



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis

Horusta Freije, Bernadette Dietz en Martin Appelo*

Samenvatting

De Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis (VERS) is een educatieve en cognitief-gedragstherapeutische groepstraining voor mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek. Het doel van de training is een beter begrip van en meer controle over de eigen klachten. Uit zowel subjectieve rapportage als een effectmeting gericht op psychische klachten blijkt dat de VERS een veelbelovende training is. Wel is er een vrij hoog drop-outpercentage dat mogelijk gerelateerd is aan de groepsgrootte en de manier waarop met 'dreigend afhaken' en registratie- en huiswerkopdrachten wordt omgegaan. Gecontroleerd onderzoek zal moeten uitwijzen in hoeverre de VERS echt iets toevoegt aan de kwaliteit van leven.

Inleiding

Uit het *Dth*-themanummer 'persoonlijkheidsstoornissen' (Korrelboom & Lange, 2000) blijkt dat men het er nog lang niet over eens is of deze stoornissen wel echt bestaan. De voorstanders van 'as-II' zijn het er vervolgens weer niet over eens wat een persoonlijkheidsstoornis precies is. Ook valt op dat nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek.

Waar weinig consensus is, passen een breed theoretisch verklaringsmodel en een multidisciplinaire behandeling. Zo ook bij de borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS). Niemand spreekt tegen dat het bij het ontstaan en beloop van deze stoornis om een combinatie van biologische, psychologische en sociale factoren gaat. En iedereen lijkt het erover eens dat zowel medicamenteus, psychotherapeutisch als systemisch moet worden ingegrepen. Gebaseerd op deze holistische benadering wordt de BPS wel opgevat als een emotionele regulatiestoornis, die ontstaat uit een combinatie van een aangeboren zwakte van het emotionele regelsysteem en een invaliderende, door verwaarlozing en aantasting van de autonomie gekenmerkte omgeving tijdens de jeugd (Linehan, 1987; 1993). Iemand met een biologisch bepaalde verhoogde gevoeligheid voor emotionele stimuli zal heftiger en langer op stressoren reageren dan iemand met een 'normale' gevoeligheid. De *arousal* keert vertraagd terug naar het basisniveau.

* Horusta Freije werkt bij GGZ Groningen, is psycholoog, psychotherapeut en teamleider bij het CGG Delfzijl. Correspondentieadres: GGZ Groningen, afdeling RinG, Postbus 86, 9700 AB Groningen.
DRS. B. DIETZ werkte in het kader van haar afstudeerscriptie klinische psychologie aan dit onderzoek mee.
DR. M. APPELO is hoofd onderzoek van GGZ Groningen.
Bernadette Dietz werkt bij GGZ Groningen en werkte in het kader van haar afstudeerscriptie klinische psychologie aan dit onderzoek mee.
Martin Appelo werkt is hoofd onderzoek van GGZ Groningen.

Karakteristiek voor een emotionele regulatiestoornis is dat gemiddeld genomen de tijd tussen twee stressoren onvoldoende is om de verhoogde activatie te laten dalen. De patiënt krijgt dus een nieuwe stressor te verwerken terwijl de effecten van de vorige nog niet zijn uitgewerkt. Hierdoor ontstaat een chronische toestand van verhoogde emotionele activatie die met regelmaat tot explosies leidt. Deze gaan gepaard met heftige, extreme gedragingen die door de omgeving als schadelijk en pathologisch worden beoordeeld, maar voor de patiënt in eerste instantie vaak opluchting geven. Dit zijn de instabiliteit en de impulsiviteit die fenomenologisch zo typerend zijn voor de BPS (APA, 1995).

Uit de populariteit van Linehan en de relatieve successen die zij met haar Dialectische gedragstherapie boekt (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993) kan worden afgeleid dat de vergelijking tussen BPS en een emotionele regulatiestoornis het goed doet. De theorie neemt afstand van de schuldvraag en benadrukt het hier en nu hanteren van psychische kwetsbaarheid. In die zin past het goed bij de eveneens populaire opvatting van Dawson en MacMillan (1993). Zij stellen dat patiënten met een BPS ondanks alle negatieve indrukken die zij maken, gezien en behandeld moeten worden als competente volwassenen die zelf de regie over hun leven kunnen nemen. Het gezonde deel dat de kwetsbaarheid kan hanteren moet worden aangesproken en versterkt. Kennis over kwetsbaarheid is een belangrijke voorwaarde om het te hanteren. Bovendien schrijft de moderne regelgeving voor dat patiënten recht hebben op goede informatie over de stoornis waaraan zij lijden:

‘Een behandeling waarbij aan de patiënt geen informatie is geboden over de aandoening, de vooruitzichten op korte en langere termijn en de behandelingsmogelijkheden is een onvoldoende behandeling. Voorlichting behoort een vast onderdeel te zijn van het behandelingsplan’ (NVvP, 1999).

Naast technieken om de kwetsbaarheid te hanteren, wordt daarom in de behandeling van mensen met een BPS steeds meer aandacht geschonken aan voorlichting of psycho-educatie (zie bijvoorbeeld Van Meekeren, De Jong & Menken, 1998).

De Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis (VERS) is een Nederlandse vertaling van het behandelprotocol voor patiënten met een BPS zoals opgesteld door Bartels, Crottie en Blum (1997). De training is gebaseerd op de bio-psychosociale theorie van Linehan en combineert psycho-educatie over emotionele regulatieproblematiek met het ontwikkelen van cognitief-gedragstherapeutische copingstrategieën. Ook het systeem van cliënten wordt actief bij de training betrokken. In dit artikel wordt de VERS geïntroduceerd en geïllustreerd. Tevens wordt het resultaat van een eerste pilotstudy besproken.

DE VERS

De VERS is een groepstraining voor maximaal twaalf patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de criteria van de DSM-IV (APA, 1995) en bestaat uit drie fasen: psycho-educatie, hanteren van emoties en hanteren van gedrag. De training wordt ambulante of klinisch gegeven door twee behandelaren waarvan er

minimaal één klinisch psycholoog/psychotherapeut is. In totaal zijn er zeventien bijeenkomsten van tweeënhalf uur. Tussen de bijeenkomsten worden opdrachten gegeven om in de praktijk te oefenen met de besproken vaardigheden. In tabel 1 worden de fasen en de bijeenkomsten kort getypeerd.

Tabel 1 Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis.

Fase	Aantal sessies	Inhoud
1	2	– kennismaking; – <i>psycho-educatie</i> : BPS als emotionele regulatiestoornis; – <i>psycho-educatie</i> : cognitieve schema's.
2	9	– <i>hanteren van emoties</i> 1. observeren; afstand nemen, voorkomen van identificatie met een situatie; 2. beschrijven en benoemen van emoties; 3. uitdagen; ontwikkelen van gezonde denkschema's; 4. geruststellen.
3	7	<i>hanteren van gedrag</i> A. hanteren van crisis: 1. gebruik van de emotionele intensiteitsschaal; 2. vermijden van zelfbeschadiging; 3. ademhalings- en ontspanningstechnieken; 4. geruststellende bezigheden; 5. afleidende activiteiten; 6. contact zoeken met lid steungroep. B. Regelmatig leven: 7. intermenselijke relaties; 8. gezonde voeding; 9. gezond slapen; 10. sporten; 11. lichamelijke gezondheid; 12. ontspanning en vrije tijd; 13. financiën; 14. medicatie.

an = anorexia nervosa met eetbuien; bn = boulimia nervosa; bed = binge-eating disorder (eetbuistoornis)

De training begint met psycho-educatie over de BPS als emotionele regulatiestoornis. Er wordt naar gestreefd de deelnemers te laten beseffen dat hun klachten gerelateerd zijn aan blijvende kwetsbaarheid die niet kan worden genezen en waar ze mee moeten leven. Om aan te geven dat dit mogelijk is, wordt de vergelijking gemaakt met een somatische ziekte als suikerziekte. Ook hierbij gaat het om een verstoord regelmechanisme dat men, met de nodige inspanning, kan bijsturen.

Wanneer de deelnemers de uitgangspunten kennen, volgt de tweede fase: het cognitief hanteren van emoties. Doel van deze fase is dat patiënten zich niet laten overrompelen en meeslepen door emotionele impulsen, maar dat ze erbij stilstaan en de impact ervan nuanceren. Hiertoe gebruikt men technieken uit de cognitieve-gedragstherapie, waarbij

het herkennen van disfunctionele schema's en het ontwikkelen en versterken van functionele schema's de rode draad vormt. Bij 'observeren' gaat het om het zo feitelijk mogelijk (door een camera) bekijken en beschrijven van een situatie. 'Beschrijven en benoemen van emoties' is gericht op het doorbreken van de zwart-witte kijk die mensen met een BPS vaak hebben. Er wordt een genuanceerde formulering gekozen voor de emotie die bij de situatie past. Vervolgens worden de eveneens vaak extreme interpretaties ('negatieve absolutismen') van de situatie 'uitgedaagd'. Daarbij ligt de nadruk op neutrale of positieve alternatieve gedachten (het bekrachtigen van gezonde schema's) en op het 'jezelf geruststellen'. Bij het uitdagen en herformuleren functioneert de groep als generator van functionele alternatieven.

In de derde fase staan gedrag en vaardigheden voor het oplossen van problemen centraal. De vaardigheden hebben tot doel een crisis te hanteren en een regelmatig dagelijks leven te leiden. Bij crisismanagement gaat het om veel toegepaste vaardigheden als regelmatig registreren van het spanningsniveau, ademhalings- en ontspanningsoefeningen en het ondernemen van geruststellende en afleidende activiteiten. Daarnaast is er aandacht voor minder gebruikelijke vaardigheden, zoals vermijden van zelfbeschadiging en contact zoeken met een lid van de steungroep.

'Vermijden van zelfbeschadiging' gebeurt vooral door de gedachten die aan zelfbeschadiging voorafgaan, uit te dagen en door plannen, uitvoeren en evalueren van alternatieve activiteiten.

Tijdens de training stelt iedere deelnemer een steungroep samen. Deze bestaat uit mensen in wie de deelnemer vertrouwen heeft, bijvoorbeeld familieleden, vrienden en hulpverleners (therapeuten die de deelnemer naast de VERS-trainers heeft). Hulpverleners houden in dat geval hun professionele rol. Ze zijn bijvoorbeeld alleen beschikbaar op tijden dat ze ook als behandelaar beschikbaar zijn. Verder zijn ze niet aanwezig tijdens bijeenkomsten bij de deelnemer thuis. Gedurende de training houdt de deelnemer de steungroepleden op de hoogte van hetgeen in de training aan de orde is gekomen. Niet alleen wordt zo de stof nog eens herhaald, bovendien wordt op deze manier gewerkt aan een beter begrip tussen de patiënt en de voor hem of haar belangrijke anderen. De steungroepleden wonen één of twee bijeenkomsten bij. Tijdens die bijeenkomsten gaat het vooral om psycho-educatie en het uitwisselen van ervaringen (lotgenootschap). Ook worden de leden regelmatig bij de opdrachten betrokken. Zo leert de deelnemer op een adequate manier hulp te vragen.

Bij vaardigheden die een regelmatig leven tot doel hebben, gaat het om psycho-educatie over en registratie van gezond eten, regelmatig slapen, sporten, lichamelijke gezondheid, vrijetijdsbesteding, financiën en medicatiegebruik. Verder maken de deelnemers goede voornemens met betrekking tot deze onderwerpen, proberen deze voornemens uit, en evalueren de resultaten. Bij intermenselijke relaties gaat het vooral om sociale vaardigheden en het oplossen van moeilijke sociale situaties met behulp van de cognitieve technieken uit de tweede fase. Tijdens deze fase stellen deelnemers een noodplan op dat bestaat uit geoefende vaardigheden die de patiënt goed bevallen. Dit plan kan worden toegepast zodra waarschuwingssignalen voor een crisis optreden. In het algemeen vormen afleidende activiteiten en ontspanningstechnieken de kern van een noodplan. Daarnaast passen alle technieken die bij de deelnemer tot spanningsreductie leiden in het plan. Zo wordt als onderdeel van het noodplan ook regelmatig gebruikgemaakt van positieve zelfspraak en contact zoeken met een lid van

de steungroep. Overeenkomstig het behandelmodel van Linehan heeft iedere deelnemer naast de groep een individuele (psycho)therapeut. Belangrijke voorwaarden voor deelname aan de VERS zijn dat de patiënt gemotiveerd is, in een groep kan functioneren, en een steungroep(je) kan samenstellen. Mist iemand drie bijeenkomsten, dan wordt hij of zij van verdere deelname uitgesloten. Het is dan wel mogelijk om opnieuw aan de training te beginnen.

Illustraties

Een successtory

Astrid (26 jaar) lijdt aan borderline problematiek. De belangrijkste klachten zijn: eetproblemen (boulimie), relationele en werkproblemen die tot arbeidsongeschiktheid hebben geleid, onverwerkte incest en problemen met intimiteit en autonomie. In het contact valt op dat ze bijzonder snel geprikkeld en meestal zeer kort van stof is. Op vragen zegt ze meestal niet veel meer dan 'ja' of 'nee' en haar mening over situaties en onderwerpen is bijzonder zwart-wit. Wanneer na ongeveer een jaar ambulante behandeling bij een gedragstherapeut de incestproblematiek aan de orde komt, raakt Astrid in een crisis. Ze dissocieert en automuteert veel. Men is bang dat ze een gevaar voor zichzelf vormt. Daarom wordt ze kortdurend opgenomen. Na de opname gaat ze door met de ambulante behandeling, aangevuld met de VERS. Ze is gemotiveerd voor deelname omdat ze een heropname wil leren voorkomen. Hoewel de deelname voor de therapeut, de andere groepsleden en voor Astrid zelf een behoorlijke inspanning is, heeft ze er veel baat bij. De psycho-educatie over emotionele regulatieproblematiek en schematisch denken geeft haar 'een verhaal' waardoor ze zichzelf beter begrijpt en onder woorden kan brengen. Het registreren van emoties draagt ertoe bij dat ze bepaalde patronen in haar stemming ontdekt. Deze blijken relatief onafhankelijk van gebeurtenissen in de omgeving te zijn. Astrid kan 'de schuld' van haar 'buien' daardoor minder goed bij anderen leggen en besluit om regelmatig medicatie te gaan gebruiken. Dit heeft een gunstig effect op haar stemming. Verder heeft ze veel baat bij het beschrijven en benoemen van emoties. Naast de psycho-educatie lijkt dit ertoe bij te dragen dat zij meer woorden gaat gebruiken om aan te geven wat ze vindt en voelt. Hierdoor nuanceren haar uitspraken en kan ze steeds meer gezonde gedragsalternatieven genereren.

Als steungroep kiest Astrid voor een gezin dat zij kent via de kerk en waarmee zij regelmatig contact heeft. Hoewel de gezinsleden 'altijd voor haar klaar staan', hebben zij toch ook vaak moeite met haar gedrag. Astrid bespreekt de bijeenkomsten wekelijks met de gezinsleden waardoor er duidelijk meer begrip voor haar komt. Dit heeft een gunstig effect op de onderlinge interactie.

Ten slotte blijkt het noodplan dat Astrid tijdens de VERS opstelt ook na de training goed bruikbaar. Zodra de spanning toeneemt, gaat ze wandelen. Tijdens het wandelen luistert ze met behulp van een walkman naar rustige muziek of maakt gebruik van zelfspraak ('Dit gaat weer over.'). Ze wandelt naar een favoriet bankje in een park en gaat daar zitten om ontspanningsoefeningen te doen. Helpt dit alles onvoldoende, dan belt zij met haar mobiele telefoon vanaf het bankje naar een steungroep lid en maakt een afspraak om langs te komen. Het steungroep lid hoeft niets te doen, maar blijft in de buurt totdat Astrid weer rustig is. Wanneer een crisis dreigt, is deze met behulp van dit plan relatief eenvoudig te voorkomen. Mede door deelname aan de VERS is Astrid in staat om tijdens de individuele therapie over haar incestverleden te praten. Ook is zij na een zelf aangevraagde herkeuring weer gedeeltelijk arbeidsgeschikt verklaard. Ze werkt nu parttime via een uitzendbureau.

Een mislukking

Karin (36 jaar) heeft vanaf haar negentiende de diagnose BPS. Als belangrijkste klacht geldt dat ze tot niets meer komt. Ze 'woont' al ongeveer zes jaar op de bank in de huiskamer. Naast depressieve klachten lijdt ze aan heftige stemmingswisselingen die onder meer gepaard gaan met automutilatie en suïcidepogingen. In haar voorgeschiedenis is sprake van een aan alcohol verslaafde vader, moeder die overleed toen Karin zestien jaar was, talloze familieruzies, enkele opnames in een psychiatrisch ziekenhuis en vele vroegtijdig afgebroken therapieën en trainingen. De echtgenoot van Karin heeft zijn werk opgegeven om het huishouden en de zorg voor hun vier kinderen over te nemen. Ook begeleidt hij Karin naar de polikliniek waar ze wekelijks een therapeutisch gesprek heeft. Pogingen van de echtgenoot en de therapeut om Karin in huis meer te activeren, lopen steeds op niets uit. Ondanks het feit dat ze al vele mislukte therapieën achter de rug heeft, voelt ze er wel voor om aan de VERS-training mee te doen. Ze heeft echter geen duidelijk werkdoel.

Het is opvallend hoe actief Karin meedoet. Ook maakt ze meestal een montere indruk. Toch blijven buiten de training de automutilatie en suïcidepogingen onverminderd doorgaan, evenals het passieve gedrag. Wanneer het verschil tussen haar gedrag thuis en tijdens de training wordt aangekaart, geeft ze aan 'het er niet over te willen hebben'. Mogelijk spelen er relationele problemen die tijdens de training niet aan de orde komen. In elk geval hebben de therapeuten de indruk dat het meedoen aan de training een ontsnapping biedt aan de thuissituatie.

Na de training blijkt alles bij het oude te zijn gebleven. Karin zit op de bank en regelmatig is er sprake van escalatie. Inmiddels heeft ze zich bij weer een andere instelling voor een nieuwe training aangemeld.

Pilotstudy

De VERS is in Nederland geïntroduceerd en vertaald door een werkgroep van medewerkers van GGZ Groningen en de Stichting Adhesie (voorheen Stichting GGZ Midden Overijssel). Binnen deze instellingen is de VERS getest op verschillende afdelingen voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij vroeg men de deelnemers om voor en na de training vragenlijsten in te vullen. Hierdoor werd niet alleen praktische ervaring opgedaan maar ontstond ook een indruk van de effectiviteit van deze training.

Verdeeld over acht groepen waren 85 patiënten bereid om vragenlijsten in te vullen in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Het ging vooral om vrouwelijke deelnemers (77/91 procent). De gemiddelde leeftijd was ongeveer 32 jaar (standaarddeviatie ongeveer acht jaar). Iets meer dan 90 procent van de deelnemers volgde naast de VERS een ambulante behandeling. De rest volgde dagbehandeling.

Om het effect te evalueren werd de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986) afgenomen. Dit is een veelgebruikte vragenlijst die een breed spectrum van klachten meet. De subschalen betreffen agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie, sensitiviteit, hostiliteit, en slaapproblemen. De totaalscore representeert het algehele niveau van psychisch lijden. Naast de SCL-90 werd een lijst afgenomen die het voor de BPS zo typerende probleem van 'instabiliteit in denken, voelen en handelen' meet. Deze lijst, de VERS-I, is oorspronkelijk een subschaal van

een lijst die samen met de VERS is ontwikkeld. Deze lijst is, na vertaling door de werkgroep, onderzocht op zijn psychometrische kwaliteiten. Alleen de 'instabiliteits-subschaal' bleek voldoende betrouwbaar en valide (Dietz, 2001).

Drop-out

Van de 85 deelnemers aan de pilotstudy maakten 56 de VERS af. Er was dus een vrij hoog drop-outpercentage van ruim 34 procent. Er werden diverse redenen opgegeven, zoals gebrekkige motivatie, gedwongen opname, geen tijd vanwege werk of andere activiteiten, de VERS bij nader inzien toch niet nodig hebben of de training juist te confronterend of te belastend vinden. Soms moest iemand stoppen omdat hij zich niet aan de voorwaarden hield of omdat er te veel conflicten waren met de andere groepsleden.

Met een *T*-toets voor onafhankelijke groepen werd bekeken of er voor de training een verschil was tussen de drop-outs ($n = 29$) en de patiënten die de VERS afmaakten ($n = 56$) met betrekking tot de subschalen van de SCL-90 en de VERS-I. De kans dat ten onrechte een verschil tussen de groepen wordt vastgesteld varieert tussen de 51 en 88 procent, met één uitzondering, op de SCL-depressie: 32 procent. Er kan dus van uit worden gegaan dat de drop-outs voor de training niet meer of minder klachten hadden en niet verschilden in instabiliteit.

Uit het gemiddelde drop-outpercentage per afdeling bleek dat er één afdeling was met een opvallend lager percentage (20 procent) dan de andere (gemiddeld 40 procent). Op deze afdeling werkte men met kleinere groepen (gemiddeld zes deelnemers) dan op de andere afdelingen (gemiddeld dertien deelnemers). Op deze afdeling hielden de therapeuten een uitgebreide intake en getroostten zij zich veel moeite om dreigende drop-out te voorkomen. Uitgangspunt hierbij was dat 'snel afhaken' inherent is aan BPS-problematiek en dat negeren hiervan tegenstrijdig is aan de therapeutische principes van de VERS. Bij dreigende drop-out onderzochten de therapeuten tijdens extra gesprekken bij welk cognitief schema het 'willen stoppen' hoort. Vervolgens zochten ze naar een schema waarin de cliënt wel zou willen doorgaan. Beide schema's werden gecontroleerd op hun functionaliteit (met welk schema bereik je meer van je doelen), waarna de cliënt werd uitgenodigd om nog eens na te denken over de neiging om te stoppen. Op de andere afdelingen ging men ervan uit dat deelname geheel vrijwillig is en moest blijven. 'Wie mee wil doen, doet mee. Wie wil stoppen, stopt.' Ten slotte bleek dat de therapeuten op de lage drop-outafdeling veel meer aandacht besteedden aan huiswerk- en registratieopdrachten. Deze werden na de bijeenkomst door de therapeuten nagekeken en van individuele, schriftelijke feedback voorzien. Deze feedback werd de volgende bijeenkomst uitgereikt. In de andere groepen gaven therapeuten geen extra aandacht aan het huiswerk. Deelnemers kregen tijdens de bijeenkomsten om beurten de gelegenheid om de resultaten te bespreken en kwamen dus lang niet altijd elke bijeenkomst aan de beurt.

Resultaten

In het algemeen vinden deelnemers de VERS leerzaam. Ze rapporteren dat ze meer zicht op hun problematiek krijgen en duidelijke handvatten om deze te hanteren. Het

meest positief werd gereageerd op het leren onderscheiden van cognitieve schema's en op het houvast dat de training biedt. Typerende uitspraken zijn: 'Ik begrijp mijn stemmingswisselingen beter', 'Het beestje heeft nu een naam', 'Ik weet dat ik niet de enige ben' en 'Ik kan er nu over praten en denken, in plaats dat ik erin verdrink.'

Huiswerk- en registratieopdrachten werden in ongeveer tachtig procent van de gevallen uitgevoerd. Ook begonnen de meeste deelnemers enthousiast aan het uitvoeren van goede voornemens met betrekking tot gezonde vaardigheden en gingen daar tijdens de VERS mee door. Maar zonder goede overdracht naar de individuele therapeut is de kans op uitdoving van deze activiteiten na de training groot. Hetzelfde geldt voor de uitvoering van het noodplan.

Belangrijkste kritiek was dat onvoldoende tijd was besteed aan de cognitieve vaardigheden. Opvallend was dat deze kritiek veel minder voorkwam in de groep waar de deelnemers per bijeenkomst schriftelijke feedback over het gemaakte huiswerk kregen.

Na afloop van de training bleek na tweezijdige toetsing met *T*-testen voor afhankelijke groepen dat de deelnemers significant verbeterd op alle subschalen van de SCL-90 en op de VERS-I. De grootste verbeteringen waren te zien bij angstklachten (*T*-waarde 4,79), insufficiëntie (*T*-waarde 4,74), psychisch lijden in het algemeen (de totaalscore van de SCL-90; *T*-waarde 4,69) en depressieve klachten (*T*-waarde 4,23). In vergelijking met de normen voor ambulante behandelde vrouwen met psychische klachten was de totaalscore van de SCL-90 voor de training bovengemiddeld ($M = 244$) en er na beneden gemiddeld ($M = 207$). Na de VERS zijn de deelnemers er in psychische zin dus zeker beter aan toe.

Beschouwing

De VERS geeft patiënten met een BPS mogelijkheden hun emotionele regulatieproblematiek te hanteren. De centrale elementen zijn psycho-educatie, vroegtijdig signaleren van dreigende decompensatie en toepassen van cognitieve en gedragsvaardigheden om uit de hand lopen van problemen te voorkomen of een crisis te doorstaan. Een duidelijke diagnose en een hulpvraag die aansluit bij hetgeen de VERS biedt, lijken van belang voor het optimaal profiteren van de training. Uit de beschreven casussen blijkt bijvoorbeeld dat Astrid een duidelijke hulpvraag heeft. Ze wil meer zelfcontrole om een heropname te voorkomen. Deze vraag sluit goed aan bij het aanbod van de VERS. Karin daarentegen heeft geen duidelijke hulpvraag. Ze lijkt vooral niet thuis te willen zijn. Dit zet ook vraagtekens bij de diagnose.

Patiënten ervaren deelname aan de VERS over het algemeen als positief. Het geeft ze letterlijk en figuurlijk meer houvast. Uit de effectmeting blijkt dat deelnemers die de training afmaken, naderhand minder psychische klachten hebben en stabiel zijn. Minder opbeurend is het hoge drop-outpercentage. Een op de drie deelnemers is niet in staat of gemotiveerd om de training af te maken. Mogelijk spelen hierbij de groepsgrootte en de manier waarop therapeuten omgaan met 'dreigend afhaken' en huiswerk- en registratieopdrachten een rol. Op de afdeling met de minste drop-out werkte men met relatief kleine groepen. De therapeuten gaven de deelnemers per sessie schriftelijke feedback op de gemaakte opdrachten en organiseerden extra

motiverende gesprekken met deelnemers die niet langer mee wilden doen. Recent verscheen een studie die pleit voor deze werkwijze. Hooley en Hoffmann (1999) toonden namelijk aan dat patiënten met BPS positief reageren op een hoge positieve *expressed emotion*. Als belangrijke anderen veel positieve betrokkenheid tonen, gaat dit samen met minder escalaties en meer therapietrouw.

Om meer zekerheid te krijgen over het effect van de VERS is een gecontroleerde studie nodig waarbij de training bij de helft van de patiënten wel, en bij de andere helft niet aan de reguliere behandeling wordt toegevoegd. Ook zal dan aan meer variabelen aandacht moeten worden geschonken dan aan klachten. Perkins (2001) wijst in dit kader erop dat klachtreductie lang niet altijd samengaat met een verbetering van de kwaliteit van leven. Daarom dient volgens haar ook aandacht te worden geschonken aan zaken als zelfwaardering, maatschappelijk functioneren en toekomstperspectief. Momenteel is een dergelijke studie in voorbereiding. In de loop van dit jaar zal er binnen GGZ Groningen en de Stichting Adhesie een begin mee worden gemaakt.

Abstract

The Borderline Personality Disorder Skill Training developed by Bartels, Crotty and Blum, includes psycho-education and cognitive behavioral therapeutic techniques. The training aims to contribute to the knowledge and symptom-control of patients with borderline personality disorder. This article introduces the Dutch version of this training. Also, results of a pilot study are presented. In general, participants positively appreciate this training and it seems to contribute to significant symptom reduction. The relatively high dropout rate raises questions with regard to group-size and therapeutic attitude towards homework assignments and possible preliminary termination of treatment.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1995). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders: Fourth edition*. Washington DC: APA
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bartels, N., Crotty, M., & Blum, N. (1997). *The Borderline Personality Disorder Skill Training Manual*. Iowa: University of Iowa.
- Dawson, D., & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient: from understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel Inc.
- Dietz, B. (2001). *Vaardigheidstraining Emotionele Regulatie Stoornis (VERS): pilotstudie*. Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische Psychologie.
- Hooley, J.H. & Hoffmann, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Korrelboom, K. & Lange, A. (red.) (2000). Themanummer 'persoonlijkheidsstoornissen'. *Directieve Therapie*, 3, 20.
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapie: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, 1, 328-333.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral therapie of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Meekeren, E. van, Jong, H. de, & Menken, S. (1998). Voorlichting in het behandelplan van patiënten met een ernstige borderlinestoornis. *MGv*, 5, 502-512.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1999). *Richtlijn voorlichting patiënten geestelijke gezondheidszorg*. Amsterdam: Boom.
- Perkins, R. (2001). What constitutes success? *British Journal of Psychiatry*, 179, 9-10.