

Scriptie

Behandeluitkomsten van Dialectische Gedragstherapie bij patiënten met narcistische
persoonlijkheidsproblematiek

Naam: S. Yong

Studentnummer: 347106

Plaats uitgave: Apeldoorn

Jaar uitgave: 2018

Datum: 05-01-2018

Module: Scriptie Toegepaste Psychologie

1^e Begeleider: dhr. B. Schreuder Goedheijt

2^e Begeleider: mvr. E. Vesters

Opdrachtgever: Scelta

Contactpersoon opdrachtgever: F. Chakhssi

Voorwoord

Dit betreft de afstudeerscriptie “Behandeluitkomsten van Dialectische Gedragstherapie bij patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek” en zorgt tevens voor de afsluiting van de opleiding Toegepaste Psychologie die ik heb gevolgd aan de hogeschool Saxion te Deventer. Het onderzoek is ontstaan doordat Farid Chakhssi, werkzaam bij Scelta te Apeldoorn, graag inzicht wilde in de mogelijke effectiviteit van Dialectische Gedragstherapie. In deze context werkt Scelta samen met Thom van den Heuvel, werkzaam als psychotherapeut op de afdeling Psychiatrie bij het UMC Radboud te Nijmegen. De therapie is in Nijmegen verzorgd en aangeboden aan de patiënten die kampen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Het uitvoeren van dit onderzoek was een interessante en leerzame ervaring aangezien de thema’s in dit onderzoek aansluiten aan de gevolgde hoofdstroom Klinische Psychologie. Door deze verdieping heb ik mijzelf kunnen verrijken met meer kennis over deze specifieke persoonlijkheidsstoornis.

Graag zou ik een aantal personen willen bedanken die mij ondersteund en begeleid hebben tijdens de uitvoering van het onderzoek. Om te beginnen wil ik Farid Chakhssi en Thom van den Heuvel bedanken voor de kans om dit onderzoek te mogen uitvoeren en voor de ondersteuning, begeleiding en feedback. Daarnaast zou ik graag Boy Schreuder Goedheijt willen bedanken voor de begeleiding en feedback tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Deze begeleiding heeft ervoor gezorgd dat ik vanuit een andere perspectief de aanwezige thema’s in dit onderzoek heb onderzocht. Tevens dank aan Ellen Vesters voor de scherpe feedback die geholpen heeft om dit onderzoek uit te voeren.

Veel leesplezier toegewenst,

Sander Yong

Samenvatting

De onderzoeksdoelstelling is om in kaart brengen wat het behandel-effect is van Dialectische Gedragstherapie op mannelijke patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn namelijk geen resultaten bekend uit onderzoeken naar het behandel-effect voor deze stoornis. Daardoor ontbreken empirisch onderbouwde richtlijnen hoe deze stoornis behandeld kan worden. De literatuur beschrijft dat deze therapie effectief is voor de behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Maar ook dat deze stoornis en een narcistische persoonlijkheidsstoornis gerelateerde psychische problemen zijn. Hierdoor is het mogelijk dat Dialectische Gedragstherapie ook effectief is om een narcistische persoonlijkheidsproblematiek te behandelen.

In de DSM-IV en DSM5 wordt gebruik gemaakt van het prototype van een narcist om de stoornis te classificeren. Literatuur beschrijft dit als het grandioze type van narcisme; een overdreven vorm van een verhoogd positief zelfbeeld van het individu. Anderzijds komt er naar voren dat er een kwetsbare vorm van narcisme bestaat; een sterke behoefte aan erkenning van anderen. Deze erkenning bepaalt de eigenwaarde van het individu. Een gebrek aan empathisch vermogen is een kernsymptoom van een narcistische persoonlijkheidsstoornis en dit wordt gebruikt om de stoornis te classificeren. Ook impulsief gedrag wordt meegenomen in dit onderzoek, aangezien de literatuur laat zien dat er een relatie is tussen narcisme en impulsiviteit. Dialectische Gedragstherapie is erop gericht om deze gedragskenmerken te reduceren. Tevens richt de therapie zich op destructief en relatievernietigend gedrag; gedrag dat kan leiden tot schade aan de patiënt of andere personen. Dit kan zich uiten in de vorm van agressief- of verslavingsgedrag naast narcistische gedragingen. In dit onderzoek wordt verwacht dat de therapie zorgt voor een afname in narcistisch, impulsief en destructief en relatievernietigend gedrag. Tevens wordt er verwacht dat het empathisch vermogen onveranderd blijft nadat zij behandeld zijn met Dialectische Gedragstherapie.

De toegepaste onderzoeksmethode heeft een exploratief karakter. Er wordt gebruik gemaakt van een multiple case study en hierdoor staan er vier patiëntcasussen centraal in dit onderzoek. De therapie duurt zes maanden en er vinden drie meetmomenten plaats. Tijdens elk meetmoment worden dezelfde zelfinvulvragenlijsten aangeboden aan de patiënten die gericht zijn op de gedragingen die centraal staan in de Dialectische Gedragstherapie. Het eerste meetmoment is bij aanvang van de therapie, het tweede meetmoment is na drie maanden en het laatste meetmoment is na zes maanden. De data van de drie meetmomenten wordt vergeleken met elkaar om zo de effectiviteit van de therapie in kaart te brengen.

Na zorgvuldige analyses is gebleken dat zes maanden Dialectische Gedragstherapie bij mannen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis niet zorgt voor een afname van narcistische gedragingen, impulsief gedrag en destructief en therapieverstorend gedrag. Tevens is er geen toename in het empathisch vermogen geconstateerd. Het is opmerkelijk dat er bij één patiënt wel een afname zichtbaar is in narcistische gedrag en bij een andere patiënt is er een toename zichtbaar in het empathisch vermogen.

Dit kan betekenen dat er een bepaalde mate van effectiviteit is bij enkele patiënten. Maar doordat er gebruik is gemaakt van een multiple case study met vier onderzoekseenheden kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden. Er wordt geadviseerd om vervolgonderzoek uit te voeren met een langere behandelduur dan zes maanden en een groot aantal onderzoekseenheden te gebruiken om zo het concrete effect van Dialectische Gedragstherapie in kaart te brengen.

Verklarende woordenlijst

Anamnese:	Een gesprek tussen patiënt en hulpverlener met betrekking tot de voorgeschiedenis van de ziekte of stoornis.
Automutilatie:	Zelfbeschadigend gedrag van een individu.
Classificatie:	Het indelen van verschijnselen binnen een bestaand systeem om tot een diagnose te komen.
Cognitie:	De capaciteit van een individu om kennis te verwerven door iets waar te nemen en de verwerking van de waargenomen informatie door middel van het denkproces.
Cognitieve empathie:	Het vermogen van een individu om zich te verplaatsen in een ander individu.
Comorbiditeit:	De aanwezigheid van twee of meer stoornissen bij één individu.
Coping:	De handelswijze van een individu om met een probleem of stress om te gaan.
Dimensionaliteit:	Het bestaan van meerdere fenomenen met andere kenmerken binnen één stoornis.
DSM:	Een handboek om psychische stoornissen te classificeren. Momenteel wordt er gewerkt met de meest recente versie; DSM5.
Emotionele empathie:	De verwijzing naar een emotionele reactie die gericht is op een emotionele toestand van een ander individu. Dit ontbreekt veelal bij patiënten met een classificatie narcistische persoonlijkheidsstoornis.
Empirisch:	Activiteiten die gericht zijn op de eigen waarneming binnen wetenschappelijk onderzoek.
Endogeen construct:	Een variabele die afhankelijk is van het effect van de onafhankelijke variabele.
Etiologie:	De oorzaak van een stoornis of ziekte.
Exhibitionistisch:	Een sterke behoefte van een individu om fysieke of mentale eigenschappen aan anderen te laten zien.
Exogeen construct:	Een variabele die in een onafhankelijke positie verkeert en invloed uitoefent op een afhankelijke variabele.
Experiëntiële vermijding:	Vermijding die gericht is op de negatieve gedachten en gevoelens van een individu.
Exploratief onderzoek:	Onderzoek met een verkennend karakter.
Fallisch:	Een overdreven vorm van zelfvertrouwen van een individu.
Heteroanamnese:	Een gesprek tussen de hulpverlener en een familielid over de voorgeschiedenis van de ziekte of stoornis van de patiënt.
Inductie:	Formulering van algemene verklaringen aan de hand van specifieke resultaten.
Intervisie:	Een gesprek tussen individuen die actief zijn in het zelfde vakgebied met het beoogde doel om op een positieve manier beter te worden in het werk.
Kernoplettendheid:	Een manier waarop patiënten zichzelf kunnen beschrijven en naar zichzelf te kijken zonder een oordeel te vellen. Ook wel Mindfulness genoemd.
Mentalisatie:	Verwijst naar de processen van cognitieve en emotionele empathie.

Mindfulness:	Een methode die zich richt op een individu zodat hij zichzelf leert accepteren zonder een oordeel te vellen.
Modi:	Aangeleerde emotionele gedragspatronen die geactiveerd kunnen worden door een specifieke gebeurtenis, ook wel schema's of modi genoemd.
Multiple case study:	Een onderzoeksontwerp waar de nadruk ligt op meerdere enkele onderzoekseenheden.
Permissiviteit:	Een houding die vaak gezien wordt binnen de opvoedingsstijl van ouders. De nadruk van ondersteuning van de ouders of de sociale omgeving ligt op de behoefte en wensen van het kind, waarbij het kind een dominant karakter heeft.
Power analyse:	Een methode waarmee het mogelijk is om te berekenen hoeveel onderzoekseenheden er nodig zijn voor een specifiek onderzoek.
Prevalentie:	Een aanduiding hoe vaak een ziekteverschijnsel voorkomt op een bepaald moment in een specifieke populatie.
Primaire data:	Data die door de onderzoeker zelf is verzameld. Deze data is niet afkomstig vanuit andere (secundaire) bronnen.
Psychosomatisch:	Een ziektebeeld dat zich lichamelijk uit, maar waarbij psychologische factoren een rol spelen.
Suïcidale ideatie:	Suïcidale gedachten van een individu zonder dat er aantoonbare gedragingen zijn met betrekking tot deze gedachten.
Zelfcompassie:	Een eigenschap van een individu om op een positieve, begripvolle niet-veroordelende manier op zichzelf te reflecteren.

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1 Inleiding	9
Paragraaf 1.1 Aanleiding	9
Paragraaf 1.2 Onderzoeksvraag	10
Paragraaf 1.3 Doelstelling van het onderzoek	10
Hoofdstuk 2 Theoretisch kader	12
Paragraaf 2.1. Literatuur	12
DSM-criteria voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS)	12
Empathie	12
Impulsiviteit.....	13
Clusters van narcisme.....	14
Etiologie.....	15
Prevalentie en comorbiditeit.....	16
Gebruikte therapievormen voor de behandeling van een NPS	17
Dialectische Gedragstherapie (DGT)	17
Paragraaf 2.2 Conceptueel model	20
Paragraaf 2.3 Hypothesen	21
Paragraaf 2.4 Aanzet tot het onderzoek	21
Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign (onderzoeksmethode).....	22
Paragraaf 3.1 Onderzoeksmethode	22
Paragraaf 3.2 Onderzoeksdoelgroep.....	22
Paragraaf 3.3 Onderzoeksinstrument	23
Paragraaf 3.4 Procedure.....	25
Paragraaf 3.5 Analyses	26
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	27
Paragraaf 4.1 Uitvoering van het onderzoek	27
Paragraaf 4.2 Patiëntcasus 1	28
Paragraaf 4.3 Patiëntcasus 2	30
Paragraaf 4.4 Patiëntcasus 3	32
Paragraaf 4.5 Patiëntcasus 4	34
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen.....	36
Paragraaf 5.1 Conclusie en discussie.....	36
Paragraaf 5.2 Aanbevelingen	38
Literatuur.....	39

Bijlage 1 Eigen werkverklaring	43
Bijlage 2 Casusgegevens	44
Patiëntcasus 1	44
Biografische gegevens	44
Anamnese.....	44
Heteroanamnese	44
Actueel toestandsbeeld.....	45
Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV	45
Patiëntcasus 2	46
Biografische gegevens	46
Anamnese.....	46
Actueel toestandsbeeld.....	47
Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV	47
Patiëntcasus 3	48
Biografische gegevens	48
Anamnese.....	48
Actueel toestandsbeeld.....	48
Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV	48
Patiëntcasus 4	49
Biografische gegevens	49
Anamnese.....	50
Actueel toestandsbeeld.....	51
Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV	51
Bijlage 3 Contract DGT-programma voor mannen met zelfbeeldregulatieproblemen	52
Bijlage 4 Dialectische gedragstherapie dagboekkaart	57
Bijlage 5 Overzicht onderzoeksresultaten.....	58
Bijlage 6 Plan van aanpak	65

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt er in paragraaf 1.1 de aanleiding van het onderzoek beschreven. In paragraaf 1.2 wordt de onderzoeksvraag beschreven en de gebruikte begrippen worden duidelijk gedefinieerd. Tevens worden de deelvragen beschreven die voortvloeien uit de onderzoeksvraag. Ten slotte wordt er in paragraaf 1.3 de doelstelling van dit onderzoek beschreven.

Paragraaf 1.1 Aanleiding

Scelta is de opdrachtgever en zou graag duidelijkheid willen op de vraag in hoeverre Dialectische Gedragstherapie (DGT) effect heeft op mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Hier kan een verdeling gemaakt worden tussen patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) of trekken van (gevoelig) narcisme. In beide gevallen is het noodzakelijk dat de problematiek zondanig hinderlijk is voor hem of zijn omgeving dat er behoefte is aan therapeutische hulp. Er zijn namelijk geen resultaten bekend uit behandel-effectstudies bij een NPS en er bestaan geen empirisch onderbouwde richtlijnen voor behandeling (Miller, Campell, & Pilkonis, 2007; Paris, 2014; Ronningstam, 2011). Momenteel is een gebruikelijke behandeling voor een NPS de behandeling die ook gebruikt wordt voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), omdat deze twee stoornissen als enigszins gelijk worden gezien. De reden hiervoor is dat de behandelmogelijkheden gericht op BPS mogelijkheden biedt die empirisch onderbouwd zijn. Dit heeft te maken met kenmerken die overeenkomen met een BPS, namelijk: instabiele relaties met anderen, impulsiviteit, suïcidaliteit, stemmingswisselingen en paranoïde verschijnselen. Deze behandelingen worden aangepast op de kenmerken van de NPS en zijn gericht op de onderliggende kenmerken van deze persoonlijkheidsstoornis. Voorbeelden van deze behandelingen zijn: schema-gerichte psychotherapie, mentalisatie-gebaseerde psychotherapie en transferentie gerichte psychotherapie (Caligor, Levy, & Yeomans, 2015).

Een vorm van therapie die mogelijk zou kunnen helpen voor mensen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek is DGT. Deze therapievorm is oorspronkelijk ontwikkeld voor automutilatie en suïcidale gedragingen die vaak zichtbaar zijn bij de BPS (Caligor et al., 2015; Linehan, 2002; Paris, 2014). Recent onderzoek van Braamhorst et al. (2015) beschrijft dat een NPS en een BPS gerelateerde psychische problemen zijn. Dit wordt gebaseerd op de hoge mate van comorbiditeit van deze stoornissen uit diverse klinische en epidemiologische onderzoeken. Tevens wordt er door Braamhorst et al. (2015) gesteld dat een NPS een classificatie is voor de mannelijke versie van een BPS. En volgens Bliss en McCardle (2013) is DGT een effectieve behandelvorm voor een BPS. Hieruit kan afgeleid worden dat een behandeling gericht op een BPS mogelijk ook werkzaam is voor narcistische persoonlijkheidsproblematiek, dit wordt ondersteund door Caligor et al. (2015). Zodoende was er voor de opdrachtgever reden om een behandeling op te zetten; namelijk DGT voor mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Nooit eerder is deze behandelvorm toegepast op mannen met deze persoonlijkheidsproblematiek. Als deze behandelvorm effectief blijkt te zijn, kan deze behandelvorm gekenmerkt worden als innovatie in de klinische sector van de psychologie. Indien dit het geval is, kan dat betekenen dat er empirisch bewijs is voor de behandelmogelijkheden voor narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Hier ligt een grote behoefte, gezien het feit dat dit bewijs ontbreekt in de behandelmogelijkheden voor deze persoonlijkheidsproblematiek.

Paragraaf 1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag is: “Wat is het effect van een half jaar Dialectische Gedragstherapie bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek?”. Dialectische Gedragstherapie (DGT) kan gedefinieerd worden als een therapievorm die gedragsmatige en cognitieve strategieën combineert met als doel het vervangen van slecht aangepaste, ineffectieve of niet-vaardige gedragingen door vaardige reacties (Van der Molen, Perreijn & Van den Hout, 2010). Narcistische persoonlijkheidsproblematiek wordt verdeeld in twee fenomenen. Het eerst fenomeen (grandioos narcisme) wordt beschreven als een narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) en kan gedefinieerd worden als “een voortdurend aanwezig patroon van grootheidsgedrag (in fantasie of gedrag) en behoefte aan bewondering en een gebrek aan empathie. Dit patroon begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties” (Van der Molen et al., 2010). Het andere fenomeen wordt beschreven als kwetsbaar narcisme en kan gedefinieerd worden als “een sterke behoefte aan erkenning van andere individuen; deze erkenning bepaalt de eigenwaarde die ervaren wordt door het individu. Daarnaast is er sprake van een lage mate van zelfvertrouwen dat veelal leidt tot een lage mate van eigenwaarde” (Stoeber, Sherry, & Nealis, 2015).

Om de onderzoeksvraag naar de werkzaamheid van de DGT m.b.t. narcistische persoonlijkheidsproblematiek goed te kunnen bestuderen is deze opgedeeld in een viertal deelvragen. Zowel DGT als de deelvragen zijn gericht op de afname van de symptomen van narcistisch, impulsief en destructief en therapieverstorend gedrag, als op de toename van het empathisch vermogen. De eerste deelvraag is: “In hoeverre zijn de symptomen van narcistische gedragingen afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. De tweede deelvraag is: “In hoeverre is het empathisch vermogen toegenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. De derde deelvraag is: “In hoeverre is de impulsiviteit afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. De laatste deelvraag is: “In hoeverre is het destructief en therapieverstorend gedrag afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. De hypothesen die in paragraaf 2.3 beschreven worden zijn gebaseerd op deze deelvragen.

Paragraaf 1.3 Doelstelling van het onderzoek

De opdrachtgever Scelta is een expertisecentrum die behandelingen realiseert voor patiënten die te maken hebben met persoonlijkheidsproblemen (persoonlijkheidsstoornissen). Scelta is een onderdeel van GGNet. Dit is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio's Apeldoorn, Den Haag en Nijmegen. Scelta probeert te classificeren en op basis daarvan biedt zij een gepaste behandeling aan. Tevens hecht Scelta waarde aan de eigen ontwikkeling in het vakgebied. Dit gebeurt d.m.v. het toepassen van verbeteringen in de behandelmethoden op basis van innovatie en onderzoek. De behandeling heeft als doel dat de problematiek verbetert in de gedragsverandering van de patiënt, maar ook op maatschappelijk en sociaal vlak. Behandelingen kunnen een positieve bijdrage leveren op het moment dat de patiënt problemen ondervindt in sociale en werkgerelateerde situaties. De doelgroep die zij bedient zijn patiënten met persoonlijkheidsproblematiek die vastgelopen zijn in de specialistische ggz. De afdeling Psychiatrie in het UMC Radboud te Nijmegen is tevens betrokken in dit onderzoek en samen met Scelta trachten zij de behandel effecten van DGT bij mannelijke patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek te onderzoeken en in kaart te brengen.

De opdrachtgever wil d.m.v. deze behandeling in kaart brengen wat het behandel-effect is van DGT op patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Als dit onderzoek positieve resultaten laat zien, kan de opdrachtgever een groter onderzoek opzetten d.m.v. een power analyse. Dit heeft als reden dat de resultaten van dit onderzoek niet direct inductief gegeneraliseerd kunnen worden naar alle personen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Door een groter onderzoek op te zetten met een bepaald aantal representatieve patiënten kan de opdrachtgever bewijs genereren dat deze behandel-methode effectief is voor deze doelgroep. Dit kan empirisch bewijs opleveren, wat tevens een innovatie kan betekenen binnen de behandel-mogelijkheden van narcistische persoonlijkheidsproblematiek in de klinische psychologie.

De resultaten van dit onderzoek laten concreet zien of de symptomen van narcistische gedragingen, het impulsief gedrag en het destructief en therapieverstorend gedrag is afgenomen bij mannen na een half jaar DGT. Daarnaast wordt binnen dezelfde onderzoeksgroep gekeken of het empathisch vermogen is toegenomen na een half jaar DGT. Als deze resultaten laten zien dat er een (deels) positief effect is (het empathisch vermogen is toegenomen en de symptomen m.b.t. narcisme, de impulsiviteit en het destructief en therapieverstorend gedrag is afgenomen), heeft de opdrachtgever (deels) een indicatie dat de toegepaste DGT effectief is voor patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Maar, als deze resultaten laten zien dat er een neutraal of negatief effect is (de symptomen m.b.t. narcisme, de impulsiviteit en het destructief gedrag zijn onveranderd of toegenomen en het empathisch vermogen is onveranderd of afgenomen), heeft de opdrachtgever een indicatie dat de toegepaste DGT niet effectief is voor de patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. In dat geval kan de opdrachtgever vervolgens concluderen dat een vervolgonderzoek op basis van dit onderzoek niet relevant of interessant is. In het geval dat er positieve resultaten uit dit onderzoek komen, kan de opdrachtgever concluderen dat een vervolgonderzoek zeer relevant en interessant is. De gedachte hierbij is dat dit onderzoek kan laten zien of DGT toegepast kan worden op een grotere groep mensen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Dit heeft als doel dat de opdrachtgever op dat moment graag deze conclusies wil generaliseren naar alle patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In paragraaf 2.1 wordt het theoretisch kader beschreven op basis van relevante wetenschappelijke literatuur. Deze paragraaf wordt onderverdeeld in subparagrafen en beschrijven het onderwerp met betrekking tot de DSM-IV criteria voor de NPS, empathie, impulsiviteit, clusters van narcisme, de etiologie, prevalentie en comorbiditeit, de gebruikte therapievormen om een narcistische persoonlijkheidsproblematiek te behandelen en DGT voor patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. In paragraaf 2.2 wordt er een conceptueel model weergegeven die de samenhang tussen de therapeutische variabelen laat zien. Op basis van de literatuur en het conceptueel model worden er hypothesen geformuleerd die beschreven worden in paragraaf 2.3. Ten slotte wordt in paragraaf 2.4 de aanzet tot het onderzoek beschreven.

Paragraaf 2.1. Literatuur

DSM-criteria voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS)

In dit onderzoek staan feitelijk twee constructen centraal: narcistische persoonlijkheidsproblematiek en Dialectische Gedragstherapie (DGT). Narcistische persoonlijkheidsproblematiek wordt onderverdeeld in de kwetsbare vorm van narcisme en de grandioze staat van narcisme. Deze laatste is ook wel een beschrijven van de NPS op basis van de DSM en zal hieronder beschreven worden. De DSM-IV is gepubliceerd in 1994 en is gereviseerd in 2001 (DSM-IV-TR). De definitie van een NPS op basis van de DSM-IV is: een diepgaand patroon van grootheidsgedoele (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in uiteenlopende situaties. Voor een classificatie moet een individu aan minstens vijf van de volgende criteria voldoen: heeft een opgeblazen gevoel van de eigen belangrijkheid (overdrijft bijvoorbeeld eigen prestaties en talenten, verwacht als superieur erkend te worden zonder de bijbehorende prestaties), is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde, gelooft dat hij of zij heel speciaal en uniek is en alleen begrepen kan worden door, of hoort om te gaan met, andere heel speciale mensen of mensen (of instellingen) met een hoge status, verlangt buitensporige bewondering, heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, dat wil zeggen verwacht – onredelijk – een uitzonderlijk welwillende behandeling of een automatisch meegaan met zijn of haar verwachtingen. Of exploiteert anderen, dat wil zeggen maakt misbruik van anderen om zijn of haar eigen doeleinden te bereiken, heeft gebrek aan empathie: is niet bereid om de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te vereenzelvigen, is vaak afgunstig op anderen of meent dat anderen op hem of afgunstig zijn of is arrogant of hooghartig in gedrag of houding (Sprey, 2002, p. 277).

Sinds 2013 is er een Engelstalige versie van de DSM-5 beschikbaar. Hiervan is in 2014 een Nederlandse versie verschenen. Een discussiepunt voor de NPS vooraf de uitgifte van de DSM-5 was het gebrek aan dimensionaliteit binnen narcisme in de DSM-IV. In de DSM-5 is deze dimensionaliteit toegevoegd in sectie III van de handleiding, wat betekent dat het discussiepunt wordt opgenomen in opkomende modellen. Echter is de basiscriteria van de NPS ongewijzigd gebleven ten opzichte van de DSM-IV (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón, & Perona-Carcelán, 2014).

Empathie

Een gebrek aan empathie is één van de belangrijkste kernsymptomen van narcistische persoonlijkheidsproblematiek dat geobserveerd kan worden in de klinische praktijk (Marissen, Deen, & Franken, 2012; Miller et al., 2007). Ondanks de beperking in empirisch onderzoek naar de empathie in de NPS en de kwetsbare vorm van narcisme, laat een onderzoek naar de cognitieve en

emotionele empathie van patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek zien dat het gebrek voornamelijk ligt in emotionele empathie en niet in de cognitieve empathie. Het verschil tussen de twee vormen is dat cognitieve empathie verwijst naar het vermogen om zich te verplaatsen in een ander individu en dat emotionele empathie verwijst naar een emotionele reactie die gericht is op een emotionele toestand van een ander individu (Marissen et al., 2012; Ritter et al., 2010). Beide vormen van empathie worden ook wel beschreven als het fenomeen mentalisatie. Recentelijk onderzoek van Baskin-Sommers, Krusemark, en Ronningstam (2014) laat zien dat er variaties zijn in interpersoonlijk functioneren en zelfregulatie in een grandioze en kwetsbare staat van narcisme in relatie tot empathie. Voor de grandioze staat van narcisme staat empathisch functioneren vaak in relatie met een motivatie om een bepaalde zekerheid van hechting te creëren met een ander die gebaseerd is op egocentrisme. Dit heeft als doel om de eigen belangen te realiseren. Voor de kwetsbare staat van narcisme staat dit functioneren vaak in relatie met eigen onstabiele hechting richting anderen. Individuen met een gebrek aan empathie worden vaak gezien als therapieresistent of zelfs onbehandelbaar. Deze twee staten van narcisme worden verder toegelicht in dit hoofdstuk.

Impulsiviteit

Ondanks dat impulsiviteit geen kernsymptoom is van de NPS, zoals beschreven in de DSM, wordt dit gedragskenmerk wel meegenomen in dit onderzoek. Dit geldt ook voor de kwetsbare vorm van narcisme. Zoals al eerder gesteld door Braamhorst et al. (2015) zijn een NPS en een BPS gerelateerde psychische problemen en is een NPS een classificatie voor de mannelijke versie van een BPS. Impulsiviteit is een kernsymptoom van een BPS (op basis van de DSM), maar vanuit het perspectief van Braamhorst et al. (2015) kan er dus tot een zekere hoogte gesteld worden dat impulsiviteit en een narcisme gerelateerd zijn. Dit wordt ook bevestigd door het onderzoek van Vazire en Funder (2006). Zij hebben een meta-analyse uitgevoerd op bestaande literatuur die inhoudelijk gericht was op een relatie tussen impulsiviteit en narcisme. Zij concludeerden dan ook op basis van hun analyse, dat er sterk bewijs is dat impulsiviteit een relatie heeft met narcisme. Tevens beschrijven zij in hun onderzoek waarom impulsiviteit feitelijk nooit gerelateerd wordt aan narcisme. Zij geven als verklaring dat toen empirisch onderzoek nog in haar kinderschoenen stond, impulsiviteit regelmatig beschreven werd als gedragskenmerk van narcisme naast de bekende narcistische gedragingen. In het verloop van empirisch onderzoek dat gericht was op een narcisme, zijn vooral de gedragskenmerken die beschreven worden in de DSM goed bestudeerd. Het gevolg hiervan is dat de impulsiviteit steeds verder op de achtergrond is geraakt in relatie met narcisme. Desalniettemin beschrijven Vazire en Funder (2006) dat impulsiviteit een erg belangrijk kenmerk is van een narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Narcisten hebben het aangeboren (en erfelijke) onvermogen om zichzelf te kunnen beheersen, wat eigenlijk beschreven kan worden als impulsiviteit, en hierdoor kunnen zij zich vaak niet aanpassen aan hun sociale omgeving. De omgeving van een individu vindt het over het algemeen prettig om het gedrag van een ander individu in te kunnen schatten. Als dit niet mogelijk is, bestaat het risico dat deze individuen de relatie met een impulsief individu verbreken. Het gevolg hiervan is dat narcisten niet succesvol zijn om de bevestiging te krijgen van hun omgeving waar zij sterk naar verlangen. Dimaggio en Attinà (2012) stellen tevens dat individuen in de ggz terechtkomen als zij problemen ervaren met hun impulsiviteit, dit in tegenstelling tot anderen die geen impulsief gedrag vertonen. Op dat moment kunnen zij eventueel geclassificeerd worden met een stoornis op basis van de DSM-IV of DSM-5.

Clusters van narcisme

Nu het duidelijk is welke criteria de DSM hanteert in het classificeren van een NPS, is het relevant om te benadrukken dat dit één beeld van het klinische fenomeen is. Volgens psychodynamische theoretici Levy (2012) en Ronningstam (2012) is de beschrijving van de NPS in de DSM-IV niet volledig. Deze beschrijving is hoofdzakelijk gericht op zichtbare (overt) kenmerken van narcisme, terwijl er meer kenmerken zijn die beschreven worden in andere subtypen. Er worden door diverse prominente theoretici een aantal subtypen beschreven van narcisme, maar hoofdzakelijk worden er twee fenotypen van narcisme beschreven in de literatuur.

Narcisme kan onderverdeeld worden in clusters, ofwel in fenotypen van grandioos narcisme en kwetsbaar narcisme (Caligor et al., 2015; Kealy, Hadjipavlou, & Ogrodniczuk, 2014; Levy, 2012; Pincus, Cain, & Wright, 2014; Ronningstam, 2012; Stoeber et al., 2015). Grandioos narcisme wordt omschreven als een verhoogd positief zelfbeeld van de eigen kwaliteiten. Dit type van narcisme wordt ook wel gezien als het prototype van narcisme, wat overeenkomt met de criteria die beschreven wordt in de DSM. Anderzijds wordt kwetsbaar narcisme omschreven als een behoefte aan erkenning van andere individuen en deze erkenning bepaalt de eigenwaarde die ervaren wordt door het individu. Tevens wordt er gesproken van een lage mate van zelfvertrouwen dat veelal leidt tot een lage mate van eigenwaarde. Een ander verschil is dat grandioos narcisme zichtbaar (overt) is voor anderen, waar kwetsbaar narcisme onzichtbaar (covert) is voor anderen. Levy (2012) voegt toe gedragskenmerken toe aan grandioos narcisme zoals onbewust, aandachtzoekend, opzettelijk, exhibitionistisch, fallisch (een overdreven vorm van zelfvertrouwen), het zoeken naar aandacht en arrogantie. Aan het kwetsbare fenotype van narcisme voegt hij geremdheid, verlegenheid, gevoelens van verontrusting, bescheidenheid en hypergevoeligheid voor de mening van anderen toe. Bij dit laatste kenmerk is het belangrijk om te vermelden dat er een sterke behoefte is aan de mening van anderen. Hier ligt de behoefte naar de erkenning van anderen. Echter omdat zij overgevoelig zijn om in het middelpunt te staan van de belangstelling, zullen zij dit veelal vermijden. De overeenkomsten in beide fenotypen kunnen beschreven worden als een overdreven gerichtheid op de eigen gevoelens en vaak onrealistische verwachtingen van zichzelf.

Ook volgens Caligor et al. (2015), Kealy et al. (2014) en Pincus et al. (2014) is het onvoldoende om op alleen de DSM-criteria van de NPS te vertrouwen en te classificeren. De reden hiervoor is dat de DSM-criteria zich alleen richt op het nadrukkelijke beeld van grandioos narcisme en het missen van klinische behandelingen voor gevoelig narcisme. Een andere reden is dat de prevalentie van de NPS niet overeenkomt met de gevonden classificaties van narcistische persoonlijkheidsproblematiek in de praktijk. In andere woorden, door alleen op de DSM-criteria te richten is het mogelijk om gevoelig narcisme niet te herkennen in de patiënt. Tevens beschrijven zij ook dezelfde scheiding in narcisme in de vorm van fenotypen en benadrukken zij dat deze scheiding voortkomt uit een hedendaags klinisch model van narcisme. De patiënten die contact zoeken met hulpverleners zijn voornamelijk personen die verkeren in een kwetsbare staat en lijden aan symptomen, in tegenstelling tot de personen die verkeren in een staat van grandioos narcisme. Dit heeft te maken met het feit dat deze vorm zorgt dat behandeling niet mogelijk is op dat moment. Ronningstam (2012) voegt daaraan toe dat deze personen niet uit zichzelf hulp zoeken, maar dit doen op het aandringen van andere personen uit zijn of haar omgeving. Deze personen menen dat zij geen problemen hebben of ervaren. Het gevolg hiervan is dat zij niet weten waarom zij voor een behandeling komen en dit kan gevoelens van oneerlijke behandeling of bedreiging opleveren voor het individu. Levy (2012) voegt daar nog aan toe dat een grandioze staat kan schommelen in een individu, maar ook dat deze

mentale staat zich tegelijkertijd kan presenteren met een kwetsbare mentale staat. Hierdoor worden beide vormen van narcisme niet gezien als afscheidingen in subtypes, maar als pathologisch narcisme op een intergerelateerde dimensie van kwetsbaar en grandioos narcisme. Volgens Kealy et al. (2014) kan deze schommeling voor ingewikkelde situaties zorgen voor de clinicus, aangezien hij deze veranderende staten onder controle probeert te krijgen en tevens de reacties van het individu probeert uit te dagen, die geassocieerd worden met de mentale staat die op dat moment gepresenteerd wordt.

Feitelijk wordt er door alle theoretici binnen het concept narcisme alleen een onderscheid gemaakt in deze subtypen. Enkele andere (zeer beperkte) theoretici beschrijven dat er mogelijk andere vormen van narcisme bestaan, zoals in het verkennend onderzoek van Houlcroft, Bore, en Munro (2012). Zij beschrijven naast de twee bekende fenotypen van narcisme dat er mogelijk een derde vorm van narcisme bestaat, genaamd agressief narcisme. Deze vorm heeft naast de grondkenmerken van narcisme een karakter dat beschreven wordt als antisociaal, agressief, uitbuitend, beheersend en kwaadaardig. Deze bevinding werd al eerder beschreven door Ronningstam (2005) en Russ, Shedler, Bradley, en Westen (2008). Gezien het verkennend onderzoek van Houlcroft et al. (2012) is verder onderzoek nodig naar deze vorm van narcisme om empirisch bewijs te genereren.

Etiologie

De literatuur biedt een beperkt inzicht in de etiologie van narcisme, maar er wordt aangenomen dat er een biologisch en cognitief component ten grondslag ligt. De laatst genoemde heeft een relatie met de sociale cultuur van het individu. In het onderzoek van Paris (2014) wordt beschreven dat narcistische gedragingen voor 40% genetisch bepaald zijn. Deze individuen lopen het meeste risico om narcistische persoonlijkheidsproblematiek te ontwikkelen en deze narcistische gedragingen tonen zich veelal in de kindertijd. De risicofactoren die deze gedragingen kunnen activeren of versterken worden beschreven als: permissiviteit voor grandioos narcisme en niet-warme gecontroleerde relatie met de ouders voor kwetsbaar narcisme. Permissiviteit heeft te maken met de mate van ondersteuning van de ouders en de versterking van de sociale omgeving die uitgeoefend wordt op het individu binnen de cultuur. Deze risicofactoren zijn onderzocht, maar behoeven verder onderzoek door beperkt empirisch bewijs (Paris, 2014).

Een onderzoek van Cohen et al. (2014) stelt dat seksueel en emotioneel misbruik een positieve relatie heeft met het ontstaan van narcisme. Als een kind blootgesteld wordt aan seksueel misbruik, kan dit schade toebrengen in de eigenwaarde van het individu. Het gevolg hiervan is dat het individu narcistische gedragingen laat zien die voortkomen uit een opgeblazen mate van zelfvertrouwen, dit komt overeen met het grandioze type van narcisme. Anderzijds, emotioneel misbruik kan leiden tot kenmerken van kwetsbaar narcisme. Stuijt (2008) beschrijft dat narcisme kan ontstaan in de ontwikkeling van een individu als er geen consistentie of empathie aanwezig is in de interactie met de ouders. Deze disfunctionele interacties kunnen ontstaan door overmatige bewondering van de ouders, maar ook door een gebrek aan aandacht. Deze visie van overmatige bewondering wordt ook ondersteund door Thomas, Brummelman, Reijntjes, & Bushman (2013). Anderzijds beschrijven zij ook dat narcisme kan voortkomen door een gebrek aan liefdevolle en warme relatie met de ouders. Het gevolg hiervan is dat het individu zichzelf op een voetstuk plaatst om alsnog acceptatie te mogen ervaren. Het is duidelijk dat beide perspectieven een behoefte schetsen om een externe waardering te mogen ontvangen.

Het tweelingonderzoek van Torgersen et al. (2008) benadrukt ook dat het ontstaan van een narcisme een relatie heeft met erfelijkheid, maar ook dat omgevingsfactoren een rol spelen. Een eerder tweelingonderzoek van Torgersen et al. (2000) laat ook zien dat cluster B persoonlijkheidsstoornissen (op basis van de DSM) sterk genetisch bepaald zijn. Dat genen een rol spelen in de ontwikkeling van een narcisme wordt ook ondersteund door Ronningstam (2010), namelijk een erfelijkheid van 45-80%. Lage tolerantie van angst en frustratie, agressie, overgevoeligheid en een slechte emotieregulatie zijn erfelijk en kenmerkend voor de ontwikkeling van een narcisme. Zij beschrijft ook dat overmatige overwaardering en niet-warme relatie met de ouders voorspellende factoren zijn voor het ontwikkelen van een grandioze en kwetsbare vorm van narcisme.

Prevalentie en comorbiditeit

Doordat er onduidelijkheid is rondom de classificatie van narcistische persoonlijkheidsproblematiek, is een concrete prevalentie beschrijven erg lastig. Dit heeft te maken met het hanteren van de criteria van de DSM-IV bij het classificeren van een NPS. Dit kan leiden tot het missen van de kenmerken van het kwetsbare fenotype. Een algemene schatting van de prevalentie in algemene populatie in de V.S. ligt op 0% tot en met 5.3%. In de ggz ligt dit percentage tussen de 1% en 17%. Risicofactoren om een NPS te ontwikkelen zijn een alleenstaande burgerlijke staat, een jonge leeftijd en het mannelijke geslacht (Caligor et al., 2015). Paris (2014) beschrijft een prevalentie in de V.S. van 0.7% voor mannen en 1.2% voor vrouwen en Ritter et al. (2010) beschrijven een prevalentie van 6% in dezelfde populatie. Dit komt overeen met 6.2% prevalentie die Miller en Campbell (2010) beschrijven. Tevens beschrijven zij een relatief hoge prevalentie van 9,4% onder jonge individuen (in de leeftijd van 20 tot en met 29 jaar). Wel benadrukken zij dat er een gebrek is aan empirisch onderzoek omtrent de NPS, maar dat de bestaande data aangeeft dat een NPS meer prevalent is dan dat eerder aangenomen werd.

Diverse onderzoeken tonen aan dat een NPS een comorbiditeit heeft met diverse As-I en As-II stoornissen (Caligor et al., 2015; Diamond & Meehan, 2013; Dimaggio & Attinà, 2012; Ronningstam, 2012). Ronningstam (2012) beschrijft dat een NPS kan samengaan met middelengebruik, suïcidaliteit of stemmingsstoornissen. De kenmerken van deze twee stoornissen zijn ook zichtbaar bij de BPS. Dimaggio en Attinà (2012) beschrijven deze comorbiditeit ook en vullen dit aan met het feit dat een NPS ook gepaard kan gaan met eetstoornissen. Deze As-I stoornissen zorgen er vaak voor dat het individu in de ggz terecht komt, waar vervolgens een NPS geconstateerd wordt. Een NPS heeft ook een sterke comorbiditeit met andere As-II stoornissen van de DSM-IV (Caligor et al., 2015), in het bijzonder met een BPS (Diamond & Meehan, 2013). Dit wordt ook ondersteund door Caligor et al. (2015), maar vult tevens aan dat een NPS gepaard kan gaan met een schizotypische, theatrale of antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dit kan een verklaring zijn waarom Braamhorst et al. (2015) stelt dat een NPS en een BPS gerelateerde psychische problemen zijn. Wel benadrukt Caligor et al. (2015) dat de comorbiditeit verschilt per fenotype. Individuen die behoren tot het kwetsbare type van narcisme laten een comorbiditeit zien met angst- en stemmingstoornissen in tegenstelling tot individuen die behoren tot het grandioze type. Zij laten vaker een comorbiditeit zien met middelengebruik of een paranoïde of antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook bij een BPS zijn kenmerken van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis zichtbaar. Er kan geconcludeerd worden dat de kenmerken van narcistische persoonlijkheidsproblematiek het algemeen psychologisch functioneren kan aantasten en eventueel verergeren in combinatie met de bovenstaande comorbiditeit.

Gebruikte therapievormen voor de behandeling van een NPS

De huidige aanbevolen therapievormen die momenteel toegepast worden bij de behandeling van een NPS zijn ontleend van de therapievormen die gebruikelijk zijn bij het behandelen van een BPS (Caligor et al., 2015). Één van deze therapievormen is Mentalization Based Treatment (MBT) en richt zich op de toename van het (empathisch) vermogen van een individu om de gemoedsstemming van een ander te begrijpen en hier over na te denken. Een gebrek aan dit vermogen resulteert in het niet of nauwelijks kunnen bedenken voor alternatieve verklaringen voor het gedrag van anderen. MBT richt zich op het vinden van alternatieve verklaringen voor het gevoel van de patiënt (Bliss & McCardle, 2013). Een andere therapievorm is Transference Focused Psychotherapy (TFP) en richt zich op de agressieve en negatieve emoties in een individu die zorgen voor belemmering om zowel positieve als negatieve (cognitieve) representaties correct te ordenen. Hierdoor heeft het individu moeite met het nuanceren van gebeurtenissen of andere personen, waardoor ervaringen in hoge mate zwart-wit ervaren wordt. TFP heeft als doel deze ervaringen te integreren in een samenhangend geheel. Hierdoor is het mogelijk om meer realistisch en flexibel na te denken, wat bijdraagt aan een meer positieve emotieregulatie van het individu (Bliss & McCardle, 2013; Yeomans, Levy, & Caligor, 2013). De laatste therapievorm is Schema Therapy (ST) en richt zich op de verandering van niet of slecht aangepaste acties en emoties van een individu. Deze acties en emoties worden geactiveerd door vroeg aangeleerde inefficiënte cognitieve schema's en worden ook wel modi's genoemd. Deze modi's zorgen voor een belemmering in het toepassen van aangepaste copingstrategieën en interpersoonlijke vaardigheden. ST richt zich op de afname van de frequentie en de intensiteit van niet-aangepaste modi's en het versterken van aangepaste modi's. Hierdoor kan een individu op een meer aangepaste manier reageren in situaties (Bernstein et al., 2012; Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2013).

Dialectische Gedragstherapie (DGT)

DGT richt zich op het aanleren van vaardigheden zoals: emotieregulatie, mindfulness, interpersoonlijke effectiviteit en het beperken van moeilijkheden in gedragregulatie. Door mindfulness is het mogelijk gevoelens, gedachten en gedrag te accepteren en ontstaat er de mogelijkheid dat het probleem opgelost kan worden. Tevens zorgt deze zelfacceptatie voor een reductie in zelfbeschadigend gedrag zoals automutilatie (Van den Bosch, Meijer, & Backer, 2007). Volgens Baskin-Sommer et al. (2014) is DGT inderdaad effectief om narcistische persoonlijkheidsproblematiek te behandelen, omdat het individu leert de persoonlijke waarden en behoeften te herkennen. Tevens kan er meer gepast gereageerd worden als hij feedback van anderen ontvangt.

DGT is een BPS-behandelmodel ontwikkeld door M. Linehan en richt zich op ontbrekende vaardigheden van de patiënt m.b.t. frustratietolerantie, zelf- en emotieregulatie en intermenselijke vaardigheden. Het doel is om deze vaardigheden aan te leren zodat de patiënt meer controle krijgt op zijn gedrag, gevoel en gedachten. Hierdoor ontstaat meer stabiliteit waardoor de problematiek op een effectieve manier opgelost kan worden. Binnen DGT staat de afname van (zelf)destructief en therapieverstorend gedrag centraal. Het is niet relevant wat de primaire of secundaire stoornis is, aannemend dat een eventuele comorbiditeit zorgt voor een negatieve uitkomst. Een mogelijke comorbiditeit wordt meegenomen in het traject en er wordt aangeleerd hoe de kwaliteit van het leven kan toenemen en hoe de aangeleerde vaardigheden gebruikt kunnen worden. Normaliter duurt een behandeltraject één jaar en kan gekenmerkt worden als zeer effectief (Linehan, 2002). Aangezien DGT in deze context zich richt op patiënten met (gevoelig) narcistische

persoonlijkheidsproblematiek is het centrale doel dat het ingrijpt op de disfunctionele emotionele, denk- en gedragspatronen die kenmerkend zijn voor dit ziektebeeld. Daardoor zijn de gedragsdoelen aanpast op deze doelgroep. De primaire gedragsdoelen zijn gedragscontroles op destructief gedrag, doorbreken van therapieverstorend gedrag en het omgaan met krenking. Maar ook het doorbreken van isolatie (contact maken met de eigen kwetsbaarheid) en zelfcompassie (omgaan met gevoelens van schuld, schaamte en waardeloosheid) behoren tot de primaire gedragsdoelen. Secundaire gedragsdoelen zijn het laten toenemen van empathie, het verdragen en accepteren van kritiek, uitbouwen van wederkerigheid, opbouwen van autonomie en een realistisch zelfbeeld.

Gezien de afspraken tussen het UMC Radboud en de zorgverzekeraar is het programma van de behandeling zes maanden. Voordat een patiënt in het programma terechtkomt, wordt er een intake gedaan om de problematiek in kaart te brengen en waar vervolgens een classificatie gesteld wordt. Als er tijdens het classificatieproces trekken van een (gevoelig) narcisme of een NPS gesteld wordt, komt de patiënt in aanmerking voor het programma. Daarnaast is het vaak zichtbaar dat persoonlijkheidsstoornissen zelden zuiver zijn. Het komt namelijk regelmatig voor dat persoonlijkheidsstoornissen samengaan met (trekken van) andere As-I of As-II stoornissen (op basis van de DSM). Voordat het programma start vindt er een pre-treatment plaats met als doel commitment. Hier is het belangrijk dat de patiënt zich verbindt met de behandelmethode, de behandelaars en de andere patiënten. Tevens wordt er informatie verstrekt over het inhoudelijke programma. Al deze informatie wordt schriftelijk aangeboden in de vorm van een contract dat getekend moet worden. Ook worden de rechten en plichten van de patiënt en behandelaar beschreven. DGT wordt aangeboden op basis van het behandelmodel van Linehan (2002).

Het DGT-programma voor patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek wordt wekelijks aangeboden in een groepsvorm en bevat drie onderdelen: individuele psychotherapie, vaardigheidstraining en psychomotorische therapie (PMT). De individuele psychotherapie en vaardigheidstraining duren elk 2,5 uur en de PMT duurt 1,25 uur. De individuele psychotherapie wordt wekelijks gestart met een mindfulness-oefening; hier leren de patiënten zichzelf te accepteren zonder een oordeel te plaatsen. Op deze manier wordt er gewerkt aan zelfacceptatie zonder dat er zelfkrenking ontstaat. Vervolgens wordt de dagboekkaart (bijlage 4) van elke patiënt besproken. Tijdens dit onderdeel staat het destructief gedrag (aan zichzelf, een ander of de therapie) van de patiënten centraal, aangezien dit veelal van toepassing is bij patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Dit gedrag kan beschreven worden als agressie, demping (ontwijkend gedrag zoals afleidingen of middelengebruik) of relatievernietigend gedrag (gedrag dat leidt tot de verbreking van een relatie). Dit heeft veelal betrekking tot narcistisch gedrag. Een andere vorm van destructief gedrag is therapieverstorend gedrag: dit is gedrag dat leidt tot effectreducering of mislukking van de therapie. Voorbeelden zijn: huiswerk niet maken, niet of te laat komen op een zitting of geen actieve bijdrage leveren. Dit belemmert zowel de individuele voortgang als de groepsvoortgang. Dit gedrag moet zoveel mogelijk beperkt worden zodat elk individu op zo goed mogelijk manier van de therapie kan profiteren. Tevens kan elk individu horen hoe de ander zijn problematiek ervaart, hierdoor ontstaat de mogelijkheid voor de patiënt om zich te verplaatsen in de andere patiënten. De dagboekkaart is verdeeld in dagen waarbij de patiënt kan aangeven (op een schaal van één tot vijf) of er sprake was van destructief of relatievernietigend gedrag met de bijbehorende emoties. De behandelaar maakt een ketenanalyse op basis van deze kaart om inzichtelijk te maken hoe een neiging kan leiden tot een actie met eventuele emoties of dempinggedrag. Hier kan ineffectief gedrag vervangen worden door effectief gedrag. De

mindfulness-oefening sluit aan op cognitieve therapie en de bespreking van de dagboekkaart sluit aan op gedragstherapie. Hier wordt geprobeerd zelfacceptatie en bewustwording van de problematiek te bewerkstelligen met het doel om narcistisch gedrag te reduceren. Daarnaast richt dit onderdeel zich op de toename van het empathisch vermogen.

De vaardigheidstraining biedt vaardigheden die ontbreken of slecht ontwikkeld zijn bij de patiënten en wordt onderverdeeld in modules die centraal staan tijdens elke bijeenkomst. Deze modules zijn kernoplettendheid (ook bekend als mindfulness), zelfcompassie, intermenselijke vaardigheden (assertiviteitstraining), emotieregulatie en frustratietolerantie. De module kernoplettendheid is een verbreding van de mindfulness-oefening en ook hier wordt gewerkt aan zelfacceptatie zonder veroordelingen. Oefeningen zijn gericht op het fuseren van een emotionele reactie en rationele gedachten en het observeren en beschrijven van mensen en dingen op een oordeelvrije manier. De huiswerkopdracht is dat zij dit tot aan de volgende bijeenkomst bijhouden. Tevens is deze module een standaard onderdeel voor BPS-patiënten. De module zelfcompassievaardigheden is een toevoeging aan deze module. Aannemend dat de patiënten een kwetsbaar zelfbeeld hebben worden deze extra vaardigheden aangeboden met het doel narcistisch of verslavingsgedrag te reduceren. Tijdens deze module wordt geleerd een bewuste en van zichzelf houdende positie aan te nemen i.p.v. een veroordelende houding. Dit gebeurt door het accepteren van een probleem en te erkennen dat je een mens bent dat fouten kan maken. De kritische gedachten worden vervangen door meer vriendelijke gedachten. Hierdoor sluiten deze modules aan op cognitieve (gedrags)therapie en richten zich op zelfacceptatie en het reduceren van narcistisch en destructief gedrag.

De derde module is de intermenselijke vaardigheden, ook wel assertiviteitstraining. Vaak lijkt het dat narcisten goed voor zichzelf kunnen opkomen, maar dit gebeurt vaak op een ineffectieve manier namelijk door onderdrukking van de ander. Binnen deze module leren de patiënten hun doel te bereiken, terwijl zij ook leren bewust te worden van de gevoelens van de ander. Dit oefenen zij in rollenspellen tijdens de PMT, maar ook tijdens de huiswerkopdrachten. Het doel hier is dat zij zich adequaat leren aanpassen en investeren in hun relaties zonder hun zelfbeeld te vergroten. Hierdoor kunnen zij zich meer emotioneel hechten aan anderen. Deze module sluit aan op (cognitieve) gedragstherapie en richt zich op het reduceren van narcistisch gedrag alsmede de toename van het empathisch vermogen. De module emotieregulatie is een standaard onderdeel binnen DGT. Patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek leren hun (extreme) emoties herkennen en hoe zij hier mee om kunnen gaan. Aangenomen wordt dat zij een bepaalde kwetsbaarheid hebben en zich veelal laten leiden door deze emoties. Zij leren in deze module hoe zij juist deze emotie kunnen beheersen i.p.v. zich er door te laten leiden. De vaardigheden uit de module kernoplettendheid bieden hier ondersteuning. Deze module sluit aan op gedragstherapie en er wordt geprobeerd het impulsief gedrag te reduceren door meer zelfinzicht te creëren.

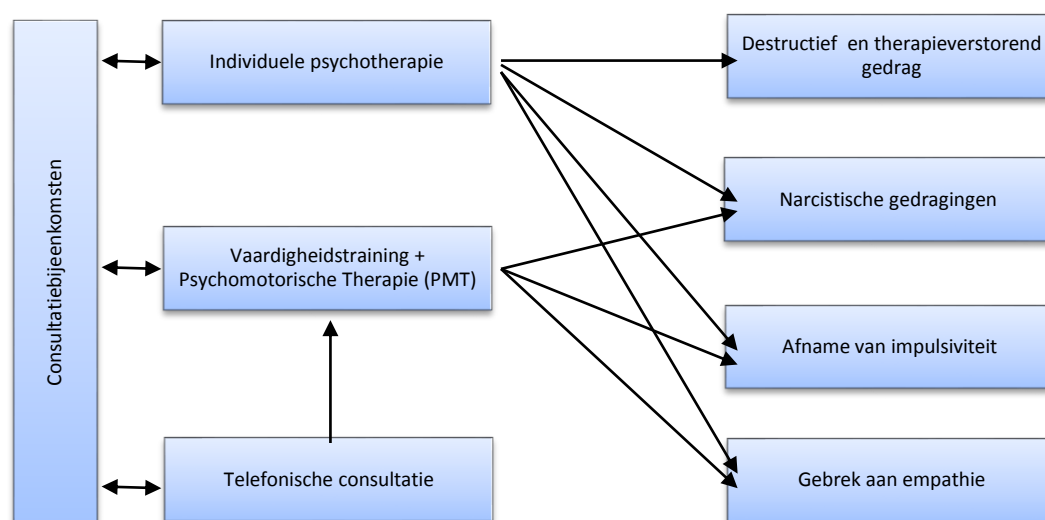
De laatste DGT-module bevat crisisregulatie vaardigheden, maar het is meer gebruikelijk om de naam frustratietolerantie te hanteren. Deze module sluit aan op de module emotieregulatie en biedt oefeningen om spanningen te reduceren als de emoties van de patiënt uit de hand lopen. Dit zijn oefeningen zoals afleiding of troost zoeken, maar ook leren zij zich bewust worden van de consequenties van mogelijk impulsief gedrag. Het doel van deze ontspanningsoefeningen is het reduceren van spanningen in het geval van een extreme mate van frustratie. Dit is geen standaard onderdeel van DGT, maar is toegevoegd voor patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Deze module bevat kenmerken van cognitieve gedragstherapie en

probeert inzichten aan te bieden aan de patiënt waardoor gedragsaanpassingen mogelijk zijn. Tevens is de module er op gericht om impulsief gedrag te reduceren.

Direct na de vaardigheidstraining wordt de PMT aangeboden en het doel is dat zij de aangeboden theorie uit de vijf modules leren toepassen in de praktijk. Dit gebeurt d.m.v. rollenspellen en andere spelvormen in groepsverband. Feitelijk worden alle doelen vanuit deze modules gecombineerd en in de praktijk gebracht om narcistisch, destructief en impulsief gedrag te reduceren. Daarnaast wordt er gewerkt aan de toename van het empathisch vermogen. Dit wordt mogelijk gemaakt door samen te werken met andere patiënten waardoor er wordt gewerkt aan meer zelfinzicht en acceptatie, assertiviteit en gedragsaanpassingen.

Naast deze drie onderdelen zijn er twee andere onderdelen aanwezig binnen de DGT: consultatiebijeenkomsten en telefonische consultatie. De patiënt kan buiten de bijeenkomsten telefonisch contact opnemen met de behandelaar als daar behoefte aan is. Dit is 24 uur per dag en zeven dagen per week mogelijk. Het doel is om hulp te bieden bij het toepassen van de aangeboden vaardigheden tijdens situaties die de patiënt kan ervaren als lastig en moeilijk. Na zes maanden wordt de behandeling beëindigd en is er geen contact meer mogelijk met de behandelaar. De reden hiervoor is dat de patiënt de geleerde vaardigheden leert toepassen zonder ondersteuning van de behandelaar. Na twee maanden wordt er samen met de patiënt geëvalueerd op de voorgaande periode. De consultatiebijeenkomsten zijn een soort intervisiebijeenkomsten waarbij alle behandelaren van de DGT zich bevragen waar zij individuele ontwikkelpunten hebben om effectief de DGT wekelijks te kunnen aanbieden. Door hier actief mee bezig te zijn en te overleggen met andere collega's kunnen zij zich richten op de kwaliteit van de DGT. Naast de behandelaren profiteren ook de patiënten hiervan.

Paragraaf 2.2 Conceptueel model



Figuur 1. De relatie tussen individuele DGT-onderdelen en de gerichtheid van deze specifieke onderdelen op destructief en therapieverstorend gedrag, narcistische gedragingen, de afname van impulsiviteit en het gebrek aan empathie.

Paragraaf 2.3 Hypothesen

Op basis van de literatuur zijn er een aantal verwachtingen, deze verwachtingen worden geformuleerd in een aantal hypothesen. Deze hypothesen zijn gericht op de effectiviteit van DGT, namelijk de narcistische gedragingen, het empathisch vermogen, impulsief gedrag, destructief en therapieverstorend gedrag. Deze hypothesen dragen bij aan de beantwoording van de deelvragen en dus ook indirect aan de beantwoording van de onderzoeksvraag. De hypothesen zullen op basis van de resultaten in hoofdstuk 4 aangenomen of verworpen worden. Dit zal beschreven worden in de conclusie van hoofdstuk 5.

- *Hypothese 1: Zes maanden Dialectische Gedragstherapie (DGT) zorgt voor een afname in narcistische gedragingen bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.*
- *Hypothese 2: Het empathisch vermogen is onveranderd bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek die zes maanden behandeld zijn met Dialectische Gedragstherapie (DGT).*
- *Hypothese 3: De impulsiviteit is afgenomen bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek die zes maanden behandeld zijn met Dialectische Gedragstherapie (DGT).*
- *Hypothese 4: Het destructief en relatievernietigend gedrag is afgenomen bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek die zes maanden behandeld zijn met Dialectische Gedragstherapie (DGT).*

Paragraaf 2.4 Aanzet tot het onderzoek

De literatuur laat duidelijk zien dat de eerder beschreven vormen van psychotherapie niet getest zijn op effectiviteit bij het behandelen van een NPS. Hier is namelijk geen empirisch bewijs voor. Wel laat de literatuur zien dat DGT effectief is voor het behandelen van een BPS (Bliss & McCardle, 2013; Paris, 2014) en dat DGT ook potentie heeft voor het behandelen van narcisme (Baskin-Sommer et al., 2014). Gezien het feit dat er geen empirisch bewijs bestaat welke behandelingen effectief zijn voor de behandeling van een narcisme, kan dit onderzoek minimaal een indicatie geven of een DGT effectief is voor het behandelen van narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Dit kan leiden tot een potentiële ingang voor de behandeling van individuen die geclassificeerd zijn met narcistische persoonlijkheidsproblematiek, maar ook voor vervolgonderzoeken die gericht zijn op de effectiviteit van DGT op deze persoonlijkheidsproblematiek.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksdesign (onderzoeksmethode)

In hoofdstuk 3 wordt er in paragraaf 3.1 beschreven hoe het onderzoek uitgevoerd is en hoe het verder uitgevoerd zal worden. In de paragraaf 3.2 worden de onderzoekseenheden van het onderzoek beschreven evenals het type steekproef en de omvang ervan. Tevens zal de benadering van de respondenten beschreven worden en in hoeverre zij bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek. In paragraaf 3.3 worden de gebruikte onderzoeksinstrumenten beschreven. Tevens zullen de constructen beschreven worden die gemeten worden met de beschreven instrumenten. In paragraaf 3.4 zal de procedure van het onderzoek worden beschreven. Ten slotte, in paragraaf 3.5 worden de analyses die worden toegepast op de data beschreven.

Paragraaf 3.1 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode in dit exploratieve onderzoek is een multiple case study. Er is voor deze onderzoeksmethode gekozen, omdat het aansluit op de onderzoeksvraag. Tevens ontbreekt er een controlegroep waardoor het niet mogelijk is om een experimenteel onderzoek als onderzoeksmethode te gebruiken. Binnen het gekozen ontwerp is er sprake van vier onderzoekscases; namelijk de vier participanten die behandeld zijn met de DGT. Het doel van DGT is enerzijds de afname van de symptomen die kenmerkend zijn voor narcistische persoonlijkheidsproblematiek, het impulsieve gedrag en het destructief en therapieverstorend gedrag. Anderzijds is het doel van de therapie om het empathisch vermogen te laten toenemen. Het doel van dit onderzoek is om een indicatie te creëren of deze symptomen veranderd zijn na zes maanden DGT. Tevens is het belangrijk om te vermelden dat er meerdere meetmomenten zijn, namelijk een voormeting, een tussentijdse meting en een nameting. Deze metingen hebben plaatsgevonden tijdens het traject van de DGT en binnen elke meting zijn er dezelfde vragenlijsten aangeboden aan de participanten. De reden voor de diverse metingen is om de progressie van het behandelingseffect nauwkeurig te volgen en te monitoren. Deze vragenlijsten leveren kwantitatieve (primaire) data die geanalyseerd zullen worden. De resultaten van de voormeting worden vergeleken met de resultaten van de tussentijdse meting en de resultaten van de tussentijdse meting worden vergeleken met de resultaten van de nameting. De resultaten van deze onderlinge metingen geven weer of er een indicatie is van een behandelingseffect.

Paragraaf 3.2 Onderzoeksdoelgroep

De populatie bestaat uit patiënten die geassocieerd zijn met een NPS of trekken van (gevoelig) narcisme. Het uitgangspunt is hier dat de patiënten of hun omgeving zondig hinder ondervinden in hun problematiek waardoor er behoefte is aan therapie. De operationele populatie bestaat uit de mannelijke patiënten die de DGT ondergaan hebben (N = 11). Door complicaties in de interne logistieke communicatie binnen het UMC Radboud te Nijmegen is er data verloren gegaan. Hierdoor is de data voor deze populatie niet volledig en is er gekozen voor een steekproef van vier patiënten (n = 4). Voor deze steekproef zijn de data wel volledig voor analyse. De steekproef is een selecte en doelgerichte steekproef. Een aselecte steekproef is hier niet mogelijk, aangezien het patiënten betreft die betrokken zijn bij deze behandeling. De steekproef is doelgericht, aangezien de steekproef gebaseerd is op bepaalde kenmerken, namelijk de classificatie door het UMC Radboud te Nijmegen m.b.t. narcistische persoonlijkheidsproblematiek bij mannelijke patiënten. Meer concreet: de vier patiënten laten vanuit het patiëntendossier allemaal gevoelig narcistische kenmerken zien. De periode waarin de DGT en de metingen hebben plaatsgevonden in het UMC Radboud te Nijmegen

loopt van 4 november 2016 tot en met 12 mei 2017. De eerste meting heeft plaatsgevonden op 10-10-2016, de tweede meting op 21-02-2017 en de derde meting op 08-05-2017.

De eerste patiënt is 37 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is mbo en hij heeft acht eerdere behandelingen gehad. De tweede patiënt is 44 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is mbo en hij heeft vier eerdere behandelingen gehad. De derde patiënt is 30 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is het middelbare onderwijs en het is niet bekend of hij eerdere behandelingen heeft gehad. De laatste patiënt is 23 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is de universiteit (bachelor) en hij heeft meer dan vier eerdere behandelingen gehad in het verleden. Verdere gegevens van deze patiënten worden weergegeven in bijlage 2. Deze gegevens hebben een anoniem karakter om privacyredenen.

Paragraaf 3.3 Onderzoeksinstrument

Binnen dit onderzoek worden diverse instrumenten gebruikt om de mate en clusters van de narcistische problematiek, impulsiviteit, empathie en het algemeen psychologisch functioneren te meten. Deze instrumenten zullen gebruikt worden om de deelvragen te beantwoorden. Deze instrumenten zullen tijdens elke meting (voormeting, tussentijdse meting en nameting) worden aangeboden aan de patiënten om op deze manier de effecten van de DGT te monitoren. Op deze manier kan er tijdens de analysefase antwoord gegeven worden op de onderzoeksvragen die uiteindelijk het effect laat zien van de DGT. De Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) en de Narcissistic Personality Inventory (NPI) zullen gebruikt worden om de mate van narcistische problematiek te meten, maar ook welke clusters van narcisme er aanwezig zijn. De Indice Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) zal gebruikt worden om het (on)aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren in kaart te brengen. De experiëntele vermijding zal gemeten worden met de Acceptance and Action Questionnaire – II Nederlandse vertaling (AAQ-II). De Interpersonal Reactivity Index (IRI) zal gebruikt worden om de mate van empathie te meten. De BIS/BAS Scales wordt gebruikt om de mate van impulsiviteit in kaart te brengen. En de Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) zal gebruikt worden om de mate van het algemeen psychologisch functioneren te meten. De gebruikte onderzoeksinstrumenten zijn:

- De Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) is een zelfinvulvragenlijst met 10 items. De constructen die gemeten worden binnen deze vragenlijst zijn overgevoeligheid en kwetsbaarheid. Deze constructen zijn gericht op de kwetsbare (covert) vorm van narcisme. Hoge scores op dit instrument geven een indicatie van de aanwezigheid van narcisme (Hendin & Cheek, 1997). De vragenlijst heeft een betrouwbaarheidscoëfficiënt van .78 (= Alpha) op basis van een interne consistentie betrouwbaarheidsanalyse (Miller et al., 2014). Tevens geeft Arble (2008) aan dat deze vragenlijst een sterke convergente en divergente validiteit bezit; deze vragenlijst correleert negatief met de NPI en correleert (significant) positief met andere vragenlijsten die de covert vorm van narcisme meten. Dit representeert een goede constructvaliditeit. Er wordt niet gesproken van een validiteitscoëfficiënt.
- De Narcissistic Personality Inventory (NPI) is een zelfinvulvragenlijst en wordt vaak gebruikt om (overt) narcisme te meten in sociaal psychologisch onderzoek. Er is een Nederlandse aangepaste versie en deze bevat 37 items die beantwoord kunnen worden op een 7-punts schaal. Hoge scores op deze schaal geven een indicatie van de aanwezigheid van narcisme. Deze Nederlandse aangepaste versie laat een betrouwbaarheid zien van .93 (= Alpha) op basis van een item-analyse. Tevens beschrijven Barelds en Dijkstra (2009) in hun onderzoek

dat zij een klein tot een gemiddelde samenhang vinden tussen de NPI en andere instrumenten die trekken van narcisme meten. Daarnaast komt naar voren uit hetzelfde onderzoek dat deze test erg laag of negatief samenhangt met andere instrumenten die geen trekken van narcisme meten. Een validiteitscoëfficiënt wordt niet genoemd (Barelds & Dijkstra, 2009).

- De Interpersonal Reactivity Index (IRI) wordt wereldwijd gebruikt om empathie te meten. Deze zelfinvulvragenlijst bevat 28 items. Het instrument kan onderverdeeld worden in vier subschalen, die elk zeven items bevat. De vier subschalen zijn: perspectief nemen, fantasie, empathische bezorgdheid en persoonlijke angst. Een hoge score representeert meer empathisch vermogen. De Nederlandse versie van dit instrument heeft een gemiddelde betrouwbaarheidscoëfficiënt van .77 (= Alpha) op basis van Cronbach's Alpha analyses. Tevens wordt er in dit onderzoek beschreven dat de interne consistentie coëfficiënten variëren van acceptabel tot hoog voor de vier subschalen. Er wordt gesproken dat deze resultaten ondersteuning bieden voor de constructvaliditeit (De Corte et al., 2007).
- De Behavioural Inhibition System and Behavioural Activation System Scales (BIS/BAS Scales) is een vragenlijst die ingevuld kan worden door de respondent en richt zich op twee motivationele systemen die impulsiviteit representeren. Het gedragsremmende systeem (BIS) richt zich op de regulatie van aversieve motieven; individuen met een sterk reactief BIS-systeem zijn vaak meer angstig en voorzichtig. Het gedragsbenaderende systeem (BAS) richt zich op de regulatie van appetitieve motieven; individuen met een sterk reactief BAS-systeem laten vaak meer impulsief en ander risicovol gedrag zien. Hoge scores op de BIS-schaal representeren meer gedrag m.b.t. inhibitie en hoge scores op de BAS-schaal representeren meer impulsief of risicogedrag (De Zeeuw, 2014). Uit het onderzoek van Willekens (2015) komt naar voren (op basis van een item-analyse) dat de interne consistentie van de BIS-schaal een betrouwbaarheidscoëfficiënt heeft van .74 en de BAS-schaal heeft een coëfficiënt van .73 (= Alpha). Aansluitend laat het onderzoek van Franken, Muris, en Rassin (2005) zien dat de constructvaliditeit goed is. Deze test correleert (significant) positief met een andere test die ook hetzelfde construct meet op basis van de beschikbare schalen van beide tests.
- De Severity Indices Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) is een zelfinvulvragenlijst en kan worden gebruikt om het (on)aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren te meten. De Nederlandse aangepaste versie bevat 60 items die ingevuld kunnen worden op een 4-punts schaal. De aangeboden stellingen in de items hebben betrekking op de afgelopen drie maanden van de respondent. Vijf kerndomeinen worden gemeten d.m.v. de geïntegreerde schalen in de vragenlijst; zelfbeheersing, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid, relationeel functioneren en sociale concordantie. De schaal zelfcontrole meet het vermogen om emoties en impulsen te beheersen en te controleren. De schaal Identiteitsintegratie meet het vermogen van de respondent om zichzelf als stabiel en zinvol te beoordelen. De schaal Verantwoordelijkheid meet in hoeverre de respondent realistische doelen kan stellen, maar ook in hoeverre hij deze doelen kan bereiken. De schaal Relationele capaciteiten meet het vermogen om zich gewaardeerd te voelen en zichzelf te binden met andere personen. Ten slotte meet de schaal Sociale concordantie het vermogen om agressieve impulsen te beheersen naar andere personen. Hogere scores geven een indicatie van een meer aangepast functioneren. In het onderzoek van Rossi, Debast & Van Alphen (2017) laat de Nederlandse versie een gemiddelde Cronbach's Alpha waarde zien van

.84. Tevens beschrijven zij dat de correlaties met een andere vragenlijst (met dezelfde meetpretentie) een klein tot een gemiddeld effect heeft. Dit geeft een indicatie van de constructvaliditeit. Daarnaast beschrijven zij de constructvaliditeit door aan te geven dat eerdergenoemde vijf schalen voor een groot deel overeenkomen met de elementen die beschreven worden voor criteria A in sectie III in de DSM-5. Deze bewering is gebaseerd op factorladingen binnen hun onderzoek.

- De Acceptance and Action Questionnaire – II Nederlandse vertaling (AAQ-II) is een zelfinvulvragenlijst die experiëntiële vermijding meet. Deze vermijding is gebaseerd op negatieve gevoelens en gedachten van de respondent. De vragenlijst bevat 10 items die ingevuld kunnen worden op een 7-punts schaal. Hoge scores op de items geven een indicatie van een hoge mate van experiëntele vermijding. Het betrouwbaarheidscoëfficiënt in drie steekproeven van het onderzoek van Bond et al. (2011) wordt vastgesteld tussen .78 tot en met .87. Tevens beschrijven zij twee test-hertest betrouwbaarheidscoëfficiënten van .81 en .79. Daarnaast correleert deze vragenlijst hoog met andere vragenlijst die tevens psychologische spanningen meet. Dit representeert de convergente validiteit (Bond et al., 2011).
- De Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) is een zelfinvulvragenlijst die het algemeen psychologisch functioneren meet. Deze vragenlijst bestaat uit 45 items en de vragen die gesteld worden zijn gericht op hoe de respondent zich voelde in de afgelopen week. De antwoorden worden gegeven op een 5-punts schaal. Totalscore (TS), symptomatische distress (SD), interpersoonlijke relaties (IR) en sociale rol (SR) zijn de schalen die gemeten worden. De schaal TS meet in welke subjectieve mate de respondent zijn problemen ervaart, schaal SD meet de symptomatische distress, de schaal IR meet de tevredenheid en problematiek in interpersoonlijke relaties en de schaal SR meet het niveau van ontevredenheid, conflicten en stress op de gebieden werk en vrije tijd. Een hoge score is een indicatie van een slecht functioneren (Lambert et al., 1996). De Nederlandse versie laat d.m.v. een interne consistentie analyse (Cronbach's Alpha) een gemiddelde betrouwbaarheidscoëfficiënt zien van .93. Daarnaast komt naar voren dat de concurrent validiteit goed is voor de SD-subschaal, maar niet voor de IR en SR-subschalen. Er wordt niet gesproken over verdere gegevens met betrekking tot validiteit(coëfficiënten) (de Jong et al., 2007).

De constructen die voortvloeien uit de onderzoeksvraag zijn: Dialectische Gedragstherapie (DGT) en narcistische persoonlijkheidsproblematiek. In dit onderzoek is DGT is een exogeen construct en dus een onafhankelijke variabele en narcistische persoonlijkheidsproblematiek is een endogeen construct en logischerwijs de afhankelijke variabele.

Paragraaf 3.4 Procedure

Zodra de patiënten waren opgenomen in het behandelprogramma, werd hen gevraagd of zij deel wilden nemen in het onderzoek. Zij zijn op de hoogte gesteld dat er diverse metingen zullen plaatsvinden, namelijk; een voormeting, een tussentijdse meting en een nameting. De reden voor diverse metingen is om de progressie van het behandel-effect nauwkeurig te volgen en monitoren. Tevens is hen verteld dat als zij weigeren deel te nemen, dit geen invloed heeft op de behandeling. Vervolgens is hen een toestemmingsverklaring aangeboden ter ondertekening voor het onderzoek. Binnen deze toestemmingsverklaring zijn er enkele demografische en klinische gegevens gevraagd

zoals: geslacht, leeftijd, middelen misbruik, vorige behandelingen die eventueel gerelateerd zijn aan een terugval. Hierbij kan gedacht worden aan vorige behandelingen die gericht waren op narcistische persoonlijkheidsproblematiek, maar ook aan behandelingen die ondergaan zijn nadat de patiënt een terugval heeft gehad. De patiënt kan weer terugvallen in zijn oude gedrag, namelijk gedragingen die kenmerkend zijn voor deze persoonlijkheidsproblematiek.

De voormeting, tussentijdse meting en nameting vinden plaats tijdens het behandeltraject. Op die momenten zijn er diverse vragenlijst aangeboden die de participant zelf kon invullen. De voormeting heeft plaatsgevonden voordat de patiënten daadwerkelijk in behandeling zijn gegaan. De tussentijdse meting heeft plaatsgevonden op het moment dat deze patiënten drie maanden in behandeling waren en de nameting heeft plaatsgevonden na zes maanden, het moment dat de behandeling ten einde kwam.

Paragraaf 3.5 Analyses

De kwantitatieve data (ruwe scores) worden kwalitatief geanalyseerd. Deze analyses hebben als doel om de gevonden resultaten te generaliseren naar de populatie, namelijk mannen die geclassificeerd zijn met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Alleen doordat de steekproefgrootte beperkt is, geeft het generaliseren van de resultaten van het onderzoek complicaties. Wel geven de resultaten een indicatie van de werkzaamheid van de DGT op deze patiënten. Het doel in de analysefase is, om vast te stellen of er verschillen zijn tussen de diverse metingen. Op deze manier kan er vastgesteld worden of er een effect is door het aanbieden van DGT aan mannelijke patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Om deze verschillen aan te tonen, worden de ruwe scores met elkaar vergeleken. Hierdoor is het mogelijk om te zien of er een indicatie is dat de groep participanten ($n=4$) van de DGT geprofiteerd heeft. Tevens is het mogelijk om de verschillen aan te tonen tussen de metingen per participant. Op deze manier kunnen de deelvragen, die in paragraaf 1.2 beschreven zijn, beantwoordt worden. Logischerwijs, na het beantwoorden van de drie deelvragen, zal het mogelijk moeten zijn om de onderzoeksvraag te beantwoorden.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In paragraaf 4.1 wordt de uitvoering en respons van het onderzoek beschreven. In paragraaf 4.2 wordt de beschrijvende diagnose en classificatie op basis van de DSM-IV getoond van patiëntcasus 1. Vervolgens wordt er een samenvatting beschreven op basis van de (hetero)anamnese die het accent legt op de symptomen en problematiek van de betreffende casus. Aansluitend worden de resultaten getoond in een tabel die de inhoudelijke structuur van de deelvragen volgt. Op basis van deze gegevens wordt er middels een toelichting beschreven of er een afname of toename zichtbaar is in de resultaten. In de paragrafen 4.3, 4.4 en 4.5 worden op exact dezelfde manier de patiëntcasussen 2,3 en 4 beschreven. De volledige casusbeschrijving per patiënt wordt weergegeven in bijlage 2 en een totaaloverzicht van de resultaten per patiëntcasus wordt weergegeven in bijlage 5.

Paragraaf 4.1 Uitvoering van het onderzoek

Op het moment dat de patiënten opgenomen waren in het behandelprogramma, werd hen gevraagd of zij deel wilden nemen aan het onderzoek. Er werd tevens informatie verstrekt zoals metingen op drie momenten en dat als zij niet wilden deelnemen, dit geen gevolgen zou hebben voor de behandeling. Om toestemming vast te leggen hebben deze patiënten een schriftelijke toestemmingsverklaring getekend. Binnen deze verklaring zijn ook gegevens opgenomen zoals geslacht, leeftijd, middelenmisbruik en psychiatrische behandelingen in het verleden. Zoals eerder genoemd, staan er vier mannelijke patiënten centraal in dit onderzoek. De eerste patiënt is 37 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is mbo en hij heeft acht eerdere behandeling gehad. De tweede patiënt is 44 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is tevens mbo en hij heeft vier eerdere behandelingen gehad. De derde patiënt is 30 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is het middelbare onderwijs en het is niet bekend of hij eerdere behandeling heeft gevolgd. De laatste patiënt is 23 jaar oud, zijn hoogst genoten opleiding is een universitaire bachelor en hij heeft meer dan vier eerdere behandelingen gehad.

Alle patiënten waren bereidwillig om deel te nemen aan het onderzoek. De voormeting heeft plaatsgevonden op 10-10-2016, de tussentijdse meting op 21-02-2017 en de nameting op 08-05-2017. Tijdens deze meetmomenten zijn de vragenlijsten, die beschreven zijn in paragraaf 3.3, aangeboden en ingevuld door de patiënten. De patiënten hebben deze vragenlijsten zelf ingevuld na de wekelijkse bijeenkomsten op de bovengenoemde datums. Deze ingevulde vragenlijsten zijn ingenomen door het UMC Radboud te Nijmegen, waar tevens het behandelprogramma werd uitgevoerd. De totale respons van de vier patiënten zijn de ingevulde vragenlijsten HSNS, NPI, SIPP-SF, AAQ-II, IRI, BIS/BAS Scales en de OQ-45. Deze data zijn geanalyseerd en de resultaten zijn beschreven in tabellen die weergegeven worden in paragraaf 4.2. In bijlage 5 worden alle resultaten uitgebreid weergegeven.

Paragraaf 4.2 Patiëntcasus 1

Patiënt is een 37-jarige Nederlandse man, heeft een relatie en heeft voorafgaande aan de DGT meerdere behandelingen gehad. Zijn hoogst genoten opleiding ligt op mbo-niveau. Vanuit de informatie van het patiëntendossier kan er gesteld worden dat er sprake is van de kwetsbare vorm van narcisme, een gebrek aan empathie, destructief gedrag, maar geen impulsief gedrag. De beschrijvende diagnose en classificatie volgens de DSM-IV ziet er uit als volgt:

As-I: 300.40A Dysthyme stoornis

As-II: 301.40 Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
301.82 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis

As-III: 799.90 Geen diagnose

As-IV: 020 Problemen verbonden aan de sociale omgeving
040 Problemen op werkgebied

As-V: GAF-score: 45

Uit het patiëntendossier komt naar voren dat deze patiënt sterk onzeker is, minderwaardigheidsgevoel heeft en hij sociaal fobisch is. Hij is bang snel kritiek te krijgen en kan zich daardoor snel afgewezen voelen. Deze spanningen zorgen voor vermijgend gedrag in de sociale context. Zeer waarschijnlijk komt dit voort uit de ervaring die patiënt heeft met pesten op de basis- en middelbare school. Er is in deze periode ook een faalangst ontstaan. Daarnaast is er perfectionistisch gedrag zichtbaar door de hoge eisen die hij aan zichzelf stelt. Tijdens het intakegesprek maakt patiënt opvallend weinig oogcontact met de intaker en beoordeelt hij de woorden van de intaker onterecht als veroordelend. Deze beschrijving lijkt op het kwetsbare beeld van narcisme. Daarnaast is er sprake van een pessimistische houding naar zichzelf, waardoor de aandacht van patiënt veelal op zichzelf is gericht. Het gevolg hiervan is dat er weinig belangstelling is hoe de partner zich voelt bij zijn gedrag; hij is niet op de hoogte hoe de partner de klachten van patiënt ervaart. Dit gebrek aan inlevingsvermogen lijkt overeen te komen met een laag empathisch vermogen. Verder komt het niet naar voren dat patiënt impulsief gedrag vertoont.

Er is sprake van destructief gedrag, hij heeft een constante bekritiserende houding naar zichzelf. Daarnaast is er vermijgend gedrag zichtbaar als patiënt zijn capaciteiten als onvermogen beoordeelt bij een taak. Dit gedrag is ook zichtbaar in drukke situaties waarbij hij het overzicht niet heeft en/of hij het gevoel heeft geen controle te hebben op de situatie. Daarnaast ervaart hij moeilijkheden in de regulatie van zijn emoties en zoekt dan afleiding om deze confrontatie te mijden. Dit kan gekenmerkt worden als therapieverstorend gedrag. De informatie uit het patiëntdossier laat in bepaalde mate kenmerken zien van relatievernietigend gedrag; door zijn vermijding blijven er huishoudelijke taken liggen voor zijn partner. Daarnaast is patiënt veel bezig met zijn bekritiserende houding naar zichzelf en is er weinig aandacht voor de partner. Dit hangt samen met de kwetsbare vorm van narcisme. De waardes van alle relevante schalen en instrumenten worden weergegeven in tabel 1.

Tabel 1*Resultaten patiëntcasus 1*

Gedragsskenmerk en instrument	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Narcisme			
HSNS	58 (82,3%)	58 (82,3%)	53 (75,7%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	13 (27,1%)	14 (29,2%)	17 (35,4%)
SIPP-SF (schaal Relatieve capaciteiten)	19 (39,6%)	19 (39,6%)	18 (37,5%)
Empathie			
IRI (schaal Empathische bezorgdheid)	20 (71,4%)	21 (75,0%)	21 (75,0%)
IRI (schaal Persoonlijk leed)	27 (96,4%)	27 (96,4%)	27 (96,4%)
Impulsiviteit			
BIS/BAS Scales (schaal BAS)	37 (77,1%)	40 (83,3%)	35 (72,9%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	43 (89,6%)	43 (89,6%)	43 (89,6%)
Destructief en relatievernietigend gedrag			
AAQ-II	42 (60,0%)	44 (62,9%)	45 (64,3%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	43 (89,6%)	43 (89,6%)	43 (89,6%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	13 (27,1%)	14 (29,2%)	17 (35,4%)
SIPP-SF (schaal Verantwoordelijkheid)	41 (85,4%)	41 (85,4%)	39 (81,3%)
SIPP-SF (schaal Relatieve capaciteiten)	19 (39,6%)	19 (39,6%)	18 (37,5%)
Overige resultaten			
OQ-45 (schaal Totaalscore)	100 (55,6%)	-	98 (54,4%)
OQ-45 (schaal Symptomatische distress)	65 (65,0%)	-	59 (59,0%)
OQ-45 (Schaal Interpersoonlijke relaties)	19 (43,2%)	-	16 (36,%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores en de relevante instrumenten en schalen zijn onderverdeeld per gedragskenmerk.

Deze patiënt laat de kwetsbare vorm van narcisme zien door de gevoelens van minderwaardigheid en onzekerheid. In de resultaten (tabel 1) is het zichtbaar dat de waardes van de HSNS lichtelijk zijn afgenomen en de waarde van de schaal Identiteitsintegratie van de SIPP-SF lichtelijk zijn toegenomen. Dit betekent dat patiënt zichzelf boordeelt als iets minder narcistisch en iets meer aangepast in zijn algehele persoonlijkheidsfunctioneren. Wat betreft het gebrek aan empathisch vermogen, de impulsiviteit en het destructief gedrag van deze patiënt, hier zijn de waardes amper veranderd. Op de schalen Symptomatische distress en Interpersoonlijke relaties is er een afname in de waardes zichtbaar: dit representeert een beter functioneren op deze betreffende schalen.

Paragraaf 4.3 Patiëntcasus 2

Patiënt is een 44-jarige Nederlandse man, heeft op dit moment geen relatie en heeft voorafgaande aan de DGT drie eerdere behandelingen gehad. Zijn hoogst genoten opleiding is mbo. Uit de informatie van het patiëntendossier komt naar voren dat patiënt gevoelig narcistische trekken heeft. Tevens vertoont hij extreem impulsief gedrag, destructief en relatievernietigend gedrag. De beschrijvende diagnose en classificatie volgens de DSM-IV ziet er uit als volgt:

- As-I: 296.33 Recidiverende depressieve episodes
304.30 Cannabisafhankelijkheid
- As-II: 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
- As-III: Hypertensie
- As-IV: 020 Problemen verbonden aan de sociale omgeving
040 Problemen op werkgebied
- As-V: GAF-score: 41-50

Uit de informatie van het patiëntdossier van deze patiënt komt een beeld van een man met gevoelig narcistische trekken naast borderlineproblematiek naar voren. Zijn narcistische gedrag wordt voornamelijk gekenmerkt door zijn extreme impulsiviteit. Patiënt vertoont extreem impulsief gedrag; hij heeft namelijk moeite om zijn agressie te beheersen en hij kan erg snel driftig worden. In het verleden heeft hij verbale bedreigingen geuit naar zijn ex-partner en stiefzoon. Tevens is er een moment geweest dat hij zijn agressie niet kon beheersen en heeft hij fysiek geweld toegepast. Ander impulsief gedrag wat hij in het verleden vertoonde is diefstal op het werk op het moment dat hij financiële problemen had. Deze problemen komen voort uit het feit dat patiënt geld uitgeeft dat hij niet heeft. Ook zijn er ongepaste seksuele contacten geweest met andere vrouwen tijdens zijn vorige relatie. Hij voelt zich hier schuldig over en heeft deze contacten opgebiecht aan zijn ex-partner. Hierdoor lijken er geen signalen aanwezig van een gebrek aan empathie. Wel hangt dit gedrag samen met destructief gedrag. Dit gedrag wordt versterkt door zijn dagelijkse cannabisgebruik en zijn verslavingen m.b.t. porno en alcohol. Dit kan duiden op het dempen van de subjectieve ervaring die patiënt heeft, dit kan gekenmerkt worden als vermijding. Ten slotte, zijn er meerdere malen suïcidale gedachten geweest. Dit kan ook gekenmerkt worden als destructief en relatievernietigend gedrag. De waardes van alle relevante schalen en instrumenten worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2*Resultaten patiëntcasus 2*

Gedragsskenmerk en instrument	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Narcisme			
HSNS	59 (82,8%)	38 (54,3%)	29 (41,4%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	25 (52,1%)	32 (66,7%)	42 (87,5%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	24 (50,0%)	32 (66,7%)	38 (79,2%)
Empathie			
IRI (schaal Empathische bezorgdheid)	22 (78,8%)	24 (85,7%)	20 (71,4%)
IRI (schaal Persoonlijk leed)	19 (67,9%)	8 (28,6%)	12 (42,9%)
Impulsiviteit			
BIS/BAS Scales (schaal BAS)	20 (41,7%)	22 (45,8%)	29 (60,4%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	19 (39,6%)	23 (47,9%)	39 (81,3%)
Destructief en relatievernietigend gedrag			
AAQ-II	51 (72,9%)	49 (70,0%)	34 (48,6%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	19 (39,6%)	23 (47,9%)	39 (81,3%)
SIPP-SF (schaal Verantwoordelijkheid)	22 (45,8%)	28 (58,3%)	39 (81,3%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	24 (50,0%)	32 (66,7%)	38 (79,2%)
SIPP-SF (schaal Sociale concordantie)	26 (54,2%)	30 (62,5%)	42 (87,5%)
Overige resultaten			
OQ-45 (schaal Totaalscore)	88 (48,9%)	68 (37,8%)	63 (35,0%)
OQ-45 (schaal Symptomatische distress)	47 (47,0%)	35 (35,0%)	30 (30,0%)
OQ-45 (schaal Interpersoonlijke relaties)	24 (54,4%)	20 (45,5%)	22 (50,0%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores en de relevante instrumenten en schalen zijn onderverdeeld per gedragskenmerk.

Deze patiënt vertoont gevoelig narcistische trekken naast zijn extreme impulsieve en destructieve gedrag. Er is een forse afname zichtbaar op de waardes van de HSNS. Tevens zijn er forse toenames zichtbaar op de schalen van de SIPP-SF die ook relevant zijn voor zijn narcisme; er wordt duidelijk meer aangepast geheel persoonlijkheidsfunctioneren gerapporteerd. Wat betreft zijn impulsiviteit, de waardes van de BIS/BAS Scales laten een forse toename zien; dit representeert meer narcistisch gedrag. Dit staat in contrast met de schaal Zelfcontrole van de SIPP-SF: hier is een forse toename zichtbaar. Dat betekent dat patiënt zichzelf beoordeelt als meer aangepast in zijn algehele persoonlijkheidsfunctioneren. De AAQ-II en diverse schalen van de SIPP-SF worden gebruikt om destructief en relatievernietigend gedrag te meten. De waardes van dit instrument laten een duidelijke afname zien; er wordt minder vermijdingsgedrag gerapporteerd. De waardes van de diverse schalen van de SIPP-SF m.b.t. destructief en relatievernietigend gedrag laten een behoorlijke toename zien; patiënt rapporteert een meer aangepast geheel persoonlijkheidsfunctioneren. Ten slotte is er op de drie schalen van de OQ-45 een afname zichtbaar.

Paragraaf 4.4 Patiëntcasus 3

Patiënt is een 30-jarige Nederlandse man, het is niet bekend of hij een relatie heeft en of hij voorafgaande aan de DGT eerdere behandelingen heeft gehad. Hij heeft gestudeerd aan de havo/vwo, maar heeft dit niet afgerond. Uit de problematiek komt een kwetsbaar narcistisch zelfbeeld naar voren samen met impulsief gedrag en destructief en relatievernietigend gedrag. De beschrijvende diagnose en classificatie volgens de DSM-IV ziet er uit als volgt:

- As-I: 304.30A Cannabisafhankelijkheid
314.01A Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: gecombineerd type
- As-II: 301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis (trekken van)
301.82 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (trekken van)
301.91 Persoonlijkheidsstoornis NAO
- As-III: Zenuwschade na ongeval
- As-IV: 040 Problemen op werkgebied
- As-V: GAF-score: 55

Uit de informatie uit het patiëntdossier komt naar voren dat deze patiënt vroeger een gevoelig kind was en hij is tevens gepest. Hierdoor zijn er minderwaardigheidsgevoelens en een kwetsbaar zelfbeeld ontstaan. Als een jong kind had hij een sterke behoefte om bijzonder gevonden te worden door anderen. Dit probeerde hij te bereiken door veel leugens te vertellen. Er zijn geen aanwijzingen dat patiënt een gebrek aan empathisch vermogen heeft. Wel waren er in de vroege jeugd problemen m.b.t. impulsiviteit. Dit is op te merken uit het feit dat patiënt tijdens de middelbare schoolperiode oppositioneel gedrag en feestgedrag vertoonde. Zijn vrienden bestonden uit jongens die zich bezig hielden met criminele activiteiten. Daarnaast is er destructief gedrag aanwezig, namelijk het impulsieve gedrag en de cannabisafhankelijkheid. Dit laatst genoemde gedrag kan gekenmerkt worden als vermijdingsgedrag; het ontzien van de eigen emoties of gedachten d.m.v. middelengebruik. Het is onbekend of patiënt relatievernietigend gedrag vertoont, maar er is een reële kans dat dit van toepassing is gezien zijn gebrekkige emotieregulatie en frustratietolerantie. De waardes van alle relevante schalen en instrumenten worden weergegeven in tabel 3.

Tabel 3*Resultaten patiëntcasus 3*

Gedragsskenmerk en instrument	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Narcisme			
HSNS	40 (57,1%)	35 (50,0%)	36 (51,4%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	38 (79,2%)	38 (79,2%)	38 (79,2%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	31 (64,6%)	32 (66,7%)	30 (62,5%)
Empathie			
IRI (schaal Empathische bezorgdheid)	12 (42,9%)	18 (64,3%)	17 (60,7%)
IRI (schaal Persoonlijk leed)	6 (21,4%)	4 (14,3%)	14 (50,0%)
Impulsiviteit			
BIS/BAS Scales (schaal BAS)	17 (35,4%)	17 (35,4%)	23 (47,9%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	30 (62,5%)	41 (85,4%)	39 (81,3%)
Destructief en relatievernietigend gedrag			
AAQ-II	31 (44,3%)	44 (62,9%)	43 (61,9%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	30 (62,5%)	41 (85,4%)	39 (81,3%)
SIPP-SF (schaal Verantwoordelijkheid)	30 (62,5%)	28 (58,3%)	34 (70,8%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	31 (64,6%)	32 (66,7%)	30 (62,5%)
SIPP-SF (schaal Sociale concordantie)	34 (70,8%)	34 (70,8%)	35 (72,9%)
Overige resultaten			
OQ-45 (schaal Totaalscore)	84 (46,7%)	65 (36,1%)	-
OQ-45 (schaal Symptomatische distress)	41 (41,0%)	31 (31,0%)	-
OQ-45 (Interpersoonlijke relaties)	20 (45,5%)	17 (38,6%)	-

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores en de relevante instrumenten en schalen zijn onderverdeeld per gedragskenmerk.

Aangezien er aanwijzingen zijn van kwetsbare vorm van narcisme door de minderwaardigheidsgevoelens en het kwetsbare zelfbeeld, zijn de resultaten van de HSNS en de schalen Identiteitsintegratie en Relationale capaciteiten van de SIPP-SF relevant. Het resultaat van de HSNS laat een lichte afname zien. Daarnaast is er amper een verschil te zien in de twee schalen van de SIPP-SF. Ondanks dat er geen tekenen zijn van een gebrek aan empathie is er duidelijk een toename zichtbaar op beide schalen van de IRI. Wat betreft het impulsieve gedrag; patiënt rapporteert een toename op de BAS-schaal van de BIS/BAS Scales. Dit spreekt het resultaat tegen van de schaal Zelfcontrole van de SIPP-SF, hier is namelijk een toename zichtbaar in het aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren. Vervolgens is er een toename zichtbaar op het resultaat van de AAQ-II. Dit representeert meer vermijdingsgedrag. Ook de schalen Zelfcontrole en Verantwoordelijkheid van de SIPP-SF zijn relevant aan destructief en relatievernietigend gedrag. Op deze schalen is er een toename zichtbaar in het aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren. Op de schalen Relationale capaciteiten en Sociale concordantie is amper een verschil te constateren. Ten slotte is er een afname te zien op de drie schalen van de OQ-45 op de tussentijdse meting i.t.t. de voormeting.

Paragraaf 4.5 Patiëntcasus 4

Patiënt is een 23-jarige Nederlandse man, het is niet bekend of hij een relatie heeft en hij heeft voorafgaande aan de DGT vier eerdere behandelingen heeft gehad. Hij heeft gestudeerd aan de universiteit, maar heeft dit niet afgerond. Bij deze patiënt is er sprake van gevoelig narcistische kenmerken, impulsiviteit en destructief en eventueel relatievernietigend gedrag. De beschrijvende diagnose en classificatie volgens de DSM-IV ziet er uit als volgt:

As-I: Depressieve stoornis, recidiverend
Sociale fobie
Afhankelijkheid van computeren

As-II: Persoonlijkheidsstoornis NAO (ontwijkende en gevoelig narcistische kenmerken)

As-III: Geen diagnose

As-IV: Problemen gebonden aan de sociale omgeving; financiële problemen; studieproblemen

As-V: GAF: 51-60

Uit de informatie van het patiëntendossier komt naar voren dat patiënt last heeft van een negatief zelfbeeld dat zorgt voor problemen in zijn leven. Deze klachten zijn ontstaan toen hij aan de universiteit studeerde. Deze klachten hangen samen met de angst voor sociale contacten. Door deze angst vermijdt hij liever deze contacten, ook ligt hier een introverte houding aan ten grondslag. Door deze angst kreeg hij negatieve gedachten dat hij anders was dan zijn leeftijdsgenoten en dat hij het niet waard was om te leven. Een andere angst die hiermee samenhangt is zijn faalangst. Dit negatieve zelfbeeld lijkt te passen bij narcistische persoonlijkheidsstoornisproblematiek. Daarnaast komt uit de informatie niet naar voren dat patiënt een gebrek aan empathisch vermogen heeft. Wel is er sprake van impulsief gedrag. Hij onderdrukt zijn emoties totdat er iets gebeurt dat zijn emoties activeert, dan volgt er een emotionele explosie. Dit uit zich d.m.v. fysiek geweld richting spullen en objecten. Hij geeft aan hier geen controle over te hebben. Ten slotte mag er gesteld worden dat er sprake is van destructief gedrag. Zijn explosieve impulsieve gedrag is hier een voorbeeld van. Daarnaast automuteert hij als de negatieve gedachten hem teveel worden. Normaliter probeert hij deze gedachten te onderdrukken met overmatig computergedrag met alle (financiële) gevolgen van dien. Dit gedrag kan gekenmerkt worden als vermijding van de eigen emoties en/of gedachten. Een gevolg hiervan kan zijn dat de (beperkte) sociale contacten die patiënt momenteel heeft langzaam verdwijnen of zelfs verbroken worden door het overmatige computergedrag. Dit kan ook gekenmerkt worden tot een risico van relatievernietigend gedrag. Ook is het mogelijk dat zijn explosieve gedrag op een bepaald moment gericht wordt op één van deze contacten. De waardes van alle relevante schalen en instrumenten worden weergegeven in tabel 4.

Tabel 4*Resultaten patiëntcasus 4*

Gedragsskenmerk en instrument	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Narcisme			
HSNS	56 (80,0%)	53 (75,7%)	53 (75,7%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	15 (31,3%)	16 (33,3%)	18 (37,5%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	22 (45,8%)	15 (31,3%)	15 (31,3%)
Empathie			
IRI (schaal Empathische bezorgdheid)	13 (46,4%)	9 (32,1%)	13 (46,4%)
IRI (schaal Persoonlijk leed)	23 (82,1%)	23 (82,1%)	22 (78,6%)
Impulsiviteit			
BIS/BAS Scales (schaal BAS)	34 (70,8%)	37 (77,1%)	37 (77,1%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	30 (62,5%)	19 (39,6%)	23 (47,9%)
Destructief en relatievernietigend gedrag			
AAQ-II	46 (65,7%)	52 (74,3%)	48 (68,8%)
SIPP-SF (schaal Zelfcontrole)	30 (62,5%)	19 (39,6%)	23 (47,9%)
SIPP-SF (schaal Identiteitsintegratie)	15 (31,3%)	16 (33,3%)	18 (37,5%)
SIPP-SF (schaal Verantwoordelijkheid)	25 (52,1%)	24 (50,0%)	24 (50,0%)
SIPP-SF (schaal Relationale capaciteiten)	22 (45,8%)	15 (31,3%)	15 (31,3%)
Overige resultaten			
OQ-45 (schaal Totaalscore)	98 (54,4%)	103 (57,2%)	109 (60,6%)
OQ-45 (schaal Symptomatische distress)	64 (64,0%)	65 (65,0%)	72 (72,0%)
OQ-45 (schaal Interpersoonlijke relaties)	17 (38,6%)	21 (47,7%)	19 (43,2%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores en de relevante instrumenten en schalen zijn onderverdeeld per gedragskenmerk.

Op basis van de instrumenten en schalen die (gevoelig) narcisme meten laten de resultaten amper een verschil zien. Uit de informatie van het patiëntendossier komt geen gebrek aan empathisch vermogen naar voren. De schalen die betrekking hebben op dit vermogen laten tevens in de resultaten weinig verschil zien. Wat betreft de impulsiviteit van patiënt; hier is een toename zichtbaar op de BAS-schaal van de BIS/BAS Scales. Ook op de schaal Zelfcontrole is een afname zichtbaar in het aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren. Daarnaast is er sprake van destructief gedrag. In de resultaten van de diverse schalen van de SIPP-SF en AAQ-II is er ook weinig verschil te zien. De schaal Identiteitsintegratie van de SIPP-SF laat een kleine toename zien in het aangepaste algehele persoonlijkheidsfunctioneren. Op de andere schalen zijn er afnames in de resultaten te zien. Ten slotte laten de resultaten van de drie schalen van de OQ-45 in toename in waardes zien: dit representeert een slechter functioneren in het psychologisch functioneren.

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In paragraaf 5.1 van dit hoofdstuk worden de deelvragen beantwoordt en de vooropgestelde hypothesen aangenomen of verworpen. Hierdoor is het mogelijk om de centrale hoofdvraag te beantwoorden en passende conclusies te trekken en op basis van deze conclusies worden er discussiepunten besproken. Dit wordt onderbouwd d.m.v. wetenschappelijke literatuur. Vervolgens zullen de beperkingen van dit onderzoek besproken worden tezamen met de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek. In paragraaf 5.2 worden er aanbevelingen beschreven voor de opdrachtgever voor eventueel vervolgonderzoek d.m.v. een plan van aanpak. Dit zal weergegeven worden in bijlage 6.

Paragraaf 5.1 Conclusie en discussie

De doelstelling van dit onderzoek is gericht om het behandel-effect van DGT op patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen. Dit wordt gerealiseerd door de opgestelde deelvragen en de hoofdvraag te beantwoorden. De hoofdvraag die centraal staat in dit onderzoek luidt: “Wat is het effect van een half jaar Dialectische Gedragstherapie bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek?”. Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden zullen de deelvragen allereerst beantwoord worden.

De eerste deelvraag van de hoofdvraag luidt: “In hoeverre zijn de symptomen van narcistische gedragingen afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. Op basis van de resultaten van de vier patiëntcasussen is er alleen een effect zichtbaar bij patiëntcasus 2, bij de overige casussen is er geen effect zichtbaar. Op basis van deze bevinding wordt hypothese 1 verworpen. Aansluitend mag er geconcludeerd worden dat een half jaar DGT bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek voor geen effect zorgt.

De tweede deelvraag luidt: “In hoeverre is het empathisch vermogen toegenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. In de resultaten van de vier patiëntcasussen is er alleen een effect m.b.t. het empathisch vermogen zichtbaar bij patiëntcasus 3, bij de overige casussen is er geen effect zichtbaar. Door deze bevinding wordt hypothese 3 verworpen. De conclusie luidt dan ook dat het empathisch vermogen niet is toegenomen na een half jaar DGT bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.

De derde deelvraag luidt: “In hoeverre is de impulsiviteit afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. Op basis van de resultaten van de vier patiëntcasussen is er geen afname zichtbaar in de impulsiviteit. Op basis van deze bevinding wordt hypothese 2 verworpen. Er mag geconcludeerd worden dat de impulsiviteit niet is afgenomen na een half jaar DGT bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.

De laatste deelvraag luidt: “In hoeverre is het destructief en therapieverstorend gedrag afgenomen bij mannen na een half jaar DGT?”. De resultaten geven weer dat bij patiëntcasus 2 het destructief en therapieverstorend gedrag is afgenomen, bij de andere drie casussen is er geen afname zichtbaar. Op basis van deze bevinding wordt hypothese 4 verworpen. Er mag geconcludeerd worden dat het destructief en therapieverstorend gedrag niet is afgenomen bij mannen na een half jaar DGT. N.a.v. de bevindingen op de deelvragen mag er geconcludeerd worden dat er geen effect aanwezig is na een half jaar Dialectische Gedragstherapie bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er enkel effect is in de afname van narcistische gedragingen bij één patiënt i.t.t. de drie andere patiënten. Opvallend is dat Caligor et al. (2015) stelt dat behandelingen die gericht zijn op een BPS mogelijk ook effectief kan zijn om narcistische persoonlijkheidsproblematiek te behandelen. Baskin-Sommers et al. (2014) beweren zelfs dat DGT effectief is om een narcisme te behandelen. Uit de casusinformatie van patiënt 2 komt naar voren dat hij erg gemotiveerd is om mee te werken aan de therapie, dit zou een verklaring kunnen zijn waarom het resultaat van deze casus een effect laat zien. Dit kan verklaard worden door de Zelfbeschikkingstheorie. Deze theorie stelt dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen twee verschillende soorten motivatie, namelijk autonome (intrinsieke) motivatie en gecontroleerde (extrinsieke) motivatie. Autonome motivatie wordt beschreven als motivatie om te veranderen die ten grondslag ligt om persoonlijke redenen, het ligt in het individu zelf. Gecontroleerde motivatie wordt beschreven als motivatie om te veranderen als een reactie op externe of interne druk. Externe druk kan zich bijvoorbeeld uiten door de wens te hebben om een externe beloning te bemachtigen of om aan verwachtingen te voldoen. Interne druk kan de vorm aannemen van verlangen om angst of schaamte te reduceren of te voorkomen. Deze theorie stelt dat autonome motivatie een sterker effect heeft i.t.t. gecontroleerde motivatie (Carter & Kelly, 2014).

Dit onderzoek laat zien dat een half jaar Dialectische Gedragstherapie voor geen effect zorgt bij mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Ondanks dat er empirische onderbouwde richtlijnen voor de behandeling van deze persoonlijkheidsproblematiek ontbreken (Miller, Campbell, & Pilkonis, 2007; Paris, 2014; Ronningstam, 2011), zijn er psychotherapieën die mogelijk wel effectief zijn. Dit zijn de therapieën die beschreven zijn in paragraaf 2.1: Mentalization Based Treatment (MBT), Transference Focused Psychotherapy (TFP) en Schema Therapy (ST) (Caligor et al., 2015). Het bewijs dat MBT effectief is voor de BPS is groeiende (Bliss & McCardle, 2013) en TFP is effectief om een BPS te behandelen (Bliss & McCardle, 2013; Yeomans, Levy, & Caligor, 2013). Aangezien Braamhorst et al. (2015) stelt dat een NPS en een BPS gerelateerde psychische problemen zijn, zou de effectiviteit van deze therapieën mogelijk ook van toepassing kunnen zijn op een NPS. Daarnaast laat ook ST steeds meer bewijs zien voor de effectiviteit van de therapie. Deze therapievorm is gericht op emotieregulatie en de afname van impulsiviteit (Bernstein et al., 2012; Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2013). Deze kenmerken staan centraal binnen de narcistische persoonlijkheidsproblematiek.

Binnen dit onderzoek moet rekening gehouden worden met het feit dat er maar vier patiëntcasussen onderzocht zijn. Het gevolg is dat de resultaten van dit onderzoek een indicatie geven van de effectiviteit van DGT waardoor generalisatie van deze resultaten niet mogelijk is. Doordat er gebruik is gemaakt van een kleine steekproef kan er gediscussieerd worden over de nauwkeurigheid van dit onderzoek. Dit komt mede doordat er geen zuivere DSM-classificaties m.b.t. NPS aanwezig zijn binnen de vier patiëntcasussen. Er is namelijk sprake binnen alle vier de casussen van kenmerken van gevoelig narcisme. Anderzijds zijn de methoden gestandaardiseerd; elke patiënt heeft op hetzelfde moment (op elke meting) dezelfde vragenlijsten ingevuld op een Likert-schaal. De gebruikte meetinstrumenten hebben een geldig karakter, dit zijn instrumenten die een prima constructvaliditeit representeren en worden tevens regelmatig gebruikt door dienstverleners in de psychologische context om (karakteristieken van) narcisme te meten. Er mag gesproken worden van een afspiegeling van de interne validiteit. Zoals aangegeven betreft dit onderzoek een kleine steekproef, namelijk vier onderzoekseenheden. Op basis van deze steekproef kunnen de resultaten niet gegeneraliseerd worden naar een grote groep, dit heeft invloed voor de externe validiteit.

Paragraaf 5.2 Aanbevelingen

De opdrachtgever wilde graag meer inzicht in de effectiviteit van DGT op mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Dit onderzoek geeft een indicatie in hoeverre de therapie effect heeft op deze patiënten. Aangezien er gebruik gemaakt is van een beperkte hoeveelheid onderzoekseenheden, is het niet mogelijk om de onderzoeksresultaten te generaliseren. Om een onomstotelijke conclusie te trekken over de effectiviteit van DGT is er het advies om een grootschalig onderzoek uit te voeren. Daarbij hoeven er geen wijzigingen plaats te vinden m.b.t. het aanbieden van de therapie of de uitvoering van het huidige onderzoek. De enige wijziging die plaats moet vinden is een “groot” aantal representatieve onderzoekseenheden, dit kan d.m.v. een power analyse berekend worden. Dit is een methode die het mogelijk maakt om te berekenen hoeveel onderzoekseenheden er nodig zijn voor een specifiek onderzoek. Een mogelijke wijziging die toegepast kan worden, is het behandeltraject te verlengen met zes maanden. Hierdoor duurt het totale behandeltraject 12 maanden wat overeenkomt met de (effectieve) behandeling van patiënten met een BPS (Linehan, 2002). Bij een verlenging van het behandeltraject ligt er de mogelijkheid om meerdere meetmomenten te implementeren en om meer aandacht te bieden aan (de problematiek van) de patiënten. Door deze wijziging(en) door te voeren in een nieuw onderzoek kan er gesproken worden van een meer nauwkeurig onderzoek. Tevens is het dan mogelijk om statistische analyses uit te voeren die meer inzicht geven in de effectiviteit van DGT. Mocht er een effect zichtbaar zijn in het geven van de therapie, is er de mogelijkheid om dit te generaliseren naar een grote groep patiënten met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Een Toegepast Psycholoog kan hier aan bijdragen, aangezien er binnen de opleiding Toegepaste Psychologie aanzienlijk aandacht besteed wordt aan het opzetten en uitvoeren van een onderzoek.

Literatuur

- Arble, E.P. (2008) *Evaluating the Psychometric Properties of the Hypersensitive Narcissism Scale: Implications for the Distinction of Covert and Overt Narcissism*. (Masterthesis, Eastern Michigan University, Michigan). Geraadpleegd op <http://commons.emich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1235&context=theses>
- Barelds, D.P.H., & Dijkstra, P. (2009). Narcissistic Personality Inventory; Structure of the adapted Dutch version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 132-138.
- Baskin-Sommers, A., Krusemark, E., & Ronningstam, E. (2014). Empathy in Narcissistic Personality Disorder: From Clinical and Empirical Perspectives. *Personality disorders*, 5(3), 323-33. doi: 10.1037/PER0000061
- Bernstein, D.P., Nijman, H.L.I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., De Vogel, V., & Lucker, T.P. (2012). Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings of a Multicenter Randomized Clinical Trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324. doi: 10.1080/14999013.2012.746757
- Bliss, S, & McCardle, M. (2013). An Exploration of Common Elements in Dialectical Behavior Therapy, Mentalization Based Treatment and Transference Focused Psychotherapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Clinical Social Work Journal*, 42, 61-69. doi: 10.1007/S10615-013-0456-z
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., Waltz, T., & Zettle, R.D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. doi: 10.1016/J.BETH.2014.07.002
- Bosch, W. Van den., Meijer, S., & Backer, H. (2007). *Dialectische Gedragstherapie: De Klinische Praktijk*. Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Braamhorst, W., Lobbestael, J., Emons, W.H.M., Arntz, A., Witteman, C.L.M., & Bekker, M.H.J. (2015). Sex Bias in Classifying Borderline and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(10), 804-808. doi: 10.1097/NMD.0000000000000371
- Caligor, E., Levy, K.N., & Yeomans, F.E. (2015). Narcissistic Personality Disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 415-422. doi: 10.1176/APPI.AJP.2014.14060734
- Carter, J.C., & Kelly, A.C. (2014). Autonomous and controlled motivation for eating disorders treatment: Baseline predictors and relationship to treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 76-90. Doi: 10.1111/BJC.12062
- Cohen, L. J., Tanis, T., Bhattacharjee, R., Nesci, C., Halmi, W., & Galynker, I. (2014) Are there differential relationships between different types of childhood maltreatment and different types of adult personality pathology. *Psychiatry Research*, 215, 192-201. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2013.10.036
- De Corte, K., Buysse, A., Verhofstadt, L.L., Roeyers, H., Ponnet, K., & Davis, M.H. (2007). Measuring empathic tendencies: Reliability and validity of the Dutch version of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychologica Belgica*, 47(4), 235-260. doi: 10.5334/PB-47-4-235
- De Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenbord, J.E., Spinhoven, P., & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301. doi: 10.1002/PPP.529
- De Zeeuw, C.P. (2014). *De samenhang tussen agressief gedrag, BIS/BAS en het ontvangen van sociale steun bij kinderen*. (Masterthesis, Tilburg University, Tilburg). Geraadpleegd op

<http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=134615>

Diamond, D., & Meehan, K.B. (2013). Attachment and Object Relations in Patients With Narcissistic Personality Disorder: Implications for Therapeutic Process and Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1148-1159. doi: 10.1002/JCLP.22042

Dimaggio, G., & Attinà, G. (2012). Metacognitive Interpersonal Therapy for Narcissistic Personality Disorder and Associated Perfectionism. *Journal of clinical psychology* 68(8), 922-34. doi: 10.1002/JCLP.21785

Franken, I.H.A., Muris, P., & Rassin, E. (2005). Psychometric Properties of the Dutch BIAS/BAS Scales. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 27(1), 25-30. doi: 10.1007/S10862-005-3262-2

Hendin, H.M., & Cheek, J.M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism. A re-examination of Murray's Narcissism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599. doi: 10.1006/JRPE.1997.2204

Houlcroft, L., Bore, M., & Munro, D. (2012). Three faces of Narcissism. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 274-278. doi: 10.1016/J.PAID.2012.03.036

Kealy, D., Hadjipavlou, G.A., & Ogrodniczuk, J.S. (2014). Moving the Field Forward: Commentary for the Special Series "Narcissistic Personality Disorder-New Perspectives on Diagnosis and Treatment". *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 170-177. doi: 10.1037/PER0000084

Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D. A., & Clouse, G.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S

Levy, K.N. (2012). Subtypes, Dimensions, Levels, and Mental States in Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 66(8), 886-897. doi: 10.1002/jclp.21893

Linehan, M.M. (2002). Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. *Theorie en behandeling en Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger publishers.

Marissen, M.A.E., Deen, M.L., & Franken, I.H.A. (2012). Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 198(2), 269-273. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2011.12.042

Miller, J.D., & Campbell, W.K. (2010). The Case for Using Research on Trait Narcissism as a Building Block for Understanding Narcissistic Personality Disorder. *Personality disorders* 1(3), 180-91. doi: 10.1037/A0018229

Miller, J.D., Campbell, W.K., & Pilkonis, P.A. (2007). Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 170-177. doi: 10.1016/J.COMPPSYCH.2006.10.004

Miller, J.D., McCain, J., Lynam, D.R., Few, L.R., Gentile, B., MacKillop, J., & Campbell, W.K. (2014). A Comparison of the Criterion Validity of Popular Measures of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder via the Use of Expert Ratings. *Psychological Assessment*, 26(3), 958-969. doi: 10.1037/A0036613

Paris, J. (2014). Modernity and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of psychiatric research*, 5(2), 220-226. doi: 10.1037/A0028580

Pincus, A.L., Cain, N.M., & Wright, A.G C. (2014). Narcissistic Grandiosity and Narcissistic Vulnerability in Psychotherapie. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 439-443. doi: 10.1037/PER0000031

- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, Shaw, I.A., & Farrell, J. (2013). Responding to the Treatment Challenge of Patients with Severe BPD: Results of Three Pilot Studies of Inpatient Schema Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(3), 355-367. doi: 10.1017/S1352465813000027
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., Lammers, C.H., Heekeren, H.R., & Roepke, S. (2010). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187(1-2), 241-247. doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2010.09.013
- Roderíguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 221-231. doi: 10.1016/J.IJCHP.2014.05.002
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality* (1e druk). New York: Oxford University Press, Inc.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic Personality Disorder: A Current Review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 68-75. doi: 10.1007/S11920-009-0084-Z
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder. *Personality and Mental Health*, 5(3), 222-227. doi: 10.1002/PMH
- Ronningstam, E. (2012). Alliance Building and Narcissistic Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68(8), 943-953. doi: 10.1002/JCLP.21898
- Roon, C.R. (2008). Dialectical Behavior Therapy. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 109-132. doi: 10.1300/J200V06N01_10
- Rossi, G., Debast, I., & Van Alphen, S.P.J. (2017) Measuring personality functioning in older adults: construct validity of the Severity Indices of Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF). *Aging & Mental Health*, 21(7), 703-711. doi: 10.1080/13607863.1154012
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R., & Westen, D. (2008). Refining the construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *The American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1473-1481. doi: 10.1176/APPI.AJP.2008.07030376
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie* (1^e druk). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stoeber, J., Sherry, S.B., & Nealis, L.J. (2015). Multidimensional perfectionism and narcissism: Grandiose or vulnerable? *Personality and Individual Differences*, 80, 85-90. doi: 10.1016/J.PAID.2015.02.027
- Stuijt, C.A. (2008). *Wordt bij pre-adolescenten het effect van self-affirmation op negatieve emoties na ego-bedreiging beïnvloed door narcistische trekken?* (Masterthesis, Universiteit Utrecht, Utrecht). Geraadpleegd op <http://dspace.library.uu.nl/handle/1874/30708>.
- Swann, A.C. (2009) Impulsivity in Mania. *Current Psychiatry Reports*, 11(6), 481-487. doi: 10.1007/S11920-009-0072-3
- Thomas, S., Brummelman, E., Reijntjes, A., & Bushman, B.J. (2013). When Narcissus Was a Boy: Origins, Nature, and Consequences of Childhood Narcissism. *Child Development Perspectives* 7(1), 22-26. doi: 10.1111/CDEP.12009
- Torgersen, S., Czajkowski, N., Jacobson, K., Reichborn-Kjennerud, T., Røysamb, E., Neale, M. C., & Kendler, K.S. (2008). Dimensional representations of DSM-IV cluster B personality disorders in a population-based sample of Norwegian twins: a multivariate study. *Psychological Medicine*, 38(11), 1617-1625. doi: 10.1017/S0033291708002924
- Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... Kringlen, E.A. (2000) A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-425. doi: 10.1053/COMP.2000.16560

Van den Bosch, W., Meijer, S., & Backer, H. (2007). *Handboek Dialectische Gedragstherapie: De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.

Van der Molen, H.T., Perreijn, S., & Van den Hout, M.A. (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen.

Vazire, S., & Funder, D.C. (2006). Impulsivity and the Self-Defeating Behavior of Narcissists. *Personality and Social Psychology Review*, 10(2), 154-165.

Willekens, C. (2015). *Het meten van voedsel-fobie bij jonge kinderen via een gedragsmaat*. (Masterthesis, Universiteit Gent, Gent). Geraadpleegd op http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/002/216/550/RUG01-002216550_2015_0001_AC.pdf

Yeomans, F.E., Levy, K.N., & Caligor, E. (2013). Transference-Focused Psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 449-453. doi: 10.1037/A0033417

Young, J.E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bijlage 1 Eigen werkverklaring

EIGEN WERK VERKLARING

Ondergetekende(n): (Naam student/en)

Sander Jong 347106

verklaart/verklaren 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: 8-12-2017

Handtekening(en) :

S. Jong

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

Bijlage 2 Casusgegevens

Patiëntcasus 1

De patiënt is een 37-jarige Nederlandse man en mbo is zijn hoogst genoten opleiding. Hij heeft acht eerdere behandelingen gehad, waaronder één klinische opname en drie deeltijdbehandelingen. Dit behandeltraject van diverse aanbieders loopt al sinds 1989 tot op heden. Hij heeft 16 jaar een relatie met zijn partner en zij wonen samen. Er is geen middelengebruik.

Biografische gegevens

Patiënt komt uit een intact gezin met een broer. Moeder wordt beschreven als overbeschermend voor de kinderen en de vader als niet verbaal sterk. Zijn broer kon goed leren, had vrienden en was populair in tegenstelling tot de patiënt. Hij werd veel gepest, schaamde zich voor zijn uiterlijk en voelde zich erg onzeker. Het pesten heeft plaatsgevonden op de basis- en middelbare school, hierdoor was hij bang om naar school te gaan. Ouders hebben pogingen gedaan om het pesten te laten stoppen, maar zijn hier niet in geslaagd. Hij heeft zich wel altijd uitermate goed zijn best gedaan om zijn opleidingen te behalen. Hij beschrijft zijn relatie als goed, maar hij kan niet vertellen wat zijn klachten doen met zijn partner en hoe dit de relatie beïnvloedt.

Anamnese

Patiënt geeft aan dat hij snel overspoeld kan raken in drukke situaties; op dat moment heeft hij veel verwarrende gedachten. Dit beschrijft hij als zeer onprettig en probeert situaties die deze gevoelens kunnen oproepen te vermijden. Tevens vertelt hij perfectionistisch te zijn en zich uitgebreid voor te bereiden en hard te werken voor activiteiten. Maar als hij een inschatting maakt dat hij de activiteit niet kan uitvoeren, wil hij deze activiteit helemaal niet uitvoeren en vermijdt dit dan ook. In contact met anderen geeft hij aan volledig begrepen te willen worden. Dit doet hij door goed na te denken over wat hij wil vertellen, zich te herhalen en de ander duidelijk te maken wat hij wil vertellen. Tevens maakt hij weinig oogcontact. Daarnaast wil hij controle houden, ondanks dat hij bewust is dat dit niet mogelijk is. Met taken in het huishouden heeft hij moeite. Als iets vies, defect of beschadigd is, zorgt dat voor een hoge mate van spanning. Patiënt probeert hieraan te werken d.m.v. kleine taken, maar boodschappen doen blijft lastig voor hem. Hierdoor blijven relatief veel taken liggen voor de partner. Hij is zich hiervan bewust, maar ervaart hierbij weinig emotie. Dit komt doordat hij moeite heeft om zich te verplaatsen in het perspectief van een ander. Hoe de partner tegenover de klachten staat en hoe deze het leven beïnvloeden weet de patiënt niet en vindt hij het moeilijk om hierover na te denken.

Tijdens de intake is het duidelijk dat de patiënt moeite heeft met het oogcontact maken met de intaker. Tijdens het gesprek houdt hij papieren op zijn schoot en wanneer de intaker vraagt deze weg te leggen ontstaat er voor het eerst contact. Ook zijn emoties zichtbaar: onzekerheid, verdriet en ergernis richting de intaker. Patiënt wil namelijk zijn verhaal op zijn manier vertellen en hij ervaart dat de intaker hem hierin belemmert. Tijdens het intakegesprek raakt hij snel geïrriteerd en geeft aan dat de woorden van de intaker als veroordelend overkomen. Verder in het gesprek wordt hij bewust van het feit dat het zijn eigen oordelen zijn.

Heteroanamnese

Partner is een gedeelte van het intakegesprek aanwezig. Zij vertelt dat de patiënt zichzelf constant bekritiseert en alles vanuit een pessimistische houding ziet. De partner en de patiënt hebben geen

kinderen en dit komt door de problematiek die de patiënt heeft, anders zouden zij wel voor kinderen hebben gekozen. Tevens geeft ze aan dat de patiënt geoccupeerd is met zichzelf en weinig tot geen belangstelling heeft wat de consequenties zijn met betrekking tot haar gevoel. Volgens haar geeft de patiënt zijn beperkingen (lichte cognitieve problemen en een extreme faalangst) als reden voor zijn gedragingen.

Actueel toestandsbeeld

Patiënt komt over als een verzorgde man, wat overeenkomt met zijn leeftijd. In het begin van het gesprek komt hij timide en passief over, maar zodra de intaker het gesprek start (en vraagt om zijn papieren weg te leggen) ontstaat er enig contact. Hij geeft hier aan gevoelens van boosheid te ervaren en het idee afgewezen te worden. Dit geeft hij ook tijdens het verdere verloop van het gesprek aan en vertelt moeite te hebben met het gesprek en loopt vast. Hierdoor ontstaat wederom een teruggetrokken houding en er is geen oogcontact meer. Als de intaker het initiatief neemt en aangeeft het gesprek te willen voortzetten, laat de patiënt zien dat hij hiertoe in staat is. Tijdens het gesprek komt een mate van achterdochtigheid in contact met anderen naar voren. Het denken van de patiënt blijft geoccupeerd; hij heeft het idee nauwkeurig en duidelijk te moeten vertellen, omdat anders hij niet goed begrepen wordt. Volgens hem komt dit doordat hij beperkt is. Er zijn geen dissociatieve of psychotische verschijnselen zichtbaar, de realiteitstoetsing lijkt intact en het intelligentieniveau wordt als gemiddeld geschat.

Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV

- As-I: 300.40A Dysthyme stoornis
- As-II: 301.40 Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
301.82 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- As-III: 799.90 Geen diagnose
- As-IV: 020 Problemen verbonden aan de sociale omgeving
040 Problemen op werkgebied
- As-V: GAF-score: 45

Patiënt beschrijft tijdens het gesprek sterke gevoelens van minderwaardigheid en onzekerheid, controlebehoefte en obsessief-compulsieve klachten. Hij heeft een zeer beperkt sociaal netwerk door zijn sociale angst; hierdoor is het voor hem niet mogelijk om te werken en ervaart hij lichamelijke vermoeidheidsklachten. Verder beschrijft hij zichzelf als cognitief beperkt en kwetsbaar. Om zijn gevoelens van onzekerheid en mislukking te compenseren, stelt hij extreem hoge eisen aan zichzelf die tot gevolg hebben dat hij activiteiten vermijdt. Tijdens contacten met andere mensen is hij erg fragiel en denkt snel kritiek te krijgen. Daardoor voelt hij zich snel afgewezen. Tevens voelt hij zich op dat moment niet gezien of gehoord. Het gevolg hiervan is dat hij sociale contexten vermijdt. Patiënt ervaart moeilijkheden in zijn emoties; het overspoelt hem snel en vermijdt dit door afleiding te zoeken. De klachten zijn enigszins begrijpelijk doordat hij structureel, heftig gepest werd. Door de opvoedingsstijl van de ouders heeft hij niet geleerd hoe hij zijn emoties kan hanteren en hoe zijn problemen kan oplossen. De DGT zal zich dan ook richten op het leren van emotieregulatievaardigheden, maar ook op het dragen van de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn eigen emoties, gedachten en gedragingen.

Patiëntcasus 2

Patiënt 2 is een 44-jarige Nederlandse man. Zijn hoogst genoten opleiding is mbo en hij heeft vier eerdere behandelingen gevolgd. In het verleden heeft hij een behandeling gehad voor zijn seksuele impulscontrole die hem belemmerde op werkgerelateerd gebied. In 2007 is er een depressie met suïcidale gedachten bij hem geconstateerd en vervolgens is er in 2014 een Borderline persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd. In 2015 is hij behandeld voor deze persoonlijkheidsstoornis, maar heeft aangegeven hier weinig aan te hebben gehad. Voorafgaande de DGT is de patiënt doorverwezen door zijn huisarts aangezien hij behoefte heeft aan stabiliteit en rust.

Biografische gegevens

Patiënt komt uit een gezin van vier personen; vader, moeder en een (half)zus. Zijn vader was elektromonteur en heeft in de marine gezeten, hij is overleden en had problematiek in de vorm van agressie. Zijn moeder werkte in een slagerij. Zijn (half)zus is negen jaar ouder dan de patiënt. In de pubertijd is hij er achtergekomen dat zijn zus feitelijk zijn halfzus is, maar hij ziet haar gewoon als zus. Patiënt had in zijn jeugd vrienden, dit is wel afgenomen in de tijd. Er heeft geen mishandeling plaatsgevonden thuis, maar hij en zijn zus waren altijd wel alert voor hun vader. Hij beschrijft dit als dat zij op eieren liepen en dat zijn zus dat nog steeds doet. Verder geeft hij aan dat hij niets tekort kwam thuis.

Patiënt heeft de basisschool en de mavo afgerond en is vervolgens doorgestroomd naar een koksopleiding. Hij merkte dat dit niet bij hem paste, is gestopt met de opleiding en is aan het werk gegaan bij de Gamma. Momenteel is hij werkzaam bij de afdeling logistiek en transport van het UMC Radboud. Hij geeft aan een eerlijke en transparante houding te hebben naar zijn collega's. Hij heeft toegegeven een cadeaubon te hebben gestolen op het werk toen hij in financiële problemen zat.

Op 19 á 20-jarige leeftijd is hij een relatie begonnen met een vrouw, waarna zij relatief snel zijn gaan samenwonen. Bij deze relatie kwam er een bepaalde verantwoordelijkheid op hem af, waar hij nooit mee heeft leren omgaan. Patiënt had toen het gevoel dat de spanning ontbrak in de relatie en is dit gaan opzoeken. Hij is vreemd gegaan in deze relatie en hij verklaart dat zijn klachten met betrekking tot impulsiviteit hier zijn ontstaan.

Anamnese

Patiënt woont samen met zijn partner en stiefzoon. De partner heeft de classificatie ADHD en zijn stiefzoon syndroom van Asperger. Daarnaast heeft hij een dochter met een andere vrouw. Hij ziet zijn dochter soms in weekenden of vakanties. Patiënt vertelt op het spreekuur problemen te ervaren met agressie en moeite te hebben om dit gedrag te beheersen. Hij wil niet uit zijn slof schieten en heeft moeite met zelfbeheersing op dat moment. Hij geeft een voorbeeld: tijdens het auto rijden attendeerde zijn stiefzoon hem meerdere malen op de maximale toegestane snelheid. Tijdens het parkeren werd patiënt erg driftig en is weg gelopen. Een ander voorbeeld is een incident waar zijn partner hem wat vroeg en hij reageerde met een verbale dreiging, Hierdoor waren de partner en stiefzoon bang voor hem geworden. Hij geeft aan vaker driftige momenten te ervaren. Op die momenten loopt hij weg en slaat hij met zijn vuist tegen de muur totdat zijn knokkels kapot zijn. Deze momenten komen het meest vaak thuis voor en op het voetbalveld. Patiënt vertelt dat deze klachten met de tijd erger worden.

Verder vertelt hij ongepaste seksuele contacten te hebben met vrouwen via de telefoon. Hij verklaart hierbij zelf geen initiatief te nemen en dat het laatste ongepaste contact was met een vrouw van het werk. Hij voelde zich hier slecht over en heeft het contact opgebiecht aan zijn partner. Daarnaast vertelt patiënt dat hij ook impulsief gedrag vertoont door geld uit te geven wat hij niet bezit. Met het gevolg dat hij een schuld heeft van een paar duizend euro. Hij houdt dit verborgen voor de partner, waarbij hij denkt een kleine schuld zelf te kunnen oplossen maar bij een grote schuld probeert hij dit te negeren. Hij geeft aan zich hier erg onprettig bij te voelen en er iets aan te willen doen. Tevens vertelt hij suïcidale gedachten te hebben, maar geen pogingen te willen ondernemen. Tijdens de pubertijd heeft hij stemmingswisselingen, deze komen voornamelijk voor tijdens de zomerperiode. De laatste tijd was er een afname van lichaamsgewicht door een verminderde eetlust. Ook heeft hij moeite met doorslapen tijdens de nacht.

Actueel toestandsbeeld

De man oogt ouder dan zijn kalenderleeftijd en komt verzorgd over. Het contact is wederkerig; hij heeft een meewerkende houding. Tijdens het beschrijven van zijn klachten zijn er meerdere malen emoties zichtbaar. Verder is het bewustzijn, de oriëntatie, de aandacht, het realiteitsbesef en het geheugen intact en ongestoord. Motoriek, mimiek en spraak zijn normaal. Patiënt geeft aan op dat moment een sombere stemming te hebben en dat hij met zijn financiële problemen omgaat door het probleem te negeren. Hij geeft aan veel te impulsief gedrag te vertonen. Ook komt er naar voren dat patiënt hypertensie heeft. Daarnaast wordt duidelijk in het gesprek dat patiënt cannabis gebruikt; één tot twee jointjes per dag en in het weekend drie tot vier per dag. Wat betreft alcohol; hij drinkt sinds 2,5 jaar niet meer. Daarvoor dronk hij acht tot negen eenheden per dag. Een andere verslaving in het verleden was een pornoverslaving. Hij ondervond problemen omdat hij masturbeerde tijdens het werk. Hij heeft hier een behandeling voor gehad. Ook vertelt patiënt dat zijn vader ook problemen had met impulsiviteit en snel driftig kon worden.

Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV

- As-I: 296.33 Recidiverende depressieve episodes
304.30 Cannabisafhankelijkheid
- As-II: 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
- As-III: Hypertensie
- As-IV: 020 Problemen verbonden aan de sociale omgeving
040 Problemen op werkgebied
- As-V: GAF-score: 41-50

Patiënt is geclassificeerd met een Borderline persoonlijkheidsstoornis en vertoont impulsief gedrag en problematiek met betrekking tot de emotieregulatie. Dit ondervindt hij voornamelijk thuis en op het werk. Daarnaast is er sprake van cannabisafhankelijkheid en een depressieve stoornis die verergert tijdens de zomerperiode. Klachten lijken te bestaan binnen het kader van persoonlijkheidsproblematiek waarin zowel Borderline als ontwijkende en gevoelig narcistische kenmerken aanwijsbaar zijn.

Patiënt komt erg gemotiveerd over om het DGT-programma te volgen, alleen is nog niet duidelijk wanneer hij kan starten. Dit komt door de aanzienlijke wachttijd. Bij een vervolgspraak kan hier meer duidelijkheid over worden gegeven. Tijdens deze vervolgspraak vertelt patiënt dat zijn relatie beëindigd is door agressieproblemen, die ontstaan zijn door een hoge mate van stress tijdens de

vakantie. Door oplopende irritatie heeft hij de partner geslagen en is vervolgens weggegaan om af te koelen. Daarna kwam hij terug en heeft de partner de relatie verbroken. Hij is toen teruggegaan naar Nederland. Hij was erg overstuurd en had wederom suïcidale gedachten. Hiervoor heeft hij hulp gezocht bij de huisarts. Na een aantal weken was hij een stuk rustiger. Sindsdien is er geen contact geweest met de ex-partner en ondervindt hij veel last van de verbroken relatie. Hij geeft aan niet geneigd te zijn om middelen te misbruiken of impulsief gedrag te vertonen. Momenteel verblijft hij bij zijn moeder en binnenkort zal hij zijn eigen woning krijgen. Daarnaast is hij actief om zijn financiën op orde te krijgen en is hij in gesprek gegaan met zijn werkgever om zijn werk weer op te oppakken.

Patiëntcasus 3

Patiënt 3 is een 30-jarige Nederlandse man. Hij heeft in het verleden gestudeerd aan de havo/wvo, maar heeft dit niet afgerond. Of de patiënt eerdere behandelingen heeft gehad is onbekend.

Biografische gegevens

Patiënt was vroeger een gevoelig kind met impuls- en concentratieproblemen. Hij loog erg veel om een bepaalde interesse te wekken bij anderen en de bijbehorende aandacht die hij kreeg prettig vond. Hij heeft al sinds een jong kind een sterke behoefte om bijzonder gevonden te worden. Dit zou voort kunnen komen door zijn negatieve ervaringen (pestervaring). Ook lijkt dit een goede verklaring te kunnen zijn voor de aanwezige minderwaardigheidsgevoelens. Hierdoor lijkt de patiënt een kwetsbaar zelfgevoel te hebben ontwikkeld, naast een gebrekkige emotieregulatie en een beperkte frustratietolerantie. Dit heeft geleid tijdens de middelbare schoolperiode tot oppositioneel gedrag en feestgedrag waar veel middelengebruik aanwezig was (alcohol en cannabis). Zijn vriendengroep in die periode bestond uit jongens die zich bezig hielden met criminaliteit. Er zijn meerdere depressieve episodes geweest tussen het 16^e- en 26^e levensjaar van de patiënt.

Anamnese

In het patiëntendossier was er geen informatie m.b.t. de anamnese aanwezig.

Actueel toestandsbeeld

Patiënt komt verzorgd over, maar maakt wel een slaperige indruk. Hij zit erg onderuitgezakt terwijl hij zijn verhaal doet. Tevens lijkt het contact beperkt tijdens het gesprek. Er zijn geen aanwijzingen dat er problemen zijn omtrent bewustzijn, concentratie of aandacht. Daarnaast zijn er ook geen aanwijzingen van psychotische gedachten of suïcidale ideatie en de stemming wordt beschreven als normaal. De intelligentie wordt geschat op gemiddeld. Patiënt laat zien dat zijn ziekte-inzicht en ziektebesef aanwezig zijn, naast de zelfreflecties en observaties. Desondanks vindt hij het lastig om zijn gedrag te veranderen.

Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV

- As-I: 304.30A Cannabisafhankelijkheid
314.01A Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit: gecombineerd type
- As-II: 301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis (trekken van)
301.82 Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (trekken van)
301.91 Persoonlijkheidsstoornis NAO
- As-III: Zenuwschade na ongeval
- As-IV: 040 Problemen op werkgebied
- As-V: GAF-score: 55

Er zijn problemen in de zelfaansturing aanwezig, een zeer beperkte frustratietolerantie, een gebrekkige emotieregulatie en een kwetsbaar zelfgevoel waardoor de patiënt vermijdend gedrag laat zien. Hij lijkt het één en ander te begrijpen waardoor de problemen zijn ontstaan. Het ontbreekt hem niet dat hij kan reflecteren op zijn gedrag, maar vindt het moeilijk om tot gedragsverandering te komen. Patiënt geeft aan meer stabiliteit te willen in zijn leven, minder vermijdingsgedrag te willen vertonen en meer doorzettingsvermogen te bezitten. Daarnaast geeft hij aan de verantwoordelijkheid voor zijn gedrag te willen nemen en niet meer andere mensen verantwoordelijk stellen voor zijn eigen gedrag. Patiënt is gemotiveerd om deel te nemen aan de DGT en is bereid om het cannabisgebruik te stoppen.

Patiëntcasus 4

Patiënt 4 is een 23-jarige Nederlandse man die aan de universiteit heeft gestudeerd, maar heeft dit niet afgerond. Hij heeft meer dan vier behandelingen in het verleden gehad, waaronder een langdurige klinische behandeling.

Biografische gegevens

Patiënt komt uit een gezin van vijf personen; vader, moeder en twee broers. Zijn vader is huisarts, veel aan het werk en in zijn vrije tijd bestudeerde hij alternatieve geneeswijzen. Hierdoor was er weinig aandacht van de vader voor de kinderen. De moeder was thuis voor de kinderen en zij wordt beschreven als zorgzaam en liefdevol. De oudste zoon was erg aandachtvragend en dit werd tijdens de pubertijd erger. De middelste zoon ging tijdens de pubertijd ook meer aandacht vragen door wat kleine criminele vergrijpen. Het gevolg hiervan is dat patiënt weinig aandacht heeft gekregen. Doordat de meeste aandacht naar zijn broers ging, had hij de houding om zijn ouders te ontzien van zijn behoefte aan aandacht. Met zijn vader heeft hij hierover in deze periode weinig gesproken in tegenstelling tot zijn moeder, zij heeft hem wel tot een zekere hoogte hulp geboden.

De basisschoolperiode heeft patiënt goed doorlopen zonder concentratie- of leerproblemen. Wel waren er angsten aanwezig, de thema's waren gericht op het weer of de avond. Als het bijvoorbeeld waaide, wakkerde de angst aan waardoor hij niet van huis of school weg wilde. In deze gevallen was zijn concentratie slecht, doordat hij geoccupeerd was met zijn gedachten dat hij later op de dag naar huis moest. Later waren er angsten in de avond; patiënt meende geluiden te horen die er niet waren. De middelbare school doorliep hij ook gemakkelijk (vwo), maar er was wel een faalangst aanwezig en moeilijkheden met presenteren. In deze periode had hij een vaste vriendengroep en nieuwe vrienden maken vond patiënt lastig. Er was weinig behoefte aan activiteiten buitenshuis; dit is verklaarbaar doordat hij het spannend vond om sociale contacten aan te gaan. Hierdoor vertoonde hij vermijdend gedrag. Hierna is hij aan de universiteit gaan studeren. In deze periode zijn er stemmings- en negatieve zelfbeeldproblemen ontstaan. Later is patiënt aan een master begonnen en is op dat moment verhuisd naar Nijmegen omdat zijn vrienden hier ook woonden.

Patiënt ontvangt geen studiefinanciering meer op dit moment. Hij vindt het moeilijk om zich proactief op te stellen om werk te zoeken en gaat een uitkering aanvragen. Tevens heeft hij hulp ingeroepen van het Jongerenloket bij het zoeken van werk. Wat betreft relaties heeft patiënt nog geen intieme relatie gehad met een vrouw. Dit komt doordat hij het te spannend vindt om vrouwen te benaderen. Hij ervaart hier problemen in en blokkeert deze gevoelens, naast het vermijden van situaties met vrouwen. Momenteel heeft hij nog steeds de vriendschappelijke relaties van zijn middelbare school, andere vriendschappen gaat hij niet aan.

Anamnese

Patiënt heeft last van een negatief zelfbeeld wat ervoor zorgt dat hij vastloopt in zijn leven. Dit zelfbeeld is ontstaan in zijn jeugd; hier was hij een jongen met introverte houding die moeite had met contacten leggen. In deze periode ging vrijwel alle aandacht naar zijn broers en hierdoor had hij het idee dat hij zijn ouders moest ontzien en deed goed zijn best op school. Hij werd niet boos of vertoonde moeilijk gedrag. De consequentie hiervan is dat patiënt moeite ervaart om zijn eigen beslissingen te maken; voorheen volgde hij de verwachtingen van andere mensen. Nu hij zelf moet kiezen, weet hij niet echt wat hij wil en niets spreekt hem aan. Tevens vertelt hij dat zijn grondstemming altijd op een zes lag op een schaal van één tot en met tien. Hij heeft altijd zijn emoties onderdrukt en krypt deze op totdat er iets zijn emoties activeert en dan explodeert hij. Dit uit zich in fysiek geweld richting spullen. Dit doet hij altijd wanneer hij alleen is, niet wanneer anderen erbij zijn. Hij geeft aan vlak te zijn in emoties of in emoties te zitten waar hij geen controle over heeft.

De klachten tot somberheid zijn ontstaan in de studententijd. Hij wist niet wat hij wilde studeren, omdat hij nergens interesse in had. Hij is dit wel gaan doen door de verwachting van zijn ouders. Hij is civiele techniek gaan studeren in Delft. Het begin van de studie verliep goed, maar verloor later de interesse en had hij moeite om zich te motiveren. Naast zijn studie had hij geen andere activiteiten in deze periode. Dit kwam door de angst voor sociale contacten. Rond zijn 19^e levensjaar werden de negatieve gedachten erger; hij dacht dat hij anders was dan andere leeftijdsgenoten, dat ze negatief over hem dachten en dat hij het niet waard was om te leven. Hierdoor ervoer hij moeite om naar school te gaan en ging steeds meer computeren. Dit maakte dat hij zich kon afsluiten van zijn gedachten en gevoelens. Dit mondde uit in dagen dat hij meer dan 16 uur per dag achter de computer zat, weinig aandacht besteedde aan zijn persoonlijk hygiëne en erg slecht at. Hij kon het niet meer opbrengen om tijd te investeren in de opleiding. In het begin kon hij dit verbergen voor zijn ouders, totdat zij merkten dat hij weinig vertelde over school. Op het initiatief van zijn ouders is er een coach ingeschakeld die hem ondersteunde in het behalen van zijn bachelor. Door het gebrek aan interesse is hij de master toegepaste wiskunde gaan studeren. Snel liep hij weer vast in de opleiding en is hulp gaan zoeken bij meerdere instellingen met wisselende effecten. Hij heeft veel gepraat met hulpverleners en hierdoor heeft hij inzicht gekregen. Hij wist dat hij initiatieven moest gaan nemen maar dit lukte hem niet. Dit kwam door het negatieve zelfbeeld.

Vanaf het 19^e levensjaar van patiënt kampt hij met verminderde interesse in activiteiten en somberheid. Dit uit zich door moeite met inslapen, een slecht eetpatroon en door immobiliteit is hij 20 kilogram aangekomen in de afgelopen jaren. Hij heeft weinig energie en heeft moeite met concentratie. Deze problemen komen deels door het computeren of de behoefte hieraan. Hij is nu twee weken gestopt, doordat zijn ouders hebben aangegeven niet meer zijn internet te willen betalen als hij niet aan zijn problemen wil werken. Het gevolg hiervan is dat zijn stemming minder is geworden doordat hij geconfronteerd wordt met zijn negatieve gedachten. Zijn stemming is nu een drie op een schaal van één tot en met tien en in bepaalde gebeurtenissen is dit zelfs een één. De afgelopen jaren heeft patiënt last van suïcidale gedachten en hij heeft eenmaal een plan gemaakt vlak na een ontslag in het begin van 2016. Wel is hij bang voor de dood; dit weerhoudt hem van het uitvoeren van een plan. Er zijn nooit pogingen geweest tot uitvoering. Wel heeft hij enkele keren geautomutileerd als zijn negatieve gedachten teveel werden. De afgelopen weken heeft hij dagelijks geautomutileerd, doordat hij de spanningen niet kon reduceren d.m.v. computeren.

Actueel toestandsbeeld

Patiënt ervaart pijnklachten door spierspanningen die voortkomen uit hoge spanningen. Hij ziet in dat dit psychosomatische klachten zijn. Hij ziet er verzorgd uit, zijn biologische leeftijd is conform kalenderleeftijd. Er is goed contact, hij is vriendelijk en coöperatief. In het gesprek komt hij niet terughoudend over. Zijn intelligentie is gemiddeld en hij kan zijn aandacht behouden. Er zijn verder geen waarnemingstoornissen. Wel is de stemming somber tot neutraal. De patiënt heeft een duidelijk negatief zelfbeeld: zichzelf veroordelen en daardoor bestraffen (in zijn gedachten of automutilatie). Hij vermijdt alles wat spanning kan veroorzaken en blokkeert gedachten en gevoelens met computeren, passiviteit of vermindering. Tevens is patiënt sociaal fobisch door zijn negatieve zelfbeeld, hij heeft zich steeds meer teruggetrokken. In therapie lijkt hij moeite te hebben met het maken van stappen waardoor er stagnatie optreedt.

Beschrijvende diagnose en classificatie volgens DSM-IV

- As-I: Depressieve stoornis, recidiverend
 Sociale fobie
 Afhankelijkheid van computeren
- As-II: Persoonlijkheidsstoornis NAO (ontwijkende en gevoelig narcistische kenmerken)
- As-III: Geen diagnose
- As-IV: Problemen gebonden aan de sociale omgeving; financiële problemen; studieproblemen
- As-V: GAF: 51-60

Patiënt heeft klachten van een recidiverende depressie, sociale fobie en persoonlijkheidsproblematiek. Hij bevindt zich in een vicieuze cirkel van een negatief zelfbeeld die de motivatie om over te gaan tot actie negatief beïnvloedt waardoor activiteiten (waaronder therapieën) stagneren. Hierdoor is zijn opleiding beëindigd en maakt hij geen stappen om werk te gaan zoeken. Zo zijn er financiële consequenties ontstaan. Tevens raakt patiënt in een sociaal isolement, waarbij zijn negatieve zelfbeeld en stemmingsproblemen worden gevoeld. Door de vermijdende coping, (waarschijnlijk) angstige aanleg, de neiging om te voldoen aan de verwachtingen van anderen en onvoldoende aandacht in het verleden, heeft hij zichzelf aangeleerd om spanningen en emoties te vermijden en ze te ontwijken of weg te maken met afleidingen (computeren). Het gevolg hiervan is dat hij niet de mogelijkheid krijgt om positieve situaties en emoties te ervaren en dit zorgt voor de vermijdende coping die wordt bekrachtigd. Door deze ontwijkende houding lijkt er sprake van een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. Dit hangt samen met de sociale fobie. Tevens heeft hij niet geleerd om zichzelf te confronteren met zijn eigen emoties of spanningen op een gezonde manier, het gevolg hiervan is het ervaren van het vlakke gevoel sinds zijn jeugd. Hij kropt alle emoties op totdat dit niet meer mogelijk is. Op dat moment reageert hij boos. De emotieregulatie die patiënt beschrijft bij kwetsbaarheid voor het oordeel van anderen, lijkt te passen bij gevoelig narcistisch persoonlijkheidsproblematiek.

Bijlage 3 Contract DGT-programma voor mannen met zelfbeeldregulatieproblemen

Contract DGT-programma voor mannen met zelfbeeldregulatieproblemen

Naam cliënt:

Naam therapeuten: Dr. Thom van den Heuvel (hoofdbehandelaar), drs. Eline Foeken. Het contract bestaat uit een algemeen deel (A) en een bijzonder deel (B), toegespitst op de individuele cliënt.

Deel A

In dit contract worden de rechten en plichten van cliënt en therapeut vastgelegd. De regels van de Dialectische Gedragstherapie, zoals opgesteld door Marsha Linehan, zijn uitgangspunt.

1. Doel

Doel van de therapie is het verwerven van meer controle op denken, voelen en doen, waardoor cliënten meer stabiliteit in hun leven kunnen brengen. Het leren van nieuwe vaardigheden is het middel hiertoe. Dit moet ertoe leiden dat cliënten problemen op een meer constructieve en effectieve wijze kunnen oplossen. Vermindering van destructief en zelfdestructief gedrag staat in eerste instantie centraal, gevolgd door vermindering van therapieverstorend gedrag. Vervolgens wordt aandacht besteed aan hoe de kwaliteit van het leven verbeterd kan worden en aan hoe de in de training geleerde vaardigheden kunnen worden toegepast op situaties buiten het programma.

2. Vorm van het behandelaanbod

De individuele psychotherapie in de groep

De zittingen vinden in principe wekelijks plaats. In iedere zitting zal uitgegaan worden van de ingevulde dagboekkaarten, waarbij de volgorde van gespreksthema's vast ligt (destructief en zelfdestructief gedrag; therapieverstorend gedrag; gedrag dat de kwaliteit van het leven verstoort; generalisatie van de vaardigheden geleerd in de training).

In de individuele psychotherapie in de groep zal de therapeut de cliënt(e) erbij helpen het in de vaardigheidstraining geleerde nieuwe gedrag uit te breiden naar het dagelijkse leven.

Verwerken van niet-actuele problemen maakt gedurende het half jaar waarin de training gevolgd wordt geen deel uit van de individuele psychotherapie in de groep totdat stabiliteit verworven is.

De vaardigheidstraining

De training bestaat uit wekelijkse bijeenkomsten, die elk 2,5 uur gaan duren. Er wordt gewerkt in groepen van 6-10 personen. De vaardigheidstraining in groepsverband duurt een half jaar. In deze training zullen thema's die met Impulscontrole problematiek vervlochten zijn centraal staan: kernoplettendheidsvaardigheden, interpersoonlijke effectiviteit, emotie regulatie, verdragen van spanning en het beter leren omgaan met zichzelf. Aan de vaardigheidstraining zijn

huiswerkopdrachten verbonden, die wekelijks besproken worden. Gemiste bijeenkomsten moeten zoveel mogelijk ingehaald worden.

De Psycho Motore Therapie (PMT)

De PM T vindt wekelijks plaats aansluitend op de vaardigheidstraining. Bij de PMT staan cognitieve kernvaardigheden, interpersoonlijke effectiviteit, emotie regulatie, verdragen van spanning en het beter leren omgaan met zichzelf centraal. Daarbij wordt onder andere gebruik gemaakt van rollenspelen en spelvormen.

De telefonische consultatie

De individuele therapeut verklaart zich bereid om buiten de individuele zittingen telefonisch bereikbaar te zijn voor overleg. Wanneer de therapeut voor langere tijd verhinderd is zal voor vervanging gezorgd worden. In de avonduren en het weekend kan er naar de afdeling gebeld worden.

Duur van het contract

Het contract wordt in principe aangegaan voor de duur van een half jaar.

Beëindigen van het programma of het contract

Daar het programma één geheel vormt, is stoppen met één onderdeel, individuele therapie of vaardigheidstraining of PMT, niet mogelijk. Wanneer de cliënt drie achtereenvolgende zittingen gemist heeft van 6f de vaardigheidstraining 6f de individuele therapie of de PMT, wordt het contract als beëindigd beschouwd. Hij kan over een nieuw contract onderhandelen, echter het nieuwe contract kan pas ingaan na het verlopen van de termijn van het oude contract. Deelname aan het programma kan te allen tijde door de cliënt beëindigd worden, met dien verstande dat aan de stopzetting overleg met de individuele therapeut vooraf gaat. Beëindiging van de zijde van de therapeut is alleen mogelijk als deze constateert dat voortzetting van de therapie negatieve effecten heeft. Ook hierbij vindt eerst overleg in een individuele zitting plaats. Bij beëindiging zal, indien nodig en gewenst, voor verwijzing gezorgd worden.

Privacy regeling

Het privacy reglement zoals gangbaar in het Radboud wordt gevolgd. De informatie, die in de individuele zittingen aan de orde komt wordt strikt vertrouwelijk behandeld. Als de cliënt echter uitspraken doet, waaruit blijkt dat hij of anderen in gevaar zouden kunnen komen of ernstig benadeeld zouden worden dan heeft de therapeut het recht de zwijgplicht te doorbreken en adequate actie te ondernemen. De therapeut spreekt niet met derden vóór de cliënt d.w.z. er wordt vanuit gegaan dat de cliënt zelf met betrokkenen (b.v. huisarts, familie) overlegt. Als hiervan afgeweken wordt zal dit altijd in overleg met de cliënt gebeuren.

Onderzoek

Het effect van de therapie wordt onderzocht door diverse vragenlijsten/interviews voor, in het midden en na de therapie. De zorgverzekeraar vraagt ons dringend om cliënten te stimuleren deel te nemen aan het zogenoemde ROM-onderzoek. Daarnaast wordt het effect van de therapie onderzocht middels uitgebreider wetenschappelijk onderzoek. Deelname aan wetenschappelijk onderzoek is nooit verplicht. Als u kiest hieraan niet deel te nemen heeft dat geen enkel gevolg voor

uw deelname aan of de vergoeding van uw behandeling.

Video-opnames

Tijdens de sessies worden zo nu en dan video-opnames gemaakt. Deze video-opnames dienen voor het toetsen van en verder verbeteren van het niveau van de DG T-vaardigheden van de therapeuten/trainers en zullen dan ook alleen met dit doel worden gebruikt binnen het DGTconsultatieteam, supervisie-sessies of 'adherence'-toetsing van de therapeuten/trainers. De video-opnames worden zo gemaakt dat — zo veel als mogelijk — alleen de therapeuten/trainers in beeld zijn. Video-opnames zullen alleen worden gebruikt voor het genoemde doel en worden daarna gewist. Mocht er een wens zijn om om een andere reden video-opnames te maken, zal hiervoor altijd apart toestemming gevraagd worden.

3. De therapeut

De individuele therapeut zal zich houden aan ethische en professionele grenzen, zal op afspraken komen, indien noodzakelijk op tijd afzeggen en een nieuwe afspraak maken. Bij vakantie zal hij/zij voor vervanging zorgen. De therapeut verklaart zich bereid de cliënt te zullen helpen ongewenste impulsieve gedragingen te verminderen en te vervangen door meer passende reactiewijzen. De therapeut zal letten op persoonlijke en omgevingsfactoren die gewenst gedrag blokkeren en ongewenst gedrag bekrachtigen en de cliënt hierop attenderen. Om risicovol gedrag van zichzelf als therapeut te voorkomen (zoals b.v. overbelast raken) en om de behandeling van de cliënt optimaal te laten verlopen, dient de therapeut zijn/haar eigen grenzen te bewaken. Hij/zij verplicht zich tevens deel te zullen nemen aan de wekelijkse teamconsultatie van alle individuele therapeuten, vaardigheidstrainers en PMT-ers. Hij/zij zal maximaal inzetten om hulp en steun te bieden bij het krijgen van inzicht en het leren van nieuw gedrag om effectiever om te kunnen gaan met problemen. Hij/zij gaat er daarbij van uit dat hij/zij de cliënt niet kan redden, de problemen niet voor de cliënt kan oplossen en het destructieve gedrag niet kan tegenhouden.

De cliënt

De cliënt besluit pas tot het aangaan van dit contract, nadat hij voldoende geïnformeerd is over het programma en de uitgangspunten van Dialectische Gedragstherapie. De cliënt zal op afspraken komen, bij verhindering op tijd afzeggen bij de therapeut en een nieuwe afspraak maken. Hij stemt in met de volgende afspraken en uitgangspunten. De cliënt:

- zal maximaal zijn best doen
- wil verbeteren
- weet dat hij het beter moet gaan doen, er harder aan moet gaan trekken, gemotiveerder moet raken om te verbeteren: hij moet veranderen.
- heeft niet al de problemen veroorzaakt, maar zit er wel mee opgescheept en moet ze, hoe het ook zij, zien op te lossen.
- is zijn eigen manager.
- is zich ervan bewust dat het leven van een destructieve impulsieve patiënt ondraaglijk is, dat het soms echt een hel is; de enige oplossing is verandering.

- moet nieuw gedrag leren in alle relevante levenssituaties; daar hij stemmingsafhankelijk is moet hij ook bij extreme emoties belangrijke veranderingen in zijn gedrag doorvoeren, d.w.z. ook in crisissituaties. Dit betekent dat hij ernaar streeft opnames zoveel mogelijk te vermijden, omdat hij zo leert voor zichzelf te zorgen tijdens een crisis.
- hij kan niet mislukken in therapie: als het mis gaat ligt het of aan de therapeut of aan de therapie, nooit aan de cliënt.

Deel B

De vaardigheidstraining en PMT start op 3 juli 2017.

De vaardigheidstraining wordt gegeven door Nicole Timan en Minne van Haaren, de PMT door Minne van Haaren en Remke Smeekens.

Telefonische consultatie en vervanging

De therapeuten zijn bereikbaar op telefoonnummer 024-3616895. 's Avonds en in het weekend is de telefonische consultatie bereikbaar op telefoonnummer 024-3613400.

Medicatie

De farmacotherapeutische behandeling is in handen van Drs. S. Hepark.

De medicatie die je nu gebruikt is.....

Doel t.a.v. medicatie gebruik.

Verdere afspraken die we gemaakt hebben (op gebied van tijdsbesteding, doelen voor dit jaar, begrenzing wederzijds e.d.):

Doelen:

Gedragsverandering

Sociaal functioneren

Maatschappelijk functioneren

Nijmegen,/...../.....

Clïënt

Therapeuten

Dr. Thom van den Heuvel (hoofdbehandelaar)

Drs. Eline Foeken

Bijlage 4 Dialectische gedragstherapie dagboekkaart

Dialectische gedragstherapie dagboekkaart				Initialen:		Ingevuld tijdens sessie? Ja/nee			Hoe vaak vulde je deze zijde in? Dagelijks 2-3 keer 1 keer					Begindatum:		
Dag	NEIGING TOT ...			ACTIES		EMOTIES			DEMPEN					Vreugde	Vaardigheden	
	Agressie	Dampen	Relatie-vernietigend gedrag	Agressie	Isolatie	Fysieke pijn	Verdriet Rouw	Schaamte Eenzaam	Woede Ergernis	Angst	Drugs	Alcohol	Medicijnen			Verstrooiing
Zondag	0-5	0-5	0-5	ja/nee	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5	0-5					0-5	0-7
Maandag																
Dinsdag																
Woensdag																
Donderdag																
Vrijdag																
Zaterdag																

Geprofitteerd van de vaardigheidstraining: ja/ nee	Toegepaste vaardigheden 0 = niet aan gedacht of toegepast 1 = aan gedacht, niet toegepast, wilde niet 2 = aan gedacht, niet toegepast, wilde wel 3 = geprobeerd, lukte niet	4 = geprobeerd, lukte, maar hielp niet 5 = geprobeerd, lukte, hielp wel 6 = automatisch toegepast, hielp niet 7 = automatisch toegepast, hielp wel
--	---	---

Bijlage 5 Overzicht onderzoeksresultaten

Tabel 5

Resultaten Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) patiëntcasus 1

HSNS	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	58 (82,3%)	58 (82,3%)	53 (75,7%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 6

Resultaten Narcissistic Personality Inventory (NPI) patiëntcasus 1

NPI	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	77 (29,7%)	82 (31,7%)	82 (31,7%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 7

Resultaten Interpersonal Reactivity Index (IRI) patiëntcasus 1

IRI	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD
Totaalscore	21	16	20	27	19	15	21	27	19	15	21	27
Percentage	75,0%	57,1%	71,4%	96,4%	67,9%	53,8%	75,0%	96,4%	67,9%	53,8%	75,0%	96,4%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. PT staat respectievelijk voor de schaal perspectief nemen, FS voor de schaal fantasie, EC voor de schaal empathische bezorgdheid en PD voor de schaal persoonlijk leed.

Tabel 8

Resultaten BIS/BAS Scales patiëntcasus 1

BIS/BAS	Voormeting		Tussentijdse meting		Nameting	
	BIS	BAS	BIS	BAS	BIS	BAS
Score	5 (25,0%)	37 (77,1%)	5 (25,0%)	40 (83,3%)	5 (25,0%)	35 (72,9%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. BIS staat respectievelijk voor de schaal van het gedragsremmende systeem en BAS voor de schaal van het gedragsbenaderende systeem.

Tabel 9

Resultaten The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) patiëntcasus 1

AAQ-II	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	42 (60,0%)	44 (62,9%)	45 (64,3%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 10*Resultaten Severity Indices Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) patiëntcasus 1*

SIPP-SF	Voormeting					Tussentijdse meting					Nameting				
	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC
Ruwe score	43	13	41	19	32	43	14	41	19	34	43	17	39	18	34
T-score	64	33	59	38	45	64	34	59	38	48	64	38	57	37	48
Normering	H	L	G	L	G	H	L	G	L	G	H	L	G	L	G

Opmerking. De resultaten zijn verdeeld in ruwe scores, T-scores en norming per schaal. ZC staat respectievelijk voor de schaal zelfcontrole, II voor de schaal identiteitsintegratie, VH voor de schaal verantwoordelijkheid, RC voor de schaal relationele capaciteiten en SC voor de schaal sociale concordantie. De T-scores zijn gebaseerd op de normgroep Psychiatrie. De normering ZL staat respectievelijk voor Zeer laag, L voor laag, G voor gemiddeld, H voor hoog en ZH voor zeer hoog.

Tabel 11*Resultaten Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) patiëntcasus 1*

	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR
Totaalscore	100	65	19	15	-	-	-	-	98	59	16	19
Percentage	55,6%	65,0%	43,2%	41,7%	-	-	-	-	54,4%	59,0%	36,4%	52,8%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. TS staat respectievelijk voor de totaalscore van alle items van de vragenlijst, SD voor de schaal symptomatische distress, IR voor de schaal interpersoonlijke relaties en SR voor de schaal sociale rol.

Tabel 12*Resultaten Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) patiëntcasus 2*

HSNS	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	59 (82,8%)	38 (54,3%)	29 (41,4%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 13*Resultaten Narcissistic Personality Inventory (NPI) patiëntcasus 2*

NPI	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	136 (52,5%)	133 (51,4%)	94 (36,3%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 14*Resultaten Interpersonal Reactivity Index (IRI) patiëntcasus 2*

IRI	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD
Totaalscore	17	4	22	19	8	16	24	8	15	2	20	12
Percentage	60,7%	14,3%	78,8%	67,9%	28,6%	57,1%	85,7%	28,6%	53,8%	7,1%	71,4%	42,9%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. PT staat respectievelijk voor de schaal perspectief nemen, FS voor de schaal fantasie, EC voor de schaal empathische bezorgdheid en PD voor de schaal persoonlijk leed.

Tabel 15*Resultaten BIS/BAS Scales patiëntcasus 2*

BIS/BAS	Voormeting		Tussentijdse meting		Nameting	
	BIS	BAS	BIS	BAS	BIS	BAS
Score	7 (35,0%)	20 (41,7%)	9 (45,0%)	22 (45,8%)	9 (45,0%)	29 (60,4%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. BIS staat respectievelijk voor de schaal van het gedragsremmende systeem en BAS voor de schaal van het gedragsbenaderende systeem.

Tabel 16*Resultaten The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) patiëntcasus 2*

AAQ-II	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	51 (72,9%)	49 (70,0%)	34 (48,6%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 17*Resultaten Severity Indice Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) patiëntcasus 2*

SIPP-SF	Voormeting					Tussentijdse meting					Nameting				
	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC
Ruwe score	19	25	22	24	26	23	32	28	32	30	39	42	39	38	42
T-score	35	49	35	45	37	40	58	43	55	43	60	71	57	62	60
Normering	L	G	L	G	L	G	G	G	G	G	G	ZH	G	H	G

Opmerking. De resultaten zijn verdeeld in ruwe scores, T-scores en norming per schaal. ZC staat respectievelijk voor de schaal zelfcontrole, II voor de schaal identiteitsintegratie, VH voor de schaal verantwoordelijkheid, RC voor de schaal relationele capaciteiten en SC voor de schaal sociale concordantie. De T-scores zijn gebaseerd op de normgroep Psychiatrie. De normering ZL staat respectievelijk voor Zeer laag, L voor laag, G voor gemiddeld, H voor hoog en ZH voor zeer hoog.

Tabel 18*Resultaten Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) patiëntcasus 2*

OQ-45	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR
Totaalscore	88	47	24	16	68	35	20	13	63	30	22	11
Percentage	48,9%	47,0%	54,5%	44,4%	37,8%	35,0%	45,5%	36,1%	35,0%	30,0%	50,0%	30,6%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. TS staat respectievelijk voor de totaalscore van alle items van de vragenlijst, SD voor de schaal symptomatische distress, IR voor de schaal interpersoonlijke relaties en SR voor de schaal sociale rol.

Tabel 19*Resultaten Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) patiëntcasus 3*

HSNS	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	40 (57,1%)	35 (50,0%)	36 (51,4%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 20*Resultaten Narcissistic Personality Inventory (NPI) patiëntcasus 3*

NPI	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	181 (69,9%)	173 (66,8%)	121 (46,7%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 21*Resultaten Interpersonal Reactivity Index (IRI) patiëntcasus 3*

IRI	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD
Totaalscore	15	11	12	6	16	8	18	4	18	9	17	14
Percentage	53,6%	39,3%	42,9%	21,4%	27,1%	28,6%	64,3%	14,3%	64,3%	32,1%	60,7%	50,0%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. PT staat respectievelijk voor de schaal perspectief nemen, FS voor de schaal fantasie, EC voor de schaal empathische bezorgdheid en PD voor de schaal persoonlijk leed.

Tabel 22*Resultaten BIS/BAS Scales patiëntcasus 3*

BIS/BAS	Voormeting		Tussentijdse meting		Nameting	
	BIS	BAS	BIS	BAS	BIS	BAS
Score	12 (60,0%)	17 (35,4%)	9 (45,0%)	17 (35,4%)	8 (40,0%)	23 (47,9%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. BIS staat respectievelijk voor de schaal van het gedragsremmende systeem en BAS voor de schaal van het gedragsbenaderende systeem.

Tabel 23

Resultaten The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) patiëntcasus 3

AAQ-II	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	31 (44,3%)	44 (62,9%)	43 (61,4%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 24

Resultaten Severity Indices Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) patiëntcasus 3

SIPP-SF	Voormeting					Tussentijdse meting					Nameting				
	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC
Ruwe score	30	38	30	31	34	41	38	28	32	34	39	38	34	30	35
T-score	49	66	45	54	48	62	66	43	55	48	60	66	50	52	50
Normering	G	H	G	G	G	H	H	G	G	G	G	H	G	G	G

Opmerking. De resultaten zijn verdeeld in ruwe scores, T-scores en norming per schaal. ZC staat respectievelijk voor de schaal zelfcontrole, II voor de schaal identiteitsintegratie, VH voor de schaal verantwoordelijkheid, RC voor de schaal relationele capaciteiten en SC voor de schaal sociale concordantie. De T-scores zijn gebaseerd op de normgroep Psychiatrie. De normering ZL staat respectievelijk voor Zeer laag, L voor laag, G voor gemiddeld, H voor hoog en ZH voor zeer hoog.

Tabel 25

Resultaten Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) patiëntcasus 3

OQ-45	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR
Totaalscore	84	41	20	23	65	31	17	17	-	-	-	-
Percentage	46,7%	41,0%	45,5%	63,9%	36,1%	31,0%	38,6%	47,2%	-	-	-	-

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. TS staat respectievelijk voor de totaalscore van alle items van de vragenlijst, SD voor de schaal symptomatische distress, IR voor de schaal interpersoonlijke relaties en SR voor de schaal sociale rol.

Tabel 26

Resultaten Hypersensitive Narcissism Scale (HSNS) patiëntcasus 4

HSNS	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	56 (80,0%)	53 (75,7%)	53 (75,7%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 27

Resultaten Narcissistic Personality Inventory (NPI) patiëntcasus 4

NPI	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	91 (35,1%)	72 (27,8%)	72 (27,8%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 28*Resultaten Interpersonal Reactivity Index (IRI) patiëntcasus 4*

IRI	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD	PT	FS	EC	PD
Totaalscore	10	19	13	23	16	25	9	23	14	19	13	22
Percentage	35,7%	67,9%	46,4%	82,1%	57,1%	89,3%	32,1%	82,1%	50,0%	67,9%	46,4%	78,6%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. PT staat respectievelijk voor de schaal perspectief nemen, FS voor de schaal fantasie, EC voor de schaal empathische bezorgdheid en PD voor de schaal persoonlijk leed.

Tabel 29*Resultaten BIS/BAS Scales patiëntcasus 4*

BIS/BAS	Voormeting		Tussentijdse meting		Nameting	
	BIS	BAS	BIS	BAS	BIS	BAS
Score	6 (30,0%)	34 (70,8%)	8 (40,0%)	37 (77,1%)	6 (30,0%)	37 (77,1%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. BIS staat respectievelijk voor de schaal van het gedragsremmende systeem en BAS voor de schaal van het gedragsbenaderende systeem.

Tabel 30*Resultaten The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) patiëntcasus 4*

AAQ-II	Voormeting	Tussentijdse meting	Nameting
Totaalscore	46 (65,7%)	52 (74,3%)	48 (68,8%)

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores.

Tabel 31*Resultaten Severity Indice Personality Functioning – Short Form (SIPP-SF) patiëntcasus 4*

SIPP-SF	Voormeting					Tussentijdse meting					Nameting				
	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC	ZC	II	VH	RC	SC
Ruwe score	30	15	25	22	32	19	16	24	15	28	23	18	24	15	36
T-score	49	36	39	42	45	35	37	37	33	40	40	40	37	33	51
Normering	G	L	L	G	G	L	L	L	L	L	G	L	L	L	G

Opmerking. De resultaten zijn verdeeld in ruwe scores, T-scores en norming per schaal. ZC staat respectievelijk voor de schaal zelfcontrole, II voor de schaal identiteitsintegratie, VH voor de schaal verantwoordelijkheid, RC voor de schaal relationele capaciteiten en SC voor de schaal sociale concordantie. De T-scores zijn gebaseerd op de normgroep Psychiatrie. De normering ZL staat respectievelijk voor Zeer laag, L voor laag, G voor gemiddeld, H voor hoog en ZH voor zeer hoog.

Tabel 32*Resultaten Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) patiëntcasus 4*

OQ-45	Voormeting				Tussentijdse meting				Nameting			
	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR	TS	SD	IR	SR
Totaalscore	98	64	17	15	103	65	21	17	109	72	19	18
Percentage	54,4%	64,0%	38,6%	41,7%	57,2%	65,0%	47,7%	47,2%	60,6%	72,0%	43,2%	50,0%

Opmerking. De resultaten zijn gebaseerd op ruwe scores. TS staat respectievelijk voor de totaalscore van alle items van de vragenlijst, SD voor de schaal symptomatische distress, IR voor de schaal interpersoonlijke relaties en SR voor de schaal sociale rol.

Bijlage 6 Plan van aanpak

Het plan van aanpak is beschreven aansluitend aan de aanbevelingen die gedaan worden in paragraaf 5.2 van hoofdstuk 5. Er kan geëvalueerd worden d.m.v. de evaluatieopzet die beschreven is na het plan van aanpak.

1. Voer een power analyse uit om in kaart te brengen hoeveel representatieve onderzoekseenheden (patiënten) nodig zijn om een betrouwbaar onderzoeksresultaat te bewerkstelligen.
2. Op basis van de power analyse is het concreet geworden hoeveel patiënten er nodig zijn voor het vervolgonderzoek. Nu kan de totale groep met patiënten verdeeld worden in gelijke groepen. Hier wordt geadviseerd om een maximale hoeveelheid patiënten te bepalen per groep om zo de aandacht van de behandelaar zo optimaal mogelijk te houden voor de subgroep patiënten.
3. Er zal een keuze gemaakt moeten worden wat betreft de duur van het behandeltraject; zes maanden of 12 maanden.
4. Middels de keuze van de duur van het behandeltraject kan er een keuze gemaakt worden op welke momenten er gemeten gaat worden met de meetinstrument die beschreven zijn in paragraaf 3.3.
5. Op basis van de power analyse kunnen de benodigde onderzoekseenheden geworven worden d.m.v. aanmeldingen van patiënten die geclassificeerd zijn met narcistische persoonlijkheidsproblematiek. Bij het werven is het van belang dat de patiënten die benaderd zijn, geïnformeerd worden en de keuze hebben om te participeren in het onderzoek tijdens de voorafgestelde duur van het behandeltraject. Tevens kunnen zij geïnformeerd worden over het aantal meetmomenten tijdens het behandeltraject, hoe deze meetmomenten eruit zien en wat er verwacht wordt van de patiënt. Daarbij is het belangrijk dat zij toestemming geven om deel te nemen aan het onderzoek. Om dit schriftelijk vast te leggen kan er gebruik gemaakt worden van een toestemmingsverklaring.
6. Op het moment dat het totaal benodigde aantal patiënten bereikt is kunnen zij ingedeeld worden in de vooraf opgestelde groepen.
7. Vervolgens kan de DGT aangeboden worden aan de patiënten die zich hebben aangemeld voor de voorafgestelde duur van zes of 12 maanden. Tijdens het behandeltraject worden de metingen aangeboden aan de patiënten op de voorafgestelde meetmomenten. Hier is het van belang om de meetinstrumenten tijdens de meting op een gestandaardiseerde manier aan te bieden. De ingevulde vragenlijsten kunnen verzameld worden door de DGT-behandelaar. Het is vervolgens belangrijk dat de verzamelde data opgeborgen worden zodat het niet beschadigd kan worden of verloren kan gaan.
8. Tijdens de duur van het behandeltraject van DGT kan er een deel van het onderzoeksrapport beschreven worden; de inleiding, het theoretisch kader en de onderzoeksmethode.
9. Na afloop van de voorafgestelde duur van het behandeltraject wordt de totale hoeveelheid data ingevoerd in een dataverwerkingsprogramma. Geadviseerd wordt om de meest recente versie van Statistical Package for the Social Science (SPSS) te gebruiken.
10. Nadat alle data is ingevoerd in SPSS kunnen er analyses uitgevoerd worden die aansluiten op de onderzoeksvraag. De resultaten die voortkomen uit de analyses kunnen beschreven worden in het onderzoeksrapport.

11. Vervolgens is het mogelijk om op basis van de onderzoeksresultaten de conclusies te beschrijven. Vanuit hier zal duidelijk worden wat concrete effectiviteit is van DGT op mannen met narcistische persoonlijkheidsproblematiek.
12. Vervolgens kan er geëvalueerd worden of het onderzoek naar behoren is uitgevoerd:
 - a. Is de power analyse correct uitgevoerd? Zo nee, wat is er verkeerd gegaan en welke gevolgen heeft dit voor de onderzoeksresultaten?
 - b. Is de totale groep patiënten correct verdeeld in subgroepen, zodat alle patiënten voldoende aandacht hebben gekregen om op een zo effectief mogelijke manier te profiteren van de behandeling?
 - c. Ongeacht de keuze van de duur van het behandeltraject kan er geëvalueerd worden of de duur mogelijk korter of langer had moeten zijn. Aansluitend kan er geëvalueerd worden op het aanbieden van de meetinstrumenten per meting. Is er voldoende gemeten of is er te weinig of teveel gemeten?
 - d. Ondanks dat er een toestemmingsverklaring is getekend voorafgaande aan de start van het behandeltraject, zijn er complicaties opgetreden bij de patiënten die de behandeling gevolgd hebben? Zo ja, hoe kunnen deze in de toekomst voorkomen worden en welke gevolgen heeft dit voor het huidige onderzoek?
 - e. Zijn de metingen volgens gestandaardiseerde protocollen uitgevoerd? Zo nee, wat is er gebeurd en wat heeft dit voor gevolg voor het huidige onderzoek? Daarnaast: is de data volledig (missing values of ontbrekende vragenlijsten)?
 - f. Is de data op een correcte manier ingevoerd in SPSS en zijn de juiste analyses uitgevoerd a.d.h.v. de onderzoeksvraag? Zo nee, welke gevolgen heeft dit voor de resultaten en conclusies?
 - g. Is het onderzoeksrapport middels de richtlijnen van een onderzoeksrapport correct opgesteld en beschreven? Zo nee, welke gevolgen heeft dit voor het verloop van het rapport/onderzoek en de uiteindelijke resultaten en conclusies?