)
16	3.06 (.873)	2.91 (.853)	2.44 (1.356)
17	2.57 (.698)	2.83 (.891)	2.60 (1.323)
25	1.74 (.657)	2.34 (.838)	1.68 (1.030)
34	2.20 (.868)	2.31 (.832)	2.00 (1.190)
35	2.34 (.684)	2.60 (.651)	2.44 (1.227)

