

Locked up in Freedom:

A pilot study of Dialectical Behavioral Therapy for women with a borderline personality disorder and quality of life within an inpatient forensic setting.

R. Omer, Bsc. and A.J.F. Pol, Bsc.

First Corrector: Dr. M.J. Bakker

Forensic clinic Inforsa Longterm Intensive Care

Students at Utrecht University

Faculty of Social Sciences

July 2013

ABSTRACT

Current research studied the effects of a pilot of the Dialectical Behavioral Therapy (DBT; Linehan, 1993) and quality of life of women in Inforsa Clinic. This research study was divided into two parts.

Study 1 was a descriptive and qualitative study, in which the characteristics of the patients were described and the effects of DBT on aggressive- and self-destructive behavior, self-esteem, locus of control, quality of life and coping were examined. Participants were females patients (N = 6) with severe borderline personality disorder, who were hospitalized at a forensic psychiatric institution, Inforsa. We implemented a short version of DBT over a three-month period. In addition we administered six questionnaires measuring borderline symptoms at the beginning and end of the treatment. Results of Study 1 indicate that the patients experience severe borderline symptoms. It also points to an interesting pattern in self-destructive and aggressive behaviors over a three-month period: with a high peak during the holidays. However, we did not find any changes in symptoms. Nevertheless, evaluation interviews concerning the therapy and research led to the following conclusions: Patients (n =3), their personal case managers and therapists were positive about the DBT pilot and all were in favor of continuing with the full version of the therapy. This study shows that DBT can be effective (qualitatively) even for patients with severe borderline personality disorder. Thus this study demonstrates that we might be able to help patients who are currently considered untreatable.

Study 2 was a correlational study, in which we examined the relationship between quality of life, suicidal behavior, locus of control and self-esteem. Study 2 consisted of all of the female patients (N=10) within the forensic clinic Inforsa, who were cognitively able to fill in questionnaires. Four questionnaires were administered, measuring quality of life, suicidal cognitions, locus of control and self-esteem. We found no relation between quality of life and locus of control, nor between locus of control and suicidal cognitions. Nevertheless, results indicated a promising interrelationship between quality of life, suicidal behavior and self-esteem. Quality of life had a positive relationship

Masterthesis Utrecht University in collaboration with Forensic Clinic Inforsa component part of Arkin

with self-esteem and both had a negative relationship with suicidal behavior. This implies that quality of life may be improved and suicidal cognitions reduced if treatment focuses on self-esteem.

Words in advance

Doing this research was a whole new experience, in which I have learned much about being hospitalized at a forensic clinic and the quality of life the patients have. Besides that, it gave so much insight in to my own abilities as a student, researcher and psychologist. Working with clients was inspiring, and I sincerely hope that the therapy will be implemented in its full form for the benefits of all patients and staff members involved.

I would like to thank our patients at the clinic for their participation, their willingness and their openness in this study. It was definitely not easy on them, and I would like to praise them for all that they gave to make this research possible. Second I would like to thank the staff of Inforsa for their cooperation and support. And most of all I would like to thank the therapists, who stood by our sides and made it possible for us to do our work as optimal as possible.

Contents

- 1. Introduction 4**
- 2. Methods 7**
- 3. Results 13**
- 4. Discussion 24**
- 5. References 30**
- 6. Appendix A 32**
- 7. Appendix B 44**
- 8. Appendix C 50**
- 9. Appendix D 62**
- 10. Appendix E 67**
- 11. Appendix F 74**

Introduction

Borderline personality disorder (BPD) is a disorder with many faces. Looking only at the diagnostic criteria (DSM-IV-TR), you can find 151 different types of this disorder (Leichsenring, F., Leibing, New, & Leweke, 2011). Although BPD is heterogeneous, a problem with emotion regulation is a core feature. It has been suggested that emotion dysregulation results in most of the other difficulties and symptoms patients are having (Harned, Banawan & Lynch, 2006). Other characteristic features are a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, impulsivity and identity disturbance (Leichsenring et al., 2011).

One of the biggest concerns surrounding BPD is the suicidal behavior and self-injurious behavior patients frequently engage in (Harned, Banawan & Lynch, 2006). Among patients with BPD, 69% to 80% show suicidal behavior (Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007). Patients' self-injurious and suicidal behaviors are thought of as a way to cope with extreme emotional experiences (van Goethem, Mulders, Muris, Arntz & Egger, 2012; Harned, Banawan & Lynch, 2006). Higher rates of suicidal behavior are associated with more difficulties with relationships, higher rejection sensitivity, less distinction between self and others and more severe forms of the disorder (Whipple & Fowler, 2011). Moreover, suicidal behaviors make it very difficult to treat patients with borderline personality disorder (Paris, 2005; Harned, Banawan & Lynch, 2006) due to the possibility of death. Despite the high use of medical care (Bink et al., 2006 in Clarkin et al., 2007), patients with BPD have high rates of treatment failure (Loranger, 1999 in Clarkin et al., 2007).

Dialectical behavior therapy (DBT; Linehan, 1993a) is currently the most frequently investigated intervention for borderline personality disorder. DBT was developed by Marsha Linehan to address the needs of chronically suicidal and parasuicidal females diagnosed with BPD (Berzins & Trestman, 2004). DBT is a cognitive behavioral treatment that combines the basic strategies of behavior therapy with eastern mindfulness practices (Linehan, 1996). The fundamental dialectic involves a balance between validation and acceptance of individuals as they are, within the context of simultaneously helping them to change (Linehan, 1996; Berzins & Trestman, 2004). A central component of DBT involves targeting the four problem areas of BPD by teaching corresponding behavioral skills modules. These modules are designed to increase adaptive behaviors and cognitions while simultaneously decreasing maladaptive behaviors and cognitions. The four skills modules include: (1) mindfulness skills, (2) interpersonal effectiveness skills, (3) emotion regulation skills and (4) distress tolerance skills. Mindfulness involves attention to the present moment and targets self-regulation and identity confusion by emphasizing self-awareness. Interpersonal effectiveness teaches assertiveness and other interpersonal skills to help deal with conflict situations and to get what one wants or needs in a manner that maintains self-respect as well as others' liking and/or respect. Emotion regulation teaches patients how to identify and d

describe emotion, how to reduce vulnerability to negative emotions and how to increase positive emotions. Distress tolerance skills focus on using strategies to tolerate distress and preventing impulsive and self-destructive behaviors (Linehan, 1996; Berzins and Trestman, 2004). Another core principle in DBT is the consultation-to-the-patient principle. This principle states that the patient is seen as responsible individual who is capable of change. Accordingly the therapist acts as coach and consultant and does not accept any power over the patient, nor does she intervene. This differentiates DBT from other treatment methods in which a therapist often intervenes when a patient fails to obtain his/her goals.

Moreover, DBT seems to be superior to regular treatment (Verheul et al., 2003; Linehan et al., 2006; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink, 2005) and dynamic supportive therapy (Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007) in preventing suicide attempts and reducing psychiatric care for suicide ideation. DBT reduces ineffective action tendencies linked with dysregulated emotions (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006). It helps the patient to engage in functional, life-enhancing behavior even when intense emotions are experienced (Lynch et al., 2006). Van den Bosch and colleagues (2005) studied the sustained efficacy of DBT for BPD. Six months after treatment discontinuation, the benefits of DBT over treatment as usual in terms of lower impulsive and self-mutilating behavior are obtained. Recent research has focused on developing a three-month clinical version of DBT. Bohus and colleagues (2000) developed a three-month inpatient treatment program prior to long-term outpatient therapy. They found significant improvements in depression, dissociation, anxiety and global stress. In addition, Van den Bosch, Sinnaeve and Nijs (2013) implemented a pilot version of a three-month inpatient DBT program in the Netherlands. They found a significant decrease in problems on an interpersonal level. Although both studies were prospective, their findings are promising, as they offer a short-version of DBT.

Unfortunately, the effects of DBT have hardly been studied in a forensic setting. In forensic psychiatry, prevention of criminal recidivism is the main focus of treatment instead of the core problems of borderline (e.g. parasuicidal and self-destructive behavior; Berzins & Trestman, 2004). On the contrary, DBT focuses on preventing self-destructive behavior and has been primarily used within an outpatient context (Berzins & Trestman, 2004; van den Bosch, Hysaj & Jacobs, 2012). However, over the past decade there has been a proliferation of adaptations of DBT to other populations (McCann, Ball & Ivanoff, Ball & Ivanoff, 2000). McCann, Ball & Ivanoff (2000) contend that several factors argue for the use of DBT in a forensic inpatient setting. The first argument is the high incidence of personality disorder diagnoses within this population. The second argument is that DBT is a comprehensive cognitive behavioral treatment that is highly structured with a clear behavioral hierarchy (McCann, Ball & Ivanoff, 2000), particularly during the initial stage of treatment when the individual is lacking in behavioral control and consequently engaging in dysfunctional and life-threatening behaviors (Berzins & Trestman, 2004). Van den Bosch, Hysaj and Jacobs (2012) implemented outpatient DBT in a forensic setting. Data were collected from a group of forensic BPD patients and were compared with corresponding data

a from a group of non-forensic BPD patients. The data indicated that it is possible to provide DBT in a forensic setting because patients are not dissimilar. Van den Bosch and colleagues (2012) concluded that outpatient DBT for forensic BPD patients is feasible even in forensic BPD patients with co-morbid personality disorders. However, the effect of DBT in a forensic setting is still scarce.

In the current study a pilot of DBT will be implemented within a forensic psychiatric clinic over a three-month-period. The focus of the study will be on the effects of this three-month pilot and the subjective view of the patients, their personal case managers and the therapists of DBT.

A suicidal ideation is not only a severe problem for BPD patients, but also in many other patients, amongst those in a forensic settings (McCann, Ball & Ivanoff, 2000). Suicidal ideation involves a wide range of expressions, from the wish to die to having worked out a detailed plan to commit suicide. It is associated and influenced by several factors, amongst others self-esteem (Bhar, Ghahramanlou-Holloway, Brown & Beck, 2008), locus of control (Malfent, Wondrak, Kapusta & Sonneck, 2009) and quality of life (Haller & Milles, 2009). Studies have shown a negative relationship between suicide ideation and self-esteem (Bhar et al., 2008). Similarly, an internal locus of control, the confidence in having capabilities and the belief to control certain situations with these capabilities, has a negative relationship with suicidal ideation (Malfent et al., 2009). Further, Sadaat and colleagues (2011) found that an internal locus of control has a positive relationship to self-esteem. However, the relation of suicidal ideation and self-esteem and/or locus of control has not been studied in BPD. One would expect similar findings, since self-esteem, locus of control and suicidal ideation are by themselves important characteristics of BPD (Roepke et al., 2011). Further, little research has focused on the relationship between quality of life and suicidal ideation. Quality of life is defined as a subjective matter, reflected in a sense of global well-being. It is freedom of action, a sense of purpose, achievement in one's work or family life, self-esteem, integrity and the fulfillment of some fundamental aspects of biological and psychological function in relation to activities of daily living and the maintenance of health (Nieuwenhuizen, Schene & Koeter, 2002). Haller and Miles (2003) found that the quality of life of psychiatric patients was related to suicidal behavior. However, again this was never studied specifically for BPD. The current study focuses on the relationship between suicidal cognitions, self-esteem, quality of life and locus of control in female patients in an inpatient forensic setting. The purpose is to examine whether there is a relation between suicidal cognitions, self-esteem, locus of control and quality of life for both BPD and non-BPD patients.

Methods

Goals

STUDY 1

A first goal of the current pilot study is to describe some severe cases of BPD patients in a forensic setting (who are treated involuntarily). We intent to index clinical characteristics by examining their case reports and to measure clinical symptoms by administering questionnaires. The clinical symptoms we intend to measure are BPD symptoms, coping, emotion regulation and locus of control, self-esteem, quality of life, suicidal cognition, depression and general psychiatric symptoms. A second goal is to investigate whether DBT seems effective in these patients. Principally we want to know whether the pilot treatment, a shortened form (3 months) of DBT, reduces their self-destructive behavior and cognition and whether it improves their quality of life. Third, we would like to know how the included patients, the therapists and personal case-managers experience the DBT, taking into account patients' elaborate psychiatric history and the fact that they are held and treated involuntarily.

STUDY 2

We aim to investigate the relationship between quality of life and self-destructive behavior, self-esteem and locus of control. We operationalize self-destructive behavior as suicidal cognitions (Suicide Cognition Scale). We hypothesize an inverse relation: a higher score on the Suicide Cognition Scale (SCS) is related to a lower score on the World Health Organization Quality of Life scale (WHOQoL). Second, we want to examine the relationship between locus of control and self-destructive behavior (suicidal cognitions). We expect that a low amount of control over feelings and behavior (a lower score on the Multidimensional emotion regulation and locus of control, MERLC) is related to a higher score on suicidal cognitions (SCS). Finally, we aim to examine the relationship between self-esteem and self-destructive behavior. We expect that a lower score on the Self Esteem Rating Scale (SERS) is related to a higher score on the Suicide cognition scale (SCS).

Participants

STUDY 1

Participants were six female BPD patients between the ages of 23 and 41 ($M = 28.8$, $SD = 6.8$). All were involuntary inpatients of a closed forensic psychiatric clinic (Inforsa, Amsterdam). One patient stayed at the forensic psychiatric department as the result of a crime (setting fire). The other five were hospitalized by a court order: they were involuntarily treated because their behavior was considered dangerous for themselves or their environment. The intensity of the destructive behavior was comparably hi

gh in the six patients: on an almost daily basis they harmed themselves severely or seriously threatened or assaulted others. For this reason they were considered candidates for the DBT pilot. Inclusion criteria were: suffering from a BPD as a principal diagnosis, engaging in suicidal and severe self-destructive behavior (i.e. a severe incident reported as such at least once a week), being female and having been hospitalized for at least six times in their lives. Exclusion criteria were: IQ under 80 and schizophrenia or other psychotic disorders that disable cognitive comprehension of the DBT material. All patients were willing to take part in the DBT treatment on a voluntary basis. No other patients were considered candidates for the DBT pilot (mainly because their self-destructive behavior was less severe and the group would become too heterogeneous). In the following table (Table 1) some basic characteristics of the six patients are shown. Two of the patients have a comorbid mood disorder (depression and bipolar II disorder), three a comorbid behavioral disorder (two of which not otherwise specified and one had oppositional defiant disorder) and one patient has a dissociative identity disorder. Patients also have co-morbid axis II disorders: one patient has features of a narcissistic and dependent personality disorder, one patient has features of a dependent, narcissistic, histrionic and anti-social personality disorder, another patient has features of a dependent, narcissistic and anti-social personality disorder and a fourth patient has a co-morbid anti-social personality disorder. The patients differed in their previous amount of psychological treatments. For example, one patient had never received cognitive-behavioral therapy while another one had received DBT before which she dropped-out of because at that point she did not experience the benefits of the therapy.

Table 1

Clinical features of the patients within the DBT study (Study 1).

	N	M	SD
Gender			
Female	6		
Education			
Primary school	5		
High school and further	2		
Age		28.8	6.8
Co-morbid axis II characteristics		.83	.40
Cluster A	-		
Cluster B	4		
Cluster C	3		
Life-time axis I disorders		1.17	.75
Mood disorders	2		
Behavioral disorders	3		
Dissociative disorders	1		
Drug/Alcohol abuse/Dependence	2		
Frequency Hospitalisations (life time)		8.83	2.32

STUDY 2

In addition to the six patients described above four other female patients were included in the second study. We sought to include female patients with an equally severe psychiatric history (six or more hospitalizations) who did not principally suffer from self-destructive behavior or severe BPD. Four other female patients of the Inforsa Clinic met these criteria and agreed to participate. Despite several efforts to include more patients from other clinics, we were unable to increase the amount of patients. In most cases staff refused because they considered the patients too fragile to respond to the emotionally laden questions of the questionnaires. The diagnoses of the four additional patients, apart from the six DBT patients, were: two patients with schizophrenia, a patient with schizo-affective disorder and a patient with severe posttraumatic stress disorder. Two of these four patients also had a diagnosis of alcohol abuse. The patient with posttraumatic stress disorder, was first diagnosed with a severe depression (currently in remission). All ten patients in total were female patients at the forensic clinical setting Inforsa a

Note. All patients (N = 6) had a borderline personality disorder as a primary diagnosis and between 20 to 60 years of age (M = 35.0 SD = 13.9).

Design

STUDY 1

Because there are only six patients, this is a descriptive and qualitative study.

STUDY 2

This study has a correlational design because we are interested in the relation of several clinical variables.

Instruments

The Life Problems Inventory (LPI; developed by Rathus, Wagner & Miller, 2005) is a 60-item self-report questionnaire developed to evaluate the primary symptoms of borderline personality disorder based upon Linehan's (1993) conceptualization of the diagnostic criteria. The borderline personality disorder symptoms cluster around four areas, namely Confusion about self, Impulsivity, Emotional instability and Interpersonal chaos (Miller, Wyman, Huppert, Glassman & Rathus 2000). Answers can be given on a 5-pointscale. The LPI has a good internal consistency reliability and convergent validity (Muehlenkamp, Ertelt, Miller & Claes, 2011).

The Utrechtse Coping List (UCL; Schreurs & van de Willige, 1988) was used to measure coping. It consists of 47 items divided over seven subscales: Active approach, Confront, Palliative reaction, Avoidance, Seeking social support, Passive reaction pattern, Expression of emotions and Comforting t

thoughts. Answers can be given on a 4-point scale. The UCL has good validity, however the reliability seems to be inconsistent between groups (Schreurs & van de Willige, 1988). According to Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN, 1994) the UCL had satisfactory reliability and validity.

The Multidimensional Emotion Regulation Locus of Control (MERLC; developed by Naute & Plat, 2005; in Schuppert et al., 2009) was used to measure locus of control and emotion regulation (or deregulation). The MERLC measures how a person thinks and feels about events that have happened (Schuppert et al., 2009). The 18-item questionnaire has four subscales: Intern, Coincidence, Medication and Others. Each subscale consists of statements that can be answered on a 5-point scale. The statements say something about how a person feels about emotional outbursts how these can be resolved (Schuppert et al., 2009). The Multidimensional Emotion Regulation Locus of Control (MERLC) was developed by Nauta & Plat (2005) based on the Multidimensional Health Locus of Control (Wallston, 2005; Wallston, Wallston, & DeVellis, 1978; in Schuppert et al., 2009). There are no norms available.

The Self-Esteem Rating Scale short form (SERS) is a 20-items self-report questionnaire. It measures self-esteem and has a good reliability and validity according to van der Gaag et al. (2009; Lecompte, 2006 in Staring). Answers can be given on a 5-point scale (SERS; developed by Lecompte, 2006, Dutch translation by van der Gaag).

Quality of life was measured by using the World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF, Dutch version), this is a short version of the World Health Organization Quality of Life 100 (WHOQOL Group, 1998; in Schuurmans, 2011). This questionnaire proved to be a cross-cultural valid and reliable instrument to measure quality of life (Skevington, Lofty & O'Connell, 2004). According to COTAN (1997), the WHOQOL has satisfactory reliability, but unsatisfactory validity. The WHOQOL has 26 items, answers can be given on a 5-point scale. The 26 items reflect four areas: Physical, Psychological, Social and Environment.

The Suicide Cognition Scale (SCS) was used to measure suicidal thoughts, suicidal behavior and self-destructive behavior and is developed by Rudd (Rudd, 2004/2010; in Gibbs, 2010). This 18-item self-report questionnaire identifies suicidal cognitions relating to the primary themes of trait Hopelessness (unlovability; e.g., "The world would be better off without me") and Unbearability (e.g., "I can't stand this pain anymore") (Surís, Link-Malcolm & North, 2011). The statements can be answered on a 5-point scale. The SCS has good validity and reliability according to Rudd et al. (2010; in Gibbs, 2010).

The Overt Aggression Scale (OAS; Yudofski et al. 1986; in Hilbrand, 1995) was used to obtain a weekly objective rating of verbal and physical aggression of the patients during the three months of the DBT. The OAS contains four different dimensions: verbal aggression, destructiveness against objects, physical aggression against self and physical aggression against others. The first category, verbal aggression, contains shouting, screaming and swearing at another person. The second category, destructive behavior against objects, consists of behaviors like throwing, breaking or setting fire to objects (

Hilbrand, 1995). The third category, physical aggression against self, consists of two major types of behavior: self-destructive behavior and suicidal (and parasuicidal) behavior. Self-destructive behavior is defined as the deliberate commission of direct physical harm to one's own body without intent to die. In contrast, suicidal behavior is characterized by the (usually ambivalent) intent to die and by greater lethality (Yudofski, 1986; in Hilbrand, 1995). Finally the last category, physical aggression against others, is defined as hitting, kicking, spitting, scratching and biting others.

Besides the instruments described above, a patient interview designed for this study was used to index subjective changes that patients experienced and also to obtain their opinion on important aspects of the treatment. The interview contains open-ended questions but some were standardized by means of grading (0-10). In addition, interviews were designed for the DBT therapists and patients' personal case managers. For a summary of the interview questions see Table 2 (complete interviews are enclosed in appendix A).

Table 2

Interview questions for patients, therapists and personal case managers.

	Patients	Therapists	Personal Case Managers
1.	How did you experience the quality of the therapy? Grade your experience between 0-10 and explain why.	How was your experience with the therapy?	Did you notice any changes with patient X?
2.	What were the negative aspects of the therapy, according to you?	How did you experience giving the therapy?	Has patient X ever talked about skills she learned and uses?
3.	What skills helped you most? Grade their effect between 0-10 and explain why.	What are the positive points of the training?	In your opinion, did you stimulate her to attend each session?
4.	What skills do you still use?	What were, according to you, the biggest obstacles of the therapy as you gave it?	What do you personally think of the DBT?
5.	What do you currently do, when you feel the urge to hurt yourself? Is this different than before DBT?	What did you think about the patients' commitment to therapy?	The DBT will continue, with new therapists. Do you think patient X should continue with the therapy?
6.	What do you currently do when you start feeling aggressive? Is this reaction different than before DBT?	In your opinion, did you feel like you had any influence on the commitment of the patients?	Do you think that the content of the therapy should be better communicated with the different disciplines?
7.	Do you want to continue with the full-version of the therapy?	Did anything peculiar happen during the therapy?	
8.	How did you experience the individual part of the therapy? Grade this individual part between 0-10 and explain your grading.	How did you experience the individual sessions?	

9.	Did the individual sessions fit in with the group sessions according to you?	Did you think the individual sessions fit well with the group sessions?
10.	How did you experience the group sessions? Grade them between 0-10 and explain your grading.	A few questions per patient. If you had to grade patient X for her participation, commitment and behavior, what grade would you give her?
11.	What did you think of the therapists of the DBT? Grade them between 0-10 and explain why.	Did you perceive any change in X's behavior?
12.	How many sessions did you attend? When you skipped a session, what was the reason?	What are the biggest obstacles for patient X?
13.	What was the goal of the therapy according to you?	
14.	How did you experience this study? Grade it between 0-10 and explain your grading.	
15.	How did you experience filling in the questionnaires?	
16.	Was there something you would have done differently if you were in charge of the study?	

Procedure

STUDY 1

All patients signed an Informed Consent. It was made clear that participating in the study was not necessary to be able to take part in the DBT pilot treatment. Questionnaires were administered at two points in time: pre- and post-treatment. The six questionnaires (LPI, UCL, MERLC, SERS, WHOQOL, and SCS) were administered over a three-week period, spread out over two days to prevent overload.

After the pre-treatment measurement, a shortened and adjusted version of DBT was given to the patients. The following adjustments were made to the DBT program designed by Marsha Linehan (1991); 1. DBT took place within a three month period only. 2. DBT skills training and individual sessions were given by the same two therapists. 3. DBT skills training session lasted approximately an hour and a half. 4. The therapists were not formally trained to give DBT. However, they did receive weekly supervision (90 min) by a DBT trained therapist experienced with the current severe form of BPD. One therapist was a trained cognitive-behavioral therapist.

Clinical data was collected during the DBT pilot intervention by keeping a record of aggressive behavior (according to the OAS). Two researchers (R.O and A. P) analyzed morning briefings and patients' records and had weekly contact with patients' personal case managers. The latter was considered

ed necessary to check if patients' records were complete.

After the DBT finished, post-treatment questionnaires were administered. Five out of six patients filled in the post-treatment questionnaires. One patient could not fill in the post-treatment questionnaires due to imprisonment (drop out). Another patient filled in the questionnaires but had dropped because she stopped the DBT after 3 weeks. Finally, there was one patient who did attend both the group and the individual DBT sessions but who made it very clear she disagreed with the DBT approach (also she did not do the homework) and only attended the group sessions to be able to see an individual therapist weekly. Because of her anger directed at the DBT method the researchers were unsure whether to consider her drop out or not. At the end of the study adherence ratings (1-10) were given by the therapist to all 6 individual patients.

After filling in the questionnaires, appointments were made for an interview with the patients, their personal case managers and the therapists. The interviews with the patients took 20 minutes to 45 minutes depending on the patients' state. The second interview was with the patients' personal case manager. These interviews took approximately 15 minutes. The third interview took place with the two therapists who gave the DBT pilot (30 minutes). All interviews were recorded.

STUDY 2

To answer the questions of study 2 (correlational questions) we selected the variables and questionnaires we wanted to investigate: suicidal cognitions (SCS), quality of life (WHOQOL), self-esteem (SERS) and locus of control (MERLC). These four questionnaires were administered to the additional four patients. Questionnaires were administered within a three-week period.

Statistical analysis

To test our hypotheses, we used SPSS 17. To examine whether a relationship exists between quality of life and self-esteem, suicidal cognitions and emotion regulation, a Pearson correlation was conducted.

Results

STUDY 1

Question 1. Clinical description

The first research question was: what are the clinical features of the six patients with BPD? In Table 1 the basic clinical features are shown. As seen in this table, the patients have several co-morbid disorders and a high frequency of hospitalizations. These features will be described below for each individual patient.

The first patient who took part in the DBT was a 22-year-old woman who had a borderline personality disorder, a psychotic disorder not-otherwise-specified, PTSS and an eating disorder. She has been hospitalized almost continuously since she was eight years old as a result of her suicidal behavior. Her parents divorced when she was very young and her mother was not capable of taking care of her. According to the patient, she was molested by her stepmother. It was not until she was older, that she finished her education on working with children. She has lived in different psychiatric clinics, but never stayed for a long-time in any of these clinics due to the fluctuation in the severity of her problems. She often engaged in suicidal behavior, acting out behavior, self-destructive behavior, impulsivity and psychotic episodes. She hears voices and shows dissociative behaviors. Her behavior and the threat she posed to herself and her environment made hospitalization in a forensic psychiatric clinic, where she could stay for a few years, one of her only options. In November 2011 she was placed under jurisdiction of the law on the long-term intensive care department of Inforsa clinic. In 2012, the court prolonged her stay at Inforsa. The focus of her treatment was no longer her disorder but her abilities to learn to take responsibility for her own behavior: the goal was to teach the patient to take control over her own life through a highly structured and controlled environment. At the time of the study, her treatment at Inforsa was ending and she was being prepared for independent living. However, the clinic near her home, did not accept her as an outpatient because they estimated her suicide risk at 50%.

The second patient was a 27-year old woman with a borderline personality disorder and bipolar II disorder on axis-I. Both her parents were addicts, leading to different forms of abuse among which malnourishment. She has been hospitalized numerous times since 2007 for frequent suicidal attempts and suicidal behavior, self-destructive behavior, problems in regulating emotions, problems with interpersonal relations, negative thought patterns and somatic symptoms. She frequently engages in acting-out behavior. Previous hospitalizations ended due to her frequent suicidal and self-destructive behavior. She stated that these behaviors were caused by external stressors, for example other patients' behavior. The clinics felt they could not handle the severity of the problem. This has led to many short hospitalizations. Currently, she has been placed under jurisdiction of the law on the long-term intensive care department at the Inforsa clinic. The primary focus of her treatment at Inforsa is to teach her functional coping strategies.

The third patient was a 41-year old woman with a borderline personality disorder with antisocial features, a schizoaffective disorder, recurrent depressive episodes and a history of anorexia nervosa. She has serious behavioral problems, is aggressive towards others and herself and has a history of alcohol and drug abuse. She has been hospitalized numerous times since 1989 for anorexia, schizoaffective disorder, suicidal behavior, impulsivity, serious problems in controlling aggression and threatening of police officers. She comes from a restrictive family, her father was a dominant man and made all decisions for the family including her and her mother was submissive. She has a high intelligence but not a high level of insight into her illness. She has been labelled as autistic because of complaints of feeling alienated towards others and information processing difficulties but this diagnosis has been removed recently. She has however many interpersonal difficulties, especially with trusting others. After numerous aggressive and violent acts towards herself and her environment, including the police, she has been placed under jurisdiction of the law at the long-term intensive care department of the Inforsa clinic since 2011. The primary focus of her treatment at Inforsa is learning to regulate her aggression in a functional manner. She is very ambiguous in treatment and autonomy is very important to her.

The fourth patient is a 23-year old woman with a borderline personality disorder: she has serious problems in regulating her emotions, impulsivity and aggression. The patient has a symbiotic relationship with her mother, who also seems to have a borderline personality disorder. The patient has a history of abuse. The police and childcare placed her out of her mothers' care at a young age. She has been hospitalized and has had psychological treatment since she was 13. Hospitalizations were for numerous reasons: depression, automutilation, frequent suicidal behavior, panic attacks and anxiety, delusions, hallucinations, abuse and rehabilitation. She has made frequent suicide attempts including burning herself. She has been placed under jurisdiction of the law at the long-term care department of the Inforsa clinic since 2011: no other institution was able to give the patient the treatment she needed. However even at inforsa, this patient displayed frequent acts of self-destructive, aggressive and suicidal behavior. She was, eventually, considered a threat to herself and her environment among which the other patients at the clinic, after starting a fire: as a consequence she was imprisoned in January 2013.

The fifth patient was a 31-year-old woman. She was the only patient with a forensic title (tbs, detention during His Majesty's pleasure). She has had different hospitalizations since she was 16 years old. The patient comes from a very religious family. She has stated that her brothers have abused her when she was younger, but this has never been proven to be true or false,, leading to a difficult bond with her family members. Most of her hospitalizations were to stabilize her behavior through structure. She has received very little intensive psychological treatment during her hospitalizations. Next to a borderline personality disorder, she also has a psychotic disorder and is familiar with alcohol and drug abuse. The patient loses grip of reality during her psychosis. She is familiar with suicidal behavior, self-destructive behavior, impulsivity and acting-out behavior: for example frequent attempts to burn herself. She was placed at government disposal in 2011 after she set her own house on fire as a suicide attempt.

The sixth patient was a 27-year-old woman with a borderline personality disorder with antisocial features and dissociative identity disorder with a number of different identities. She has been abused and emotionally abandoned during her childhood. The patient has a brother with autism of whom she is very protective. She has been hospitalized nine times since she was 21 years old for acting-out behavior, suicidal behavior, self destructive behavior, impulsivity and dissociative identity disorder. She has black-outs and problems with controlling her impulses. She has many identities out of which a few are known to be present most often. She is well aware of these identities; she knows them and their characteristic. Her different identities play an important role in her impulsive behavior, especially her aggressive outbursts. She has been placed under jurisdiction of the law on the long-term intensive care department of Inforsa clinic since may 2011. The focus of her treatment has been her impulsiveness and black-outs. Her goal is to be able to live independent again. Appendix A contains clinical reports of each individual patient.

Table 3 shows scores on the administered questionnaires of all included patients (N = 6) at the beginning of the study and after three months. In accordance with our first research question (clinical description of the patients) we will describe the characteristics of the patients at the beginning of the study. The scores on the LPI are an indication of the severity of the borderline symptoms patients experience (Table 3). The BPD symptoms measured by the LPI are high, although well below the maximum (M= 202.67, min = 60, max = 300). Miller and colleagues (2000) administered the LPI to an outpatient group of adolescents with BPD (M= 54.86, SD= 51.36). Our sample scored higher on the LPI than the adolescent sample.

A second variable we looked at was the suicidal cognitions patients experience, the high scores on the SCS indicate a high amount of suicidal cognitions (M = 81.00, min=20, max=140).

Third we looked at self-esteem (SERS) a high score on the SERS is an indication of a high self-esteem. Patients scored high on the SERS (M= 81.00, min = 20, max = 100) which means they have a very low self esteem.

Fourth we looked at emotion regulation and locus of control (MERLC). A high score on the MERLC is an indication of an external locus of control, a low score is an indication of an internal locus of control. The entire group of patients scored high on the MERLC but well below the maximum (M= 68.00, min=18, max=108). The adherent patients also scored high on the MERLC, but well below the maximum (M= 66.00, min=14, max=108).

Fifth we looked at quality of life (WHOQoL). A high score on the WHOQoL is an indication of good quality of life and better health. The entire group of patients scored high on the questionnaire, but still well below the maximum (M= 75.67, min=26, max=130). The adherent patients also scored high, but well below the maximum (M=75.50, min=26, max=130). Table 6 shows the scores of the patients on the subscales of the WHOQoL compared to a group of forensic psychiatric patients (Schuurmans, 2011). Patients score above average on the subscales physical, psychological and environment. However they score below average on the subscale social relations.

Sixth we looked at patients' coping skills (UCL). Different subscales give impressions of coping with problems. To compare the scores obtained on the questionnaires we used a norm group of women between the ages of 18 and 65. Table 5 shows the scores of each individual patient. Compared to the norm group, patients score low or very low on the subscale active approach and high on the subscales palliative approach, avoidance and passive reaction patterns.

Table 3

The mean scores and standard deviations of the entire group of patients. The administered questionnaires are the LPI (BPD symptoms) SCS (Suicidal cognitions), SERS (Self-esteem), MERLC (Emotion regulation and locus of control) and WHOQoL (Quality of life).

	Before DBT		After three months	
	M	SD	M	SD
BPD (LPI)	202.67	64.86	176.50	59.73
Suicidal cognitions (SCS)	71.60	26.88	71.40	19.28
Self-esteem (SERS)	81.00	16.75	70.20	11.78
Emotion regulation and locus of control (MERLC)	68.17	8.75	65.00	12.14
Quality of life (WHOQOL)	75.67	25.34	74.00	15.83

Note. Minimum scores and maximum scores for the questionnaires were the following: LPI (min = 60, max = 300), SCS (min = 20, max = 140), SERS (min = 20, max = 100), MERLC (min = 18, max = 108) and WHOQoL (min = 26, max = 130).

Table 4 contains the mean and standard deviation of self-destructive and aggressive behaviors in the first month of the study. Patients did at least one suicide attempt, auto-mutilated at least four times and were aggressive (verbally and physically) at least seven times.

Table 4

The mean and standard deviation of suicide attempts, auto mutilation and aggressive behaviors shown by the patients during the first month of the study.

	M	SD
Suicide	1.67	1.51
Auto mutilation	4.50	2.81
Aggression	7.20	5.08

Table 5

Scores and norms on the Utrechtse Coping List (UCL) for each individual patient at the beginning

	1	2	3	4	5	6									
Active approach (<i>Actief aanpakken</i>)	11	Very low	15	Low	21	High	11	Very low	7	18	Average	24	Very high	15	Low
Palliative reaction (<i>Palliatieve reactie</i>)	25	Very high	18	Average	25	Very high	21	High	18	17	Average	18	Average	24	Very high
Avoidance (<i>Vermijding</i>)	24	Very high	19	Very high	21	Very high	11	Low	17	17	Average	18	High	18	High
Seeking social support (<i>Sociale steun zoeken</i>)	19	high	14	Average	17	High	15	Average	11	11	Low	13	Average	13	Average
Passive reactionpattern (<i>Passieve reactiepatroon</i>)	24	Very high	18	Very high	14	High	26	Very high	25	25	Very high	19	Very high	19	Very high
Expression of emotions (<i>Expressie van emotie</i>)	10	Very high	7	High	6	Average	12	Very high	8	8	High	8	High	8	High
Comforting thoughts (<i>Geruststellende en troostende gedachten</i>)	10	average	12	Average	15	High	9	Low	13	13	Average	13	Average	13	Average

Note. Norms are based upon a group of women between the ages 18 and 65 in the general population.

Table 6

Scores on the subscales of the WHOQoL for each individual patient, compared to the mean scores of a group of forensic psychiatric patients.

	1!	2!	3!	4!	5!	6!
Physical!	15!	Above! average!	18!	Above! average!	22!	Above! average!
Psychological!	22!	Above! average!	16!	Above! average!	24!	Above! average!
Socialrelations!	11!	Below! average!	8!	Below! average!	13!	Average!
Environment!	29!	Above! average!	27!	Above! average!	36!	Above! average!

Note. Norms are based upon a group of forensic psychiatric patients: Physical ($M = 13.9$, $SD = 3.2$), Psychological ($M = 13.2$, $SD = 3.4$), Social Relations ($M = 12.9$, $SD = 4.0$), Environment ($M = 13.4$, $SD = 4.2$).

Question 2: Effects of DBT

Our second research question was: does DBT affect the symptoms patients are experiencing? Table 3 shows the scores obtained on the questionnaires for the entire group of patients at the beginning and after a three-month period. On face value the symptoms have not been diminished. Table 7 shows the scores of the adherent patients ($n = 4$) before and after DBT: this was done to see whether the three who finished DBT, had experienced any changes in symptoms as measured by the questionnaires. As mentioned in the method a fourth patient also finished the DBT, but was very uncooperative. However, the pathological symptoms of the adherent patients have not been diminished either. The mean scores on the questionnaires before and after DBT are nearly the same.

Table 7

The mean scores and standard deviations for the adherent patients. The administered questionnaires are the LPI (BPD symptoms), SCS (Suicidal cognitions), SERS (Self-esteem), MERLC (Emotion regulation and locus of control) and WHOQoL (Quality of life).

	Before dbt		After DBT	
	M	SD	M	SD
BPD (LPI)	180.75	71.15	182.50	56.47
Suicidal cognitions (SCS)	72.75	30.90	72.75	21.99
Self-esteem (SERS)	76.00	14.40	75.00	5.60
Emotion regulation and locus of control (MERLC)	66.00	5.94	65.00	14.02
Quality of life (WHOQOL)	75.50	30.34	74.50	18.27

Note. $n = 4$ patients. Minimum scores and maximum scores for the questionnaires were the following: LPI (min = 60, max = 300), SCS (min = 20, max = 140), SERS (min = 20, max = 100), MERLC (min = 18, max = 108) and WHOQoL (min = 26, max = 130).

Table contains 8 the mean frequency and standard deviation of auto mutilation, suicidal and aggressive behaviors are shown. Table 9 shows the average amount of automutilation, suicidal and aggressive behaviors for the adherent patients during the first and last month of DBT. This table was to see whether these patients had experienced any changes in self-destructive behavior due to DBT. In both cases it could be said that on face value, the frequency of aggressive and suicidal behaviors in the last month of the study was beneath the frequency of aggressive and suicidal behaviors in the first month of the study. Figure 1 shows the changes in frequency of auto mutilation over the three-month period. The figure shows an interesting pattern: there was an increase in automutilation in December, during the holidays. In January these behaviors decreased (Tables for individual patients in appendix). For some patients, the frequency of automutilation in the last month of the study was beneath the frequency of automutilation shown in the first month of the study.

Table 8

The mean and standard deviation of suicide attempts, auto mutilation and aggressive behavior shown by patients (N = 6) in the first month and last month of the study.

	Beginning of study		End of study	
	M	SD	M	SD
Suicide attempts	1.67	1.51	0.20	0.45
Auto mutilation	4.50	2.81	3.00	3.08
Aggression	7.20	5.08	4.40	4.72

Table 9

The mean and standard deviation of suicide attempts, auto mutilation and aggressive behavior shown by adherent patients (n = 3) in the first month and last month of the study.

	First month of DBT		Third month of DBT	
	M	SD	M	SD
Suicide attempts	2.67	1.15	0.33	0.58
automutilation	5.00	3.46	4.00	3.61
Aggression	9.00	7.00	6.33	5.5

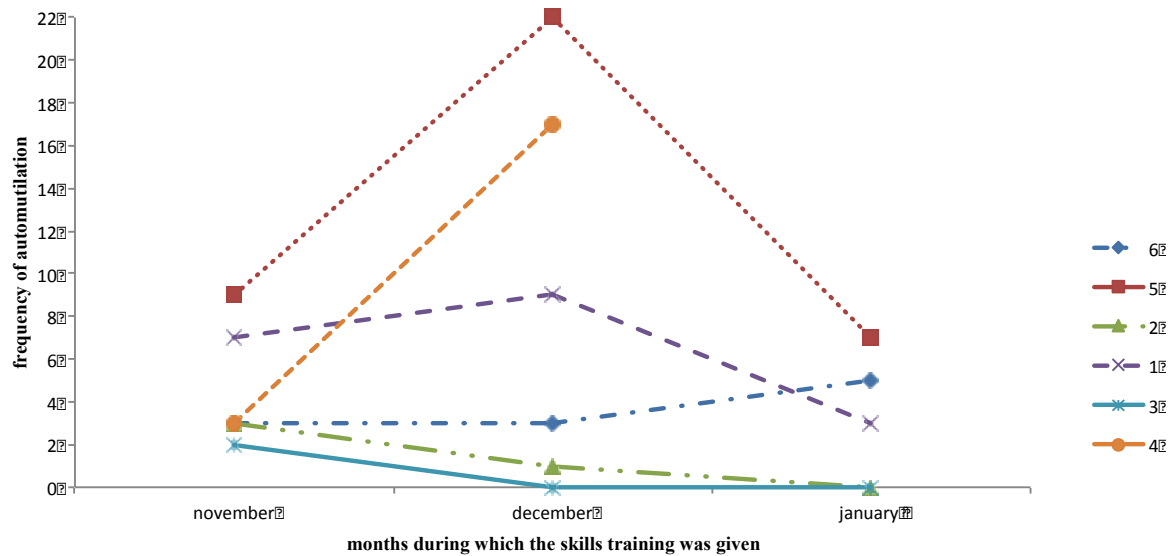


Figure 1. Frequency of automutilation shown during the three months in which DBT was administered.

Question 3. DBT evaluation interviews, subjective views of those involved

Our third research question concerned the opinions of the patients, their personal case managers and the therapist about DBT.

Patients

Four out of the six patients finished the pilot of the dialectical behavioral therapy. One patient quit due to imprisonment, another quit the therapy because she was moving away. One of the four adherent patients said that she did not see the usefulness in the therapy and was ambiguous about continuing: she had difficulty with the group sessions, but found the individual sessions helpful and did not want to miss out on these. According to the patients the goal of the therapy was ‘to find other solutions for self-destructive behaviors and aggression’; ‘causing a decrease in suicidal thoughts, suicidal behaviors and acting-out behavior’. Patients stated that they didn’t expect the therapy would work, mainly because the therapists weren’t trained. However, three out of the four remaining women felt that the therapy taught them skills that they applied in daily life. These three women seriously considered continuing with the full version of the therapy.

The group sessions were found difficult by most patients: they were all afraid to tell their stories and opinions in the first few sessions. Later on, after getting to know each other more, all but one found support in the group sessions. As one of the patients noted: “When we talked in the group, it was like we had a connection. When I had acted out on my ward, the nursing staff said would say that what I did was crazy. But when I talked about my behavior in the group, the other women also confided about the same sort of acting out behavior and all of a sudden I wasn’t (and I didn’t feel) crazy anymore”.

Another thing patients had difficulty with were the mindfulness exercises. Each group session started with a mindfulness exercise. Some of them said that the instructions weren't clearly given, others noted not being able to find the peace of mind they needed to do these exercises. Some DBT skills were remembered by almost all patients; observing, doing one thing at a time, the wise mind, trying to find distraction and using interpersonal skills. Three patients clearly stated that they would use the skills they had learned when a problem would arise: 'I try to keep my behavior under control and stay calm instead of becoming aggressive'.

The individual sessions were found very helpful by most patients, because they were alone with the therapist. One patient had difficulty with the individual sessions: she had the feeling she couldn't express herself, because her therapist didn't want to be alone in a room with her. There was always a third person present, which made it harder for her to talk about her problems and struggles: "We would make some small talk, and that is not what I wanted from the therapy".

All patients did mention that they had become less aggressive during the DBT pilot. Some linked it directly to the therapy; others stated that the behavioral change resulted not only from the therapy but other external factors. None of the patients felt that the therapy had changed or diminished their self-destructive and suicidal behavior and/or their suicidal thoughts. Patients stated that they still had frequent suicidal thoughts, what had changed was that now they did not act upon these thoughts immediately but tried to use their skills first. Even if these skills didn't work one patient stated that: "At least I would have tried using them, and I would keep on trying the next time".

Personal case managers

The personal case managers of all patients were very supportive about the therapy. One of these personal case managers had worked with the Dialectical Behavioral Therapy before. She was convinced of the positive effects the therapy could bring on the long-term, but also stated that in this group of patients change would only come in small steps. Most of the personal case managers noted that they did not see clear changes in aggressive or self-destructive behaviors. Concerning aggressive behaviors, two of the personal case managers stated seeing some changes in aggressive behavior: "The plates are flying around the room less frequently". Few said that their patient had gained a little more control over her behavior, even though it only concerned the small problems. They were convinced that continuing the therapy would eventually lead to significant changes in dysfunctional behavior. One of the personal case managers added that when the full version of the therapy starts, the nursing staff should be instructed more, so that they can work together and help the patients more effectively with the skills they have learned.

Therapists

The therapists themselves were positive about starting the pilot version of DBT for this group

of patients. They had difficulty with not being trained in DBT, but this did not make them less positive about the therapy itself (DBT). They said it is a therapy, which is about the basic skills in life. In every other therapy patients are expected to know these basic skills to manage problems and emotions. DBT acknowledges that these basic skills (for example self regulation) are difficult for these women. The therapy gives them the chance to learn these skills. It gives them the structure they need. It helps and teaches them how to deal with emotions constructively and be able to move on with their life. For example, one patient had difficulty with self-reflection, and this improved as a result of the therapy.

There were also a few obstacles within the organization and the training. The first one was how the training was structured and the time-span of each session. It was difficult to find enough time within everyone's schedule. This led to difficulty with structuring the sessions, because "we had to fit everything in to an hour and a half". A second obstacle was patients' commitment: "we set up goals, and they had difficulty sticking to these. At one moment they were satisfied and the therapy helped them, the second moment they wanted to quit".

Both therapists agreed with the personal case managers about the lack of communication, and the need for it when DBT continues. One therapist stated that: "we should have offered them more availability and cohesion". Many different disciplines interact with these patients, for example psychiatrists and doctors.

STUDY 2

Question 4. Quality of life

Our fourth research question was: is there a relation between the quality of life and suicidal cognitions in female forensic in-patients with severe mental disorders. We stated that a higher score on the suicide cognition scale (SCS) would be related to a lower score on the quality of life scale (WHOQoL). Results showed a significant correlation between the scores on the SCS and the WHOQoL: $r = -.851, p = .002$. This indicates that a higher quality of life is related to less suicidal cognitions.

Second we examined the relation between self-esteem and quality of life. Analysis showed a significant correlation between the scores on the SERS and the WHOQoL: $r = -.800, p = .005$. This indicates that a higher self-esteem is related to a better quality of life.

Third, we expected that a better quality of life would be related to a better emotion regulation. However scores on the MERCL were not significantly correlated to the scores on the WHOQoL: $r = .340$.

Question 5 and 6. Suicidal cognitions.

The fifth question was: is there a connection between self-esteem and suicidal cognitions. Analysis showed that the scores on the SERS and the SCS were negatively correlated $r = -.715, p = .020$. This indicates that a higher self-esteem is related to less suicidal cognitions. The sixth research question was: i

s there a connection between suicidal cognitions and locus of control. Scores on the SCS and the MER LC were not significantly correlated, $r = -.288$. This indicates that emotion-regulation and suicidal cognitions are not related within our sample.

We also conducted partial correlations to control for the effects of self-esteem on the connection between suicidal cognitions and quality of life, since these variables are correlated when taken apart. After controlling for the effects of self-esteem, the correlation between the scores on the SCS and the WHOQoL were no longer significant: $r = -.665$, $p = .051$. We also found that after controlling for the effect of quality of life on the relation between the scores on the SCS and the SERS, the relation was no longer significant: $r = -.190$, $p = .780$.

Discussion

Summary

The current study described characteristics of six patients that participated in the pilot version of DBT within Inforsa clinic. We described six patients with severe symptoms of not only borderline personality disorder, but also several comorbid disorders. All patients had come in contact with mental health care from a young age and had been hospitalized several times throughout their lives. All of them engaged in frequent self-destructive behavior, suicidal behavior and aggressive behavior. They were currently hospitalized to get long-term intensive treatment, because they were a threat to themselves or their environment. A short-term intensive treatment or a regular treatment could not guarantee enough safety. They were included in the current study because of their severe borderline symptoms and their frequent self-destructive behaviors and thoughts. Compared to patients in the study of Miller and colleagues (2000) our patients experienced more severe BPD symptoms. Compared to a clinical PTSD patient group (Surís, Link-Malcolm & North, 2011) our patients had more suicide cognitions and were more likely to engage in suicidal/self-destructive behaviors. Alongside of this, they had a low self-esteem. Results also indicate that the patients usually have an external locus of control. They feel like they can do little to control different situations and that these problems are influenced primarily by external factors (Malfent et al., 2009). Besides our patients seem to have a coping pattern characterized by a palliative approach, avoidance and passive reaction pattern. This means that our patients, when faced with a problems, will be likely to do nothing, sit back or undergo it silently (Schreurs & van de Willige, 1988). Besides that, they rated their quality of life as low compared to a forensic psychiatric normgroup. Patients were not satisfied with how their life was structured.

To examine the subjective view of patients, their case managers and their therapists of the DBT an interview was taken. The existing literature provides only statistical information about DBT

(Van den Bosch, Hysaj & Jacobs, 2012), No other study examined the subjective experiences of patients or their therapists. We found that especially the individual sessions were important for most patients and at first this was the only reason they joined DBT. Later on the group sessions were also experienced as helpful. Patients realized that they could give and receive support from each other. They experienced that a different way of coping led to less aggressive outbursts. Personal case managers mentioned that they could see little change in the severity of symptoms, but did expect to see improvement on the long-term. The therapists themselves were very positive about the DBT pilot. They stated that DBT goes back to basic, back to the basic skills of life and it gives a lot of structure. According to them, that was a very important part of the therapy for these patients. One difficulty therapists mentioned was the patients' (lack of) commitment. One advise from therapists and personal case managers was to have clear communication about the content of the therapy, so the skills they have learned will be put in to practice not only within the training sessions, but also in their daily lives.

Next to DBT, we were also interested in the possible relationship between suicidal cognitions, quality of life, self-esteem and locus of control. Results point to a connection between suicidal cognitions and quality of life. Further, self-esteem seems to play an important role. Results point to a connection between self-esteem and quality of life, and self-esteem and suicidal cognitions. After controlling for self-esteem, the connection between suicidal cognitions and quality of life was no longer present nor was there a connection between self-esteem and suicidal cognitions when controlling for the quality of life. These findings suggest a complex interplay between these three variables within our sample. However, locus of control was not related to any of the above-mentioned variables.

Implications

As mentioned earlier, DBT has been studied extensively in out-patient settings (Verheul et al., 2003; Linehan et al., 2006; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul & van den Brink, 2005). It was not until this last decade (McCann, Ball & Ivanoff et al., 2000) that studies have been done in a forensic setting. Van den Bosch et al. (2012) were one of the first to study and apply DBT in a Dutch forensic setting. Current study is an addition to earlier studies of effects of DBT. In the current study, the focus was not on the effects of DBT, but most of all on the characteristics of the women who are involved in DBT and their personal experiences and growth. We have shown the characteristics of women who have not been benefitting from regular forms of therapy. The pilot version of DBT that was given during the current study, led to little or no visible changes in symptoms of the patients as measured by the questionnaires. The few patients, who did complete the pilot, did show some decrease in frequency of self-destructive behavior at the end of the study. However, interviews indicated that these women might benefit from DBT. It will take more time to reduce their symptoms than in regular psychiatric settings. According to Nee, Claire and Farman (2005), stronger results can be expected

after one year of therapy. When there is a follow-up measurement, conclusions are even more reliable (Van den Bosch et al., 2005).

Although self-destructive-, suicidal- and aggressive behaviors did not change much during these three months, we did find an interesting pattern in the frequency of these behaviors: there was a peak in aggressive and self-destructive behavior in the December, during the holidays. An explanation is that the holidays cause a lot of stress for people. Our patients experience even more stress, because they cannot be with their families during the holidays (Nee, Clair & Farman, 2005). The increase in behaviors throughout December could be an explanation for the lack of effects we have found. We did find that the structure and basic skills DBT provides can be very helpful for and appreciated by patients in a forensic setting (Blansjaar, Beukers & van Kordelaar, 2008).

Next to these findings about DBT, we found a complex interplay between suicidal cognitions, self-esteem and quality of life. Earlier studies on suicidal cognitions found it associated with self-esteem, emotion regulation and quality of life. All these studies have been done with students or patients in regular clinical settings (Bhar et al., 2008; Haller & Milles, 2009; Malfent et al., 2009; Sadaat et al., 2011). One study by Roepke and colleagues (2011) focused on self-esteem and suicidal cognitions in borderline patients and they also found a negative relationship between these two concepts. In the current study we found an interrelation between suicidal cognitions, self-esteem and quality of life. This suggests that when patients suffer from suicidal cognitions, they are likely to experience low self-esteem and low quality of life. It also suggests that when patients have no suicidal cognitions, they are likely to have higher self-esteem and higher quality of life. This implicates that when a patient is suffering from suicidal ideation, treatment can be focused on self-esteem and quality of life to reduce at least the severity of symptoms. However locus of control did not appear to have a strong relationship with any of these concepts. It could be implied that patients' self-esteem is more strongly related to experienced symptoms as suicide cognitions and quality of life. An explanation could be that locus of control does not play an important role in suicide cognitions when self-esteem and quality of life are also controlled for. Still, earlier studies found a relationship between locus of control and suicidal cognitions. The fact that we have a small participant group can be an explanation for not finding this relationship in the current study (Malfent et al., 2009). Nevertheless, this triangle relationship is worthy to further research, not only for inpatient treatment, but also in outpatient treatment.

Strong points and limitations

Current research has some strong points. First a new therapy method was implemented within a short time span. The second strong point is the evaluation interview taken by the patients, their case-managers and the therapists themselves. These gave insight in to the experience they have had with DBT and ways to improve the therapy. A third advantage of the current study was the thorough

measurement instruments that were used: we used questionnaires to measure several important aspects of BPD.

However the current study also had some limitations. The first one concerns the small group of patients. Even though this limitation was outside of our control, the fact that with such a small group of participating women a standard distribution could not be met, made analyzing data difficult (Field, 2009).

A second weakness was the lack of a control group. The patients in the current study had very severe BPD symptoms. This made it difficult to find a control group similar and/or comparable.

Third, there was no randomization procedure; patients were all assigned to the same group (Goodwin, 2009). Not using a randomization procedure and not having a control group make it impossible to see whether DBT leads to any changes in experienced symptoms (Goodwin, 2009; Field, 2009) or that other external factors are responsible (Goodwin, 2009).

To establish a causal connection concerning the effects of DBT for BPD in a forensic psychiatric clinic, follow up research needs to obtain a larger group of patients (Field, 2009): perhaps this could be done by recruiting patients from other clinics. The number of female patients within a forensic psychiatric clinic is low (de Ruiter & Hildebrand, 2005; Centraal Bureau voor Statistiek, 2012). Collaboration between clinics is therefore a necessity. With a larger group of patients at hand, randomization also becomes possible (Goodwin, 2009). Patients can, for example, be randomized to a DBT and a non-DBT group. A limitation here would be as mentioned above, that it is hard to find a homogenous group. A solution to this problem could be, as used by van den Bosch, Sinnaeve and Nijs (2013), a central point for diagnostics: each patient goes through a standardized diagnostic procedure to establish the disorders and symptoms a patient is experiencing. This could also lead to more clear inclusion and exclusion criteria. Another option could be participation of male patients within the clinic. Van den Bosch, Hysaj and Jacobs (2012) have provided evidence that DBT has benefits for both males and females within a forensic setting. DBT in itself does not make a distinction between males and females and thus concludes that the therapy benefits both groups (Linehan, 1991).

A fourth limitation within our study was voluntary participation and adherence. Within study one there was the problem of therapy adherence and commitment. All patients were under court order, so their participation in the study was empathically voluntary, but the fact that they were under court order could have interfered with their participation and motivation. This might have led to frequent absence in therapy, not being motivated to use the skills, or drop-out (as was the case for one of the patients). It is of great importance that follow-up research and therapy focus on commitment and intrinsic motivation of patients. For example by implementing a commitment phase: patients have a few sessions with a therapist whom focuses on their commitment and motivation to participate. Concerning study two, there were a few female patients within the clinic who refused to participate in the study, due to the emotional load the questionnaires had; or because patients felt they would not

take any advantage out of participating in the study.

A fifth limitation of the current study concerns the therapy implementation. Even though the staff managed to implement DBT within a short time span, this also led to some logistic problems: the therapist did not have proper training, there was not enough time for the group sessions and a lack of structure within the sessions. Also the therapy was given once a week over a three-month-period. This is a very short amount of time considering that DBT in its original form takes up a year in which each patient goes through the modules three times (Linehan, 1996). To achieve a clear picture of the effects of DBT, the therapy needs to be implemented over a longer time-span of at least a year. Because of the short-time-span, the modules were not all implemented. It would be desirable to implement the therapy over a period of a year and conduct the research along side of it, with measurements every three months to track patients' progress. Another option for follow-up therapy and research is the adjustment of the treatment program. Bohus and colleagues (2000) and van den Bosch, Sinnaeve and Nijs (2013) did find promising results for an adjusted three-month DBT program. Even though this relies upon management, the advantages DBT offers may outweigh the costs.

A last important limitation, brought forth by the case managers, the therapists and the patients, was the lack of communication between the several disciplines. Although van den Bosch, Hysaj and Jacobs (2012) stated that patients in a forensic setting are similar to patients with BPD who are not in a correctional institution, the environment patients are in does differ. Within Inforsa, patients receive several forms of therapy, and are therefore exposed to different treatment methods. These treatment methods may interfere with a crucial concept in DBT, consultation-to-the-patient principle (Van den Bosch, Hysaj & Jacobs, 2012). The adaption of DBT to forensic settings is therefore a necessity (Berzins & Trestman, 2004). In this instance it is very important for follow-up therapy and research, to establish clear communication between therapists and disciplines. This way the staff can offer patients more consistency in their treatment and work with the consultation-to-patient principle. It could also make it easier for patients to apply the skills they have learned as optimal as possible within their living environment.

Further research

Although the current study was mainly descriptive, results did show interesting patterns in self-destructive and aggressive behaviors. Besides, the other results were showing, but because of the small group of patients, statistical analysis were impossible to conduct in study 1. In study 2 we found interesting interrelations between self-esteem, suicidal cognitions and quality of life. For both studies including more participants will help draw stronger conclusions (Field, 2009).

As mentioned above a few recommendations can be made for further research. First of all it is important to continue the therapy and it would be desirable to conduct follow-up measurements along side. When clinical effectiveness studies are performed a control group makes conclusions about

effects more reliable (Field, 2009; Goodwin, 2009). Examining the subjective experience of patients following DBT, may give studies about DBT a more sophisticated idea of the effects of the therapy: as seen statistically and from the patients point of view. These experiences can give the opportunity to adjust a therapy to its target group (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

For further research of DBT, we would advice to implement this training more in forensic settings. Not only outpatient, but also inpatient settings could benefit from DBT. According to Van den Bosch, Hysaj and Jacobs (2012), the therapy can also contribute to reducing the risks of criminal offences, as mentioned earlier.

Also when study two will be conducted in a regular clinical setting therapies could be adjusted to the concepts described and also adjusted to the target group of patients treated (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

DBT is a form of therapy with many benefits for patients over the long-term. The benefit for patients will hopefully outweigh the costs and lead to an increase in implementation. This way we might be able to help patients who are currently considered untreatable.

References

- Berzins, L.G. & Trestman, R.L. (2004). The development and implementation of dialectical behavior therapy in forensic settings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 93-103.
- Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G. & Beck, A.T. (2008). Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (5), 511-516.
- Blansjaar, B.A., Beukers, M.M. & van Kordelaar, W.F. (2008). *Stoornis en delict. Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R. & Linehan, M.M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical-Behavioral Therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bosch, van der, L.M.C., Koeter M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R. & Brink, van der, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research Therapy*, 43, 1231-1241.
- Bosch, van der, L.M.C., Hysaj, M. & Jacobs, P. (2012). DBT in an outpatient forensic setting. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 311-316.
- Bosch, van der, L.M.C., Sinnaeve, R. & Nijs, M. (2013). Kortdurende klinische dialectische gedragtherapie voor de borderlijn persoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55 (3), 165-175.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2012).
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry*, 164, 922-928.
- Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN), (2013).
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (3th)*. London: Sage.
- Gibbs, D. (2010). *Assessing suicidal cognitions in adolescents: Establishing the reliability and validity of the suicidal cognitions scale* (Unpublished doctoral dissertation). University of Toledo, Toledo.
- Gothem, A. van, Mulders, D., Muris, M., Arntz, A. & Egger, J. (2012). Reduction of self-injury and improvement of coping behavior during dialectical behavior therapy (DBT) of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 21-34.
- Goodwin, C.J. (2009). *Research in Psychology: Methods and Design*. Hoboken: Joh Wiley & Sons Inc.
- Harned, M.S., Banawan, S.F. & Lynch, T.R. (2006). Dialectical behavioral therapy: An emotion-focused treatment for borderline personality disorder. *Journal of Contemp Psychotherapy*, 36, 67-75.
- Heissel, M.J. & Flett, G.L. (2004). Purpose in Life, Satisfaction With Life and Suicide Ideation in a Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 127-135.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie (6th)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haller, D.L., & Miles, D.R. (2003). Suicidal Ideation Among Psychiatric Patients with HIV: Psychiatrich Morbidity and Quality of Life. *AIDS and Behavior*, 7, 101-108.
- Hilbrand, M. (1995). Aggression against self and aggression against others in violent psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63 (4), 668-671.
- Leichsenring, F., Leibling E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377, 74-74.

- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis; handleiding voor training en therapie. Nederlandse vertaling*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K. & Lindenboim, N. (2006). Two year randomized control trial and follow-up of dialectical behavioral therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R. & Linehan, M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Malfent, D., Wondrak, T., Kapusta, N.D. & Sonneck, G. (2009). Suicidal ideation and it's correlates among elderly in residential care homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 843-849.
- McCann, R.A. & Ball, E.M. & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 447-456.
- Miller, A.L., Wyman, S.E., Huppert, J.D., Glassman, S.L. & Rathus, J.H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by suicidal adolescents receiving dialectical behavior therapy. *Cognitive and behavioral practice*, 7, 183-187.
- Nee, Claire & Farman, S. (2005). Female prisoners with borderline personality disorder: Some promising treatment developments. *Criminal Behaviour and Menal Health*, 15, 2-16.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *CMAJ*, 172 (12), 1579-1583.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., Rüter, A., Merkl, A., Heuser, I. & Lammers, C.H. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 148-158.
- Ruiter, C. de. & Hildebrand, M. (2005). *Behandelstrategieen bij forensischse-psychiatrische patienten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Saadat, M., Ghasemzadeh, A., Karami, S. & Soleimani, M. (2011). Relationship between self-esteem and locus of control in Iranian university students. *Social and Behavioral Sciences*, 31, 530-535.
- Schuppert, H.M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T.G., Wiersema, H.M., Minderaa, R.B., Emmelkamp, P.M.G. & Nauta, M.H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents- a randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 467-478.
- Schreurs, P. J. G., van de Willige, G., Tellegen, B., & Brosschot, J. F. (1988). *Utrechtse Coping Lijst: omgaan met problemen (UCL 1988)*. Lisse: Swets Test Services.
- Schuurmans, M.L. (2011). *Kwaliteit van leven van penitentiair psychiatrische patiënten* (Unpublished doctoral dissertation). University of Tilburg, Netherlands.
- Skevton, S.M., Lofty, M. & O'Connell K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL- BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report of the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Surís A., Link-Malcolm, J. & Nort, C.S. (2011). Predictors of suicidal ideation in veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 24 (5), 605-608.
- Swinton, M., Oliver, J. & Carlisle, J. (1999). Measuring quality of life in secure care: comparison of mentally ill and personality disordered patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 284-291.
- Verheul, R., Bosch, L.M.C. van den., Koeter, M.W.J., Ridder, M.A.J. de., Stijnen, T., Brink, W. van den. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. 12 month, randomized clinical trial in The Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Walker, J. & Gudjonsson, G. (2000). The Lancashire Quality of Life Profile: data and experiences with detained mentally disordered offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 123-135.

NB. GELIEVE DEZE BIJLAGEN TE VERNIETIGEN NA HET LEZEN

Appendix A: clinical reports of patients in study 1

CdV

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

De cliënte is een 22-jarige vrouw met een psychotische stoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis, welke gepaard gaan met frequent optredende dissociatieve momenten. Er is sprake van veelvoorkomend suïcidaal en automutilatief gedrag. De psychotische stoornis uit zich daarnaast in de vorm van een kwaadaardige alter-ego Arianne en een man. Zij nemen regelmatig bezit van haar en nemen de macht over. Onder invloed van de voortdurende psychose ervaart de cliënte zeer veel angst. Het ernstige automutilatief gedrag van de patiënte wordt gedacht noodzakelijk hieruit voort te komen. Het automutilatieve gedrag en auto-intoxicatie zet zij dan ook niet in om druk te leggen op welke wijze dan ook, maar de omgeving voelt deze druk wel.

Familiegeschiedenis

Patiënte is sinds haar achtste levensjaar in vele klinieken geweest. Zij komt zelf uit het oosten van het land. De biologische moeder van de patiënte woont in Lochem samen met twee halfzusjes van de cliënte. Cliënte heeft contact met haar en moeder en de vriend van haar moeder. Met haar vader en stiefmoeder heeft ze al een hele poos geen contact meer.

Psychiatrische geschiedenis

Patiënte heeft een langdurige klinische geschiedenis. Vanaf haar achtste levensjaar is ze op verschillende plaatsen geweest en opgenomen, maar moest uiteindelijk overal weer weg. Patiënte is op haar achtste levensjaar uit huis geplaatst. Zij is opgenomen geweest binnen instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Mevrouw stond bekend met vele suïcide pogingen en is hierom in 2008 opgenomen bij Parnassia. Vervolgens is zij opgenomen geweest in een jongerenkliniek van GGNet. In 2009 werd cliënte opgenomen op de intensieve zorg afdeling in Warnsveld. Vanaf 2010 tot 2011 was cliënte in behandeling op de KIB binnen de Woenselse Poort. Hierna is zij wederom in behandeling geweest op de intensieve zorg afdeling van GGNet te Warnsveld.

Sinds maart 2011 heeft mevrouw een RM, deze liep tot maart 2012 en is hierna verlengd. Binnen de LIZ van Inforsa heeft mevrouw enige vooruitgang geboekt. Eind 2012 is zij toe gaan werken naar haar ontslag. Haar ontslag is uitgesteld tot januari 2013. Momenteel verblijft mevrouw nog op de LIZ, met een voorwaarde van drie dagen verlof per week om naar haar eigen woning te gaan, waar zij dan wel of niet gebruik van maakt.

Verwijzing Inforsa en hulpvraag patiënt

Gezien de aard en ernst van de problematiek vallen vele plekken voor opname af. De vraag is dan ook naar een plek waar niet bij voorbaat al duidelijk is dat ze op korte termijn weer weg moet, dat ze langer mag blijven en waar men om kan gaan met haar risicovol gedrag. Sinds november 2011 is gekozen voor een andere behandelstrategie: hierbij richt men zich op bestaande vermogen van patiënte om verantwoordelijkheid te nemen

voor haar gedrag, ongeacht uit welke diagnose deze voorkomt. Gekeken wordt tot op welke hoogte en op welke vlakken het mogelijk is de patiënte meer eigen regie terug te geven en of hierin groei en ontwikkeling mogelijk is. Dit wordt gedaan binnen een zeer gestructureerde en gecontroleerde context. Binnen de KIB was het niet gelukt om een veranderingsproces op te zetten, een toekomstgerichte benadering kwam hierbij ook niet van de grond. Patiënte zelf geeft aan ernstig te lijden onder Arianne en de man en er graag vanaf te willen.

Op dit moment loopt haar tijd bij Inforsa af. Zij wordt voorbereid op het terugkeren in de maatschappij, waarbij zij haar eigen huis zal huren. Dit zal pas in werking treden op het moment dat er ambulante hulp is geregeld. Het huisje is er al en staat al op haar naam, op het moment dat de externe hulp is geregeld zal zij hier ook intrekken.

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. Uit de resultaten blijkt dit niet gehaald. In haar interview met ons gaf mevrouw aan dit ook zo te hebben ervaren. Ze was in eerste instantie gemotiveerd om mee te doen aan de training, maar doordat de trainers niet getraind waren, was voor haar de structuur weg om de training verder te volgen. Haar persoonlijk begeleider gaf echter aan dat de motivatie van mevrouw gering was. Zij had er wel zin in, alleen waren er op dit moment op haar pad te veel dingen waren op het moment dat deze pilot werd gestart. Mevrouw geeft echter wel aan dat zij opnieuw zou willen deelnemen aan de DGT, maar dan een volledige en professionele versie. Ze heeft echter geen duidelijke plan om dit aan te pakken.

DvdK

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een 27 jarige vrouw met ernstige persoonlijkheidsproblematiek waarbij borderline en antisociale kenmerken voorop staan, mede op basis van affectieve verwaarlozing en mogelijk mishandeling/misbruik op kinderleeftijd, waarbij door lange hospitalisatie forse stagnatie is opgetreden op meerdere leefgebieden en daarnaast patiënte steeds meer de identiteit van psychiatrische patiënte aangenomen heeft. Patiënte zelf meent de diagnose DIS op zijn plaats is, en koppelt daaraan dat ze geen controle over haar crisisgedrag heeft. Patiënte heeft daarnaast morbide obesitas en een knieschijf die uit de kom schiet.

Patiënte zelf geeft aan last te hebben van black-outs en impulsdoorbraken. Daarnaast ondervindt zij veel last van suïcide gedachten en maakt zij hiervoor ook plannen. Ook automutileerd ze. Ze snijdt zichzelf op armen en benen en soms probeert ze zichzelf te stranguleren. Zij verteld uit tenminste tien verschillende delen te bestaan, welke haar kunnen overnemen.

Zijzelf omschrijft het als extra persoonlijkheden waarvan zij zich bewust is, maar welke zij niet kan tegenhouden. Deze 'delen' hebben allen een naam en specifieke kenmerken. Tevens kennen deze 'delen' elkaar onderling. Deze 'delen' spelen mee in impulsdoorbraken, waarbij veelal ook agressieve uitbarsten ontstaan door patiënte. Onlangs is er een nieuw 'deel' bij gekomen, deze heeft nog geen naam en geen kenmerken, het enige dat bekend is, is dat het een mannelijk deel is. De meest bekende 'delen' zijn Karin, Dorien, Angel en Daan. Karin is een jonge vrouw van ongeveer 17 jaar, welke zeer impulsief en agressief is. Karin staat meestal op de voorgrond wanneer er agressie uitbraken zijn. Dorien is een klein meisje van ongeveer 4. Zij is meestal rustig en angstig, zij praat niet. Angel is een rustige jonge vrouw, zij is vooral heel angstig. Daan is een jongeman die over het algemeen probeert om de verantwoording te nemen.

Familiegeschiedenis

Patiënte is opgegroeid bij haar ouders en heeft nog broer met autisme. Ze geeft aan te zijn verwaarloosd door haar ouders. Ze zou alles alleen hebben moeten doen, haar moeder bleef bijvoorbeeld in bed liggen als zij 's ochtends naar school moest. Wanneer ze thuis was werd er geen aandacht aan haar besteed. Daarnaast zou haar vader haar fysiek hebben mishandeld (slaan). Ze vertelde dat haar agressieve gedrag is ontstaan, omdat ze aandacht van haar ouders wilde. Ook vertelde ze misbruikt te zijn door een huisvriend van haar ouders. Dit zou door haar ouders altijd gebagatelliseerd zijn.

Psychiatrische voorgeschiedenis

Patiënte is in het verleden 9 keer eerder opgenomen geweest. Zij is voor het eerst opgenomen in 2006, op 21-jarige leeftijd met een IBS op van Dijk en Duin. Dit is tweemaal voorgekomen, waarna zij vrijwillig de behandeling heeft voortgezet. In 2007 is zij overgeplaatst naar de KIB in AMC de Meeren. Kort op het einde van deze opname in 2008 is zij opnieuw opgenomen. Nu is zij geplaatst op GOAZW. Hier is zij in 2009 heropgenomen. In december van dat jaar is zij opnieuw overgeplaatst, nu naar Westlinge b op van Dijk en Duin. Nadat behandeling stagneerde werd er gekozen voor een intensieve maar in eerste plaats korte behandeling op de KIB in Inforsa. De behandeling alhier was geëindigd en patiënte werd opnieuw geplaatst op Westlinge b. Echter is patiënte op 6 mei 2011 onder een RM geplaatst, waarna zij bij de LIZ op inforsa terecht is gekomen.

Hulpvraag en verwijzing Inforsa

Mevrouw geeft aan graag te willen worden geholpen voor de black-outs en impulsdoorbraken. Uiteindelijk is haar doel om weer zelfstandig te kunnen wonen. Ze geeft aan dat de vorige keer dat ze zelfstandig woonde het is mis gegaan, omdat ze zichzelf aldaar veelvuldig heeft begeven in suicide. Als kracht geeft ze aan dat ze een grote doorzetter is.

Mevrouw is uiteindelijk op de LIZ bij Inforsa geplaatst op 6 mei 2011, nadat zij was heropgenomen in Westlinge B.

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. Ondanks dat deze resultaten niet gehaald zijn, gaf mevrouw wel aan dat ze wel voldoening uit de training haalt. Ze twijfelt echter of ze doorgaat, dit vanwege de nieuwe behandelaren. Met één van deze behandelaren kan patiënte niet goed overweg. Ze heeft echter wel met de huidige leiding hierover gepraat. Zij gaan kijken of er een oplossing kan worden gevonden, zodat ze toch mee kan doen aan de DGT. Deze start van de training zal verschillend zijn van de vorige, daar deze de volledige training is en met getrainde therapeuten.

EH

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een 32-jarige vrouw bekend met een psychotische stoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Er zijn aanwijzingen dat patiënte vanuit haar persoonlijkheidsstructuur grip op de realiteit kan verliezen en (rand)psychotisch kan raken. Zij heeft een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis met meerdere, ook gedwongen, opnames (ook forensisch met art. 37 vanwege brandstichting). Patiënte heeft brand gesticht nadat zij een periode haar medicatie had gestaakt en toenemend psychotisch was geworden. Patiënte is tevens bekend met alcohol- en druggebruik. Daarnaast heeft patiënte somatische problematiek; ze is obese en heeft een traag werkende schildklier.

Patiënte heeft een beneden gemiddeld tot laag IQ. De testen zijn hier niet eenduidig over. Patiënte geeft aan dat ze graag zou willen werken aan haar destructieve gedrag en haar lage zelfbeeld. Ook zou ze graag haar verleden een plekje geven, want ze heeft veel mensen pijn gedaan. Ze kan echter niet aangeven wat ze nodig heeft om daaraan te werken. Patiënte geeft aan moeilijk om te kunnen gaan met veranderingen en tegenslagen. Ze kan al van hele kleine dingen erg van streek raken en haar stemming kan dan ook in een keer omslaan. Ze kan dan last krijgen van stemmen die haar opdrachten geven, ze kan dan boos worden en met dingen gaan gooien. Daarnaast heeft ze last van dissociaties, ze weet dan niet meer goed wat ze heeft gedaan en komt dan weer bij bewustzijn, in bijvoorbeeld het ziekenhuis. Ze vindt dit vervelend. Ze tevens aan een sombere stemming te hebben door de dag heen. Ze kan zich niet herinneren ooit echt gelukkig te zijn geweest, maar wel momenten waarop ze echt heeft genoten. Ze heeft ook al zeer lang last van suïcidale gedachten en gedragingen: zij slikt bijvoorbeeld frequent gevaarlijke/giftige stoffen. Een van haar suïcide pogingen is zo ver gegaan dat patiënte in een coma is geraakt. De suïcide pogingen zijn meestal impulsief maar soms ook gepland. Naast suïcidepogingen geeft de patiënte ook aan dat ze automutileerd. Ze kan echter niet aangeven hoe ze hierbij kan worden geholpen. Wel wil ze dit heel graag.

Familie geschiedenis

Patiënte komt uit een gezin van vier kinderen. Zij heeft nog contact met haar ouders, soms met haar zussen. Met haar twee broers (tweeling) is het contact verbroken, omdat zij haar naar haar zeggen seksueel hebben misbruikt. Patiënte heeft op de lagere school de eerste klas gedoubleerd, waarna ze naar een LOM school ging. Daarna heeft ze het VBO gevolgd en kort een MBO-opleiding, maar heeft deze niet afgemaakt.

Psychiatrische voorgeschiedenis

Patiënte heeft in het verleden meerdere malen zichzelf schade toegebracht door zelfverbranding, overdosis medicatie, alcoholmisbruik en meerdere ernstige zelfmoordpogingen.

Patiënte heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis, waarbij zij vaak is opgenomen, maar slechts minimale behandeling heeft ontvangen. Haar eerste opname vond plaats op 16-jarige leeftijd op de PAAZ afdeling te Hilversum. Hierna volgden opnames Blarikum, Apeldoord, Ermelo-Veldwijk, en de PAAZ in Lelystad, dit waren allen kortdurende opnames op voornamelijk gesloten afdelingen. Hierbij werd de crisis waarin patiënte verkeerde verminderd, waarna men haar weer liet gaan.

In december 2002 werd zij langduriger (3 jaar) opgenomen binnen de GGZ Eindhoven op de KIB aldaar.

Tussen 2005 en 2008 is zij meermalen opgenomen geweest binnen Meerkanten, hier zijn echter geen stukken over. In januari 2008 is zij geplaatst in FPA Warnsveld, waar zij anderhalf jaar heeft gezeten, totdat zij haar kamer in de brand heeft gestoken om zichzelf van het leven te beroven. Hierop is zij als preventieve hechting geplaatst in het PI in Zwolle, waarna opname in FPK Inforsa volgde.

Hulpvraag en verwijzing Inforsa

Patiënte is in FPK Inforsa geplaatst op 16 juli 2011 op basis van TBS. Ze heeft haar woning in brand gestoken en wilde daarmee zichzelf van het leven beroven. Toen het eenmaal was begonnen kreeg ze spijt en wilde ze toch blijven leven, echter wilde de deur niet meer open. Ze is het niet eens met de TBS, ze heeft per slot niemand vermoord. Ze geeft wel aan dat dit inderdaad wel geluk is geweest en ook niet de eerste keer was dat dit gebeurd is (aan de stukken te zien is dit eerder gebeurd in Meerkanten, waarna een overplaatsing naar Warnsveld volgde).

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. Ook bij mevrouw is op acting out gedrag nog weinig veranderd, maar ook zij wil graag blijven deelnemen. Zij geeft aan dat ze veel heeft geleerd en ze wil graag haar kennis verder uitbreiden. Mevrouw voelt dat ze extra handvaten heeft gekregen en heeft ook duidelijk vaardigheden onthouden en ze probeert deze ook in te zetten.

K J

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Het gaat om een 27-jarige vrouw met een bipolaire II stoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Mevrouw begaat veel suïcide pogingen door auto-intoxicatie maar ook door het inslikken van scherpe voorwerpen. Dit heeft er voor gezorgd dat voorgaande behandelingen niet afgerond konden worden. Daarnaast houdt ze behandeling af. Mevrouw is daarnaast bekend met auditieve imperatieve hallucinaties. Zij kan haar eigen behoeftes niet blijven voelen in contact en heeft moeite met het aangeven van haar grenzen. Mevrouw heeft een laag zelfbeeld en voelt zich snel afgewezen. Ze handelt regelmatig impulsief en op grensoverschrijdende wijze. Daarnaast is mevrouw geneigd spanningen te vertalen in lichamelijke klachten.

Familiegeschiedenis

Mevrouw is het kind van twee verslaafde ouders. Zij hebben haar van kleins af aan verwaarloos en vergeten te voeden. Dit heeft er toe geleid dat de cliënte als baby al meerdere malen moest worden opgenomen vanwege uitdroging en ondervoeding. Haar moeder stierf toen cliënte één jaar oud was. Moeder had een bipolaire stoornis en was daarnaast verslaafd aan alcohol en drugs. Ook haar vader overleed toen de cliënte jong was. Vanaf haar vierde levensjaar woonde mevrouw bij haar oom en tante als pleegkind (4^e dochter). Haar pleegvader leed aan botkanker. Cliënte beschrijft zelf de opvoeding als warm en betrokken. Cliënte werd gepest om haar gehoor handicap, dit ging door tot aan de middelbare school. In 2007 is mevrouw zelfstandig gaan wonen, echter ging dit niet goed. Zij voelt zich waardeloos en is boos op haar ouders, de situatie en zichzelf.

Psychiatrische geschiedenis

De cliënte is sinds 2007 in zorg bij de GGZ, dit was haar eerste opname. Hierop volgden vele kortdurende opnames en behandelingen in verschillende klinieken. Dit door het frequent voorkomen van suïcide pogingen. In 2010 is mevrouw opgenomen bij kliniek intensieve behandeling van Inforsa, dit na een vastgelopen behandeling in Leeuwarden (Jelgerhuis). Hier liep de behandeling vast door veelvuldige TS-en en machteloosheid die zij opriep. De verantwoordelijkheid voor de TS-en legde ze altijd buiten zichzelf. Stressoren waren dwanggedachten, negatieve gedachten, traumatisch verleden, boosheid, gedrag van mede cliënten, groeiend besef van ziek zijn en het inzien van de beperkingen hiervan. Na ontslag uit de KIB zou mevrouw ambulante behandeling krijgen bij CSB, echter kreeg zij opnieuw een IBS. Voor ontslag vertoonde ze namelijk automutilatief gedrag. Na opname bij KIB is patiënten 6 maanden stabiel geweest en is vervolgens weer gestart met auto-intoxicatie zelfmutilatie, strangulatie en op het spoor lopen. Zij doet zeer frequent tentamina suïcide vanuit gevoelens van krenking en afwijzing bij normale contacten en dagelijkse voorvallen. Haar emotie regulerend vermogen is dermate laag dat zij tot acting out gedrag over gaat. zij kwam niet in aanmerking voor behandeling in zorgpad persoonlijkheidsstoornissen door haar acting out gedrag en in Friesland konden ze niets meer voor haar doen.

Hulpvraag en verwijzing Inforsa

De behandelvraag voor Inforsa was dan ook de patiënte zodanig te behandelen dat zij in BW kan wonen. Hierbij

dient zij effectieve coping strategieën te leren, om met haar emotie regulatie stoornis om te gaan. Dit zodat acting out gedrag gereduceerd kan worden. De vraag was of zij behandeld kon worden met regels en begrenzing zodat zij in staat zou zijn in een BW Kan wonen.

Mevrouw zou eerder DGT hebben deelgenomen echter was zij hier niet gemotiveerd en zij kwam door het veelvuldig vertonen van acting out gedrag niet in verdere aanmerking. Bij Inforsa wordt opnieuw DGT geprobeerd.

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. Uit de resultaten blijkt dit niet gehaald, echter in een interview met mevrouw gaf zij aan, wel voldoening uit de training te halen en zij wil dan ook graag opnieuw deelnemen aan de DGT. Deze zal over een paar maanden worden gestart. Deze versie zal de volledige versie zijn en daarnaast zullen er twee getrainde trainers zijn.

LK

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Het betreft een 41-jarige vrouw bekend met een schizo-affectieve stoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast heeft mevrouw depressieve episodes en een voorgeschiedenis van anorexia nervosa. Mevrouw is verder bekend met misbruik van alcohol en cannabis. Zij vertoont ernstige gedragsproblemen, agressieve gedragingen en suïcidaliteit. Haar depressieve toestandbeeld, psychotische symptomen en gestoorde impulscontrole leiden veelal tot heftige agressieve ontladingen: hierbij gaat het om bedreiging van anderen en agressie gericht naar zichzelf in de vorm van TS en automutilatie.

Mevrouw geeft zelf aan dat zij moeite heeft met filteren van informatie in haar hoofd en informatie in de buitenwereld. Zij ziet betekenissen en verbanden in alles. Dit leidt er toe dat het haar niet lukt om logisch na te denken of gestructureerd te handelen. Daarnaast geeft mevrouw aan stemmen te horen soms, die haar uitschelden, uitlachen of opdrachten geven. Soms is zij bang dat iemand haar hersenen of lichaam beheerst. Ze geeft daarnaast aan problemen te hebben in de omgang met anderen omdat ze hen niet vertrouwt, dom vind of bang is dat ze kwaadwillend zijn. Vanuit haar angst en woede komt ze dreigend over, en hierdoor zou ze ongewenst in aanraking komen met politie en hulpverlening. Haar klachten beperken haar in haar functioneren en in de dingen die zij zou willen doen.

Door haar intelligentie en afgeronde studie is mevrouw in staat duidelijke verklaringen voor haar gedrag en problematiek te beschrijven. Patiënte heeft een redelijke theoretische ziekte inzicht, echter ziet zij geen toekomst en is niet tevreden met haar leven. Daarnaast geeft ze aan niet altijd haar problemen te kunnen oplossen.

Familiegeschiedenis

De cliënte is de jongste uit een dominant gezin met drie kinderen. Haar vader wordt beschreven als een afstandelijke, actieve man, die problemen zeer rationeel bekijkt. Cliënte beschrijft haar moeder als erg onzeker in de dingen die ze doet, zij zou altijd op zoek zijn naar bevestiging op alle gebieden. Mevrouw heeft een oudere zus en een broer. Met beiden heeft ze redelijk goed contact. Omstreeks haar zevende jaar zou mevrouw een tijd dwangmatig gecontroleerd hebben of deuren en ramen goed gesloten waren.

Op de middelbare school voelde ze zich minder op haar gemak: mevrouw was stil, teruggetrokken en wist niet wat ze moest zeggen. In 1985 verhuisde het gezin met als gevolg dat mevrouw haar school in Nijmegen afmaakte.

De cliënte heeft tot acht jaar geleden als verpleegkundige gewerkt. Zij is daarnaast gezondheidswetenschapper en zat voor haar opname in het vierde jaar van de kunstacademie. Voor haar opname woonde patiënte zelfstandig en werkte als fietskoerier.

Recentelijk is naar voren gekomen dat mevrouw in haar jeugd misbruikt is door haar vader. Met als gevolg een trauma, waar mevrouw wellicht voor behandeld zal worden.

Psychiatrische geschiedenis

Haar psychiatrisch voorgeschiedenis is begonnen in 1989, mevrouw is toen in behandeling gegaan voor depressie, borderline persoonlijkheidsstoornis en post-traumatische stressstoornis. Tussen 1991-1992 is

mevrouw opgenomen aan de AZU voor anorexia nervosa. Sinds januari 2010 kreeg mevrouw klinische psychotherapie in Oegstgeest, hier werd gedacht aan een schizo-affectieve stoornis. In mei 2010 is mevrouw opgenomen op crisis opvang in verband met suïcidaliteit. In hetzelfde jaar is mevrouw twee maal met een IBS opgenomen in verband met suïcidaliteit en impulscontrole problemen. In 2011 is zij opgenomen met een VM na ernstige agressie en bedreiging van de politie. Dit ging om een opnamen aan de KIB. In 2011 kreeg zij een RM en sindsdien is zij aangemeld op de LIZ afdeling (langdurig intensieve zorg) van Inforsa.

Hulpvraag en verwijzing Inforsa

De aanmeldingsvraag had betrekking op medicatie en agressie regulatie training. Door de borderline persoonlijkheidsstoornis en het ernstig suïcidaal gedrag kwam mevrouw in aanmerking voor de DGT groep.

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. De resultaten geven al aan dat er voor mevrouw weinig verandering is in acting out gedrag. Zij heeft dit ook zo ervaren. Mevrouw geeft aan dat zij niks uit de groepsessies heeft gehaald, behalve veel spanning. Zij vertelt echter dat de individuele gesprekken voor haar wel heel veel hebben betekend. Hierin werden echter niet alleen de vaardigheden en de voortgang hierop besproken, maar ook zaken die bij de normale therapie horen. Ze weet nog niet zeker of ze door wil gaan met de training, echter wil ze de individuele gesprekken niet missen. Ze is dus nog in overweging.

RJ

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een 23-jarige vrouw met een borderline persoonlijkheidsstoornis, die al sinds haar dertiende bekend is met psychiatrische problematiek bij zichzelf. Patiënte is tevens morbide obese en leidt aan amenorrhoea (uitblijven van menstruatie). Daarnaast heeft patiënte veel last van impulsdoorbraken waarin zij zich begeeft in suïcidaal en agressief (fysiek en verbaal) gedrag en uit zij zich voornamelijk op theatrale wijze. Zij snijdt zich in armen en benen en tevens heeft zij geprobeerd zichzelf in brand te steken. Ook heeft ze een symbiotische relatie met haar moeder.

Patiënte geeft aan last te hebben van stemmen in haar hoofd die haar beledigen en aanzetten tot automutilatie. Ze automutileert en is suïcidaal en geeft aan weleens op de tramrails is gaan liggen. Patiënte vertelde dat ze altijd naar de verpleging stapt als ze automutileert. Ze is echter niet in staat om scheermesjes zelf te bewaren, vuur wel zegt ze.

Patiënte benadrukt dat het duidelijk is dat ze een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. Daarnaast zegt ze veel te hebben meegemaakt, waaronder ernstig misbruik. Ze zegt last te ondervinden van herbelevingen hiervan. Daarnaast zegt ze veel last te hebben van de symbiotische relatie die ze heeft met haar moeder. Ze zegt dat haar moeder tevens trekken heeft van borderline problematiek.

Patiënte is zeer gemixt in wat zij wil; aan de ene kant wil de patiënte graag dood en wil euthanasie. Aan de andere kant wil de patiënte graag weer op zichzelf wonen, dit wil ze eerst begeleid om uiteindelijk zelfstandig te kunnen gaan wonen. Ze wil uit de psychiatrische circuit komen en de symbiotische relatie met haar moeder opheffen.

Familiegeschiedenis

Patiënte heeft een moeder bekend met borderline problematiek. Moeder is zeer betrokken bij behandeling van haar dochter en is tevens de eerste contactpersoon.

Psychiatrische voorgeschiedenis

Op 13-jarige leeftijd ging patiënte naar de Meerpaal (speciaal voortgezet onderwijs), in die tijd is patiënte depressief geworden en is gaan automutileren. Kort na starten van de opleiding kreeg patiënte last van paniek-en angstaanvallen, waanideeën en hallucinaties, waardoor patiënte op 15-jarige leeftijd met haar school is gestopt. Door ruzie met moeder en mishandeling en misbruik werd patiënte uit ouderlijk huis geplaatst door politie en kinderbescherming. Patiënte is toen opgenomen in Dordrecht. Ze heeft daar een deeltijdbehandeling gehad in Fjord. Tijdens deze behandeling is zij ook één jaar aaneengesloten opgenomen geweest op het RMPI op de gesloten afdeling wonen. Daarna ging zij naar rehabilitatiecentrum Zevenkamp, dit is een woontraining richting begeleid of zelfstandig Opname Bavo Europoort. Daarna is patiënte opgenomen op CIB. Patiënte is voordat zij bij Inforsa kwam, opgenomen geweest op de gesloten afdeling van Bavo Europoort.

Hulpvraag en verwijzing Inforsa

Op 14 juli 2011 is zij opgenomen op de LIZ van Inforsa, daar zij nergens anders een aansluiting vond voor haar psychiatrische problematiek. De hulpvraag richt zich op haar impulsdoorbraken, verbale en fysieke agressie,

veelvuldige automutilatie en suïcidaliteit.

De behandeling bij Inforsa is gestagneerd, nadat zij haar kamer in de brand heeft gestoken. Zij is hiervoor opgepakt en wacht in preventieve hechting op de uitspraak van de rechtbank.

Pilot DGT

Mevrouw heeft nu deelgenomen aan een pilot versie van de DGT, waarbij een aantal vaardigheden zijn behandeld, om het ergste acting out gedrag tegen te gaan. Mevrouw heeft echter niet de volledige training te kunnen volgen. Zij is wegens een brandstichting, waarbij zij zichzelf om het leven probeerde te brengen, opgepakt. Zij zit hiervoor vast. Wij hebben dan ook geen zicht op haar ideeën over de training.

Appendix B: Study 2

LL

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

49-jarige vrouw, met een tot juli 2010 blanco VG, en een chronische en complexe PTSS als gevolg van lichamelijk en seksueel misbruik in haar jeugd. Zij is sinds begin 2011 vrijwel continue opgenomen in verband met suïcidaliteit en ernstige automutilatie. Patiënte is gedecompenseerd na het overlijden van haar moeder in juli 2010, waar zij zorg voor droeg en haar hele leven tot dan toe bij in huis woonde.

DSM- IV classificatie:

As I 309.81 Posttraumatische stressstoornis, chronisch, complex

As II 799.9 Uitgestelde diagnose

As III Hypertensie

As IV Problemen in primaire steungroep, sociale omgeving, wonen

As V huidige GAF 20

Familiegeschiedenis

Patiënte heeft meerdere broers en zusters van dezelfde moeder en verschillende vaders. Vanaf haar vroegste jeugd is zij misbruikt door haar eigen vader en stiefvader. Moeder werd ook misbruikt door haar partners en patiënte heeft voor haar gezorgd tijdens haar ziekbed. Zegt dat moeder door een overdosis morfine om het leven is gekomen, hier is nooit werk van gemaakt. Na de dood van moeder is patiënte bij haar zuster in huis gekomen omdat zij zelf geen eigen woning had.

Psychiatrische geschiedenis

Het eerste contact van patiënte met de GGZ was in juli 2010. Zij werd toentertijd gediagnosticeerd met een depressie en PTSS.

In september en in december 2010 is zij opgenomen in het Zaans Medisch Centrum in verband met dezelfde klachten en automutilatie.

Van Februari 2011 tot en met juni 2011 is zij opgenomen in Dijk en Duin, vanwege toenemend zelfdestructief gedrag. Hierop heeft zij een RM gekregen. Verschillende psychofarmaca zijn hier voorgeschreven, inclusief antidepressiva. Vanwege de ernstige depressieve klachten heeft zij uiteindelijk een ECT behandeling ondergaan, welke door patiënte zelf na enkele sessie is afgebroken.

Van Juli tot op heden is zij opnieuw opgenomen in Dijk en Duin, zonder uitzicht op ontslag onder voorwaarden. Wel is er een verbetering in de behandelrelatie en enige toename van inzicht in de klachten. Op dit moment is er geen sprake meer van een ernstige depressieve stoornis, de klachten die ze nu beschrijft zijn allen passend bij complexe PTSS. Een eventuele persoonlijkheidsstoornis is nu niet te stellen door de heftige as I problematiek.

Verwijzing Inforsa en hulpvraag patiënt

Patiënte is verwezen naar de LIZ van Inforsa en is in augustus 2012 opgenomen op een LIZ afdeling. Zij is

doorverwezen door een langdurig patroon van zelfdestructief gedrag, te weten dagelijks glas eten, krassen en snijden. Daarnaast is het gedurende het afgelopen half jaar niet mogelijk gebleken enige vrijheden op te bouwen, doordat patiënte onmiddellijk naar een grote autoweg gaat en daar op gevaarlijke wijze gaat lopen. Vrijwel zonder uitzondering moet zij door de politie worden teruggebracht.

Patiënte is bekend met een complexe posttraumatische stressstoornis. Zij is van jongs af aan mishandeld en misbruikt, heeft vele jaren in die situatie verkeerd. Sinds het overlijden van haar moeder, twee jaar geleden, is zij gedecompenseerd en in de GGZ terecht gekomen. Inmiddels lukt het patiënte om open te staan voor behandeling en de relatie tussen haar gedrag /klachten en haar traumatische levensgeschiedenissen te leggen. Er is een stabiliserende behandeling nodig, waarbij patiënte leert meer controle te krijgen over haar emoties en gedrag, waardoor zelfdestructief gedrag vermindert. In de huidige klinische setting van een acute opname afdeling zijn er onvoldoende mogelijkheden om deze behandeling consequent en voldoende intensief uit te voeren. Het doel op de langere termijn is om toe te komen aan traumabehandeling.

RG

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een 30-jarige vrouw van Marokkaans/Nederlandse afkomst. Zij is gediagnosticeerd in 2012 met een Schizoaffectieve stoornis met daarnaast misbruik van alcohol en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast is er geen duidelijk aanwezige primaire steungroep of sociale omgeving daar zij zich in het verleden in de maatschappij heeft staande weten te houden door criminele, overlastveroorzakende en destructieve activiteiten. Hierdoor heeft zij een indrukwekkend justitieel portfolio opgebouwd.

Classificatie DSM IV

- As I 295.70 Schizoaffectieve stoornis
305.00 Misbruik van alcohol
- As II 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis
- As III V71.09 Geen diagnose of aandoening op as 3
- As IV Problemen binnen de primaire steungroep
Problemen gebonden aan de sociale omgeving
Opvoedingsproblemen/problemen met school en opleiding
Werkproblemen
- As V GAF-score (H) 40
GAF-score (V) 40

Familiegeschiedenis

Hierover is geen eenduidige informatie te vinden. Beide ouders zijn waarschijnlijk van Marokkaanse afkomst, meer informatie is niet beschikbaar.

Psychiatrische geschiedenis

Vanaf 2003 in aanraking geweest met GGZ, meermalen ofwel vrijwillig ofwel met een BOPZ maatregel opgenomen vanaf september 2011 opgenomen met een RM. In 2005 is een borderline pers stoornis gesteld met antisociale trekken. Ook zijn er aanwijzingen voor middelenmisbruik. Vanaf 1999 is patiënte meermalen in aanraking geweest met justitie.

Verwijzing Inforsa en hulpvraag patiënt

Sinds november 2011 in patiënte opgenomen in Inforsa op de FPK, met een tbs-maatregel. Zij is bekend met schizo-affectieve stoornis, middelenmisbruik en borderline persoonlijkheidsproblematiek. Ze is heropgenomen na een diagnostische opname in de Woenselse Poort ten behoeve van een Pro Justitia rapportage in verband met de rechtsgang. Het advies met betrekking tot het vervolg is een TBS maar de zitting is nog niet geweest. Patiënte is benauwd met betrekking tot de uitspraak maar beseft wel dat er behandeling noodzakelijk is alhoewel zij daar nog geen reële voorstelling van kan maken.

LM

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een 64-jarige alleenstaande vrouw met blanco psychiatrische voorgeschiedenis die 4 à 5 jaar geleden na verlies van werk somberheidsklachten ontwikkelde, zich isoleerde en psychotisch decompenseerde. Gezien de blanco VG lijkt er sprake van late-onset schizofrenie.

Classificatie DSM IV

- As I 295.30, schizofrenie, paranoïde type Hoofd
- As II V71.09, geen diagnose op as II
- As III V71.09, Geen diagnose of aandoening op as 3
- As IV Problemen gebonden aan de sociale omgeving
 - Werkproblemen
 - Woonproblemen
 - Problemen met justitie, politie of met de misdaad
- As V GAF-score (H) 55
 - GAF-score (V) 40

Familiegeschiedenis

Haar familie is nooit in aanraking geweest met de GGZ voor zover bekend.

Psychiatrische geschiedenis

Patiënte zelf is nooit eerder in aanraking geweest met de GGZ, behalve in 2008-2009 en 2010 een aantal gesprekken met het ABT.

Verwijzing Inforsa en hulpvraag patiënt

Patiënte is februari 2012 opgenomen in Inforsa op een afdeling van de FPK. Patiënte beschrijft dat er vanaf 2008-2009 een cumulatie van omstandigheden was waardoor zij uiteindelijk tot de beslissing is gekomen haar huis in de brand te steken. Het begon met het verlies van haar baan in 2008, waardoor haar financiën minder werden en patiënte niet meer de sociale bezigheden kon uitvoeren zoals ze dat daarvoor deed, bijvoorbeeld mensen uitnodigen voor etentjes. Vanaf toen ging ze zich steeds meer isoleren en ging het bergafwaarts. Tevens ging van alles kapot in huis. Patiënte werd somber. In deze periode heeft ze naar eigen zeggen zo'n 6 a 7 gesprekken gehad bij het ABT, maar omdat ze geen zin had in dossiervoering is deze behandeling niet verder doorgezet. In 2010 waren nog enkele contacten met het ABT.

Ze volgt verschillende therapieën bij Inforsa. Er wordt gekeken of zie hier na ontslag nog een tijdje mee door zou kunnen gaan, als overgangperiode. Daarna zou patiënte graag creatieve activiteiten in de wijk willen gaan doen. Voor opname was ze bezig een bibliotheek voor ambachten op te zetten. Hier zou ze weer mee verder willen gaan.

JG

Diagnosebeschrijving en klachtenbeschrijving patiënt

Patiënte is een vrouw, geboren op 10 juni 1959. Zij is bekend met schizofrenie en misbruik van alcohol. Eerder is zij gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis, deze is niet meegenomen in de laatste classificatie van 2009, omdat er meer aanwijzingen waren voor schizofrenie. Verder zou er bij patiënte sprake zijn van angst, stemmen, bizarre uitspraken, achterdocht en wanen met een achterdochtige inhoud, waaronder achtervolgings- en vergiftigingswanen. Daarnaast was de indruk dat zij psychotisch was of in een atypische psychose verkeerde, zichzelf verwaarloosde en ondervoed was.

Classificatie DSM IV

- As I 295.10 Schizofrenie, gedesorganiseerd type Hoofd
- As I 305.00 Misbruik van alcohol
- As II 799.9 Uitgestelde diagnose op as II
- As III V71.09 Geen diagnose of aandoening op as 3
- As IV Problemen binnen de primaire steungroep
 - Problemen gebonden aan de sociale omgeving
 - Woonproblemen
 - Financiële problemen
- As V GAF-score (H)
 - GAF-score (V)

Familiegeschiedenis

Over de familie van patiënte ontbreekt informatie, wel zijn er aanwijzingen dat moeder dezelfde problemen heeft en een vergelijkbaar beeld geeft.

Psychiatrische geschiedenis

Patiënte heeft een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis.

1986: opname APZ Sancta Maria Noordwijk, hier werd een atypische psychose geclassificeerd

1986: verblijf RIBW Querido te Amsterdam

1987: opname APZ Sancta Maria Noordwijk

1988: verblijf RIBW Querido

1989-1990: opname APZ Santpoort, waar de diagnose schizofrenie en borderline persoonlijkheidsstoornis werd gesteld

1990-1994: RIBW Querido

1995-1996: Opname Lucas Ziekenhuis (PAAZ) in verband met psychotische decompensatie na staken van medicatiegebruik bij zwangerschap

1996-1999: 3 maal opnamen kliniek 2de C. Huygenstraat (voorheen SPDC C/OW)

2000-2001: begeleiding Rehab-team

2001-2004: opname kliniek 2de C. Huygenstraat en Surinameplein, Mentrum

Juli 2004-juni 2007: Mentrum Kliniek Akeringwateringstraat, LKP 1. Patiënte heeft hier enkele jaren stabiel

gefunctioneerd. Zij was hier voorzitter van een patiëntenvereniging en werkte bij restaurant 'De Gravin'. De opname werd beëindigd wegens misbruik alcohol en stagneren behandeling. De diagnose schizofrenie werd verworpen en de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis werd gesteld.

Verwijzing Inforsa en hulpvraag patiënt

Patiënte is in september 2009 op de LIZ van Inforsa opgenomen met een RM. Het bewustzijn van patiënte is helder. De aandacht is goed te trekken, maar minder goed vast te houden. Het waarnemen is niet goed te beoordelen omdat patiënte zo weinig zegt. Het denken is eveneens niet goed te beoordelen, inhoudelijk zijn er aanwijzingen voor paranoïde symptomen, daarnaast heeft patiënte bizarre ideeën over eten en dergelijke, mogelijk is er dus sprake van vergiftigingswanen. De stemming is gedrukt met een wat dysfoor affect. Patiënte heeft een gemiddelde intelligentie en achteruitgaande cognitieve functies.

Belangrijk is om patiënte niet te veel prikkels tegelijkertijd aan te bieden en extra aandacht te hebben voor planningsproblemen en gebrek aan flexibiliteit. Patiënte presteert verbaal beter dan performaal, er moet worden opgepast dat ze niet overvraagd wordt.

Appendix C: Patients Interviews

NB: Hierbij mist één interview, RJ zit in preventieve hechtenis in afwachting van het oordeel van de rechter. Wij waren niet meer in staat om bij haar een interview af te nemen, daar er niemand behalve behandelaren en moeder bij haar mocht komen.

CdV

We gaan je wat vragen stellen over de dgt groep.

1. Hoe vaak ben je geweest?
Haha niet zo vaak.
2. Dat hadden we begrepen. En die keren dat je bent geweest hoe vond je het gaan?
Slecht een 2.
3. Is dat dan omdat je de groep en begeleiding slecht vond?
Beide.
4. Wat was er slecht?
Nou ja ik vond mirte en Linda niet zo erg getraind.
5. Dat zijn ze ook niet, vanwege dat het een pilot versie is, dus daar heb je gelijk in, maar als je ze een cijfer zou moeten geven, wat zou je ze dan geven.
Een 4 voor hun samen.
6. Wat vond je specifiek dan niet leuk?
Het hele groepsgebeuren, ik ben niet zo goed in een groep.
7. Waren er ook situaties waarvan je zegt dit ging mis en kon anders worden aangepakt?
Ik vond het erg vreemd dat je geen gesprekken kon hebben zonder de groep. Deze hielpen me wel altijd.
8. Deze waren ook nuttiger voor jou?
Ja dat wel.
9. Stel dat de dgt buiten de kliniek kon, ga je dan door?
Ja ik denk het wel, maar wel van getrainde psychologen.
10. Wat is volgens jou het doel van de groep?
Geen idee (schudt nee).
11. Er zijn geen foute antwoorden. Het gaat om jou gevoel bij het doel.
Controle krijgen over je gevoelens en acties.
12. Hoe vond je het onderzoek, de vragenlijsten enz. je mag een eerlijk cijfer geven?
Nou ja ik hou niet van formulieren invullen.
13. Maar je hebt het wel gedaan, dat was voor ons erg prettig.
Ik vind het jammer dat ik de uitkomst niet weet.
14. Deze kunnen we wel naar je opsturen?
Ja dat zou ik wel prettig vinden.
15. Waren er dingen die je anders vond kunnen?
Nee.
16. Je voelde je niet onveilig?

Nee hoor (maakt nog een grapje).

17. We hebben nog één vraag, voordat we het vergeten. Wat is de reden dat je uiteindelijk bent gestopt met de therapie?

Omdat de therapeuten niet getraind waren, ik haalde er niks uit.

18. Kwam dat alleen door trainers?

Ook wel andere dingen, ik vond de groep ook niet zo prettig (heeft ruzie gehad onderling).

DvdK

We hebben nog een paar kleine vragen over de training die je aan het volgen bent/hebt gevolgd.

1. Hoe heb je de training ervaren/ hoe ergaar je de training? Geef het cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom.
Een 8. Als groepszijknde met je huiswerk bezig bent, samen het verhaal van anderen hoort en van andere oplossingen krijgt, dat werkte wel heel goed. Het huiswerk was soms wel irritant, maar het sloot goed aan bij wat je in de groep leerde.
2. Wat vond juist niet leuk aan de training?
de concentratieoefeningen waren niet leuk, dat is gewoon niet mijn ding. Ik ben daar slecht in omdat de meeste oefeningen erop gericht was op je ademhaling en iedere keer met de start zit je er wel aan en heb je toch meer van weer, moet dat.
3. Waaraan heb je het meest gehad ? dus welk vaardigheden? (geef een cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom):
een ding tegelijk doen. Omdat als ik spanningen had van alles tegelijk aan het doen was en dit meer chaos gaf en merkte dat als je een ding tegelijk doet je daar beter op kan concentreren en de spanning iets sneller kwijt gaat raken. Observeren heb ik in het begin voor mezelf gehouden op een gegeven moment ben ik het naar de begeleiding gaan uitspreken en dat stelt hen in staat om meer te helpen en dat je meer open staat voor de dingen.
4. Kun je een vaardigheid benoemen die je nu nog toepast? (aantal dat je nu nog toepast) (zie ook lijstje hierboven).
Ja ik gebruik ze nog steeds.
5. Wat doe je nu als je de drang hebt om jezelf pijn te doen/iets aan te doen ? is dit anders dan voor de DGT?
Eerst proberen afleiding te zoeken, als dat niet werkt gesprek met verpleging aan te gaan, een rondje om te gaan. Gaat nog wel eens fout maar ik weet dat ik alles geprobeerd hebt om het te voorkomen en ben van plan het te blijven doen.
6. Wat doe je wanneer je agressie voelt opkomen nu? Is dit anders dan voorheen?
7. Zou je verder willen gaan met de training?
Ik heb moeite met nieuwe trainer, dus met Linda overleggen wat de opties zijn.
8. Hoe heb je het individuele gedeelte ervaren? Geef het een cijfer van 0 tot 10 en waarom ?
Mirte en ik is altijd al botspartij geweest, laatste keer ben ik niet geweest, door een opmerking die zij maakte. Dat was bij mij verkeerd gevallen. We hebben het afgelopen jaar heel veel met elkaar meegemaakt en dat was niet de eerste keer dat, dat soort opmerkingen vielen. Het was wel goed geweest. Vandaag wel goed afgesloten. Ik kon wel dingen kwijt die ik in de groep niet kon vertellen. Als ik in de groep iets inbreng bevat het vaak geen details, zodat anderen geen ideeën krijgen. Medepatiënten waren wel duidelijk, met details en details besprak ik in de individuele gesprekken. En als je iets niet snapte dan kon je dat ook vragen. Individuele gesprekken krijgen een 7.
9. Sloot dit voor jou gevoel goed aan bij de groepstrainingen?
Sloot aan.
10. Hoe heb je het ervaren in de groep (geef het een cijfer van 0 – 10 en waarom) ? Hoe was de sfeer in de groep? Hoe ging het werken met andere deelnemers? Waren er punten waarop je aanmerkingen hebt? Dingen die je vervelend vond en waren er dingen die je juist leuk vond aan het werken in de groep?
Was wel oke, in het begin wat minder. We hadden het gedoe over C of ze zou blijven en als ze er was deed ze niet echt mee, toen met L of die weg zou gaan. Uiteindelijk zijn we geëindigd met R die uit de groep ging. Het was

dus heel onrustig er gebeurde heel veel. Ik vond het moeilijk dat sommigen in het begin niets in brachten, terwijl hier wel op werd gehamerd en toen er druk op kwam werd het er onrustig van. Als je soms niets wil inbrengen dan kan ik dat ook wel begrijpen. Maar ook nu praten we er soms over als we elkaar zien. In het begin wilde ik me niet blootleggen voelde me er onveilig bij omdat niet iedereen wat zei. Toen de groep stabiel bleef nadat C weg was, toen heb ik me wel minder ingehouden. De tijd van de therapie was te weinig. Er werden daardoor dingen afgeraffeld. Ze hadden dat beter kunnen plannen. Leuke dingen waren dat je met sommige cliënten nu meer contact krijgt. Je leert mensen op gevoelige plekken kennen en het creëert een band. Je hoort dat anderen dan ook wel eens dingen die en dat het minder gek is. Terwijl je op de afdeling soms te horen krijgt dat wat je doet gek is. En daar is het dan niet gek.

11. Hoe vond je de begeleiding van de groep ? (geef een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom). Je mag de begeleiders ook afzonderlijk een cijfer geven dit blijft volstrekt anoniem.
Als het om uitleg gaat, was Linda het duidelijkst en ook met de vragen die ze stelde. Mirte was duidelijk met concentratie oefeningen. Een 7,5.
12. Naar hoeveel sessies ben je geweest ? Ben je ook wel eens niet geweest en wat was hier de reden voor?
Behalve de laatste, allemaal geweest.
13. Wat was volgens jou het doel van de groep?
Doel is om andere oplossingen te vinden en het zelfbeschadigende en agressieve gedrag te verminderen.
14. Hoe heb je het onderzoek ervaren, geef het een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom. Je mag hierbij eerlijk zijn, dit heeft geen consequenties voor jou of voor de resultaten.
Onderzoek was goed, soms irritante vragen maar die horen er bij.
15. Hoe vond je het invullen van de vragenlijsten?
16. Was er iets dat je miste in het onderzoek of dat volgens jou anders had gemogen?
Jullie deden het goed, je kreeg de keuze in dingen, je kon zelf kiezen of jullie er bij bleven of dat je zelf wilde doen.

EH

We hebben nog een paar kleine vragen over de training die je aan het volgen bent/hebt gevolgd.

1. Hoe heb je de training ervaren/ hoe ergaar je de training? Geef het cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom.
Een 8. Het was leerzaam, de stof was te makkelijk, maar de uitvoering ervan is moeilijk. Ze leggen het heel makkelijk uit.
2. Wat vond juist niet leuk aan de training?
Elke keer gebeurtenis benoemen, en uitleggen waarom je dat deed. Het was moeilijk om gebeurtenissen op de afdeling terug te halen. Er gebeuren veel incidenten bij mij, en het was moeilijk te terug te halen waarom je iets deed. En het ze bleven maar door vragen.
3. Waaraan heb je het meest gehad? dus welk vaardigheden? (geef een cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom).
Meeste gehad aan wijze geest, emotionele geest, en rationele geest. Geef het een 7. Die vaardigheden waren het makkelijkst, en het makkelijkst toe te passen. Wijze geest is nadenken voor je iets doet. Emotionele geest als je erin zit en rationele geest erover nadenken als het gebeurd is.
4. Kun je een vaardigheid benoemen die je nu nog toepast? (aantal dat je nu nog toepast)
Mijn gedachtegang is helemaal niks verandert. Ze hebben me beperkt in snijden. Dat doe ik met schaarmpjes soms. En in welke fase ik zit, mag ik mijn schaarmpjes hebben. Dat is heel strikt. Dus zoveel kan ik niet. Maar suïcide gedachten gaan wel heel veel in mij om. Als ik het op voel komen, ga ik er met de verpleging erover praten. Vaardigheden in de dgt gebruik ik nog niet zo.
5. Wat doe je nu als je de drang hebt om jezelf pijn te doen/iets aan te doen.
Als ik mezelf pijn wil doen, gebruik ik wel vaardigheden, ik heb mezelf vandaag achter slot gezet, en dat is de wijze geest dan.
6. Wat doe je wanneer je agressie voelt opkomen nu? Is dit anders dan voorheen?
Als ik agressie voel opkomen dan gebruik ik wel vaardigheden, ik heb mezelf vandaag achter slot gezet, en dat is de wijze geest dan.
7. Zou je verder willen gaan met de training?
Ik wil graag opnieuw deelnemen aan nieuwe groep.
8. Hoe heb je het individuele gedeelte ervaren? Geef het een cijfer van 0 tot 10 en waarom?
Individuele gedeelte was minder, die geef ik een 5. Mirte wilde niet zonder verpleging dus ik kon niet echt praten, en het was heel kort, halfuurtje en dan was ze weg. En ging niet de diepte in. Kon er niet de dingen kwijt die ik wilde. Vooral omdat de verpleging er bij zat.
9. Sloot dit voor jou gevoel goed aan bij de groepstrainingen?
Het sloot niet aan bij groepstrainingen. Het was echt apart, ging niet in op vaardigheden of incidenten die besproken waren. Het was meer hoe gaat het vandaag.
10. Hoe heb je het ervaren in de groep (geef het een cijfer van 0 – 10 en waarom) ? Hoe was de sfeer in de groep? Hoe ging het werken met andere deelnemers? Waren er punten waarop je aanmerkingen hebt? Dingen die je vervelend vond en waren er dingen die je juist leuk vond aan het werken in de groep?
Het was wel fijn in de groep. Maar er haakten steeds meer mensen af. Op een gegeven moment zaten we met z'n drieën. R viel af, C die viel af en nog een meisje die wist niet of ze het wel of niet wou doen. Die kwam elke keer

wel en dan weer niet. Dat was wel jammer. En K heeft veel lichamelijke problemen, dus die zit vaak ziek op haar kamer dus die viel ook al af. Ik geef de groep zelf een 10. Ik kon alles zeggen wat ik wilde, ook al was het soms shockerend. De sfeer was goed, iedereen respecteerde elkaar. Er waren niet echt dingen die ik minder leuk vond.

11. Hoe vond je de begeleiding van de groep? (geef een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom). Je mag de begeleiders ook afzonderlijk een cijfer geven dit blijft volstrekt anoniem.

Ze deden ook goed, maar ze deden het van briefjes af. Geef ze wel een 8, ze deden wel goed hun best. Je kon ze oppiepen wanneer je wilde. Er gebeurde niets, alleen bij mij is er iets gebeurd, ik ging over de rooie toen ze doorvraagden, en toen hebben ze me naar de afdeling terug gebracht. En de volgende keer kon ik gewoon terugkomen.

12. Naar hoeveel sessies ben je geweest? Ben je ook wel eens niet geweest en wat was hier de reden voor?

Ik ben naar bijna allemaal geweest, ben 1 of 2 keer niet geweest dan zat ik in de is of in kamerprogramma. Bij kamerprogramma mocht het wel doorgaan, maar lag eraan hoe ik in mijn vel zat.

13. Wat was volgens jou het doel van de groep?

Doel is om automutilatie en suïcidedgedachten te verminderen, en de acting out gedrag te verminderen en dat is voor mij heel moeilijk. Ik heb er wel veel geleerd.

Ik vond het wel heel goed dat L de afspraken na kwam als je haar oppiepte kwam ze wel altijd en met haar kan ik wel alleen praten, daar kon ik mijn ei kwijt, daar heb ik meer aan gehad, aan mirte minder. Voelde me bij Linda wel veilig, bij mirte niet, dat ligt aan haar manier van doen. Het was altijd zo van de individuele gesprekken heb ik niets aan gehad. Het was hoe gaat het vandaag, wat heb je deze week beleefd. Het ging over koetjes en kalpjes en daar zat ik niet voor, dat vond ik heel vervelend. Ik vulde de dagboekkaarten bijna nooit in, omdat ik ze nooit had ze vergat het altijd te brengen

14. Hoe heb je het onderzoek ervaren, geef het een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom. Je mag hierbij eerlijk zijn, dit heeft geen consequenties voor jou of voor de resultaten.

Ik vond jullie altijd gezellig. Ik vond het goed om mee te doen, daar leren jullie ook van en Mirte en Linda ook. Meedoen aan onderzoek geef ik een 10.

15. Hoe vond je het invullen van de vragenlijsten?

Invullen van vragenlijsten vond ik moeilijk, het waren confronterende vragen. Ik praatte er over met iemand en dan ging het weg. Jullie reageerden ook goed, jullie zaten erbij en dat vond ik wel fijn. Kon af en toe over iets anders kletsen. Ik voelde me veilig en op mijn gemak.

16. Was er iets dat je miste in het onderzoek of dat volgens jou anders had gemogen?

Minder vragen.

KJ

We hebben nog een paar vragen over de training die je aan het volgen bent/hebt gevolgd.

1. Hoe heb je de training ervaren/ hoe ervaar je de training? Geef het cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom.

7. Er waren dingen waar ik absoluut wel wat had en waar ik ook wel wat mee gedaan heb en nog wel doe maar sommige dingen vond ik ook wel lastig en weet ik ook niet of ik er wel zoveel aan heb.

Heb je eerder dgt gehad? *Ja.*

Was dat anders en waarom? *Je kon merken dat dit de eerste keer was en net opgestart was. In Leeuwarden kwam ik in een groep die al opgestart was.*

Vond je dat prettiger? *Nou ja aan de ene kant kan het soms ook prettige zijn als het net opgestart is omdat je dan nog niet echt bezig hoeft met echt hele moeilijke dingen. Aan de andere kant als je in een training komt die al langer bestaat je daar wel meer aan hebt*

2. Wat vond juist niet leuk aan de training?

Concentratie oefening. Ik vind het moeilijk om me te concentreren.

3. Waaraan heb je het meest gehad? dus welk vaardigheden? (geef een cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom).

Vooraf afleiding zoeken als het minder gaat, met een ding tegelijk bezig zijn, dat je je richt op 1 ding. Maar ook wel observeren en beschrijven. En in gesprek gaan met iemand.

En als je ze een cijfer van 0 tot 10 zou moeten geven?

Een ding tegelijk 8

Observeren 8

Beschrijven ook een 8

4. Pas je deze vaardigheden nu nog toe? En hoe gaat dat?

Jewel. Gaat me op zich wel goed af.

5. Heb je nog wel eens de drang om jezelf pijn te doen/iets aan te doen?

Nee.

Had je deze wel in het begin

Ja maar ik weet niet of dat echt aan de training ligt.

Wanneer was dat omslag punt?

Wel tijdens dat de training bezig was.

6. Wat doe je wanneer je agressie voelt opkomen nu? Is dit anders dan voorheen?

Soms maar wel minder dan eerst. Het is wel veranderd sinds ik de training volg.

Waaraan zou je dat wijten?

Dat komt omdat ik toch ook wel probeer na te denken en mezelf probeer rustig te krijgen.

Dus je bent nu bewuster bezig?

Ja.

7. Zou je verder willen gaan met de training?

Ja denk het wel maar ik wil wel eerst een keer meedraaien om te kijken hoe het met nieuwe trainers gaat.

Wat is voor jou de belangrijkste reden om door te gaan

Omdat je dan toch situaties kunt bespreken maar ook omdat je steeds wel in dat ritme blijft dat je ermee bezig

bent.

8. Hoe heb je het individuele gedeelte ervaren? Geef het een cijfer van 0 tot 10 en waarom?

9.

Waarom?

Omdat ik er wel heel veel aan heb gehad.

Wat vond je het prettigst?

Vooraf dat het individueel was, gewoon even niemand anders erbij, voel je je toch wat vrijer.

Dus je kon er wel dingen kwijt die je in de groep niet zou vertellen?

Ja.

9. Sloot dit voor jou gevoel goed aan bij de groepstrainingen?

Jawel. Ja vond ik wel.

Heb je nog nieuwe dingen geleerd? Of meer ondersteuning?

Ik heb wel geleerd dat het belangrijk is om jezelf te zijn en je zelf aan de wereld bloot te geven anders kan de behandelaar er niet zoveel mee.

Heb je hier moeite mee?

Ja.

Hoe gaat dat nu?

Beter.

Dat wijdt je aan de training

Nou het gaat nog niet zo lang goed maar nu wel. De training speelt wel mee denk ik. Het gaat nu drie weken zo.

10. Hoe heb je het ervaren in de groep (geef het een cijfer van 0 – 10 en waarom) ? Hoe was de sfeer in de groep? Hoe ging het werken met andere deelnemers? Waren er punten waarop je aanmerkingen hebt? Dingen die je vervelend vond en waren er dingen die je juist leuk vond aan het werken in de groep?

7.

De sfeer?

Meestal wel goed maar ja dat hing wel een beetje af van hoe mensen erbij zaten en waar het over ging. Kon het wel vinden met de mede groepsgenoten en ik kende iedereen wel dat was wel fijn.

Heb je nog punten van aanmerking?

Nee, volgens mij allemaal wel goed gegaan.

Waren er dingen die je vervelend vond?

Ja dat het soms niet helemaal lekker ging met als mensen gebeurtenissen vertelden en begeleiders vragen erover stelden en dan dacht ik dit vind ik wel een heftige vraag en dan gingen er weleens mensen weg omdat ze het niet meer trokken. Daar had ik mijn vraagtekens bij

Of die vraag gesteld mocht worden bedoel je?

Ja nou ja .. ik heb bij de vorige dgt nooit meegemaakt dat mensen wegliepen. Dat gebeurde hier regelmatig. Er is dus wel iets dat dan beter kan. Ik zou zo niet weten wat, maar ja.

Ligt dat bij de persoon of therapeut, denk je?

Allebei. Ik denk dat personen die weggaan zich op dat moment niet veilig voelen, je loopt niet zomaar weg.

Moet dat anders opgepakt worden?

Als iemand boos is op 1 van de therapeuten, als diegene wegloopt niet direct erna iemand naartoe gaat. Ik weet

niet of dat verstandig is, naderhand hoor ik dan dat dat niet fijn is en dan niet degene waarop ze boos zijn. Een aantal uren later of de volgende dag. Dat werkt anders niet diegene is gewoon boos.

Wanneer dat gebeurde had dat dan ook invloed op jou?

Nee ik ken iedereen wel, ik heb er eigenlijk altijd wel begrip voor.

Ben je zelf wel eens weggelopen uit de groep?

Één keer maar dat was lichamelijk, ik was duizelig, toen ben ik 5 min buiten gaan staan.

11. Hoe vond je de begeleiding van de groep? (geef een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom). Je mag de begeleiders ook afzonderlijk een cijfer geven dit blijft volstrekt anoniem.

Gewoon een algemeen cijfer. Toch wel een 8.

12. Naar hoeveel sessies ben je geweest? Ben je ook wel eens niet geweest en wat was hier de reden voor?

13. Wat was volgens jou het doel van de groep?

14. Hoe heb je het onderzoek ervaren, geef het een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom. Je mag hierbij eerlijk zijn, dit heeft geen consequenties voor jou of voor de resultaten.

Het was soms niet leuk, maar het is niet zo dat ik er achteraf nog last van heb gehad. Ik kan dat redelijk goed van me afzetten. Ik heb wel van anderen gehoord dat ze het echt moeilijk vonden en vreselijk, maar ik heb daar niet zoveel moeite mee. Het was soms wel confronterend, dat was niet zo leuk.

Hoe vond je het verder om mee te doen

Wel oké.

15. Hoe vond je het invullen van de vragenlijsten?

16. was er iets dat je miste in het onderzoek of dat volgens jou anders had gemogen?

Nee zou niet weten wat ik voelde me niet onveilig. Jullie gaven wel dingen aan en vond het wel erg duidelijk.

LK

We hebben nog een paar kleine vragen over de training die je aan het volgen bent/hebt gevolgd.

1. Hoe heb je de training ervaren/ hoe ergaar je de training? Geef het cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom.

Ook dat nog.. ja jeetje .. een 6. Ik aarzelde nog wel over een voldoende of onvoldoende.

Vanwaar die aarzeling?

Ik vond het voor mij niet zo geschikt of zo. Ik heb er voor mijn gevoel niet zo heel veel aan gehad. En dat komt voor een deel denk ik omdat ik het heel theoretisch vond. Het was natuurlijk niet alleen maar theorie. Bij mij werkt het toch beter als ik een therapie heb waarbij ik wat kan doen. Zoals bij PMT of creatieve therapie dan heb je concreet iets wat er is of zo en daar kun je het dan over hebben. Nu moet je uit het niets iets over vertellen en er wordt ook heel theoretisch over vaardigheden gepraat, ik oefen liever, ik kan ook een boek lezen. Het zich wel in je hoofd maar om het dan echt toe te passen is echt moeilijk. Ik vond de concentratieoefeningen ook moeilijk, het is wel iets praktisch, maar ik vond dat het te gehaast ging. Ik kan niet in die concentratie gaan zitten. Maar ik vond op zich dat ze het wel goed deden, zeker omdat het voor het eerst was.

2. Wat vond juist niet leuk aan de training?

3. Waaraan heb je het meest gehad? dus welke vaardigheden? (geef een cijfer van 0 tot 10 en beschrijf waarom).

Nja er zijn wel sommige dingen die in mijn hoofd zijn blijven zitten. Van die termen die ze voor die vaardigheden gebruiken, zoals bijvoorbeeld de wijze geest. Dat blijft dan toch wel een beetje in je hoofd zitten.

4. Kun je een vaardigheid benoemen die je nu nog toepast? (aantal dat je nu nog toepast).

Pas je die ook toe?

Het zijn meer termen. Er zit wel een theorie achter, maar ze zijn niet toepasbaar voor mij. Misschien komt dat nog, dat het moet bezinken.

5. Wat doe je nu als je de drang hebt om jezelf pijn te doen/iets aan te doen.

Naja het ging bij met zelfbeschadigend gedrag ging het eigenlijk al wel goed, het was eigenlijk vooral dat ik suïcidaal gedachten en handelingen uitvoerde, dat ze dacht dat die groep misschien ook goed voor mij zou zijn. Dat speelt eigenlijk nu nog steeds. Als het iets veranderd dan is het ook door alle andere therapieën denk ik.

6. Wat doe je wanneer je agressie voelt opkomen nu? Is dit anders dan voorheen?

7. Zou je verder willen gaan met de training?

Dat weet ik nog niet. Nu was het zo dat de groepstherapie gekoppeld was aan de individuele gesprekken. Aan die individuele gesprekken heb ik wel heel veel aan. En die wil ik niet missen, maar ik weet niet hoe dat bij het vervolg gaat (uitgelegd dat dit waarschijnlijk wel het geval is). Ja wat dat betreft denk ik dan wel dat ik er mee door ga.

8. Hoe heb je het individuele gedeelte ervaren? Geef het een cijfer van 0 tot 10 en waarom?

Ik denk toch wel een 8 of zo. Daar heb ik wel veel aan gehad ja.

Kon je hier extra dingen kwijt?

Ja.

Waardoor?

Het is toch anders of er allemaal mensen mee zitten te luisteren of in je eentje met iemand zit te praten. Ik vind het vaak toch al moeilijk om dingen te vertellen over mezelf. Ik vond dat rondje van de gebeurtenis vertellen ook

altijd erg moeilijk. Dit heb ik ook niet altijd gedaan. Een keer werd ik er daardoor uitgestuurd. Maar een andere keer was het wel oké. En in die individuele gesprekken komen ook nog wel andere, niet alleen aan de dgt gerelateerde dingen aan de orde.

Leerde je bij de individuele gesprekken nog vaardigheden die je niet hebt geleerd in de groep?

Wel iets meer individueel toegespitst.

9. Sloot dit voor jou gevoel goed aan bij de groepstrainingen?

Soms wel soms niet.

Waar lag dat volgens jou aan?

Ja als we echt nog wel ingingen op iets dat ik verteld had in de therapie, dan sloot het natuurlijk wel aan. Of als het ook echt meer over zelfdestructief gedrag ging. Ik had gesprekken met Linda en die regelt voor mij ook andere dingen die los van de therapie staan. Zoals vervolg, en gesprekken die ik daarna nog met mijn broer of zus heb. Dit vond ik wel prettig. Niet makkelijk maar wel goed.

10. Hoe heb je het ervaren in de groep (geef het een cijfer van 0 – 10 en waarom) ? Hoe was de sfeer in de groep?

Hoe ging het werken met andere deelnemers? Waren er punten waarop je aanmerkingen hebt? Dingen die je vervelend vond en waren er dingen die je juist leuk vond aan het werken in de groep?

Dat vind ik heel moeilijk. Ik vind het ook moeilijk om de verhalen van anderen aan te horen, als je dan ook nog de ellende van anderen erbij krijgt.

Trek je jezelf dat aan?

Dat raakt me wel ja. Dat vooral. Als het dan wat meer over de vaardigheden ging dan gaat het wel. Ja dat rondje met vertellen dat vond ik ook heel zwaar.

Dat komt ook wel dichtbij natuurlijk.

Ja. en sommige mensen gingen echt in detail op alles is en dan (Doet haar handen over de oren).

Voelde je je wel veilig in de groep?

Ja toch wel ja.

En had je wel het gevoel dat je dingen kwijt kon in de groep?

Ja alleen ligt het dan aan mezelf dat ik dat heel er moeilijk vind.

En wat vond je van de sfeer?

Dat wisselde heel erg, nou ja wisselde per bijeenkomst. Soms liep de een na de ander de groep uit. Maar er werd wel geluisterd. Er zijn ook geen ruzies geweest of echt conflicten. Dus ik vond de sfeer over algemeen wel goed. Behalve dat soms heel veel mensen weglieden.

11. Hoe vond je de begeleiding van de groep? (geef een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom). Je mag de begeleiders ook afzonderlijk een cijfer geven dit blijft volstrekt anoniem.

Ik vond dat ze het wel goed deden een 7 gezamenlijk. Ik vond ook dat ze goed op elkaar ingespeeld waren . ze deden echt goed samen. Dit heb ik ook tegen hun gezegd.

En als mensen weglieden hoe werd dat aangepakt?

Wel goed er zaten dan altijd nog 2 mensen bij die dan ook achter iemand aan konden lopen. En het kwam ook wel voor dat iemand terug ging naar de afdeling. Dit werd gelaten, ze waren hierin niet dringend. Dit vond ik prettig, uiteindelijk doe je vrijwillig mee aan de groep.

En ben je zelf weleens weggelopen?

Ja een of twee keer.

12. Naar hoeveel sessies ben je geweest? Ben je ook wel eens niet geweest en wat was hier de reden voor?
Een keer aan het begin weggestuurd, omdat ik geen gebeurtenis wilde vertellen, ik had toen ook al heel veel kritiek geuit. Ik had er niets zo'n zin in en was nogal kritisch en toen wilde ik ook nog niks vertellen en toen hebben ze gezegd dat ik de groep beter kon verlaten .toen ben ik nog heel boos geweest, ik heb toen ook dingen gezegd die niet zo netjes waren. Toen ben ik een week op time out gezet. Toen ben ik ook niet geweest. Daarna heb ik wel een gesprek gehad, excuses aangeboden en de dingen weer recht gebreid. Zij wilden ook een gesprek, maar ik had natuurlijk ook boos kunnen blijven.
13. Wat was volgens jou het doel van de groep?
Volgens mij het verminderen van zelfdestructief gedrag. In wat voor vorm dan ook.
14. Hoe heb je het onderzoek ervaren, geef het een cijfer van 0 – 10 en geef aan waarom. Je mag hierbij eerlijk zijn, dit heeft geen consequenties voor jou of voor de resultaten.
Ik kan me de eerste keer niet zo goed herinneren. Dit komt door de ECT behandeling, die tast je geheugen iets aan. Ik kan me jullie wel herinneren, maar ik kan me niet herinneren dat ik die vragen heb ingevuld.
15. Hoe vond je het invullen van de vragenlijsten?
Ik vond het heel moeilijk, er zaten heel veel moeilijke vragen tussen. Dat haalt wel veel naar boven dan.
Hoe vond je dat wij daarop inspeelden
Ja wel goed, ik voelde me wel veilig. Vond het fijn dat jullie erbij bleven zitten. Anders was ik denk ik eerder gestopt met de vragenlijsten. Heel goed dat je dat dan hebt aangegeven.
16. Was er iets dat je miste in het onderzoek of dat volgens jou anders had gemogen?

Appendix D: Personal Case Managers Interviews

NB: Naast dat het voor ons onmogelijk was om RJ te interviewen, hebben wij besloten ook de persoonlijk begeleider van deze participant niet te interviewen.

Pb'er L en K

Dit gesprek gaat over de dgt. Omdat je persoonlijk begeleider bent van beiden (L en K) zal dit gesprek gaan over beide patiënten.

1. Heb je veranderingen waargenomen bij een van beide?

Nou tijdens de dgt hebben ze allebei in een vrij moeilijke fase gezeten. L had veel weestand vooral dgt en materialen. Sinds drie weken is dit nu afgenomen. Of dit nou per se door de dgt komt weet ik niet. Het is waarschijnlijk een wisselwerking. Ze is twee weken gestopt en daarna weer begonnen. Dus ze haal de er toch wel iets uit. Bij K is het eigenlijk hetzelfde verhaal. Ze somatiseert, uit haar gevoelens niet, maar heeft veel pijntjes. Ook dat is sinds twee weken verbeterd. Dit komt mede doordat ze echte klachten heeft, maar dit kan ook mede komen door dgt. Dit zegt ze niet, maar ik zie wel dat ze merkt dat ze zelf dingen moeten doen. Maar het is wel oud gedrag van haar. Wat me opviel, ze lieten allebei weinig los. K heeft het eerder gehad en had er in die zin ook zin in om te doen. Ze wilde ook een tijd niks doen aan haar toekomst maar dit doet ze nu wel iets meer. K blijft afhankelijk, als ze een conflictje heeft dan lost ze dat op door passief agressief te reageren, maar zal het niet tegen de cliënt zelf doen, en komt daarna bij ons. Ik had gehoopt dat ze dat meer kon doen, maar misschien komt dit nog.

2. Dit was natuurlijk een pilot versie van de dgt dus heel veel verandering verwachtten we ook niet. Er gaat wel een 'echte' groep starten. Deze zal de volledige dgt geven en de psychologen worden daar ook voor opgeleid. Wat merk je nu wel aan verandering?

Wat ik merk is dat ze in eerste instantie geneigd zijn om oude gedrag uit te voeren. Het zijn die-hards en de zwaarste. Ik heb ze allebei zes weken genegeerd en ik ben niet meegegaan in hun gedrag. Bv bij L: 'Je verbouwd je kamer maar.' Maar een ander doet dit anders en dan is het twee uur feest. Ik heb eerder meisjes begeleid met verslaving die dgt hadden. Ik zag daar meer verandering. Je zag vooral verandering in het verslavingsgedrag. Dat zie ik hier minder. Deze verandering schreven ze zelf ook toe aan dgt, in de verslavingsgroep.

3. Deze versie was vooral gericht op zelfdestructief gedrag. Zou je het aanraden dat ze de professionele versie straks gaan volgen?

Ja ik denk dat ze wel door moeten gaan. K slikt natuurlijk heel veel medicatie. Dat is al maanden terug voor het laatst gebeurd. Maar dit komt ook door onze aanpak. En datzelfde geldt natuurlijk ook voor L.

4. Hebben ze zelf nog bijzonderheden aangegeven?

Ja, je merkte het wel aan L als er gedoe in de groep was geweest. Maar ik merkte uit de rapportage dat ze vaak de katalysator was. K reageert dan meer van: 'nou daar ga ik ook niet meer naar toe.' Het speelt wel, maar ja die meiden hebben zoveel meegemaakt, maar je moet er echt naar vragen, wil je er echt wat weten. Ze zijn erg gehospitaliseerd. Ze gaan naar de therapie, maar vervolgens het toepassen gaat langs ze heen.

5. Hebben ze iets aangegeven over vaardigheden die ze hebben geleerd en/of toepassen?

K geeft nu wel aan dat ze als ze wat wil dat ze het zelf moet doen. Je merkt dat ze er heel anders mee bezig is. Bv. ze vroeg laatst of ze samen kunnen kijken naar begeleid wonen. Eerder was dit een ver van haar bed show. Ook

bij L is het besef dat ze het zelf moet doen. Bv. L wil op onbegeleid verlof. Ze kreeg een nee met een mits. Ze moest haar familie vragen. Dit is ze zelf gaan doen. Ze wacht nu al drie weken op het antwoord, maar ze houdt zich goed. Er is geen verschil in suïcidaal gedrag. Maar vorige week had ze wel bij Linda aangegeven dat ze misschien die kunstacademie moet gaan volgen. Het zit wel in haar hoofd, maar ze handelt er wel meer naar nu. Maar dit kan ook een opleving zijn. Ik draai lang genoeg mee om te weten dat je hier soms voor moet oppassen. Ik kan het me ook wel voorstellen het is heel moeilijk met al die gedachten en dan al die therapeuten dat is ook wel heel moeilijk. Vrouwen met borderline problematiek zijn ook het moeilijkst te behandelen vind ik. Ook in het team merk je dat. Als er ruzie is, dan is het eigenlijk altijd een patiënt met borderline. Het is heel moeilijk om de neus in de zelfde richting te houden.

6. Dan hebben we nog een laatste vraag. De samenwerking tussen begeleiding en dgt groep hoe vond je die gaan?
Nou ik weet dat het een keer op het laatste moment is afgelast. Vooral L vond dit erg moeilijk. K vond het vooral lekker. Ik vond het altijd wel leuk om de rapportages te lezen. Ik vond dat het goed was om dit terug te lezen. Ze kregen ook altijd huiswerk, ik merkte wel dat L dat heel moeilijk vond. Soms op maandagavond, ik ben er dan bijna nooit, maar dan leek het (dgt) wel een katalysator in de groep, dan was er bij al die dgt meiden wel iets aan de hand. Dan baalden we soms tot op zekere hoogte wel van de dgt.
7. Denkt u dat ze beiden doorgaan?
Dat ligt voor L ook een beetje aan de traumabehandeling. Daar moeten we het maar eens over hebben. Of het niet te veel wordt, bedoel ik, maar ik denk dat het wel goed is als ze het wel zou doen. Zoals ze nu is denk ik wel dat ze door gaat, maar als ze in de weerstand schiet dan niet denk ik. K heb ik in de tussentijd opgegeven voor sociale vaardigheidstraining.

PBE

1. Dit zal een kort gesprek zijn over de gevolgde dgt van E. Heb je enige verandering waargenomen bij E?

De dingen die ik heb waargenomen is dat ze het meer onder controle kan houden. Emma laat nog wel agressie zien maar lijkt zich op momenten beter te kunnen inhouden. Ze lijkt ook dingen te gebruiken die ze bij de dgt heeft gekregen en dat zie je wel terug.

2. Zou je hier een cijfer aan kunnen koppelen?

Een cijfer voor gebruik is momenten een 8 en andere keren een 5/6. Ze zegt zelf dat ze nog wel eens op oorlogspad gaat. En dat zijn momenten waar ze het op moet inzetten, maar dan kan ze het niet. Daar zou ze in verdere therapie wel aan kunnen werken.

3. Geeft E aan dat ze vaardigheden of technieken van de dgt toepast?

Ze heeft heel veel over de wijze geest dat gebruikt ze heel veel. Laatst zei ze dat het moeilijk was en dat ze ons wilde aanvallen, maar ze had het niet gedaan door de wijze geest. De wijze geest blijft wel echt bij. Dgt helpt dus wel bij haar. In het begin wilde ze niet, we hebben gesprekken gehad en gezegd dat ze moest proberen te gaan en dat heeft ze gedaan. Ik denk dat het goed is dat ze doorgaat voor haar, dan kan ze handvaten krijgen. En misschien kunnen we kijken wat wij er op de afdeling mee kunnen. Er zou meer een binding moeten zijn tussen de training en de begeleiding. Dat er handvaten aan begeleiding wordt gegeven, wat kunnen wij dan doen als E iets laat zien. We hebben een korte uitleg gehad over wat de training inhoud, maar de helft heeft geen idee wat het is. En het is wel goed om dat uitgebreider te doen. Je merkt namelijk dat het soms tegen elkaar in werkt.

4. Wat vind je zelf van de therapie, buiten E om?

Tot nu toe sta ik achter de therapie. In het begin vond ze het dus helemaal niks, ze wilde niets, ze leerde niets nieuws. In het begin was het geen uitdaging voor haar. Ze had al een aantal dingetjes die ze wel deed. In het begin ging het allemaal traag, en ze had zoiets van ik weet alles al en ik leer niets nieuws. En naarmate het verder ging werd het moeilijker en ging ze dingen beter begrijpen. Het was gewoon wennen voor haar.

PBD

1. Dit zal een kort gesprek zijn over de gevolgdte dgt van D. Heb je enige verandering waargenomen bij D?
Haar coping is toegenomen. Ze doet minder impulsieve dingen. Voorheen vloog het servies heel vaak hier rond, nu gebeurt dat nog wel, maar minder. Qua destructiviteit zie je wel een krimp. D mag gecontroleerd snijden. Dit doet ze niet vaak, alleen als ze geen uitweg meer weet. Het is wisselend wanneer ze wel of niet snijdt. Ik denk dat ze wel wat heeft gehad aan de dgt, en ze is zeker wel gegroeid in manier van coping, en dingen handelen en er mee omgaan. Ze heeft van de week ook tegen Mirte gezegd dat het haar heeft geholpen bij bepaalde dingen.
2. Geeft D aan dat ze vaardigheden of technieken van de dgt toepast?
Ze noemt geen specifieke technieken die ze geleerd heeft bij de dgt. Ik heb wel dingen over de wijze geest horen zeggen, maar of ze het toepast weet ik niet. Ze is wel rustiger in doen en laten en houding. Ik denk dat ze heel veel aan de individuele gesprekken met Mirte heeft gehad al hadden ze het soms moeilijk te zijn wel tot een bepaald punt gekomen. Aan de groep heeft ze ook wel wat gehad, ze spreekt de cliënten ook buiten de groep en dan hebben ze het over de dgt. Ze liep soms wel tegen de opmerkingen van Mirte aan, dat ze er niks mee kon. Mirte bedoelde het niet vervelend, maar voor D kwam het dan hard aan. Die opmerkingen zijn voor haar heel lastig geweest. Maar dat hebben met z'n tweeën goed besproken.
3. Vind je dat je haar hebt gestimuleerd te gaan?
Ik vind wel dat ik haar gestimuleerd heb om te gaan, en haar gezegd dat ze het serieus moest volgen. Ook gesprekken met mirte, gezegd dat ze het gewoon moet proberen. Dus ik heb haar zeker wel gestimuleerd en mijn collega's ook.
4. Wat vind je persoonlijk van de therapie, buiten D om?
Ja ik sta achter de therapie, alle therapieën die een beetje kunnen helpen zijn mooi meegenomen. Ze zegt zelf soms dat het niet helpt, maar ze heeft er wel wat aan gehad.
5. De dgt gaat straks verder. Met nieuwe psychologen en dan wordt de volledige versie gegeven. Vind je dat ze hiermee door moet gaan?
Ik vind dat ze wel mee moet doen, D zegt zelf dat ze niet mee wil doen omdat een collega het gaat geven die haar doet denken aan misbruik. En ik heb het er over gehad met haar en ze twijfelt nu dus ze gaat een gesprek aan met Linda en kijken wat ze kunnen doen. En ik vind echt alle kleine beetjes zijn meegenomen, je kunt het in ieder geval proberen en als je denkt het is niets en het levert niets op dan kun je stoppen.
6. Vind je dat de therapie beter naar jullie overlegd moet worden ?
Ik denk dat het soms wel fijn is. Want de interventies die zij heeft gepleegd kennen wij niet. Als je het nou terugkoppelt wat ze geleerd hebben dan kunnen wij het hier ook toepassen.

PBC

1. Hoeveel keer heeft ze deelgenomen?

Dat weet ik echt niet

2. Was er verandering in haar motivatie?

In de eerste instantie was ze wel gemotiveerd, wat dat was met iedereen die er allemaal mee ging. Maar in het begin kreeg ze ruzie/stennis, en toen waren de relatie verstoord met K, D en L. De drempel voor haar om mee te gaan was heel hoog. En bij de start was ze al met hele andere dingen bezig, met haar huisje enz. Ik weet niet eens of het slim is geweest om het te laten starten. We dachten misschien dat wat ze hier leert ze daar weer op kan pakken. Ze had geen optimaal gebruik van de mogelijkheden. Ze is toen gestart en toen ging het zo snel met eigen huisje dat het effect nul komma nul is geweest.

3. Denk je dat ze er wat aan gehad zou hebben als de groep eerder was gestart?

Ik denk het wel, want dan zou ze er bewuster mee bezig zijn geweest. Het was niet het belangrijkste wat er was, er waren hele andere dingen. Zelfs hier op de afdeling hadden ze zoiets van we laten haar links liggen, dus in de groep was het niet veilig voor haar.

4. Veroorzaakte het meer stress?

Niet door de dgt, het was de negatieve spiraal waar ze zelf in kwam en alles wat hier op de afdeling mee speelde. Ze voelde zich niet veilig met de mensen om zich heen. Het was in die tijd ook niet leuk, de borderliners negeerden elkaar van alle kanten. Zodra C iets verkeerd zei, kwam het bij D en K bracht dat dan vaak over. Ze had er zelf ook een aandeel in. Maar dgt groep is voor haar minimaal geweest.

5. Vind je zelf dat je haar wel gestimuleerd hebt om te gaan? Of heb je je afzijdig gehouden?

Ik heb haar altijd gestimuleerd om te gaan, en misschien iets te veel. We hadden zoiets van ook al ga je weg, pak nog mee at je pakken kan en ga dat gewoon doen. Maar het werkte de andere kant op, ze ging zich afzetten.

6. Staat u zelf achter de therapie buiten C om?

Ik vind de therapie wel goed, maar hoe kun je een groep met borderliners, binnen kliniek waar mensen zo dicht op elkaar zitten het zo veilig mogelijk maken? Aan de ene kant zijn mensen wel vertrouwd, maar er hoeft maar één ding te gebeuren en het is niet meer vertrouwd. De therapie op zich is wel goed, alle therapie is wel mooi meegenomen. Maar de groep waarmee ze gestart zijn, nou dan heb je al snel problemen. Het is echt een sneeuwbal. Als iemand vanmiddag iets heeft gedaan, dan weten de mensen in de groep het al, want dat heeft de een al weer tegen de ander gezegd. Ze zitten te dicht op elkaar. Iedereen kent dan de situaties al. Ik denk dat het voor C gewoon jammer is geweest. Dat het eerder had mogen beginnen. Of dat ze zich meer in had gezet, maar dat was voor haar teveel gevraagd op dit moment. Dat ze had moeten beseffen dat het niet uitmaakt in welk stadium je zit.

Appendix E: Therapists Interviews

Therapeut M.

We gaan je een aantal vragen stellen over de dgt.

1. Hoe vond je het zelf gaan?
Positief, geen goede training en daardoor minder structuur maar wel positief. Wel het idee dat er bij iedereen iets is blijven hangen.
2. Hoe heb je het geven van de training ervaren?
Leuk het viel heel erg mee. Er waren geen grote incidenten, alleen 1 keer een stoel door de ruimte. Verder eigenlijk niks. Wel rekening mee gehouden dat zo iets kan gebeuren. Eigenlijk hun inzet super groot is.
3. Wat waren de positieve punten van de training?
Samenwerking met Linda. Leren van zelfregulatie is een positief punt. Ze hebben er allemaal wel iets uit gehaald denk ik. Het biedt een bepaalde structuur dat is toch waar deze mensen behoefte aan hebben. Ze willen eigenlijk heel graag uit hun situatie komen, dit is niet altijd duidelijk in gedrag, maar je voelt dat.
4. Wat waren volgens jou de grootste struikelblokken?
Toch wel dat we geen training hadden gehad. Ook logistiek was niet zo gemakkelijk, weinig voorbereidingstijd. Veel moest ad hoc geregeld worden. Het had geen professionele vaste vorm. Daarnaast hebben we ons niet zo goed gehouden aan de vastgelegde dgt structuur.
5. Wat vond je van de algemene inzet?
De cliënten deden het binnen de groep best goed, naar verwachting. Alleen c dus niet. Dat viel mij wel tegen.
6. Had je het gevoel dat je enige invloed had in de inzet van de cliënten?
Ik had wel het gevoel dat ik er iets aan had bijgedragen dat de cliënten het goed deden binnen de groep.
7. Zijn er nog opmerkelijke dingen gebeurd?
Er zijn geen echt opmerkelijkheden gebeurd. Wel kleine crisissen maar die hebben we geprobeerd zo goed mogelijk op te lossen. Er was op een gegeven moment een ruzietje tussen K, D en C en deze hebben we geprobeerd toch zoveel mogelijk buiten de groep op te lossen.
8. Hoe vond je de individuele gesprekken gaan?
9. Vond je dat ze goed aansloten bij de groep?
Ik vond de individuele gesprekken goed verlopen. Ik vond ook dat deze wel aansloten op de groepen. Echter kon dit beter. Ook was er voor mij weinig verschil tussen gewone gesprekken en de individuele gesprekken. Ongeveer 30 procent verschil. Waarschijnlijk was dit meer geweest op het moment dat we training zouden hebben gehad. Waarschijnlijk was het dan 60 -70 procent verschil geweest.

Nu hebben we nog een paar vragen per cliënt.

L

1. Als je haar een cijfer mocht geven voor deelname, inzet en gedrag?

5.

Waarom?

Het is toch moeilijk om daar een cijfer voor te geven. Ze had eerst heel weinig inzet alhoewel later wel weer. Haar therapie trouwheid en inzet waren eigenlijk niet zo goed. Ook de coöperatie niet. Ze is op een gegeven

moment helemaal niet meer geweest. Toch uiteindelijk wel opgepakt. Ik twijfel heel erg over haar ad herence. Dat vooral om dat ze een aantal keren wel heel constructief aanwezig was.

2. Heb je verandering/voortgang bij haar gemerkt?

Ze vertelde tijdens de evaluatie eigenlijk als enige wat. Ze vertelde dat de vaardigheden wel elke keer in haar hoofd opkwamen gedurende de week en ze zei: Onbewust zal dat wel wat gedaan hebben.

3. Wat zijn haar grootste struikelblokken?

Zij heeft natuurlijk de allergie dat ze moeite heeft met gedwongen en voorgeschreven. Ze kan niet zo goed omgaan met protocollen en wij hadden haar gezegd dat wanneer ze uit de groep stapte ze ook niet meer deel mocht nemen aan de individuele gesprekken. Dit voelde voor haar heel beklemmend en alsof ze niet kon kiezen dit is haar allergie. Dit was misschien een beetje lullig maar zo hebben wij dat gekozen. Uiteindelijk heeft ze dit dan toch wel gedaan.

K

1. Als je een cijfer mocht geven voor deelname, inzet en gedrag?

2. Heb je verandering/voortgang bij haar gemerkt?

Moeilijk om te zeggen. Ze snapt het allemaal niet zo goed. Weinig verandering waargenomen. Iets wel maar dat vind ik moeilijk te verwoorden. Ze is nu toch wel meer toekomst gericht. Ze is nu bezig met stappen opzoeken die ze moet nemen voor het begeleid wonen dat ze wil gaan doen. Hiervoor is ze naar de begeleiding geweest. Dit was ook wel een opdracht van de dgt. Zij zat natuurlijk C ook te dissen. Ze is ook wel een paar keer niet geweest. Ze leek eerst wel de meest betrouwbare. Maar dit veranderde dus uiteindelijk wel. Ze gaf maar twee of drie keer aan dat ze vaardigheden had toegepast.

3. Wat is haar grootste struikelblok?

Dat is toch dat ze het allemaal niet zo goed snapt, denk ik.

R

1. Als je een cijfer mocht geven voor deelname, inzet en gedrag?

Wel heel veel inzet, meer verandering dan bij bijvoorbeeld K. Ze was er op zich maar een paar keer niet en haar inzet was wel goed, maar omdat ze in de separeer zat kon ze niet komen.

2. Welke verandering/voortgang heb je bij haar waargenomen?

Ze heeft een aantal keren de opmerkingen gemaakt dat ze vaardigheden had toegepast zoals de bedoeling. Ze liep ook met het boek rond buiten de dgt, dus ze was er wel echt mee bezig.

3. Wat is haar grootste struikelblok?

Haar grootste struikelblok is toch wel haar intelligentie. Daarnaast was er op haar afdeling een streng beleid wat betreft separeren e.d. Hier had ze veel moeite mee daar is ze ook op gedecompenseerd. Dit stond op zich los van de dgt maar heeft misschien wel meegespeeld in de dgt. Ze kan het heel moeilijk generaliseren en het beklijft heel moeilijk.

E:

1. Als je een cijfer mocht geven voor deelname, inzet en gedrag?

2. Welke verandering/voortgang heb je bij haar waargenomen?

Wel verandering waargenomen bij Emma, ze heeft echt geoefend met controle van zichzelf en dat door zichzelf toe te spreken. De emotieregulatie is biologisch bijna helemaal afwijkend. Ze kan moeilijk boven het moment uitstijgen. Bij D heeft het dan nog een functie, E is bijna dronken.

3. Wat is haar grootste struikelblok?

Een struikelblok voor Emma was vooral dat ze faalangst had. Ze is er bewuster van geworden dat haar zelfwaardering haar struikelblok is. En daar had mirte wel bij gedrag. Emma deed het ook goed in de groep. Ze leert nu meer zichzelf toe te spreken.

D:

1. Als je haar een cijfer mag geven voor deelname, inzet en gedrag?

2. Heb je verandering/voortgang bij haar gemerkt?

D is wel wat veranderd. Ze snapt alles heel snel en heel goed. Maar ze lijkt het niet te kunnen generaliseren, ze doet aan de meest verfijnde vorm van vermijding (kunst verheven). Je vraagt je af of ze zich wel echt realiseert dat ze haar eigen verantwoordelijkheid neemt bij de oefeningen. Ze heeft wel een mate van inzicht en activering gekregen. Ze zegt dan wel ik heb dit en dit gedaan. Maar dat ze meerdere persoonlijkheden heeft maakt het ook heel moeilijk voor haar om verantwoordelijkheid naar zichzelf toe te trekken, dat is wel een struikelblok.

3. Had ze nog meer struikelblokken?

Ikzelf was haar struikelblok, want ze had met mij minder een klik dan de vorige psycholoog. Ik ben heel CGT-achtig en nuchter en down to earth. Zij heeft volgens mij wat meer met het wat zweverige praten. Je kunt bij mij ook minder makkelijk vermijden. Ook vond ze de individuele gesprekken heel moeilijk, ze wilde één of twee keer afhaken, maar daar is ze wel mee doorgaan, beter dat ze iets doet met iemand die haar misschien niet helemaal begrijpt dan helemaal niks en ik heb ook wel het gevoel dat ik daar wat in heb bijgedragen, al vond ze me soms stom.

C:

1. Als je een cijfer mocht geven voor haar deelname, inzet en gedrag?

2. Heb je verandering/voortgang gemerkt bij haar?

C was de grootste teleurstelling. Want als ze het eerder had gevolgd had ze er wel wat aan kunnen hebben. Maar er speelde nu zoveel bij haar; het maakt niet uit wat ik doe ik wordt toch wel weggestuurd, ik was het ook niet helemaal eens met dat beleid, de psychiater was er heel erg op gericht om zich niet te manipuleren/ haar de deur uit te krijgen. Daarnaast vond ze de therapeuten, ons dus, onervaren. Dus ze zette zich een beetje af. Ze zit ook heel erg in het slachtoffer rol, ze vermijdt conflicten en doet dan alles wat anderen willen zeggen, ze vindt het moeilijk in de groep heeft ze ook zelf nog aangegeven. Het is dus heel jammer. Ze kan zich hier niet overheen zetten.

Therapeut L.

We gaan je een aantal vragen stellen over de dgt.

10. Hoe vond je het zelf gaan?

Op zich ben ik wel tevreden over het feit dat we ermee begonnen zijn met deze doelgroep, ik vond het alleen wel een beetje houtje touwtje. De randvoorwaarden waren niet helmaal optimaal en niet altijd dat er iemand bij kon zitten. Bij de uitvoering zijn wat vraagtekens. Dit heb ik ook wel aangegeven.

11. Hoe heb je het geven van de training ervaren?

Wisselend, er waren bijeenkomsten dat ik wel tevreden was, maar ik merkte ook dat de stof erg ingewikkeld is. Het was toch makkelijker zijn geweest als ik goed getraind zou zijn geweest. Dan ga je twijfelen aan jezelf.

12. Wat waren de positieve punten van de training?

Het positieve is dat je eigenlijk hele basale dingen raakt. Drie van die dames zie ik al langer dan een jaar. Het gaat heel vaak over dingen die niet goed gaan. Over incidenten. Nou met de dgt ga je heel erg back to basic. Die dingen ben ik toch ook wel een beetje vergeten in de storm van een behandeling van een patiënt. Ik merkte daaraan dat dat juist wel heel erg aansloot bij een aantal van die dames. Dat ik misschien zelf wel te hoog heb ingegrepen met interventies.

Wie waren dat, waarbij de training heel erg aansloot? En hoe zag je dat?

Nou op een heel verschillend niveau. Bij E zag je dat er heel weinig zelfreflectie was en dit is nu versterkt. Het kijken naar jezelf bijvoorbeeld had ze nog nooit toegepast. Dit heeft haar wel geraakt. Ze zei zelf dan niet maar het was uiteindelijk wel zo dat ze zichzelf niet beschadigde. Bij L bv. Ik vind haar een hele slimme vrouw. Zij ziet heel veel, maar kan het niet toepassen. Ze doet er wel iets mee ook al verzette ze zich. En bij R heel erg bewustwording. Bij haar zag ik wel dat ze uiteindelijk beter kon reflecteren. Op momenten kon ze ook heel goed aanvoelen: ik had dit kunnen doen, dit heb ik nu niet gedaan maar misschien de volgende keer wel. Bij K vind ik het heel moeilijk, die is heel laconiek. Bij haar is het niet verder gekomen voor mijn gevoel dan toch steeds weer confronteren en aan te geven maak je nu een keuze zelf of ga je door met wat je doet. Ze zegt dat het goed gaat, maar ze heeft wel 130 suïcide pogingen gedaan.

13. Wat waren volgens jou de grootste struikelblokken?

Ja, het belangrijkste was toch wel om commitment te krijgen. Dit is ook de belangrijkste focus. Dat was continue bij deze groep de agenda: 'We hebben een doel gesteld, maar dit past niet bij wat je nu zegt, ja en is dit nog steeds je doel.' En het wisselt het heel erg. Het ene moment hebben ze er heel veel aan en de volgende zeggen ze alles op.

14. Wat vond je van de algemene inzet?

Heel wisselend, uiteindelijk viel het me wel mee. Het is met deze doelgroep ook wel lastig. Wij hadden meer continuïteit en bereikbaarheid moeten bieden. En daarnaast heb je ook nog te maken met andere behandelaren die dwars door dat beleid heen gaan. Het hele politieke klimaat dat toch wel heel medisch gericht is maakt het moeilijk.

Dus de communicatie kon beter?

Niet alleen communicatie maar ook regie. Het gaat er dan heel erg om ga je iemand zelf de keuzes geven of ga je voor veiligheid. 100% veiligheid dan heeft deze training geen zin. Ik heb dat bij R gezien. Doordat je ook een medische discipline hebt die daarop gaat ingrijpen, terwijl ik denk dit was helemaal niet nodig geweest. Dit moet heel goed worden besproken maar ook afspraken worden gemaakt. Er is nu ook wel over gesproken maar geen

afspraken er moet meer draagvlak komen voor module

15. Had je het gevoel dat je enige invloed had in de inzet van de cliënten?

Ja beperkt.

16. Zijn er nog opmerkelijke dingen gebeurd?

Nou ja wel met L. Zij wilde uit de groep, maar mij wel individueel blijven zien. Ik heb toen met haar gesproken. Dat dit voor iedereen gelijk is en het hoort bij elkaar (groep en individueel) en daarna heeft zij mij met de dood bedreigd. Dit hebben we wel goed opgepakt, Mirte en ik, dit is nu wel hersteld. Met K heb ik meegemaakt dat ze 3 keer boos uit het gesprek is gelopen. Dan wordt ze heel provocerend, heel erg contact willen, maar het heel moeilijk vinden om dit te accepteren. En over haar verantwoordelijkheid. Ze wilde het hebben over wat anderen fout doen, maar zijzelf deed niks fout, maar dit past wel bij de groep. Wel moeilijk omdat je de hele tijd aan het confronteren bent.

17. Hoe vond je de individuele gesprekken gaan?

Wisselend, soms waren er echt hoogtepunten en soms wilden ze me niet zien.

18. Vond je dat ze goed aansloten bij de groep?

Wat ik heel lastig vind, ik zit er naast ook in het behandelteam van deze dames. Ik vond het moeilijk om dit te scheiden en al snel krijg je hier dan de focus op. Die agenda opstellen was heel moeilijk, heel vaak deden ze hun huiswerk ook niet. Het is ook heel moeilijk om een balans te vinden tussen hoever ga je mee en tot wanneer volg je het protocol.

Nu hebben we nog een paar vragen per cliënt.

E

1. Als je haar een cijfer mag geven voor haar deelname, inzet en gedrag?

8. Zij heeft het heel goed gedaan. Dat hoorde je dan in het ochtendrapport, ze heeft dan een heftig weekend gehad maar kwam wel. Maar ze heeft 1 keer met tafels gegooid, dit verbaasde me niet, behalve dan dat het maar één keer voorkwam.

2. Heb je vooruitgang/verandering gemerkt bij haar?

Een heel klein stapje en soort opening

Op welk gebied?

Reflecteren op eigen gedrag. Ze heeft een hele primitieve afweer. Bij haar is het op dat niveau dat het zich heel erg richt op anderen ook met agressie naar anderen. (Ik had het anders kunnen doen, harder schoppen, maar het levert me niks op).

3. Wat waren haar grootste struikelblokken?

Sommige dingen vroeg ik me van af of het wel aankwam bij haar. De groep is cognitief best wel goed, maar ik denk dat het voor haar toch wel het moeilijkst was. hierin hebben voor haar denk ik de individuele gesprekken heel veel verschil hebben gemaakt. Ze vroeg dan ook dingen na, daarin was ze ook heel actief.

D

1. Als je haar een cijfer mag geven voor haar deelname, inzet gedrag?

Ondanks dat ze zich veel verzet heeft op het einde, deed ze wel alles, ze was er het meest een 8 of 9.

2. Heb je vooruitgang/verandering gemerkt bij haar?

Vind ik erg moeilijk, weet niet of ik bij haar echt een verandering heb gezien. Een paar keer had ze heel goed door dat ze alles interpreteert, maar ik weet niet of dat nou door de dgt komt.

3. Wat waren haar grootste struikelblokken?

Dat ze het heel moeilijk vind om verantwoording te nemen in haar eigen aandeel. Zij geeft het op haar alters, het is voor haar heel moeilijk voor haar om ons dan te horen vragen, maar wat ga jij doen. Zij vond dat ze het moeilijker heeft. Zij is op een bepaalde manier heel ver maar op een ander manier ook weer helemaal niet. Zij heeft voor elke emotie een andere alter. Heel moeilijk omdat haar pb'ers er ook heel erg in mee gaan.

4. Denk je dat ze daar wat aan doet?

Heel moeilijk, want het is heel wisselend. Aan de andere kant zijn er ook wel dingen die ze wel oppikt, maar dit kan ook door andere dingen komen.

C

1. Als je haar een cijfer mag geven voor deelname, inzet en gedrag?

Mirte en ik hebben daar vaak discussie over gehad. Ik denk dat C niet therapie rijp is, zij is daar nog niet. Op zich dat ze een aantal keer geweest is vind ik al apart. Zij is in haar sociaal emotionele ontwikkeling nog zo jong. Dit is voor haar te hoog gegrepen.

2. En wat voor cijfer?

Ik vind dat heel moeilijk om dat eraan te koppelen.

Ervan uitgaande dat de indicatie goed is

Een 4 of een 5.

3. Heb je zelf een idee waarom ze gestopt is?

Angst. Bij die andere vrouwen is het beseft dat een heleboel dingen niet zijn gelukt, ik denk dat haar bordeline klachten nog niet helemaal zijn doorgedrongen. Haar problemen komen nu nog door haar vader en moeder enz. De andere dames voelen dat ze zelf iets meer moeten doen.

K

1. Als je haar een cijfer mag geven voor deelname, inzet en gedrag

5.

2. Waarom?

Omdat ze eigenlijk zo vermijdend is. Dat zijn ze allemaal wel natuurlijk. Maar zij zegt dus aan de ene kant dat ze er aan wil werken maar tijdens gesprek vraagt ze dan waar om wil je dat weten. Ze wordt heel vijandig. Ze ging dat ook vaak dwars voor mij zitten (doet het voor) mij niet aankijkend. Heel passief-agressief

3. Heb je vooruitgang/verandering bij haar gemerkt?

Moeilijk te zeggen.

4. Wat is haar grootste struikelblok?

Tja.

Wat houdt haar tegen?

Angst voor verantwoordelijkheid. Ik denk ook dat zij ontzettend gehospitaliseerd is. Zij is een slimme vrouw maar met een hele beperkte draagkracht. Zij heeft de identiteit van een psychiatrische patiënt aangenomen en alles wat daarbuiten komt is eng. Maar ze zit er toch, het toont wel doorzettingsvermogen met alles wat zij heeft

meegemaakt. Maar er is meer tijd nodig om haar te commiteren.

L

1. Als je haar een cijfer mag geven voor deelname, inzet en gedrag?

5.

2. Waarom?

L heeft iets wat heel erg behandeling in de weg staat. Dat is toch wel narcisme, ze weet alles. Dat staat heel erg in de weg om hulp te accepteren. Ik heb wel echt een relatie met haar tenminste zo voel ik het, ik denk dat zij dat ook wel zo ervaart. Zij gaat die methode intellectualiseren. Bv. houding zonder oordeel: 'Ja daar zit een oordeel in.' En na uitleg kom je er niet (legt dat voorbeeld uit). Dit is aan de ene kant ook haar kracht.

3. Heb je vooruitgang/verandering bij haar gemerkt?

Wel verandering maar ik kan dit niet linken aan de dgt, zij heeft ook ECT behandeling gehad en is nu bezig met trauma.

R

1. Als je haar een cijfer mag geven voor deelname, inzet en gedrag?

Tot het moment dat ze er mee bezig was leek ze heel gemotiveerd. Liep de hele tijd met dat boek rond en las erin en vroeg of ik kon helpen met een oefening of nogmaals oefenen ze was er dus in die zin wel echt mee bezig. 8.

2. Heb je een verandering/vooruitgang bij haar gemerkt?

Ik denk dat het voor haar ook erg moeilijk is geweest om heel erg de focus te krijgen op zelfdestructief gedrag. Ik denk dat dat haar ook wel dereguleerde en wankel maakte. Ze werd wel wat zelfbewuster. Maar er gebeurde voor haar heel veel.

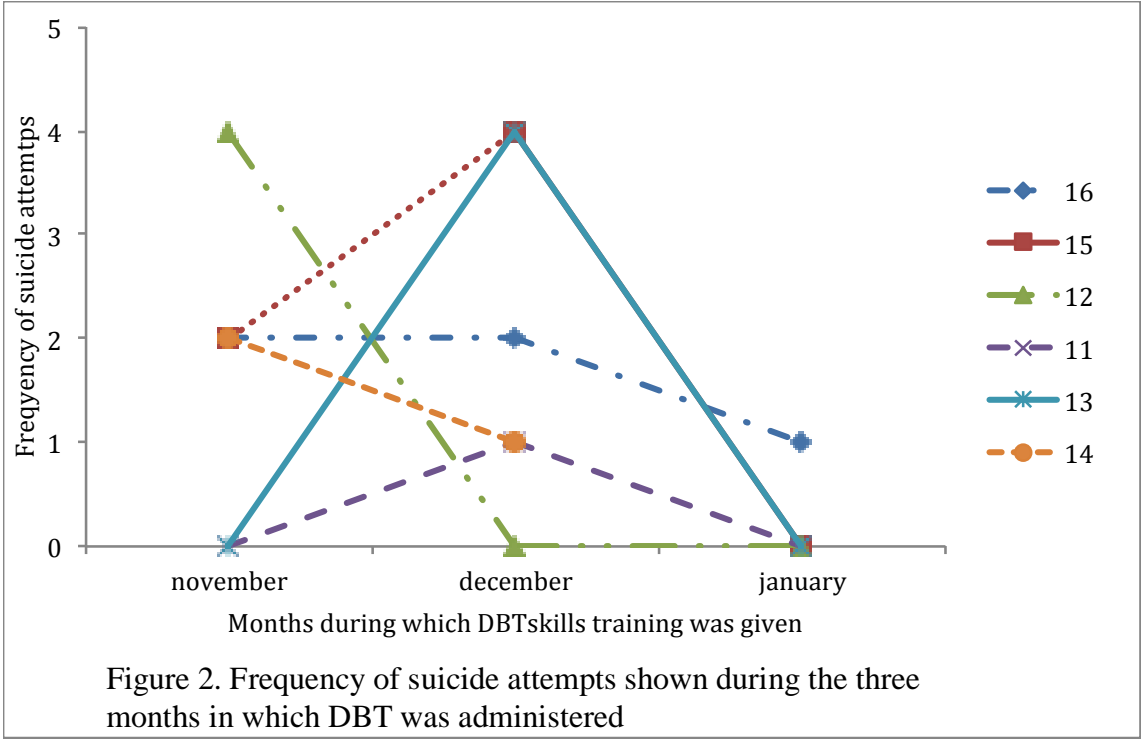
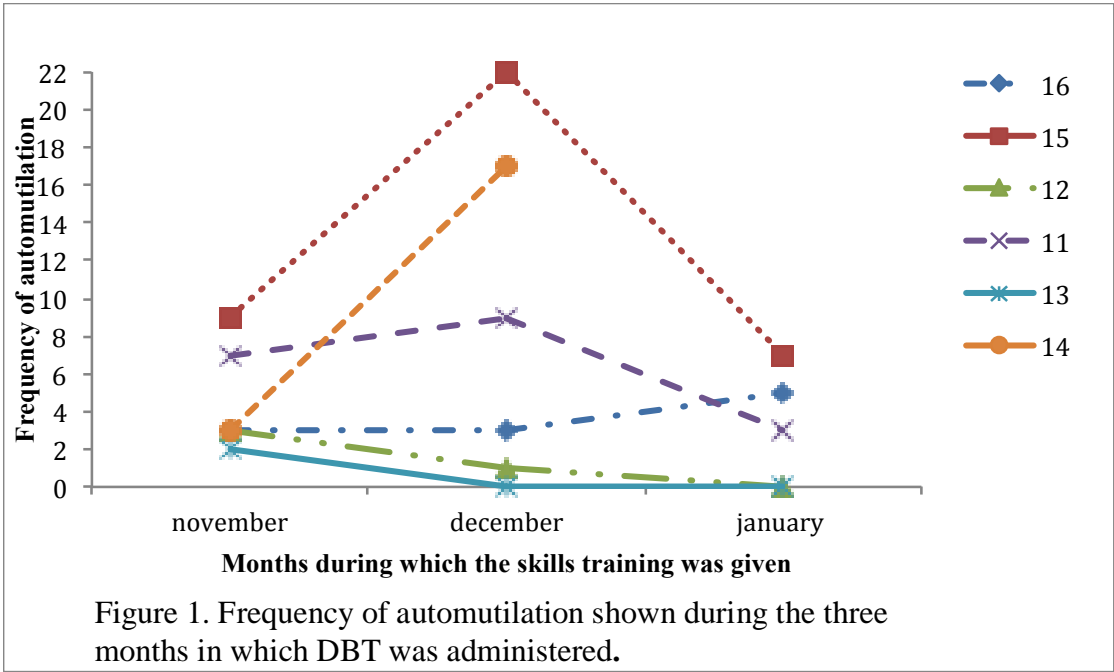
3. Wat is haar grootste struikelblok, waar is het mis gegaan?

Gebrek aan veiligheid. Zo veel interpreteren en zo weinig vertrouwen en zelfvertrouwen en heel erg in haar eigen gedachten. Daar werd ze angstig van en daar ging ze rare dingen van doen. Heel moeilijk om precies te zeggen wat, maar er zijn zoveel dingen gebeurd voor haar.

En wat is haar grootste?

Interpreteren. Bv. ik vertel iedereen dat ik zwanger ben. Zij wilde me niet spreken, maar ik had het K al verteld. En zij hoorde het van K en voelde zich zeer achter gesteld, volgens haar kwam het omdat ik haar niet wilde zien of spreken. En daarnaast elke keer in separeer en daar vond ze mij toch wel verantwoordelijk voor, en dat ben ik deels ook wel.

Appendix F: Figures of the frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors.



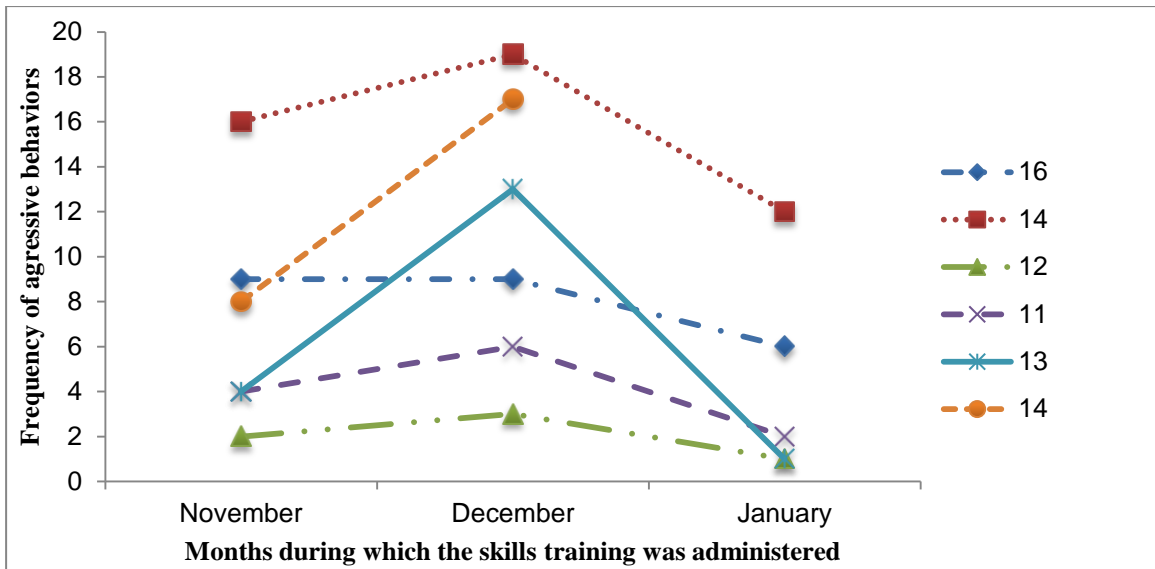


Figure 3. Frequency of aggressive behaviors shown during the three months in which DBT was administered

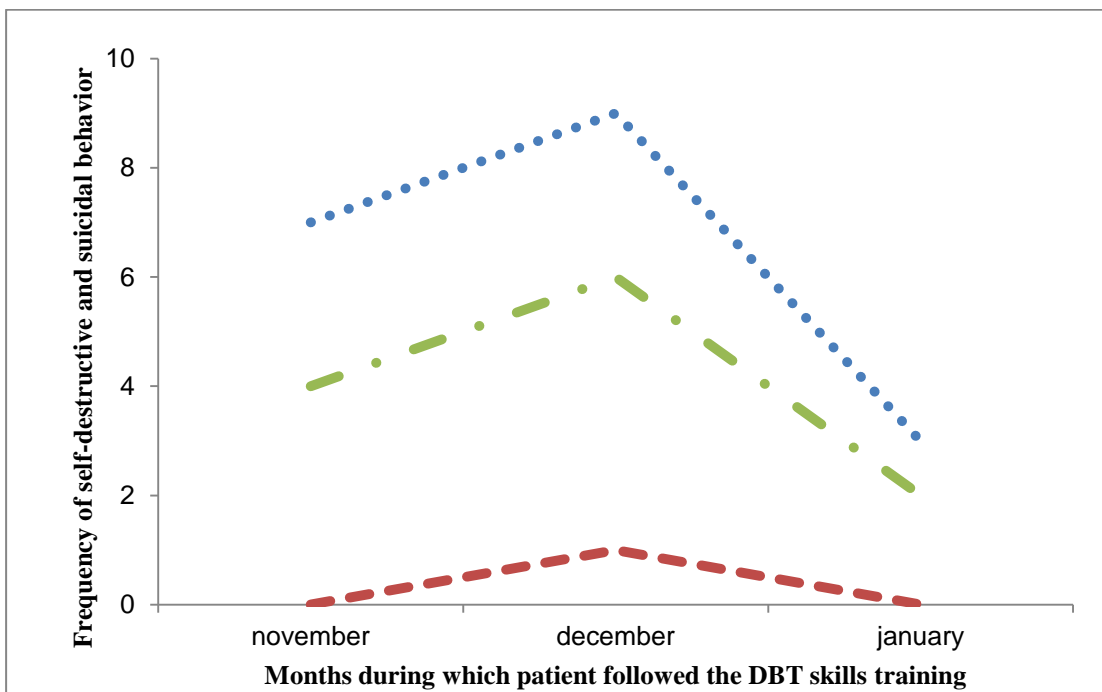


Figure 4. Frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors shown over by patient 11 over a three-month period

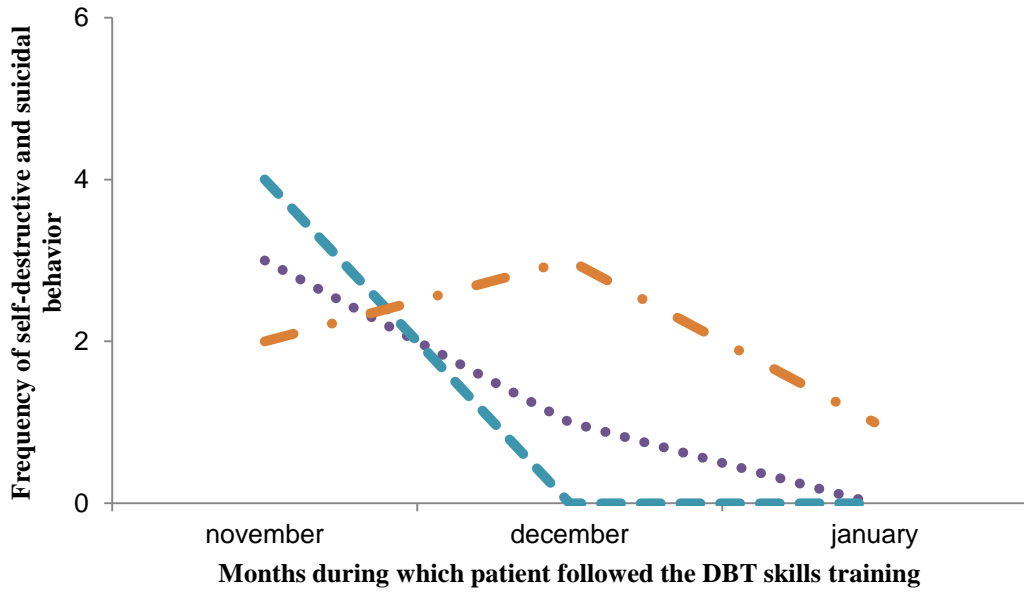


Figure 5. Frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors shown over by patient 12 over a three-month period

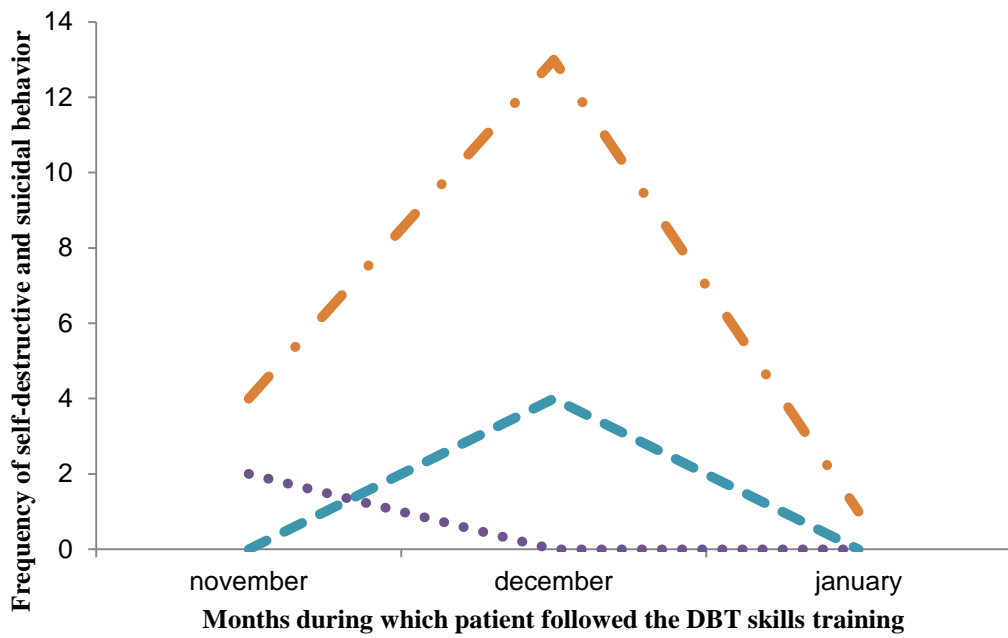


Figure 6. Frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors shown over by patient 13 over a three-month period

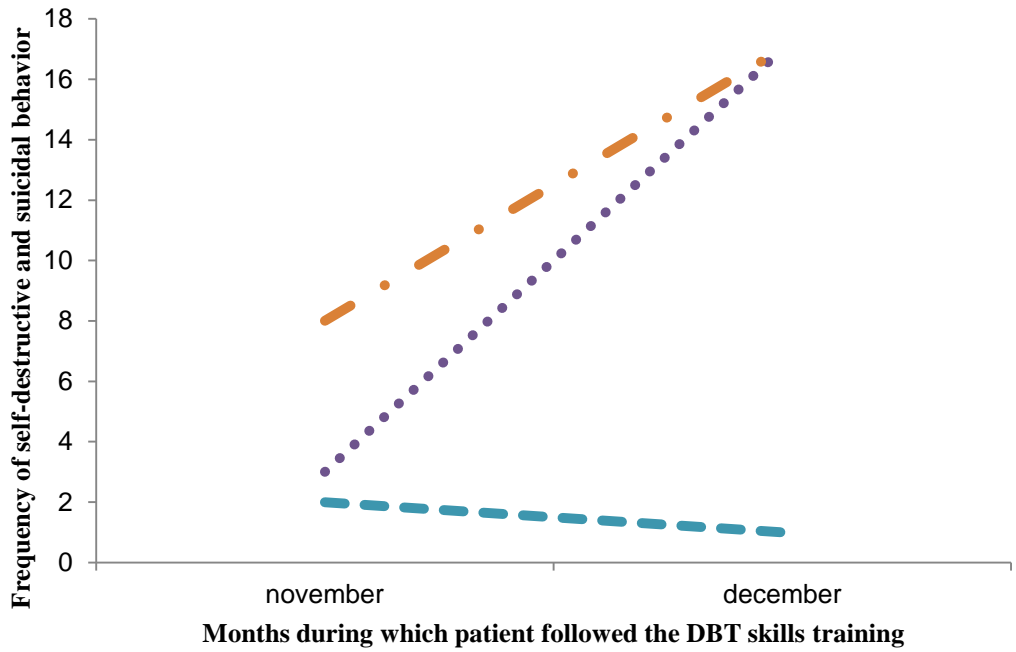


Figure 7. Frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors shown over by patient 14 over a three-month period

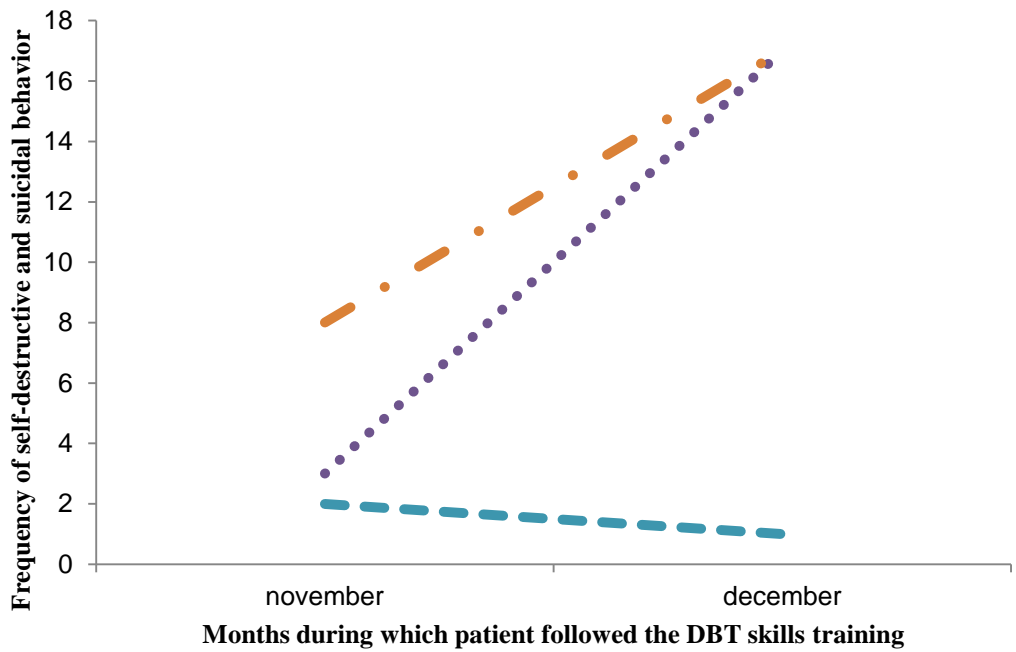


Figure 7. Frequency of automutilation, suicide attempts and aggressive behaviors shown over by patient 14 over a three-month period

