



Klinische Dialectische Gedragstherapie

Een follow-up onderzoek bij patiënten die
deelgenomen hebben aan de klinische variant van
de dialectische gedragstherapie binnen Scelta.



Elise ten Hulzen
In opdracht van GGNet Scelta in Apeldoorn



Naam student:	Elise ten Hulzen
Studentnummer:	314758
Opleiding:	Toegepaste Psychologie
Hoofdstroom:	Klinische Psychologie
Opdrachtgever:	GGNet Scelta
Scriptiebegeleider:	Mw. dr. Andriek J.A.M. Thissen
Tweede begeleider:	Dr. Laurens Ekkel

Juni 2017

Voorwoord

De scriptie die voor u ligt is gemaakt in het kader van het bachelor afstudeertraject van de opleiding Toegepaste Psychologie aan de Saxion Hogeschool te Deventer. Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGNet Scelta te Apeldoorn. In deze scriptie vindt u de verslaglegging van het follow-up onderzoek bij patiënten die deelgenomen hebben aan de klinische variant van de dialectische gedragstherapie bij GGNet Scelta.

Ik heb tijdens het afstudeertraject begeleiding gekregen van zowel de hogeschool als de afstudeerorganisatie. Bij deze wil ik graag een aantal personen bedanken.

Vanuit GGNet Scelta wil ik dr. Farid Chakhssi bedanken voor zijn begeleiding en ondersteuning tijdens het gehele proces. Vanuit school wil ik graag dr. A. Thissen bedanken voor haar duidelijke feedback en de tijd die ze heeft gestoken in het begeleiden van het schrijven van de scriptie. Daarnaast wil ik de tweede beoordelaar, dr. L. Ekkel bedanken voor zijn feedback. Als laatste wil ik de patiënten die hebben deelgenomen aan het onderzoek bedanken.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Samenvatting

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van GGNet Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen. Het onderwerp van het onderzoek is de follow-up meting van de klinische variant van de dialectische gedragstherapie (DGT) binnen Scelta. De DGT is ontwikkeld voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek en dan in het bijzonder voor mensen met een borderline stoornis (BPS). Patiënten met een BPS kunnen onder andere last hebben van impulsiviteit, een instabiel zelfbeeld en sterk wisselende stemmingen. De behandeling heeft onder andere als doel het algemeen sociaal- en maatschappelijk functioneren en de algemene kwaliteit van leven te verbeteren. Dit zijn ook de uitkomstmaten van het onderzoek. De korte termijn effecten zijn al eerder onderzocht binnen Scelta, echter de effecten op lange termijn van de behandeling nog niet. De resultaten van het follow-up onderzoek moeten ervoor zorgen dat Scelta meer inzicht heeft in de effecten van de DGT op lange termijn, waarop besloten kan worden om de DGT aan te passen.

Om erachter te komen wat de lange termijn effecten zijn van de DGT, werden er twee gevalideerde vragenlijsten afgenomen bij patiënten die de DGT hebben afgerond. De Outcome Questionnaire 45 werd afgenomen om het algemeen sociaal- en maatschappelijk functioneren te meten. Daarnaast is de World Health Organization Quality of Life afgenomen om kwaliteit van leven te meten. 45 patiënten hebben voorafgaand aan de behandeling deze vragenlijsten ingevuld. Na 24 maanden na afronding van de behandeling, werden deze 45 patiënten opnieuw gevraagd om de vragenlijsten in te vullen. Uiteindelijk hebben 18 van de 45 patiënten deelgenomen aan het follow-up onderzoek.

De gegevens van het testmoment voorafgaand aan de behandeling en van de follow-up meting zijn geanalyseerd. Uit resultaten blijkt dat er geen sprake is van een positief effect na 24 maanden na afronding van de behandeling in vergelijking tot bij aanvang van de therapie op de uitkomstmaten algemeen sociaal- en maatschappelijk functioneren en de algemene kwaliteit van leven. Op enkele gebieden is zelfs een achteruitgang in functioneren geconstateerd, namelijk op het gebied van interpersoonlijke relaties, de sociale rol, sociale relaties en symptomatische distress (heeft betrekking op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen). Ondanks deze uitkomsten, beoordelen de patiënten de behandeling met een ruim voldoende. Als er gekeken wordt naar de uitkomstmaten in zijn geheel, wordt de conclusie getrokken dat de behandeling op lange termijn onvoldoende effectief is.

Eventuele verbeterpunten voor toekomstig onderzoek zijn het gebruik maken van een controlegroep en tussentijds de behandeling evalueren met de patiënten zodat er bijgestuurd kan worden zodat de gewenste effecten bereikt worden. Daarnaast zou het houden van diepte-interviews voor nog meer informatie kunnen zorgen over eventuele verbeterpunten van de DGT. Naar aanleiding van dit onderzoek zijn er voor Scelta inhoudelijk een aantal aanbevelingen gedaan. Voorafgaand de behandeling zou er beter gekeken moeten worden of de patiënt de juiste diagnose heeft om profijt te kunnen hebben van de DGT. Daarnaast is het raadzaam om betere nazorg te bieden bij de DGT. Een Toegepast Psycholoog zou bijvoorbeeld periodieke afspraken kunnen maken met de patiënten en erachter kunnen komen door middel van een gesprek en/of diagnostisch onderzoek of de patiënt een terugval heeft. Hierdoor kan er (eerder) ingegrepen worden en is de kans groter dat de gewenste effecten van de DGT behouden worden op lange termijn.

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst	1
Hoofdstuk 1 Inleiding	2
1.1 Aanleiding	2
1.2 Onderzoeksvraag	3
1.3 Doelstelling van het onderzoek	4
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	5
2.1 Persoonlijkheidsstoornissen en Borderline persoonlijkheidsstoornis	5
2.2 Therapieën	8
2.3 Conceptueel model en hypothesen	10
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign	12
3.1 Onderzoeksmethode	12
3.2 Onderzoeksdoelgroep	12
3.3 Onderzoeksinstrumenten	14
3.4 Procedure	15
3.5 Analyses	15
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	18
4.1 Uitvoering van het onderzoek	18
4.2 Respondenten	18
4.3 Resultaten per onderzoeksvraag	19
4.4 Overige resultaten	21
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	22
5.1 Conclusie en discussie	22
5.2 Discussie	23
5.3 Aanbevelingen	24
5.4 Plan van aanpak	25
Literatuur	26
Bijlagen	29
Bijlage 1: Eigen Werk Verklaring	29
Bijlage 2: Vragenlijsten	30
Bijlage 3: Informatiebrief voor patiënten	38
Bijlage 4: Uitnodiging Qualtrics voor patiënten	40
Bijlage 5: Herinnering Qualtrics voor patiënten	41

Verklarende woordenlijst

BPS	Borderline Persoonlijkheidsstoornis
DGT	Dialectische Gedragstherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OQ-45	Vragenlijst: Outcome Questionnaire 45
SPSS	Statistical Products and Service Solutions
T0	Nulmeting voorafgaand van de DGT
T1	Tweede meetmoment, in dit onderzoek de eindmeting na afloop van de DGT
T2	Derde meetmoment, in dit onderzoek de follow-up meting
WHOQoL	Vragenlijst: World Health Organization Quality of Life
SFT	Schemagerichte Therapie
TFP	Transference-Focused Psychotherapie
MBT	Mentalization Based Treatment
GGNet	Geestelijke Gezondheidszorg Net
SD	Schaal van de OQ-45: Symptomatische Distress
IR	Schaal van de OQ-45: Interpersoonlijke Relaties
SR	Schaal van de OQ-45: Sociale Rol
PB-er	Persoonlijk begeleider

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven. Daarnaast komt de onderzoeksvraag met bijbehorende deelvragen aan bod. Ten slotte is er een beknopte beschrijving van de organisatie te lezen.

1.1 Aanleiding

De borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is een ernstig psychische aandoening met een chronisch beloop. In Nederland wordt de prevalentie van de BPS geschat tussen 1-2%, dit zijn 150.000 tot 200.000 patiënten met een BPS (American Psychiatric Association, 2014). De aandoening wordt vooral gekenmerkt door emotionele onregeling. Mensen met een BPS kunnen o.a. last hebben van: impulsiviteit, een instabiel zelfbeeld en sterk wisselende stemmingen (American Psychiatric Association, 2000). De economische kosten die gepaard gaan met persoonlijkheidsstoornissen, zoals de BPS, zijn naar schatting 3,6 tot 7 miljard euro per jaar (Soeteman et al., 2008). Het kan kostenbesparend zijn wanneer een effectieve behandeling wordt ingezet in plaats van meerdere interventies en/of medicatie (Soeteman et al, 2008).

Er zijn verschillende therapievormen die ingezet kunnen worden bij de behandeling van een BPS. Voorbeelden hiervan zijn de schemagerichte therapie, de cognitief analytische therapie, het interpersoonlijk-psychodynamische therapiemodel en de transference-focused psychotherapie (Landelijke Stuurgroep, 2008). Over deze therapievormen wordt meer informatie gegeven in paragraaf 2.2 Therapieën. Een langdurende en intensieve behandeling is voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, zoals de BPS, de aangewezen weg. Dit komt o.a. door de patronen waarop de persoonlijkheidsstoornis is gebaseerd die al vanaf jongs af aan zijn ingesleten.

De meest onderzochte therapievorm bij de BPS is de dialectische gedragstherapie (DGT). De effectiviteit van de DGT is in meer dan 18 gerandomiseerde onderzoeken aangetoond (Van Den Bosch et al., 2014). De behandeling van de DGT bestaat uit twee onderdelen, namelijk: individuele psychotherapie en een groepstraining psychosociale vaardigheden. De DGT richt zich specifiek op de behandeling van symptomen die behoren tot ernstige persoonlijkheidsstoornissen zoals suïcidaliteit en zelfbeschadiging (Van den Bosch et al., 2007).

De therapievorm bij Scelta, een behandelcentrum gespecialiseerd voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen, is een aangepaste klinische variant gebaseerd op de dialectische gedragstherapie ontwikkeld door Linehan (Linehan & Wilks, 2015). Patiënten zijn gemiddeld 9 tot 12 maanden in behandeling. De behandeling bestaat uit de DGT, dit betekent dat de patiënten vaardigheden leren op het gebied van kernoplettendheid, intermenselijke vaardigheden, emotieregulatie- en crisisvaardigheden. De vaardigheidstraining wordt in de leefgroep aangeboden en de cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden in de therapiegroep. Daarnaast wordt de oorspronkelijke training versimpeld in taalgebruik met aanvulling van voorbeelden van probleem-oplossende vaardigheden. De oorspronkelijke DGT wordt aangevuld met een praktijkuur, een crisisgroep, muziektherapie, psychomotore therapie, sport, patiënten-staf uur (waar samenwerking en sfeer in de kliniek wordt besproken), psychotherapeutisch uur, weekendplanning, weekendevaluatie en milieutherapie, ook wel bekend als sociotherapie (Van der

Spek, 1981). Daarnaast vinden er systeemgesprekken met de patiënt en zijn/haar systeem plaats (Oostendorp & Chakhssi, 2016).

Omdat de DGT binnen Scelta een aangepaste variant op de oorspronkelijke DGT is, is er nog geen inzicht in de resultaten op lange termijn ($\approx$ na 24 maanden na afronden van de behandeling) hiervan. Er is wel onderzoek gedaan naar de resultaten van de klinische variant van de DGT op korte termijn binnen Scelta. Voorafgaand en na afloop van de behandeling werden de patiënten gevraagd om verschillende vragenlijsten in te vullen. De resultaten van deze meetmomenten zijn met elkaar vergeleken. Hieruit is gebleken dat er verbetering was op verschillende uitkomstmaten, namelijk: algemeen sociaal- en maatschappelijk functioneren en de algemene kwaliteit van leven (Oostendorp & Chakhssi, 2016). Algemeen sociaal- en maatschappelijk functioneren werd gemeten door de schalen van de vragenlijst Outcome Questionnaire 45. De vragenlijst bestaat uit drie verschillende schalen, namelijk: symptomatische distress (heeft betrekking op de meest voorkomende psychiatrische stoornissen), interpersoonlijke relaties (heeft betrekking op het functioneren in relaties met anderen) en sociale rol (heeft betrekking op het functioneren op school/werk en vrije tijd). De kwaliteit van leven is gemeten door middel van de World Health Organization Quality of Life. Deze vragenlijst bestaat uit 4 schalen, namelijk: lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, sociale relaties en omgeving.

Scelta wil graag in kaart brengen hoe het gaat met de patiënten op lange termijn na ontslag van de klinische variant van de DGT. Dit willen ze opdat zij kunnen bepalen of ze de therapievorm willen blijven voortzetten. In dit onderzoek worden dezelfde uitkomstmaten gebruikt als in het onderzoek van J. Oostendorp en F. Chakhssi (2016).

1.2 Onderzoeksvraag

Om erachter te komen wat de lange termijn effecten, ongeveer na 24 maanden na afronding van de behandeling, van de DGT bij Scelta zijn, is er een onderzoeksvraag opgesteld. De onderzoeksvraag wordt beantwoordt door middel van de deelvragen. De deelvragen hebben betrekking op de verschillende uitkomstmaten van de gebruikte vragenlijsten. Hierover is meer informatie te vinden in paragraaf 3.3 Onderzoeksinstrumenten.

Onderzoeksvraag

Hoe vergaat het, na ongeveer 24 maanden na ontslag van de klinische dialectische gedragstherapie, de patiënten van GGNet Scelta met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

Deelvragen

1. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het gebied van symptomatische distress in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?
2. Hoe staat het na ongeveer 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het gebied van interpersoonlijke relaties in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

3. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het sociale gebied in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?
4. Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het lichamelijke omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?
5. Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het psychische omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?
6. Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het sociale gebied in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?
7. Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op de omgeving in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

1.3 Doelstelling van het onderzoek

Organisatie

Dit onderzoek is tot stand gekomen in opdracht van Scelta. Scelta is een behandelcentrum gespecialiseerd voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen en maakt deel uit van GGNet. GGNet biedt verschillende soorten psychische hulp. Scelta is gespecialiseerd in de behandeling en de diagnostiek van verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Scelta voert niet alleen behandelingen uit, maar doet ook meer dan dat, namelijk: opleiden, ontwikkelen en onderzoeken. Ze draagt actief bij aan het ontwikkelen van nieuwe inzichten en zorgaanbod. Keuzevrijheid voor patiënten is een belangrijk speerpunt binnen Scelta. Scelta wil haar patiënten ondersteunen om weer grip op hun eigen leven te krijgen (Scelta Expertisecentrum voor Persoonlijkheidsproblematiek, z.d.). De klinische variant van de DGT binnen Scelta moet leiden tot aantoonbare verbeteringen op: gedragsverandering, maatschappelijk- en sociaal functioneren en kwaliteit van leven.

Doelstelling

Het doel van het follow-up onderzoek is om de effecten van de DGT bij patiënten op lange termijn na ontslag, ongeveer na 24 maanden, van de behandeling in kaart te brengen. Voor Scelta is dit van belang om te weten, zodat Scelta kan bepalen of zij de therapievorm voldoende effectief vindt om voort te blijven zetten.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt theoretisch aandacht besteed aan de begrippen van het onderzoek. Hier komen de omschrijving van persoonlijkheidsstoornissen, de borderline persoonlijkheidsstoornis, de behandeling en informatie over de dialectische gedragstherapie aan bod. Vervolgens zijn er hypothesen opgesteld en wordt er een aanzet gegeven voor de opzet van dit onderzoek.

2.1 *Persoonlijkheidsstoornissen en Borderline persoonlijkheidsstoornis*

Persoonlijkheidsstoornissen

Volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) worden persoonlijkheidsstoornissen gedefinieerd als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:

- Cognities: de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen
- Affecten: de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en adequaatheid van de emotionele reacties
- Functioneren in het contact met anderen
- Beheersing van de impulsen

Daarnaast is het duurzame patroon consistent en uit dit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties. Dit patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op belangrijke terreinen. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid. Bovendien is het patroon niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis. Ook is het niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening (American Psychiatric Association, 2013).

In de DSM-5 worden tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden, deze zijn verdeeld in 3 clusters, namelijk cluster A, B en C (American Psychiatric Association, 2013). De BPS behoort tot cluster B. Patiënten met een cluster-B-persoonlijkheidsstoornis worden vaak getypeerd als dramatisch en/of impulsief. Daarnaast is er vaak sprake van instabiliteit op het gebied van identiteit, emoties en interpersoonlijke relaties. Binnen dit cluster vallen de theatrale persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2013; Landelijke Stuurgroep, 2008).

Naast cluster B zijn er ook nog cluster A en C. In cluster A vallen de stoornissen die vaak worden getypeerd als vreemd en excentriek gedrag. Tot dit cluster behoren de paranoïde persoonlijkheidsstoornis, schizotypische persoonlijkheidsstoornis en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2013; Landelijke Stuurgroep, 2008). Daarnaast is er nog cluster C, daarin vallen de stoornissen die zich uiten in gespannen of angstig gedrag. Binnen dit cluster vallen de obsessief compulsieve persoonlijkheidsstoornis, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis (American Psychiatric Association, 2013; Landelijke Stuurgroep, 2008).

Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)

Eén van de persoonlijkheidsstoornissen is de borderline persoonlijkheidsstoornis. De diagnostische criteria van de DSM-5 waar de patiënt aan moet voldoen voor de diagnose BPS staat in tabel 1. Patiënten met een BPS hebben vaak op meer dan één levensgebied problemen. Kenmerken waaraan gedacht kan worden zijn zwart-wit redeneren, instabiele relaties en een irrealistische angst om verlaten te worden. De kern van de BPS is instabiliteit, dit komt naar voren op verschillende gebieden, namelijk op het gebied van interpersoonlijke relaties, emoties, zelfbeeld en impulsiviteit (Van Genderen & Arntz, 2010). Personen met een BPS hebben vaak moeite om een eigen identiteit te ontwikkelen. Doordat het zelfbeeld instabiel is, kan dit zorgen voor moeilijke relaties en heftige emoties. Patiënten met een BPS hebben vaak wisselende emoties, bijvoorbeeld angstig, gedeprimeerd of euforisch. Ook zijn borderline patiënten vaak bang in de steek gelaten te worden of dat men niet genoeg om hen geeft, ze kunnen dan allerlei pogingen doen om dat te voorkomen (manipuleren). Sommige patiënten met een BPS kunnen een chronisch gevoel van leegte ervaren. Suïcidegedrag komt vaak voor bij mensen met een BPS, 60-75% doet tenminste 1 poging en 8-10% overlijdt door suïcide. Daarnaast vertonen patiënten met een BPS vaak impulsief gedrag, zoals gokken of overmatig middelengebruik (Van der Molen et al., 2007).

Tabel 1: *Classificatiecriteria borderline persoonlijkheidsstoornis DSM-5*

“Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

- krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden
- een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
- identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
- impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld: geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien)
- recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
- affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen)
- chronisch gevoel van leegte
- inadequate, intense woede of moeite om kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen)
- voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

(American Psychiatric Association, 2014)

Prevalentie BPS

In Nederland wordt aangenomen dat de BPS bij ongeveer 2% van de algehele populatie voorkomt (American Psychiatric Association, 2013). Het Trimbos Instituut concludeert dat in Nederland ongeveer 100.000 patiënten zijn gediagnosticeerd met de diagnose BPS. Opvallend is dat dit minder is dan 1% van de Nederlandse bevolking in plaats van voornoemde 2%. Dit komt doordat de diagnose volgens het Trimbos Instituut (z.d.) niet altijd wordt gesteld vanwege de comorbiditeit. Er is een hoge comorbiditeit met angststoornissen, verslaving en depressie. Hierdoor kan de diagnose BPS gemist worden. Dit kan dus betekenen dat het daadwerkelijke aantal mensen met een BPS hoger is dan de cijfers doen vermoeden (Trimbos Instituut, z.d.).

De BPS wordt vaker gediagnosticeerd bij vrouwen, namelijk 75% (American Psychiatric Association, 2013). Er wordt gedacht dat dat komt doordat de borderline problematiek moeilijker te herkennen is bij mannen en doordat vrouwen in het algemeen eerder hulp zoeken in de GGZ of verslavingszorg (Giesen-Bloo, 2005). Daarbij komt dat mannen met een BPS eerder een agressieve, antisociale indruk maken waardoor er eerder aan een antisociale persoonlijkheidsstoornis gedacht wordt dan aan een BPS (Bradley et al., 2005).

Ontstaan BPS

Borderline komt vaak pas echt tot uiting in de adolescentiefase. Persoonlijkheidskenmerken voor de leeftijd van 18 jaar zijn vaak minder stabiel en daarom wordt de diagnose niet gesteld in de kindertijd (Schuppert et al., 2011). Hoe BPS precies ontstaat is (nog) niet duidelijk. Wel is er bekend dat er verschillende factoren kunnen zorgen voor een verhoogde kans op het ontwikkelen van borderline problematiek. Studies naar de achtergrond van het gezin in het verleden hebben uitgewezen dat er vaak fysieke mishandeling of seksueel misbruik heeft plaatsgevonden. Indien dit opgetreden is in de vroege levensloop kan dit mogelijk een rol spelen in het ontstaan van een BPS (Van der Molen et al., 2007).

Ook is het aangeboren temperament een belangrijke factor. Het gaat hierbij om een als moeilijk ervaren temperament. Hierbij kan gedacht worden aan moeilijk te troosten, heftig reageren op gebeurtenissen en het lang last hebben van veranderingen. Ook zijn vaak impulsiviteit, angstigheid en stemmingswisselingen aangeboren eigenschappen bij patiënten met een BPS. Mede hierdoor is de kans groter om door verschillende omgevingsinvloeden, zoals een gewelddadige thuissituatie, BPS te ontwikkelen (Krook, 2004). Echter komt deze aanleg pas tot uiting onder bepaalde stressvolle gebeurtenissen, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare (Lis et al., 2007).

Daarnaast is er ook aangetoond dat erfelijkheid een rol kan spelen bij het ontstaan van een BPS. De kans dat een kind van ouders met borderline een BPS ontwikkelt, is vijf keer zo groot als wanneer de BPS niet in de directe familie voorkomt. Doordat er verschillende factoren meespelen op het ontwikkelen van een BPS is het moeilijk te zeggen in hoeverre een BPS erfelijk is (Lis et al., 2007).

2.2 Therapieën

Vroeger bestond het idee dat er niets te doen was aan de ernst en klachten van een persoonlijkheidsstoornis. Echter is dit idee achterhaald, therapie kan daadwerkelijk helpen om de klachten te verminderen. Het gaat hierbij vooral om symptoombehandeling, ze leren o.a. omgaan met hun stoornis. Er zijn inmiddels vele therapieën ontwikkeld voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

De meest gebruikte en onderzochte behandelingen die effectief gebleken zijn, zijn de volgende:

- Schemagerichte therapie

Schemagerichte therapie is een vorm van cognitieve gedragstherapie. Schemagerichte therapie is gebaseerd op het idee dat iedereen vanaf jongs af aan ideeën over zichzelf, anderen en de wereld ontwikkelt. Deze ideeën helpen de volwassene om met situaties om te gaan. Die ideeën gaan vaak gepaard met gevoelens en herinnering. Dit samen wordt een schema genoemd. Het doel van de therapie is om de persoon sterker te maken en diegene te laten omgaan met heftige emoties. Met verschillende oefeningen wordt er gewerkt om verandering aan te brengen in deze schema's. Het doel daarvan is dat de persoon zich meer opgewassen voelt tegen de problemen die hij of zij tegen kan komen (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

- Transference-Focused Psychotherapie (TFP)

De TFP is een psychotherapievorm die voortkomt uit de psychoanalyse. De TFP heeft als visie dat ernstige persoonlijkheidsstoornissen merendeels ontstaan door een combinatie van temperament en het ervaren van verwaarlozing, misbruik en/of mishandelingen. De TFP probeert het concept 'goed' en 'slecht' dichter bij elkaar te brengen. De therapie richt zich op de overdracht, dit wil zeggen hoe de patiënt zichzelf en de ander ziet en het gevoel dat daarbij hoort. Het doel is dat het vermogen van de patiënt om over zichzelf en anderen te denken verbetert en de conflicten, zowel innerlijk als met de omgeving, daardoor ook afneemt (Kooiman, Kuipers & Huffstadt, 2013).

- Mentalization Based Treatment (MBT)

Ook de MBT is een psychotherapievorm die voortkomt uit de psychoanalyse. De therapie is grotendeels gebaseerd op de gehechtheidstheorie van Bowlby (2000). De MBT heeft als visie dat ernstige persoonlijkheidsstoornissen samenhangen met een onveilige hechtingsstijl. Mentaliseren is de vaardigheid om eigen gedrag en dat van anderen te kunnen begrijpen en verklaren vanuit o.a. achterliggende gevoelens en gedachten. Het MBT programma is gericht op het versterken van het mentaliserend vermogen, het herkennen en ervaren van emoties en hiermee omgaan (Kooiman, Kuipers & Huffstadt, 2013).

- Dialectische Gedragstherapie (DGT)

De DGT is in 1995 geïntroduceerd in Nederland en is ontwikkeld door professor M. Linehan aan de Universiteit van Washington voor mensen met een ernstige BPS. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat de DGT een effectieve behandeling is voor deze doelgroep. Dialectiek is een filosofische redeneervorm die door middel van het zoeken naar tegenstellingen op zoek gaat naar de waarheid. Het doel van de DGT is het aanleren van verschillende vaardigheden om zo goed mogelijk op problemen te reageren.

In de jaren 80 was er behoefte aan een empirisch gevalideerde behandelmethode voor patiënten met een BPS (Eurelings-Bontekoe et al., 2009). Destijds is de DGT ontwikkeld. Cognitieve gedragstherapie (CGT) legt de nadruk op de noodzaak tot verandering als kritiek, dit roept in het algemeen verzet op bij patiënten met een BPS. Hiermee wordt in feite de neiging tot zelfbekritisering bij patiënten met een BPS versterkt (Dimeff & Linehan, 2001). De DGT benadrukt daarbij juist ook de acceptatie gerichte strategieën. Doordat de DGT in verschillende onderzoeken effectief is gebleken, is het één van de meest gebruikte therapievormen bij patiënten met een BPS.

De therapie richt zich op bewustwording van emoties en gedachtes, deze worden geobserveerd, herkent en beschreven. De behandeling bestaat uit twee onderdelen: een individuele psychotherapie -en een groepstraining. De DGT is effectief in het verminderen van therapie-belemmerend gedrag (zoals drugsgebruik), het laten toenemen van gedragsvaardigheden, het verminderen van het gedrag dat de kwaliteit van leven belemmert en het verminderen van impulsief suïcidaal gedrag (Linehan, 1996).

Zoals genoemd heeft onderzoek aangetoond dat de DGT een effectieve behandeling is. Een voorbeeld van een recente studie is de pilotstudie waar de klinische-DGT werd onderzocht onder 39 patiënten met een BPS (van den Bosch, et al., 2013). Hieruit bleek dat er significante verbeteringen zijn op verschillende borderline kenmerken (zoals interpersoonlijke relaties), echter was er geen verbetering in suïcidaal gedrag. Op lange termijn, 15 en 30 maanden na de behandeling, bleken de verbeteringen ook stand te houden (Fassbinder et al., 2007). Nog een voorbeeld is een onderzoek waar 40 patiënten werden onderzocht binnen een klinische setting door middel van een voor- en nameting. Ook hieruit bleek dat de klachten verminderden (Strauss, et al., 2011). Bij dit onderzoek zijn de lange termijn effecten niet onderzocht. Ook is uit onderzoek (Goethem et al., 2012) gebleken dat de DGT zorgt voor een afname van klachten. In dit onderzoek kwam naar voren dat de grootste afname in klachten in het eerste halfjaar plaatsvond van de behandeling.

Dit zijn niet de enige therapieën die er zijn. Er zijn vele interventies die ingezet kunnen worden, een paar voorbeelden hiervan zijn: transactionale analyse, affect fobie therapie (AFT), functionele gezinstherapie (FFT), acceptance and commitment therapy (ACT) en crisismanagement. Naast deze therapieën kunnen patiënten ook medicatie nemen om de symptomen te reguleren ter ondersteuning van de therapie. Hierbij is te denken aan de volgende medicatie: antidepressiva, benzodiazepinen, stemmingsstabilisatoren en antipsychotica.

DGT bij Scelta

Bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, is de behandelmethode de DGT. Echter is deze aangepast aan het niveau van de patiënten binnen Scelta. Binnen de klinische setting werd de behandeling aangevuld met verschillende onderdelen, zoals een praktijkuur en psychomotore therapie (Oostendorp & Chakhssi, 2016). Dit is toegevoegd op basis van klinische ervaring van de psychologen binnen Scelta.

Aanzet

Doordat de DGT effectief is gebleken in verschillende onderzoeken, is het ook van belang om te weten of de aangepaste klinische variant van Scelta op lange termijn effect heeft. Het follow-up onderzoek is belangrijk opdat er in kaart kan worden gebracht hoe het nu met de patiënten op lange termijn na ontslag van de behandeling gaat. Dit is belangrijk voor Scelta zodat zij kan bepalen of de therapievorm op lange termijn voldoende effectief is om voort te blijven zetten.

2.3 Conceptueel model en hypothesen

Op basis van de onderzoeksvraag en deelvragen is er een conceptueel model ontworpen dat het onderzoek schematisch weergeeft.



Figuur 1: Conceptueel model

Verscheidende studies laten verbeteringen zien op het algemeen functioneren en de kwaliteit van leven. Voorbeelden hiervan zijn de studies van Strauss et al. (2011) en van van den Bosch et al. (2013). Daarnaast blijkt uit de gesprekken met F. Chakhssi en J. Oostendorp dat er verbeteringen worden verwacht op lange termijn bij de patiënten die de klinische variant van de DGT binnen Scelta hebben gevolgd. Op korte termijn zijn deze verbeteringen aangetoond binnen Scelta (Oostendorp & Chakhssi, 2016).

Op basis van deze gegevens zijn de volgende hypothesen opgesteld:

Hypothese 1: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van symptomatische distress na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 2: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van interpersoonlijke relaties na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 3: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het sociale gebied na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 4: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het lichamelijke omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 5: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het psychische omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 6: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het sociale gebied na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

Hypothese 7: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op de omgeving na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie.”

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en bij welke onderzoeksdoelgroep. Daarnaast is er beschreven welke onderzoeksinstrumenten gebruikt zijn en welke wijze van analyseren is gebruikt.

3.1 Onderzoeksmethode

Om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, is er gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek. Een voordeel van kwantitatief onderzoek is dat er minder kans is op interpretatiefouten bij het analyseren van de gegevens, omdat de opzet uitgaat van cijfermatige gegevens (Verhoeven, 2011). Er zijn meerdere meetmomenten in dit onderzoek. Het eerste meetmoment is de nulmeting (T0) twee weken na start van de klinische behandeling. In de eerste twee weken van de behandeling staat het wennen en kennismaken centraal, de inhoud van de klinische DGT komt hierbij nog niet aan bod. Het tweede meetmoment (T1) is aan het eind van de behandeling, na ongeveer 7 maanden. Dit meetmoment is in eerder onderzoek van Scelta geanalyseerd en wordt in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Ten slotte is er ongeveer na 24 maanden na afronding van de behandeling het derde meetmoment (T2), ook wel het follow-up onderzoek genoemd. De meetmomenten zijn schematisch weergegeven in figuur 2. De verschillende metingen bestonden uit gevalideerde vragenlijsten. Hierover wordt meer informatie gegeven in paragraaf 3.3 Onderzoeksinstrumenten. Er is in dit onderzoek geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Dit komt omdat patiënten met een BPS een doelgroep is met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en daarbij is het niet verantwoord om de patiënten onbehandeld op een wachtlijst te plaatsen in verband met de vele risico's (b.v. suïcidaliteit) en daarnaast 'te belasten' met verschillende vragenlijsten. Dit is niet ethisch verantwoord en daarom is hier niet voor gekozen.



Figuur 2: T-metingen schematisch weergegeven

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De doelgroep van dit onderzoek betreft patiënten met een BPS die het klinische programma hebben gevolgd bij GGNet Scelta in Apeldoorn. Bij het klinische programma waren de cliënten vijf dagen per week opgenomen in de instelling en gingen ze in het weekend naar huis. Alle patiënten die vanaf november 2012 tot en met mei 2015 werden opgenomen, zijn vooraf geïnformeerd over het onderzoek en schriftelijk benaderd met het verzoek om deelname aan de verschillende testmomenten (T0, T1 en T2). De patiënten die wilden participeren aan het onderzoek (64 van de 69 patiënten) gaven schriftelijk hun toestemming voor deelname (informed consent).

De deelnemersgroep van het onderzoek bestaat uit 64 patiënten. Echter blijkt uit de testdata dat 19 patiënten de T0 en T1 meting niet hebben ingevuld. Er is gekozen om voor het follow-up onderzoek alleen de patiënten mee te nemen die T0 en T1 hebben ingevuld.

Er waren in totaal 45 patiënten die T0 en T1 hadden ingevuld. Dit betrof 41 vrouwen en 4 mannen, in leeftijd variërend tussen de 19 en de 48 jaar met een gemiddelde van 25.5 jaar. De gemiddelde opnameduur was 7.3 maanden. Deze 45 patiënten zijn nogmaals benaderd voor de T2 meting middels een informatiebrief.

Van de 45 patiënten die benaderd zijn, hebben 18 patiënten de T2 meting ingevuld (n=18). Informatie over de uiteindelijke doelgroep (n=18) wordt beschreven in 4.2 Respondenten. De informed consent die voorafgaand T0 is getekend, is nog beschikbaar en daardoor hoeft de informed consent niet opnieuw getekend te worden bij de laatste meting (T2).

Tabel 2: *Gegevens deelnemersgroepen*

Deelnemersgroep	N=64	N=45
Percentage mannen	93%	91%
Percentage vrouwen	7%	9%
Min. leeftijd	18 jaar	19 jaar
Max. leeftijd	48 jaar	48 jaar
Gemiddelde leeftijd	24.8 jaar	25.5 jaar
Gem. opnameduur	7.8 maanden	7.3 maanden

Daarnaast moesten de patiënten aan bepaalde criteria juist wel of niet voldoen om mee te mogen doen aan het onderzoek. Hieronder worden de criteria beschreven.

Inclusiecriteria:

- geïndiceerd voor klinische behandeling
- borderline persoonlijkheidsproblematiek
- ernstige emotieregulatie problematiek
- suïcidaliteit
- eerder niet succesvolle behandelingen
- stagnatie in het sociaal en maatschappelijk functioneren
- wil deelnemen aan het onderzoek

Exclusiecriteria:

- chronische psychose
- schizofrenie
- onvoldoende kennis van de Nederlandse taal
- zwakzinnigheid
- een primaire antisociale persoonlijkheidsstoornis
- op de voorgrond staande middelenafhankelijkheid waarvoor detoxicatie noodzakelijk is

3.3 Onderzoeksinstrumenten

De meetinstrumenten die worden gebruikt bij het follow-up onderzoek (T2) zijn de Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) en de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). Deze vragenlijsten zijn bij de eerdere testmomenten (T0 en T1) ook digitaal afgenomen bij de patiënten. Voorafgaand aan de gevalideerde vragenlijsten werden er een aantal vragen gesteld (zie bijlage 2). De vragen die werden gesteld aan het begin, gaan over verdere behandelingen na de behandeling bij Scelta, de dagbesteding en de ervaringen van de patiënten over de klinische DGT.

De Outcome Questionnaire 45 wordt afgenomen om inzicht te krijgen in de klachten en het algemeen psychisch en lichamelijk functioneren van de patiënten. De Outcome Questionnaire 45 is een zelfbeoordelingsinstrument en bestaat uit 45 vragen gescoord op een vijfpuntsschaal (0 = nooit, 1 = zelden, 2 = soms, 3 = vaak en 4 = bijna altijd). Deze gevalideerde zelfrapportagevragenlijst meet klachten op drie verschillende domeinen, namelijk: Symptomatische Distress (SD), Interpersoonlijke Relaties (IR) en Sociale Rol (SR) (Lambert et al., 2004). Voorbeeldvragen zijn: “Ik word gauw moe” (SD), “Ik vind het moeilijk om met vrienden en goede kennissen om te gaan” (IR) en “Ik sta onder stress op het werk/op school” (SR). Het domein SD meet klachten op het gebied van angst, depressie en afhankelijkheid van middelen. IR meet klachten op het gebied van sociale relaties en de schaal SR meet klachten op het gebied van school, het werk en in vrije tijd. De OQ-45 is uitgegroeid tot een van de meest gebruikte instrumenten binnen de psychiatrie en klinische psychologie (De Jong e.a, 2009). De vragenlijst is goed bruikbaar omdat hij snel afgenomen kan worden en meerdere domeinen meet. Daarnaast wijst onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten uit dat de validiteit en betrouwbaarheid voldoende tot goed zijn (Beurs et al., 2005). De test-hertest betrouwbaarheid en de interne consistentie zijn beide hoog gebleken (Lambert, 2012). De OQ-45 is beoordeeld door de COTAN (2009) en de criteria: constructie, de handleiding, het materiaal en de betrouwbaarheid zijn voldoende beoordeeld.

Daarnaast is de World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) afgenomen. De WHOQOL-BREF is een uit 26 bestaande vragen zelfbeoordelingsvragenlijst gescoord op 5-punts Likert schalen. Deze wordt afgenomen om de kwaliteit van leven te meten. De WHOQOL-BREF bestaat uit vier hoofddomeinen, namelijk: lichamelijke gezondheid, psychologische gezondheid, sociale relaties en omgeving (WHOQOL Group, 1996). Voorbeeldvragen zijn: “Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie?” (psychologische gezondheid), “In welke mate vindt u dat de pijn u afhoudt van wat u moet doen?” (fysieke gezondheid), “Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?” (sociale relaties) en “Hoe gezond is uw omgeving?” (omgeving). Deze variant is een verkorte versie van de World Health Organisation Quality of Life 100. De psychometrische kwaliteiten van de WHOQOL-BREF zijn uit onderzoek voldoende tot goed gebleken, hierdoor is de vragenlijst goed bruikbaar (Trompenaars F., e.a, 2005). Ook is de discriminante validiteit en de test-hertest betrouwbaarheid voldoende gebleken (WHOQOL Group, 1998). Daarnaast worden er meerdere domeinen gemeten en kan de vragenlijst snel afgenomen worden.

3.4 Procedure

De patiënten, die al eerder toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek, kregen een brief met daarin nogmaals de informatie over de laatste meting (T2). In deze brief stond ook het telefoonnummer en e-mail van desbetreffende patiënt met de vraag of deze actueel zijn. Vervolgens werd een link naar de online vragenlijsten, ingevoerd in Qualtrics¹, verstuurd via WhatsApp². Via dit bericht konden deelnemers de link naar de vragenlijsten openen. De onderzoeker³ hield bij welke patiënten hadden gereageerd en/of de vragenlijsten compleet ingevuld waren. Wanneer de patiënt binnen twee weken niet had gereageerd en/of de vragenlijsten had ingevuld, werd er een bericht gestuurd via WhatsApp of per sms om te vragen of de patiënt dit alsnog wilde doen.

Wanneer de vragenlijsten van de patiënt binnen waren, werden deze verwerkt in het programma Statistical Products and Service Solutions (SPSS) 22 (International Business Machines Company [IBMS], 2011). Scelta beschikt over de gegevens van het eerste (T0) en tweede meetmoment (T1) verwerkt in een SPSS bestand. Deze gegevens waren in eerder onderzoek al geanalyseerd. Wanneer de gegevens van T2 compleet waren, konden er vergelijkingen gemaakt worden tussen T0 en T2 om zo antwoord te geven op de deelvragen en uiteindelijk op de onderzoeksvraag.

3.5 Analyses

Om de gegevens te analyseren werd er gebruik gemaakt van het programma SPSS 22 (IBMS, 2011). De gegevens van de eerdere meetmomenten (T0 en T1) zijn samengevoegd met de gegevens van T2 tot een databestand.

De verschillende hypothesen werden op dezelfde manier geanalyseerd. Om te kijken welke toets er gebruikt moest worden middels SPSS, is het van belang dat er eerst werd gekeken of het om een normaalverdeling gaat. Om te kijken of het om een normale verdeling ging, is de Shapiro-Wilk toets gebruikt. Deze werd gebruikt omdat de doelgroep kleiner was dan 50 personen. Wanneer de doelgroep groter is dan 50 wordt namelijk de Kolmogorov-Smirnov toets gebruikt, maar dit was niet het geval (Mordkoff, 2016). Wanneer de uitkomst van de Shapiro-Wilk toets statistisch significant ($p < .05$) was, dan ging het niet om normaal verdeelde steekproef en werd er gebruik gemaakt van de Wilcoxon Signed Rank toets (non-parametrische). Was de uitkomst van de Shapiro-Wilk toets niet statistisch significant ($p \geq .05$) dan was de steekproef normaal verdeeld. In dat geval werd gebruik gemaakt van de gepaarde t-toets (Field, 2003).

Om te kijken welke toets er gebruikt moest worden middels SPSS, is het van belang dat er dus eerst per meetmoment werd gekeken of het om een normaalverdeling gaat⁴. Daartoe werd de Shapiro-Wilk toets gebruikt. Deze werd gebruikt omdat de doelgroep kleiner was dan 50 personen, de patiënten die uiteindelijk de online vragenlijsten hadden ingevuld waren er 18 (Mordkoff, 2016).

¹ Qualtrics is een enquêtetool voor het maken van een online survey.

² Whatsapp is een applicatie voor de smartphone om berichten, bestanden en foto's met elkaar uit te wisselen.

³ De schrijver van deze scriptie, Toegepast Psycholoog i.o.

⁴ Als één van de uitkomstmaten niet normaal verdeeld is dan wordt er non-parametrisch getoetst. Bij steekproeven die non-parametrisch getoetst worden, kan geen effectgrote berekend worden (Cohen, 1992).

De uitkomst van de Shapiro-Wilk toets was statistisch significant. Daarom is er gebruik gemaakt van de non-parametrische Wilcoxon Signed Rank toets / gepaarde t-toets om de data te analyseren (Field, 2003).

Hieronder wordt per deelvraag beschreven hoe deze werd geanalyseerd.

- 1. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van symptomatische distress in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

Deze onderzoeksvraag is gemeten via de schaal 'Symptomatische Distress' (SD) van de OQ-45 vragenlijst. Een hogere score suggereert een hogere mate van klachten, in dit geval klachten die betrekking hebben op depressie, angst en afhankelijkheid van middelen. Een lage score betekent dat er op deze gebieden geen tot weinig klachten wordt ervaren (de Jong, Nugter, Lambert, & Burlingame, 2009). De hypothese luidde als volgt: "De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van symptomatische distress na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie". Deze wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil wordt gevonden tussen T0 en T2.

- 2. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van interpersoonlijke relaties in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

Dit is gemeten door middel van de schaal 'Interpersoonlijke Relaties' (IR) van de OQ-45. Een hogere score duidt ook hier weer op hogere mate van klachten. In dit geval klachten die betrekking hebben op het functioneren in relaties met vrienden, familie en eventuele partner. De hypothese luidde als volgt: "De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van interpersoonlijke relaties na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de therapie." Deze wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil wordt gevonden tussen T0 en T2.

- 3. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van de sociale rol in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

Ook deze vraag is gemeten met de vragenlijst OQ-45. De schaal die het algemeen functioneren op het gebied van de sociale rol meet is de 'Sociale Rol' (SR) schaal. Deze vragen hebben te maken met het functioneren op school, werk en vrije tijd. Een hoge score duidt op een hogere mate van klachten. De hypothese luidde als volgt: "De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het sociale gebied na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie in vergelijking tot bij aanvang van de." Deze wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil wordt gevonden tussen de T0 en T2.

- 4. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het lichamelijke omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

Deze onderzoeksvraag is gemeten door middel van de schaal met betrekking tot het lichamelijke omgevingsdomein op de vragenlijst WHOQOL-BREF. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven (World Health Organisation, 1998). In dit geval betekent een hogere score een hogere kwaliteit van leven op het lichamelijke omgevingsdomein. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het lichamelijke omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” Deze wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil wordt gevonden tussen T0 en T2.

- 5. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het psychische omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

Dit is gemeten met de schaal met betrekking tot het psychische omgevingsdomein van de WHOQOL-BREF. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven (World Health Organisation, 1998). De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het psychische omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” Deze hypothese wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil te vinden is tussen T0 en T2.

- 6. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het sociale omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

Ook deze onderzoeksvraag is gemeten met de schaal met betrekking op het sociale omgevingsdomein van de WHOQOL-BREF. Hierbij ging het om het sociale omgevingsdomein. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven (World Health Organisation, 1998). De hypothese luidde als volgt: Hypothese 6: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het sociale omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” De hypothese wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil wordt gevonden tussen T0 en T2.

7. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op de omgeving in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

Dit is gemeten door middel van het omgevingsdomein van de WHOQOL-BREF. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op de omgeving na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” De hypothese wordt aangenomen wanneer er een positief significant verschil is tussen T0 en T2.

Hoofdstuk 4

Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt de uitvoering van het onderzoek en de respondenten beschreven. Daarnaast zijn de onderzoeksresultaten per onderzoeksvraag beschreven.

4.1 Uitvoering van het onderzoek

Zoals eerder benoemd, zijn voor dit onderzoek alleen de patiënten meegenomen die T0 en T1 hebben ingevuld. Naar deze 45 patiënten is een informatiebrief gestuurd over de laatste meting (T2). Patiënten konden aangeven middels een antwoordkaart de vragenlijsten per post te willen ontvangen, hier is geen gebruik van gemaakt. Via Whatsapp is er een link gestuurd naar de online vragenlijsten. De patiënten werden gevraagd de vragenlijsten zo snel mogelijk in te vullen. Wanneer de patiënt binnen twee weken niet had gereageerd en/of de vragenlijsten incompleet waren ingevuld, werd er contact opgenomen middels Whatsapp of per sms. De gemiddelde tijd tussen de eerste meting (T0) en de follow-up meting (T2) is 2.06 jaar (SD = 0.87).

4.2 Respondenten

Uiteindelijk hebben 18 van de 45 patiënten deelgenomen aan het follow-up onderzoek. De overige 27 patiënten hebben niet deelgenomen aan het follow-up onderzoek. Een aantal (10 patiënten) gaven als reden het “hoofdstuk Scelta” afgesloten te hebben en/of Scelta achter zich te hebben gelaten en daarom niet te willen deelnemen aan het follow-up onderzoek. 8 patiënten gaven, zonder specifieke reden, aan niet deel te willen nemen aan het onderzoek. De overige 9 patiënten hebben niets van zich laten horen of hebben wellicht niets ontvangen, zowel via de informatiebrief als de berichten via Whatsapp en sms. Informatie over de 18 patiënten, die hebben deelgenomen aan het follow-up onderzoek, is weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: *Informatie geslacht, leeftijd en opnameduur patiënten*

n=18	
Percentage mannen	6
Percentage vrouwen	94
Min. Leeftijd in jaren	19
Max. leeftijd in jaren	48
Gemiddelde leeftijd in jaren	28,3
Gemiddelde opnameduur in maanden	8,7

8 patiënten hebben een relatie, de andere 10 patiënten geven aan geen relatie te hebben. In tabel 4 is weergegeven of de patiënten na de DGT bij Scelta nog een behandeling hebben gevolgd en indien welke behandeling. Tabel 5 geeft weer of de patiënten een crisisopname hebben gehad na de DGT bij Scelta. De range tussen de laatste behandeldata tot aan de follow-up data is 1.11 – 3.5 jaar, met als gemiddelde 2 jaar (SD = 0.63).

Tabel 4: *Vervolgbehandeling na de DGT bij Scelta*

	Aantal patiënten (n=18)	Percentage
Geen verdere behandeling gevolgd na de DGT	4	22
Ambulante behandeling gevolgd na de DGT	8	45
Deeltijdbehandeling gevolgd na de DGT	4	22
Klinische behandeling gevolgd na de DGT	2	11

Tabel 5: *Crisisopname na de DGT bij Scelta*

	Aantal patiënten (n=18)	Percentage
Geen crisisopname na de DGT	14	78
1 Crisisopname na de DGT	3	17
1 tot 3 keer crisisopname na de DGT	1	5

4.3 Resultaten per onderzoeksvraag

Een aantal uitkomstmaten bleken niet normaal verdeeld. Daardoor is er non-parametrisch getoetst, omdat er vanuit wordt gegaan dat de gehele steekproef niet normaal verdeeld is. In dit geval is de Wilcoxon Signed Rank toets gebruikt.

1. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van symptomatische distress in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een lagere score op de T0 meting (gemiddelde = 66,9, SD = 10,43) dan op de T2 meting (gemiddelde = 73,6, SD = 12,01). Een hoge score duidt op een hogere mate van klachten. Het verschil tussen de metingen is significant. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van symptomatische distress na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie”. Deze wordt dus verworpen, er is geen positief effect gevonden tussen T0 en T2.

2. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van interpersoonlijke relaties in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een lagere score op de T0 meting (gemiddelde = 21,1, SD = 6,33) dan op de T2 meting (gemiddelde = 30,7, SD = 3,11). Een hoge score duidt op een hogere mate van klachten. Het verschil tussen de metingen is significant. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het gebied van interpersoonlijke relaties na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” Deze hypothese wordt op basis van de resultaten verworpen.

3. Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren van patiënten op het gebied van de sociale rol in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een lagere score op de T0 meting (gemiddelde = 15,4, SD = 4,22) dan op de T2 meting (gemiddelde = 20,4, SD = 3,91). Een hoge score duidt op een hogere mate van klachten. Het verschil tussen de metingen is significant. De hypothese “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het algemeen psychisch functioneren op het sociale gebied na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie” wordt verworpen omdat er geen positief effect is gevonden tussen T0 en T2.

De resultaten van deelvraag 1 t/m 3 zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: *Resultaten van de vragenlijst OQ-45 op het eerste testmoment (T0) en het laatste testmoment (T2) (n=18)*

	T0 M(σ)	T2 M(σ)	p	Z
Symptomatische Distress	66.9(10.43)	73.6(12.01)	.04	1,99
Interpersoonlijke Relaties	21.1(6.33)	30.7(3.11)	.001	3,40
Sociale Rol	15.4(4.22)	20.4(3.91)	.001	3,36

4. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het lichamelijke omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een hogere score op de T0 meting (gemiddelde = 12,27, SD = 3,04) dan op de T2 meting (gemiddelde = 11,11, SD = 2,48). Dit verschil tussen de metingen is niet significant. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het lichamelijke omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” Deze wordt op basis van de resultaten verworpen.

5. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het psychische omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een lagere score op de T0 meting (gemiddelde = 10,04, SD = 2,65) dan op de T2 meting (gemiddelde = 10,78, SD = 2,69). Het verschil tussen de metingen is niet significant. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven. De hypothese “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het psychische omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie” wordt verworpen.

6. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op het sociale omgevingsdomein in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een hogere score op de T0 meting (gemiddelde = 12,71, SD = 3,26) dan op de T2 meting (gemiddelde = 11,63, SD = 3,57). Het verschil tussen de metingen is significant. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven. De hypothese “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op het sociale omgevingsdomein na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie” wordt op basis van de resultaten verworpen.

7. Wat is ongeveer na 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven van patiënten gericht op de omgeving in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?

De patiënten hebben een lagere score op de T0 meting (gemiddelde = 13,77 SD = 2,14) dan op de T2 meting (gemiddelde = 14,33, SD = 2,35). Het verschil tussen de metingen is niet significant. Een hogere score betekent een hogere kwaliteit van leven. De hypothese luidde als volgt: “De Klinische Dialectische Gedragstherapie heeft een positief effect op de omgeving na ongeveer 24 maanden na het afronden van de therapie.” De hypothese wordt verworpen.

De resultaten van deelvraag 4 t/m 7 zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: *Resultaten van de WHOQOL-BREF op het eerste testmoment (T0) en het laatste testmoment (T2) (n=18)*

	T0 M(σ)	T2 M(σ)	p	Z
Lichamelijke gezondheid	12.27(3.04)	11.11(2.48)	.07	1,79
Psychische gezondheid	10.04(2.65)	10.78(2.69)	.65	,46
Sociale relaties	12.71(3.26)	11.63(3.57)	.04	2,02
Omgeving	13.77(2.14)	14.33(2.35)	.43	,80

4.4 Overige resultaten

Naast de gevalideerde vragenlijsten, de OQ-45 en de WHOQOL-BREF, zijn er ook andere vragen gesteld aan de patiënten om meer informatie te verkrijgen over o.a. de ervaringen van de patiënten wat betreft de DGT binnen Scelta. Zo werd ook gevraagd in hoeverre de patiënt zich geholpen voelt door de DGT bij Scelta en in hoeverre de patiënt tevreden is met de behandeling. De patiënt werd gevraagd om een cijfer in te vullen, op een schaal van 1 (heel slecht) tot en met 10 (heel goed). De patiënten gaven gemiddeld een ruim voldoende voor de mate waarin ze zich geholpen voelden door de behandeling en/of ze daar tevreden mee waren. De resultaten van deze vragen zijn weergegeven in tabel 8.

Tabel 8: *Resultaten schaalvragen*

	Gemiddelde	Mediaan	Standaardafwijking	Laagste cijfer	Hoogste cijfer
Geholpen door de behandeling	6.78	7	1.80	3	10
Tevreden over de behandeling	7.06	7	1.77	4	10

Daarnaast konden de patiënten eventueel overige opmerking en/of aanmerkingen noteren. 8 van de 18 patiënten heeft hier gebruik van gemaakt. Samenvattend kwam hieruit naar voren dat patiënten zich niet allemaal even gehoord voelden. De opmerkingen staan in tabel 9 in willekeurige volgorde.

Tabel 9: *Opmerkingen van de patiënten in willekeurige volgorde*

"Ik had in mijn behandeling een pb-er (persoonlijk begeleider) wat niet klikte. Mijn advies is dat wanneer het echt niet klikt dat er dan gekeken kan worden naar een andere pb-er."
"De nabehandeling was heel erg slecht geregeld waardoor ik een flinke terugval heb gehad."
"Inhoud van de therapieën waren top! Ik voelde wel een erge afstand met de begeleiding. Ik had het nodig om meer gesteund te worden want ik voelde me erg eenzaam."
"Voorkom overschatten. Luister beter naar cliënt."
"Is de juiste plek geweest voor mij."
"Ik raad deze behandeling iedereen aan!"
"Ik vond Scelta erg kundig, alleen zat ik hier niet op mijn plek. Ik blijf autisme te hebben, geen borderline."
"Ik had een 2 ^e behandelfase nodig, welke ik niet heb gekregen."

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoordt, de conclusies bediscussieerd en worden er aanbevelingen gedaan.

5.1 *Conclusie en discussie*

In hoofdstuk één zijn de onderzoeksvraag en deelvragen besproken. In deze paragraaf worden ze beantwoordt. De eerste deelvraag luidde: “Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het gebied van symptomatische distress in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt dat er geen positief effect gevonden is. De uitkomst van de follow-up meting is zelfs hoger dan de eerste meting wat duidt op afname van het algemeen functioneren op het gebied van symptomatische distress. De conclusie die hieruit getrokken wordt is dat patiënten op lange termijn na de behandeling dus geen afname van hun klachten op het gebied van symptomatische distress ervaren ten opzichte van het moment van start met de behandeling.

De tweede deelvraag luidde als volgt: “Hoe staat het na ongeveer 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het gebied van interpersoonlijke relaties in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt dat er geen positief effect is gevonden tussen de aanvang van de therapie en op lange termijn na de behandeling. Echter is er wel een negatief effect gevonden, dit houdt in dat er een toename van klachten is op het gebied van persoonlijke relaties op lange termijn ten opzichte van het startmoment van de behandeling. Hierdoor kan gesteld worden dat de behandeling niet voor een positief effect heeft gezorgd op het gebied van interpersoonlijke relaties.

Deelvraag 3 luidde: “Hoe staat het ongeveer na 24 maanden na ontslag met het algemeen functioneren op het sociale gebied in vergelijking tot dit functioneren bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt dat er geen positief effect heeft plaatsgevonden. Er is wel sprake van een negatief effect, dat wil zeggen dat er een toename, op lange termijn, is van klachten op het sociale gebied ten opzichte het eerste testmoment.

Deelvraag 4 heeft betrekking op de kwaliteit van leven, namelijk: “Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het lichamelijke omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt dat er geen effect is gevonden wat betreft het lichamelijke omgevingsdomein.

Deelvraag 5 heeft betrekking op de kwaliteit van leven wat betreft het psychische omgevingsdomein, de deelvraag luidde als volgt: “Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het psychische omgevingsdomein in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?”. De conclusie die hieruit getrokken wordt is dat patiënten geen afname van klachten ervaren op het psychische omgevingsdomein op lange termijn na afronding van de behandeling in vergelijking tot aanvang van de behandeling.

Deelvraag 6 luidde: “Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op het sociale gebied in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt er geen sprake is van een positief effect. Hier is echter sprake van een negatief effect. Dit houdt in dat patiënten op lange termijn na de behandeling een minder hoge kwaliteit van leven ervaren op het sociale omgevingsdomein in vergelijking tot aanvang van de behandeling.

Deelvraag 7, tevens de laatste, was als volgt: “Wat is na ongeveer 24 maanden na ontslag de kwaliteit van leven gericht op de omgeving in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?”. Uit de resultaten blijkt dat er geen positief effect heeft plaatsgevonden tussen het eerste meetmoment en de follow-up meting. Er moet geconcludeerd worden dat er geen sprake is van afname van klachten op de kwaliteit van leven gericht op het omgevingsdomein na lange termijn ten opzichte tot aanvang van de behandeling.

Naast de deelvragen is er in hoofdstuk 1 ook een hoofdvraag geformuleerd, namelijk: “Hoe vergaat het, na ongeveer 24 maanden na ontslag van de klinische dialectische gedragstherapie, de patiënten van GGNet Scelta met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis in vergelijking tot bij aanvang van de therapie?”. Samenvattend is er op het gebied van lichamelijke klachten en algemeen functioneren geen verbetering te zien tussen aanvang van de behandeling en op lange termijn na de behandeling. Daarnaast is de kwaliteit van leven ook niet toegenomen op lange termijn. Op enkele domeinen is zelfs een achteruitgang in functioneren, namelijk op de gebieden van symptomatische distress, interpersoonlijke relaties, de sociale rol en sociale relaties. Ondanks deze uitkomsten, beoordelen de patiënten de behandeling met een ruim voldoende. Als er gekeken wordt naar de uitkomstmaten, wordt de conclusie getrokken dat de behandeling op lange termijn onvoldoende effectief is gebleken.

5.2 *Discussie*

Naar aanleiding van verschillende studies, zoals die van Fassbinder et al. (2007) waarin de lange termijn effecten van de DGT werd onderzocht, was de verwachting dat er verbeteringen zouden plaatsvinden op de uitkomstmaten. Echter, vonden er geen verbeteringen op de uitkomstmaten plaats bij dit follow-up onderzoek. Eén duidelijke reden kan hier niet voor genoemd worden. Wel zijn er een aantal factoren die de verklaring hiervan kunnen zijn. In de discussie worden deze punten van kritiek besproken.

Uit onderzoek van Goethem et al. (2012) is gebleken dat de grootste afname in klachten in het eerste halfjaar plaatsvond van de behandeling. Dit kan een reden geweest zijn waardoor er geen afname van klachten is gevonden bij de follow-up meting. De follow-up meting heeft namelijk plaatsgevonden na 24 maanden na afronding van de behandeling. Daarnaast zijn de lange termijn effecten niet in elk onderzoek onderzocht. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van Strauss et al. (2011). In vergelijking met het onderzoek naar de effecten van de DGT binnen Scelta op korte termijn, blijkt dat de positieve effecten op lange termijn zijn verdwenen.

De eerste verklaring kan zijn dat er in dit onderzoek gebruik is gemaakt van een kleine steekproef (n=18). Doordat er gebruik is gemaakt van een kleine steekproef kan dit ervoor gezorgd hebben dat er minder snel sprake is van statistisch significante verschillen (de Lange, Schuman & Montesano-Montesorie, 2011). Daarnaast zijn de uitkomsten van het onderzoek minder betrouwbaar en minder nauwkeurig door het gebruik van de kleine steekproef (Verhoeven, 2011). Van de 69 patiënten die vanaf november 2012 tot en met mei 2015 de behandeling hebben afgerond bleven er slechts 18 patiënten over voor het onderzoek. Doordat alleen de patiënten zijn meegenomen die de behandeling hebben afgerond en de voor- en nameting ingevuld hebben, is er geen sprake van een aselecte steekproef. Hierdoor wordt de externe validiteit en de representativiteit negatief beïnvloedt (Van Zwieten & Willems, 2004).

In dit onderzoek is enkel gebruikt gemaakt van een experimentele groep, een controlegroep ontbrak hierbij. Om een betrouwbare conclusie te kunnen trekken over de effectiviteit van de behandeling is een controle- en een experimentele groep nodig met dezelfde kenmerken (Emmelkamp, de Ruiter & de Vogel, 2002). Met behulp van een controlegroep, kan er beter worden gekeken of de (lange) termijn effecten daadwerkelijk zijn toe te schrijven aan de behandelingen en niet aan andere factoren die voor verbeteringen kunnen zorgen, zoals het krijgen van (meer) sociale steun.

Daarnaast kunnen omgevingsinvloeden een (grote) rol spelen bij lange termijn onderzoek (Verhoeven, 2011). Dit betekent dat de uitkomsten van het onderzoek beïnvloedt kunnen zijn door eventuele storende factoren en andere variabelen. Hierdoor is de kans groot dat de interne validiteit aangetast is. Daardoor is de kans verminderd om een juiste conclusie te kunnen trekken over de oorzaak van de eventuele verandering die de patiënten zijn ondergaan (Everaert & van Peet, 2006).

Bovendien is dit een kwantitatief onderzoek. Een kwalitatief onderzoek zou een toegevoegde waarde kunnen hebben. De patiënten kunnen nu namelijk niet aangeven wat ze zouden verbeteren of wat ze juist sterke punten aan de behandeling vonden, hierop wordt niet ingegaan. Echter, zou een kwalitatief onderzoek niets veranderen aan de uitkomsten zelf, maar kan dit meer inzicht geven en zouden er specifieke aanbevelingen gedaan kunnen worden. Daarnaast zijn de vragenlijsten die gebruikt zijn voor het onderzoek, de OQ-45 en de WHOQOL-BREF, op een aantal punten onvoldoende beoordeeld door de COTAN. De OQ-45 heeft op drie van de zeven criteria een onvoldoende beoordeling (COTAN, 2009). De WHOQOL-BREF heeft op vier van de zeven criteria een onvoldoende beoordeling (COTAN, 1997). De keuze voor de vragenlijsten hadden wellicht beter gekund. Echter is er (nog) geen vragenlijst beschikbaar die op meer criteria een voldoende heeft van de COTAN, onder andere om die reden is er voor het gebruik van deze vragenlijsten gekozen. Doordat er is gekozen voor een kwantitatief onderzoek, is er een kleinere kans op interpretatiefouten (Verhoeven, 2011).

5.3 *Aanbevelingen*

Naar aanleiding van de discussie kunnen er aantal aanbevelingen gedaan worden voor eventueel toekomstig onderzoek. Voor toekomstig onderzoek is belangrijk dat er gebruik gemaakt wordt van een controlegroep. Hierdoor kunnen de resultaten beter vergeleken worden, wat de betrouwbaarheid van het onderzoek verhoogd. Het welzijn van de patiënten uit de controlegroep zou hierbij wel in de gaten gehouden moeten worden, zodat er bijvoorbeeld ingegrepen kan worden bij een hoog suïciderisico.

Om de validiteit van de onderzoeksresultaten te vergroten is het handig om gebruik te maken van zowel kwantitatief onderzoek als kwalitatief onderzoek, ook wel triangulatie genoemd (Verhoeven, 2011). Bij kwalitatief onderzoek kan gedacht worden aan (diepte)interviews. Dit heeft meerdere voordelen, zo kan er bijvoorbeeld onderzocht worden wat de reden is waarom de ene patiënt blijft en de ander uitvalt tijdens de behandeling. Kwalitatief onderzoek zou meer diepgang kunnen creëren en meer inzicht kunnen geven in de belevingswereld van de patiënt. Zo kan de behandeling beter geëvalueerd worden.

Tussentijdse analyses zou ook een verbetering kunnen zijn. Zo wordt er zo goed bijgehouden hoe het met de patiënt gaat. Hierin kan worden ingegrepen wanneer het niet goed blijkt te gaan. Daarnaast kan er naar aanleiding van de analyses gesprekken gevoerd kunnen worden met de patiënt. Zo kan er gekeken worden of de behandeling voldoende effect heeft. Wanneer dit niet het geval is, kan er naar eventuele aanpassingen gekeken worden of een andere behandeling geadviseerd worden die beter bij de patiënt aansluit. Ten slotte is het voor toekomstig onderzoek belangrijk dat er gebruik gemaakt wordt van betrouwbare vragenlijsten die minimaal voldoende of goed beoordeeld zijn door de COTAN.

5.4 Plan van aanpak

Uit de resultaten blijkt dat de DGT binnen Scelta niet de gewenste effecten heeft op lange termijn. Hieronder staan de inhoudelijke aanbevelingen voor Scelta.

Voordat de patiënten in behandeling gaan, is het van belang dat er sprake is van een juiste diagnose. Zo bleek bij een patiënt die deelgenomen heeft aan de DGT binnen Scelta, autisme te hebben in plaats van borderline. Wanneer een patiënt niet de juiste behandeling krijgt, kunnen hierdoor de gewenste positieve effecten uitblijven. Een Toegepast Psycholoog zou vooraf een uitgebreid diagnostisch onderzoek kunnen uitvoeren. Een vragenlijst gericht op borderline problematiek zou hierbij van essentieel belang zijn. Een voorbeeld van zo'n vragenlijst is de Borderline Personality Disorder Severity Index. Hiermee kunnen er uitspraken worden gedaan of de patiënt daadwerkelijk borderline heeft en de juiste behandeling gaat volgen.

Om ervoor te zorgen dat de gewenste effecten behouden worden na afronding van de behandeling is het verstandig om betere nazorg te leveren aan de patiënten. Hierbij kan gedacht worden aan periodieke (bijvoorbeeld elke maand) afspraken met de patiënt. Er kan gecheckt worden, door middel van een gesprek of diagnostische onderzoek, of de patiënt een eventuele terugval heeft. Wanneer dit tijdig wordt opgemerkt, kan dit (zoveel mogelijk) voorkomen worden door bijvoorbeeld het inzetten van interventies. Een Toegepast Psycholoog zou deze periodieke afspraken met de patiënt op zich kunnen nemen.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Nederlandse vertaling*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Task Force on DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beurs, E., Hollander-Gijsman, M., Buwalda, V., Trijsburg, R. W. & Zitman, F. (2005). De Outcome Questionnaire oq-45: psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393-400.
- Bosch van den, L., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & Furth van, E. (2014). Efficacy of an experimental short-term inpatient dialectical behavior therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 152.
- Bosch van den, L.M.C., Sinnaeve, R. & Nijs, M. (2013). Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 165-174.
- Bosch van den, W., Meijer, S. & Backer, H. (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson Assessment And Information.
- Bradley, R., Zittel, C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.
- COTAN (2009). *Outcome Questionnaire, OQ-45*. Utrecht: NIP.
- COTAN (1997). *Wereldgezondheidsorganisatie Kwaliteit van Leven Vragenlijst, WHOQOL-100*. Utrecht: NIP.
- Dimeff, L., & Linehan, M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-1.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R. & Snellen, W.M. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fassbinder, E., Rudolf, S., Bussiek, A., Kröger, C., Arnold, R., Greggersen, W. & Schweiger, U. (2007). Effektivität der dialektischen Verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf. Eine 30-Monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 1-9.
- Genderen van, H. & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Giesen-Bloo, J. (2005). *Leven met een borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Jong de, K., Nugter, M. A., Burlingame, G. M., & Lambert, M. J. (2009). *Handleiding voor het scoren van de Outcome Questionnaire*. Salt lake City, UT: OQ Measures LLC.
- Kooiman, C., Kuipers, G. & Huffstadt, C. (2013). Transference-focused psychotherapie en mentaliseren in de klinische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 939-948.
- Krook, K. (2004). *Borderline de baas, gids voor naastbetrokkenen*. Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Lambert, M. J. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2, 24-27.

- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D. R., Harmon, C., Hamilton, S., Shimokawa, K., et al. (2004). *Administration and scoring manual for the OQ-45. (Outcome Questionnaire)*. Wilmington: American Professional Credentialing Services LLC.
- Landelijke Stuurgroep. (2008). *Beschrijving van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Linehan, M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis, handleiding voor training en therapie*. Antwerpen: Pearson Benelux Clinical.
- Linnehan, M. (1993). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornissen. Theorie en behandeling*. Lisse: Zwets en Zeitlinger.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guilé, J.M., & Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 32, 162-73.
- Molen van der, H. & Perreijn, S. & van den Hout, M. (2007). *Klinische Psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Mordkoff, J.T. (2016). *The Assumption(s) of Normality*. Geraadpleegd op <http://www2.psychology.uiowa.edu/faculty/mordkoff/GradStats/part%201/l.07%20normal.pdf>
- Oostendorp, J. M. & Chakhssi, F. (2016). Klinische groeps-DGT behandeling: verbetering van klachten, kwaliteit van leven, experiëntiële vermijding, coping en hechtingsstijl. *Manuscript submitted for publication*.
- Scelta, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek. (z.j.). *Over Scelta*. Geraadpleegd op <http://www.scelta.net/site/Over%20Scelta/>
- Scelta, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek. (z.j.). *Driedaagse dagkliniek Apeldoorn*. Geraadpleegd op <http://www.scelta.net/site/Aanbod/Dagkliniek/Driedaagse%20dagkliniek%20Apeldoorn/>
- Schuppert, M., Van Gemert, T., Wiersema, H., & Nauta, M. H. (2011). Adolescenten. In T. J. M. Ingenhoven, A. C. van Reekum, J. B. van Luyn, & P. Lutyten (Eds.). *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 399-410). Utrecht: De Tijdstroom.
- Soeteman, D., Verheul, R., Delimon, J., Meerman A., van den Eijnden, E. & Rossum, B. (2010). Cost-effectiveness of psychotherapy for cluster B personality disorders. *British Journal Psychiatry*; 196.396-403.
- Spek van der, P.A.F. (1981). Wat is sociotherapie? Tijdschrift voor Psychiatrie, 23, 5.
- Strauss, B. M., Mestel, R., & Kirchmann, H. A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11, 275-283.
- Trompenaars, F., Masthoff, E., Van Heck, G., Hodiamont, P. & De Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14. 151-160.
- Verhoeven, N. (2011). Wat is onderzoek? *Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4e druk). Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Vries de, J. & Van Heck, G.L. (1995). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-100*. Tilburg: Tilburg University.
- WHO – The World Health Organization. (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva: World Health Organization.

- WHOQOL group. (1996). *WHOQOL-BREF, introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, Field Trial Version*. Baarn: World Health Organisation.
- Young, J., Klosko, J & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.

Bijlagen

Bijlage 1: Eigen Werk Verklaring

Ondergetekende:

Elise ten Hulzen

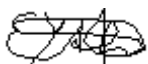
Verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Apeldoorn

Datum: 26-6-2017

Handtekening :



N.B. Schending van bovengenoemde 'Eigen werk verklaring ' wordt als fraude aangemerkt als bedoeld in **Art. 19 OER**.

Bijlage 2: Vragenlijsten

In Qualtrics zelf ziet het er wat duidelijker en groter uit.



Beste mevrouw/heer,

Voor u zijn twee vragenlijsten. Wij vragen van u om deze gelieve in te vullen.
Dit neemt ongeveer 15 minuten in beslag.

Wij danken u voor uw medewerking.

Vul hier uw gekregen code in.

-

Heeft u een relatie?

- ☐ Ja
☐ Nee

Wat is uw woonsituatie?

- ☐ Bij ouders/familie
☐ Alleenstaand
☐ Alleenstaand met kinderen
☐ Samenwonend
☐ Samenwonend met kinderen
☐ Getrouwd
☐ Getrouwd met kinderen

Wat doet u als dagbesteding?

- ☐ Niets
 - ☐ School/opleiding
 - ☐ Werk
 - ☐ Vrijwilligerswerk
 - ☐ Anders:
-

Heeft u na de klinische behandeling bij Scelta nog behandeling gehad?

- ☐ Ja
 - ☐ Nee
-

Zo ja, welke vorm?

- ☐ Ambulante behandeling
 - ☐ Deeltijdbehandeling
 - ☐ Klinische behandeling
-

Hoelang na de klinische behandeling bij Scelta heeft u opnieuw behandeling gevolgd?

- ☐ 0 tot 3 maanden
 - ☐ 4 tot 6 maanden
 - ☐ 7 tot 9 maanden
 - ☐ 10 tot 12 maanden
 - ☐ langer dan 12 maanden
-

Heeft u na de klinische behandeling bij Scelta crisisopname gehad?

- ☐ Nee
- ☐ Ja, 1 keer
- ☐ Ja, 1-3 keer
- ☐ Ja, meer dan 3 keer

In hoeverre voelt u zich geholpen door de klinische behandeling bij Scelta? Geef een cijfer op een schaal van 1 tot 10.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cijfer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

In hoeverre bent u tevreden met de klinische behandeling bij Scelta? Geef een cijfer op een schaal van 1 tot 10.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cijfer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Eventuele opmerkingen:

OQ-45

OQ-45

Instructies

Help ons begrijpen hoe u zich de **afgelopen week**, tot en met vandaag, hebt gevoeld.

Lees elke vraag goed door en omcirkel het getal dat uw huidige situatie het best beschrijft.

In deze vragenlijst wordt "werk" gedefinieerd als baan, school, huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk,

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
1. Ik kan goed overweg met anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik word gauw moe.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik ben nergens in geïnteresseerd	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik sta onder stress op het werk/op school.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ik geef mezelf overal de schuld van.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ik ben geïrriteerd.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ik ben ongelukkig in mijn huwelijk/relatie.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Ik denk erover om een einde aan mijn leven te maken.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
9. Ik voel me zwak.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ik ben angstig.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Na zwaar gedronken te hebben, moet ik de volgende morgen weer drinken om op gang te komen (Als u niet drinkt, "Nooit" omcirkelen).	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ik vind bevrediging in mijn school/werk.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Ik ben een tevreden mens.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Ik werk/studeer te veel.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Ik heb het gevoel dat ik waardeloos ben.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ik maak me zorgen over problemen in mijn familie.	☐	☐	☐	☐	☐
	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
17. Ik heb een onbevredigend seksleven.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Ik voel me eenzaam.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Ik heb vaak ruzie.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ik voel me bemind en welkom.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Ik geniet van mijn vrije tijd.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Ik vind het moeilijk om me te concentreren.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Ik voel me hopeloos over de toekomst.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Ik waardeer mezelf.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
25. Er komen verontrustende gedachten in mij op die ik niet kwijt kan raken.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Ik erger me aan mensen die kritiek hebben op mijn drinken (of drugsgebruik) (Indien niet van toepassing, "Nooit" omcirkelen).	☐	☐	☐	☐	☐
27. Ik heb last van mijn maag.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ik werk/studeer niet zo hard als vroeger.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Mijn hart bonst te veel.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Ik vind het moeilijk om met vrienden en goede kennissen om te gaan.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Ik ben tevreden met mijn leven.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Ik heb moeilijkheden op het werk/op school door mijn drinken of drugsgebruik (Indien niet van toepassing, "Nooit" omcirkelen).	☐	☐	☐	☐	☐
	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
33. Ik heb het gevoel dat er iets ergs gaat gebeuren.	☐	☐	☐	☐	☐
34. Ik heb spierpijn.	☐	☐	☐	☐	☐
35. Ik ben bang voor open ruimten, autorijden, of in de bus, trein enz. reizen.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Ik ben nerveus.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Ik vind dat de relatie met mijn naasten (bijv. ouders, partner, kinderen, vrienden) goed is.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Ik heb het gevoel dat het niet goed gaat met mijn school/werk.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Ik heb te veel meningsverschillen op het werk/school.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Ik heb het gevoel dat er iets mis is met mijn verstand/geest.	☐	☐	☐	☐	☐
	Nooit	Zelden	Soms	Regelmatig	Bijna altijd
41. Ik kan moeilijk in slaap vallen of doorslapen.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Ik voel me neerslachtig.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Ik ben tevreden met mijn relaties met anderen.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Ik ben zo kwaad op het werk/op school dat ik iets kan doen waarvan ik spijt zou kunnen krijgen.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Ik lijd aan hoofdpijn.	☐	☐	☐	☐	☐

WHOQoL

WHOQoL

Instructies

Wij vragen van u om in deze vragenlijst aan te geven wat u vindt van uw kwaliteit van leven, gezondheid en andere levensgebieden. **Beantwoord alstublieft alle vragen.** Als u onzeker bent over het antwoord dat u wilt geven op een vraag, **kies dan het antwoord** dat het meest toepasselijk lijkt. Dit kan vaak uw eerste reactie zijn.

Houd uw normen, hoop, genoegens en zorgen in gedachten. We vragen u te denken aan uw leven in de **afgelopen twee weken**. Bijvoorbeeld, denken aan de laatste twee weken zou een vraag kunnen luiden:

	Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Veel	Een extreme hoeveelheid
	1	2	3	4	5
Krijgt u het soort steun dat u nodig heeft, van anderen?	☐	☐	☐	☐	☐

U moet het cijfer invullen dat het beste past bij hoeveel steun u in de afgelopen twee weken van anderen heeft gekregen. Dus u zou het cijfer 4 invullen, als u veel steun van anderen hebt gekregen.

U moet het cijfer omcirkelen als u van anderen helemaal niet de steun heeft gekregen waar u behoefte aan had in de afgelopen twee weken. Leest u alstublieft elke vraag, ga uw gevoelens na en vul bij elke vraag het rondje in van de schaal dat het beste bij u past.

1.

	Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Goed
	1	2	3	4	5
Hoe zou u uw kwaliteit van leven inschatten?	☐	☐	☐	☐	☐

2.

	Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tamelijk tevreden	Erg tevreden
	1	2	3	4	5
Hoe tevreden bent u met uw gezondheid?	☐	☐	☐	☐	☐

In de volgende vragen wordt gevraagd in welke mate (hoeveel) u in de afgelopen twee weken bepaalde dingen hebt ervaren.

	Helemaal niet	Weinig	Middelmatig	Zeer veel	Een extreme hoeveelheid
	1	2	3	4	5
3. In welke mate vindt u dat pijn u afhoudt van wat u moet doen?	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hoeveel behoefte hebt u aan medische behandeling om in uw dagelijkse leven te kunnen functioneren?	☐	☐	☐	☐	☐
5. Hoeveel geniet u van het leven?	☐	☐	☐	☐	☐
6. In welke mate voelt u dat uw leven betekenisvol is?	☐	☐	☐	☐	☐

In de volgende vragen wordt gevraagd naar de mate waarin u in afgelopen twee weken bepaalde dingen heeft ervaren of in staat was te doen.

	Helemaal niet	Bijna niet	Gemiddeld	Behoorlijk	Helemaal
	1	2	3	4	5
7. Hoe goed kunt u zich concentreren?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Hoe veilig voelt u zich in uw dagelijkse leven?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Hoe gezond is uw omgeving?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Hebt u genoeg energie voor het leven van alledag?	☐	☐	☐	☐	☐
11. Kunt u uw lichamelijke uiterlijk accepteren?	☐	☐	☐	☐	☐
12. Hebt u genoeg geld om in uw behoeften te voorzien?	☐	☐	☐	☐	☐
13. Hoe beschikbaar voor u is de informatie, die u nodig hebt in uw dagelijkse leven?	☐	☐	☐	☐	☐
14. Hebt u mogelijkheden tot recreatie?	☐	☐	☐	☐	☐

In de volgende vragen wordt gevraagd naar hoe tevreden of ontevreden u in de afgelopen twee weken bent geweest met de verschillende aspecten van uw leven.

	Erg ontevreden	Tamelijk ontevreden	Tevreden noch ontevreden	Tevreden	Erg tevreden
	1	2	3	4	5
15. Hoe tevreden bent u met uw slaap?	☐	☐	☐	☐	☐
16. Bent u tevreden met uw vermogen om alledaagse activiteiten te verrichten?	☐	☐	☐	☐	☐
17. Bent u tevreden met uw werkvermogen?	☐	☐	☐	☐	☐
18. Bent u tevreden met uzelf?	☐	☐	☐	☐	☐
19. Hoe tevreden bent u met uw persoonlijke relaties?	☐	☐	☐	☐	☐
20. In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven?	☐	☐	☐	☐	☐
21. Hoe tevreden bent u met de steun die u krijgt van uw vrienden?	☐	☐	☐	☐	☐
22. Bent u tevreden met uw leefomstandigheden?	☐	☐	☐	☐	☐
23. Hoe tevreden bent u met uw toegang tot gezondheidsdiensten?	☐	☐	☐	☐	☐
24. Hoe tevreden bent u met uw vervoer?	☐	☐	☐	☐	☐

25.

	Erg slecht	Tamelijk slecht	Goed noch slecht	Tamelijk goed	Erg goed
	1	2	3	4	5
Hoe goed kunt u zich verplaatsen?	☐	☐	☐	☐	☐

De volgende vraag verwijst naar hoe vaak u bepaalde dingen hebt gevoeld of ervaren, bijvoorbeeld de steun van uw familie of vrienden of negatieve ervaringen, zoals zich onveilig voelen.

26.

	Nooit	Zelden	Redelijk vaak	Zeer vaak	Altijd
	1	2	3	4	5
Hoe vaak heeft u negatieve gevoelens, zoals een sombere stemming, wanhoop, angst, depressie?	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 3: Informatiebrief voor patiënten

Datum
Aan [naam]
Van J. Oostendorp en E. ten Hulzen
Afdeling Scelta
Doorkiesnummer 088 933 2670 (receptie)
Onderwerp Onderzoek Klinische Behandeling Scelta

Beste [naam]

U heeft enige tijd geleden deelgenomen aan een klinische behandeling bij Scelta in Apeldoorn. U heeft voor de effectmeting van het programma toentertijd vragenlijsten voor ons ingevuld waar wij heel blij mee zijn. Wij zijn nu benieuwd hoe het u na de behandeling is vergaan. Daarom vragen wij van u om weer hetzelfde te doen. Dit is tevens de laatste meting van het onderzoek.

Met uw feedback willen we de behandeling voor toekomstige cliënten verbeteren. Het zou ons daarom enorm helpen als u hieraan zou willen bijdragen door de vragenlijsten in te vullen. Uw gegevens zullen met grote zorg voor privacy behandeld worden.

Hoe gaat dit nu in zijn werking? U krijgt van ons een bericht via WhatsApp (een applicatie voor de smartphone waarmee berichten e.d. verstuurd kunnen worden) met daarin een link naar de vragenlijsten. De vragenlijsten kan u op uw smartphone invullen maar ook op andere apparaten verbonden met het internet, zoals een tablet of een laptop. Het invullen zal ongeveer 15 minuten duren. Als u liever de link wil ontvangen via de mail, stuur dan s.v.p. een e-mail naar e.tenhulzen@ggnet.nl

Het nummer van u, dat bij ons geregistreerd staat is: **06-nummer**

Wanneer deze klopt hoeft u niets te doen. Is het toch een oud of verkeerd nummer, zou u dan even contact willen opnemen via e.tenhulzen@ggnet.nl of via 06-47648825?

Mocht u de vragenlijsten liever op papier invullen, dan vindt u ineengesloten bij deze brief een antwoordkaart. Deze kan in de retourenveloppe verstuurd worden. Nadat we de antwoordkaart hebben ontvangen, wordt de papieren vragenlijst zo snel mogelijk toegezonden.

Er wordt gevraagd om een persoonlijke anonieme code aan het begin van de vragenlijst. Voor u is dat **[code]**.

Heeft u vragen? Bel gerust de receptie 088 933 2670 en vraag naar Elise ten Hulzen (bereikbaar van maandag tot en met woensdag) of bel/stuur een bericht naar 06-47648825. U kunt ook naar e.tenhulzen@ggnet.nl mailen.

Bij voorbaat hartelijk dank,

Met vriendelijke groet,

Jeanine Oostendorp
Psychotherapeut / Klinisch psycholoog i.o.

& Elise ten Hulzen
Toegepast Psycholoog i.o.

Antwoordkaart

Ja, ik wil graag de vragenlijsten thuis op papier ontvangen.

Naam: _____

Adres: _____



Bijlage 4: Uitnodiging Qualtrics voor patiënten

Beste [naam],

Nog de beste wensen voor 2017! Hierbij de link naar de vragenlijsten over de klinische behandeling bij Scelta GGNet te Apeldoorn. Hierover heeft u een informatiebrief gekregen. U kunt ze invullen via de smartphone of bijvoorbeeld op de pc, dit duurt ongeveer 15 min. Uw persoonlijke code die u kunt invullen op de eerste pagina is: [...]

https://saxion.eu.qualtrics.com/SE/?SID=SV_bd9MvVoWpoiWLyJ

Mocht u nog vragen hebben; stel ze gerust.
Alvast heel erg bedankt!

Met vriendelijke groet, Elise ten Hulzen

Bijlage 5: Herinnering Qualtrics voor patiënten

Goedemiddag [naam],

Had u mijn bericht ontvangen? Zou u deze vragenlijst misschien alsnog willen invullen, dit zou ons heel erg helpen. Mocht u dit niet willen doen, dan kunt u dat aangeven. Dan krijgt u ook geen bericht meer van ons.

Als u vragen heeft, stel ze gerust.
Alvast heel erg bedankt!

Met vriendelijke groet, Elise ten Hulzen