

Emotieregulatie bij bipolaire stoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis

Afstudeerscriptie voor Toegepaste Psychologie

Auteur: Johan Duhoux (403362)

Opleiding & Hoofdstroom: Toegepaste Psychologie, Klinische Psychologie

Kader: Afstudeeronderzoek

Opdrachtgever: Dimence

Deventer, 26-03-2018

Voorwoord

Al sinds mijn start aan de opleiding Toegepaste Psychologie beoogde ik de stroming van Klinische Psychologie te volgen. Vrijwel de gehele psychopathologie kon toen mijn aandacht trekken en ik kon niet wachten om er alles over te lezen en alles over te leren. Ik was dan ook vreselijk enthousiast toen Georg een studiegenoot en mij deze kans gaf om mee te werken aan onderzoek dat zich bezighield met de verschillen in symptomatologie van twee hele ingrijpende psychische ziektebeelden. Het thema sprak mij erg aan vanwege de link die het heeft met de klinische praktijk en daarmee ook de toegevoegde waarde die het zou kunnen hebben. Bij kunnen dragen aan onderzoek van Georg en bij kunnen dragen aan een onderzoek die in mijn ogen échte relevantie had in het werkveld leek mij een unieke kans. Die heb ik dan ook zonder te twifelen aangenomen.

Na zoveel tijd verder te zijn kan ik terug kijken op een erg leerzaam proces, in veel verschillende opzichten. Niet alleen heb ik veel onderzoeksvaardigheden opgedaan, maar heb ik ook mogen ervaren hoe onderzoek eraan toe gaat in de praktijk. Hoe frustrerend het soms ook was om tegen blokkades te lopen tijdens het uitvoeren van het onderzoek, gaf het tegelijk ook een reëel beeld wat voor een plek onderzoek heeft binnen de wereld van de GGZ. Je loopt namelijk tegen wisselende houdingen aan van zowel behandelaren als patiënten ten opzichte van onderzoek.

Ik kan niemand anders dan Georg bedanken die fungeerde als begeleider gedurende mijn scriptietraject. Ik wil hem bedanken voor het bieden van deze mogelijkheid om mee te werken aan zijn onderzoek. Daarbij wil ik hem heel erg bedanken voor zijn toereikende begeleiding tijdens het traject. Ik had geen fijnere begeleider kunnen wensen.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	5
Hoofdstuk 1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Onderzoeksvraag	7
1.3 Doelstelling van het onderzoek	8
1.3.1 Organisatie	8
1.3.2 Doel	8
Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader	9
2.1 Bipolaire stoornis type I	9
2.2 Borderline-persoonlijkheidsstoornis	11
2.3 Emotie disregulatie	12
2.3.1 Emotie disregulatie bij BPS	12
2.3.2 Emotie disregulatie bij BS-I	12
2.3.3 Verschillen in emotieregulatie tussen beide groepen	12
2.4 Conceptueel model	12
2.5 Hypotheses	13
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode	14
3.1 Onderzoeksmethode	14
3.2 Onderzoeksdoelgroep	14
3.2.1 Beschrijvende diagnostiek	14
3.3 Onderzoeksinstrumenten	15
3.4 Onderzoeksprocedure	17
3.5 Analyseprocedure	17
Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	18
4.1 Uitvoering en respons onderzoek	18
4.2 Onderzoeksresultaten	18
Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen	20
5.1 Conclusie	20
5.2 Discussie	22
5.2.1 Onderzoeksproces	22

5.2.2	Onderzoeksresultaten	22
5.3	Aanbevelingen	23
	Literatuurlijst.....	24
	Bijlagen.....	28
Bijlage 1	Eigen werkverklaring	28

Inleiding

Deze afstudeerscriptie omvat een onderzoek naar de verschillen in emotieregulatie tussen mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en mensen met een bipolaire stoornis type I (BS-I). De symptomatologie vertoont veel vergelijkingen tussen deze twee stoornissen waardoor differentiaaldiagnostiek in de praktijk bemoeilijkt wordt. Beide stoornissen behoeven een andere aanpak en behandeling. Dit leidt dan ook tot de onderzoeksvraag en daarmee het doel van dit onderzoek: het ontdekken van verschillen (of overeenkomsten) in emotieregulatie tussen patiënten met een BPS en BS-I. Doormiddel van het aanscherpen van de differentiaaldiagnostiek zal de patiënt een behandeling toegewezen krijgen die aansluit bij zijn of haar problematiek en symptomen.

Dit verslag is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. Beginnend met de aanleiding van het onderzoek, de onderzoeksvragen die dit teweeg brengt en het uiteindelijke doel van dit onderzoek. Daarna volgt het theoretisch raamwerk van het onderzoek. Er wordt aan de hand van wetenschappelijke onderbouwde literatuur meer diepgang gepresenteerd over zowel de twee stoornissen die centraal staan binnen dit onderzoek als emotieregulatie. Het conceptueel model en de gestelde hypotheses op de onderzoeksvragen komen ook aan bod in dit hoofdstuk. Het derde hoofdstuk gaat in op de methodologie van het onderzoek. Vragen die hier aan bod komen zijn: wat voor soort onderzoek wordt er ingezet, hoe ziet de onderzoeksdoelgroep eruit, welke instrumenten worden er gebruikt, wat is de procedure van het onderzoek en hoe zullen de resultaten uiteindelijk geanalyseerd worden. Het daaropvolgende hoofdstuk behandelt kort en bondig de resultaten die voort zijn gekomen uit het uitgevoerde onderzoek. In het laatste hoofdstuk worden de resultaten geïnterpreteerd om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Na het trekken van conclusies volgt de discussie waarin kritisch wordt teruggeblikt op de gehele procedure en op de onderzoeksresultaten zelf. Het onderzoek wordt afgesloten met aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek.

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk volgt een inleiding op het onderzoek. In de eerste paragraaf wordt een aanleiding gegeven voor dit onderzoek. Daarna volgt de formulering van de onderzoeksvraag en daarbij horende deelvragen. Ten slotte wordt in de laatste paragraaf duidelijk gemaakt wat de doelstellingen van dit onderzoek zijn.

1.1 Aanleiding

De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) en de bipolaire stoornis (BS) zijn beide ernstige en chronische psychisch aandoeningen. Cliënten waarbij sprake is van één of beide stoornissen geven aan veel lijdensdruk te ervaren van de symptomen. Een behandeling op lange termijn is hierbij noodzakelijk. Internationale epidemiologische onderzoeken tonen aan dat de prevalentie van de BPS onder de algemene populatie ongeveer 0,4% tot 1,8% beslaat (De Jong, Van den Brink, & Ormel, 1999). De prevalentie van de bipolaire stoornis type I (BS-I) ligt rond de 1,0% en die van de bipolaire stoornis type II (BS-II) ongeveer op 1,1% (Merikangas et al., 2007). Onderzoeken onder de Nederlandse bevolking laten soortgelijke resultaten zien voor de BS, namelijk 1,9% (Ten Have, Vollebergh, Bijl & Nolen, 2002). Onderzoek naar de prevalentie van de BPS in Nederland is nog uitgebleven. Een bevolkingsstudie in Noorwegen toonde een prevalentie aan van ongeveer 0,7% van de BPS (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001).

De diagnostische criteria van de BPS en BS in de DSM-IV-TR (APA, 2000) laten een aantal gemeenschappelijke fenomenologische karakteristieken zien. Enkele van deze overeenkomende karakteristieken zijn suïcidaal gedrag, impulsiviteit en intense boosheid. In tabel 1.1 staan de overlappende en niet-overlappende symptomen van de BS en BPS vermeld. Door de aanzienlijke overeenkomsten tussen beide stoornissen ontstaat de vraag of deze wel degelijk binnen afzonderlijke spectra bestaan, zoals nu vermeld staat in de DSM-IV-TR (APA, 2000), of dat ze samen gezien kunnen worden binnen één spectrum (Akiskal, 2004; Benazzi, 2006; Deltito et al., 2001; Perugi, Toni, Traverso & Akiskal, 2003). Het vraagstuk dat centraal staat bij die discussie is in welke mate BPS binnen het spectrum van de BS gezien kan worden of dat het een afzonderlijke stoornis is. Met name de verschillen en overeenkomsten tussen de BPS en BS-II zijn omstreven. Emotionele instabiliteit ten gevolge van moeilijkheden in de emotieregulatie (ER) lijkt een kernkenmerk te zijn van zowel de BPS als BS. In de klinische praktijk is het onderscheid vaak moeilijk te maken tussen emotionele instabiliteit die wordt geassocieerd met de BPS en de stemmingswisselingen die zich voordoen bij de BS. Beide ziektebeelden behoeven een verschillende aanpak: een meer op gedrag gerichte benadering bij BPS en een meer farmacologische bij BS.

Zoals eerder vermeld, ligt de nadruk bij de behandeling van de BS al heel lang op een medicamenteuze aanpak. Er ontstaat discussie of de BS, net als BPS, gebaat is bij een meer gedragsmatige behandeling. Hieruit is een door de Nederlandse Organisatie van Wetenschappelijk Onderwijs (NWO) gesubsidieerd onderzoek gestart naar de effectiviteit van het toevoegen van een interventie aan de standaard behandeling van de BS specifiek gericht op ER problematiek: de VERS (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis) (Riemann et al., 2014). Eerder onderzoek door van Wel et al. (2009) toonde de werkzaamheid van deze training aan bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De vraag die hieruit volgt is of deze training ook een soortgelijk effect zal hebben bij mensen met andere problematiek, zoals

een BS met ER problematiek. Het hiervoor genoemde onderzoek in kader van het NWO onderzoek heeft als doel om meer inzicht te vergaren in de verschillen tussen de BPS en BS met betrekking tot ER.

Tabel 1.1 *Overlappende en niet-overlappende symptomen tussen de BS en BPS volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000)*

Bipolaire Stoornis	Borderlinepersoonlijkheidsstoornis
Overlappende symptomen	
• Terugkerende gedachten naar de dood (depressie) • Afwisseling tussen (hypo)manische en depressieve episodes. • Gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens (depressie) • Overmatige betrokkenheid in prettige activiteiten die een hoge potentie hebben tot pijnlijke consequenties. • Psychomotorische remming of agitatie	• Terugkomend suïcidaal gedrag, handelingen of dreigingen of automutilatie • Affectieve instabiliteit • Verstoorde identiteit: aanzienlijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel. • Impulsiviteit • Ongepaste en intense boosheid of moeilijkheden in woedebeheersing
Niet overlappende symptomen	
• Verhoogde spraakzaamheid of de behoefte te blijven praten. • Verminderde behoefte aan slaap • Verhoogd zelfvertrouwen of grootheidsideeën • Gedachtevlucht	• Dissociatieve symptomen • Chronische gevoelens van leegheid • Krampachtige pogingen ter voorkoming van feitelijke of vermeende verlating.

1.2 Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt: Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in emotieregulatie tussen cliënten met een BS-I en een BPS?

Voor dit onderzoek zal de definitie van ER zoals geformuleerd door Gratz en Roemer (2004) gebruikt worden vanwege de alomvattendheid van dit construct en al haar aspecten. De definitie is als volgt: herkenning en bewustzijn van (negatieve) emoties (I), acceptatie van (negatieve) emoties (II), controle over impulsieve gedragingen en doelgericht gedrag vertonen wanneer negatieve emoties worden ervaren (III) en toegang tot effectieve ER strategieën wanneer negatieve emoties worden ervaren. Op basis van deze definitie is de DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) ontwikkeld om emotieregulatie te meten. Deze vragenlijst zal binnen dit onderzoek gebruikt gaan worden om emotieregulatie in kaart te brengen.

De volgende deelvragen zijn opgesteld om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden:

- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft het bewustzijn van de negatieve emoties?
- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft het herkennen van de negatieve emoties?
- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft de acceptatie van de negatieve emoties?
- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft de toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën wanneer negatieve emoties worden ervaren?
- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft moeilijkheden in de impulsbeheersing wanneer negatieve emoties worden ervaren?
- Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft moeilijkheden in doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren?

1.3 Doelstelling van het onderzoek

1.3.1 Organisatie

Stichting Dimence is onderdeel van Dimence Groep en biedt gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Het Specialistisch Centrum Bipolaire Stoornissen (SCBS) valt hieronder en heeft het TOPGGz keurmerk. Criteria om te voldoen aan dit keurmerk omvatten onder andere specialistische en innovatieve zorgverlening, toegepast wetenschappelijk onderzoek (patiëntgebonden), onderwijs en opleiding (o.a. academische samenwerking). Het doel van het SCBS is het verbeteren van de diagnostiek en behandeling van de bipolaire stoornis.

1.3.2 Doel

Het doel van dit onderzoek richt zich op het vinden van verschillen dan wel overeenkomsten in emotieregulatie tussen de BS-I en BPS. Onderzoekresultaten zullen meer inzicht geven in de onderliggende mechanismen van emotiedisregulatie. Dit draagt op zijn beurt bij aan de differentiaaldiagnostiek tussen twee stoornissen die fenomenologisch veel overeenkomsten vertonen, maar beide wel een andere behandeling behoeven.

Hoofdstuk 2 Theoretisch Kader

Dit hoofdstuk biedt het theoretisch raamwerk voor de verschillende elementen binnen dit onderzoek. In het begin zal worden ingegaan op de twee stoornissen die centraal staan binnen het onderzoek: BPS en BS-I. Hierbij wordt onder andere de symptomatologie nader toegelicht. Daarna volgt een verdieping op ER: hoe doet zich dat voor bij beide stoornissen en wat heeft onderzoek tot nu toe uitgewezen wat betreft overeenkomsten en verschillen tussen deze twee groepen. Vervolgens zijn alle variabelen van het onderzoek overzichtelijk weergegeven in een conceptueel model. Ten slotte zijn er hypothesen op de onderzoeksvragen geformuleerd op basis van de literaire bevindingen.

2.1 Bipolaire stoornis type I

Bij een BS-I voldoen de symptomen zoals omschreven door van der Molen, Perreijn en van den Hout (2010) “aan de diagnostische criteria voor zowel een depressieve als een manische episode, dan wel aan de criteria voor een combinatie van beide: de gemengde episode” (p. 555). Een uitzondering op deze regel is de BS-I met uitsluitend één of meerdere manische episoden (mogelijk in combinatie met hypomane episoden), zonder dat de stemmingsklachten hebben voldaan aan de criteria van een depressieve episode (Van der Molen et al., 2010). Bij uitsluitende aanwezigheid van één of meerdere manische episoden wordt er gesproken van een ‘unipolaire manie’. Eerdere onderzoeken laten zien dat zo’n unipolaire manie bij een kwart tot een derde van de mensen met een BS-I in de algemene bevolking voorkomt (Cuellar, Johnson & Winters, 2005; Johnson, 2003; Kessler, Rubinow, Holmes, Abelson & Zhao, 1997). Binnen klinische populaties is de aanwezigheid van een unipolaire manie bij BS-I lager met een aandeel van 10 procent. De ernst van deze stoornis komt onder andere tot uitdrukking in de suïdecijfers. Uit onderzoek blijkt dat 10 tot 20 procent van de mensen met een BS-I of BS-II suïcide pleegt en 25 tot 50 procent ten minste één suïdepoging doet (Goodwin & Jamison, 1990; Jamison, 2000; Müller-Oerlinghausen, Berghöfer & Bauer, 2001; Sher, Oquendo & Mann, 2001). Winokur, Scharfetter & Angst (1985) bevestigen de ernst van deze stoornis nogmaals met onderzoeksresultaten waaruit blijkt dat de helft van de mensen die lijdt aan een BS-I tijdens een manische episode ook psychotische symptomen vertoont zoals grootheidswanen, religieuze almachtsfantasieën en hallucinaties. Een meer eenduidige beschrijving van de BS-I is moeilijk te geven, omdat er een zestal subtypen wordt onderscheiden bij BS-I dat meer specifiek aangeeft welke stemming de patiënt ten tijde van de diagnose heeft en welke stemmingsverschijnselen er in het verleden zijn geweest. Binnen het onderzoek is de subtype van de stoornis niet van belang. Om deze reden zullen de subtypen ook niet verder worden toegelicht. De diagnostische criteria voor een manische en depressieve episode zijn respectievelijk weergegeven in tabel 2.1 en 2.2.

Tabel 2.1 *Diagnostische criteria voor een manische episode (APA, 2000)*

1. Er is sprake van een duidelijke periode met een abnormale en voortdurend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, gedurende ten minste een week (of een willekeurige periode indien opname in een ziekenhuis noodzakelijk is).
2. Tijdens de periode dat de stoornis duurt, zijn ten minste drie van de volgende symptomen (vier als stemming alleen geprikkeld is) voortdurend en in belangrijke mate aanwezig:
 - a. opgeblazen gevoel van eigenwaarde of grootheidstheorieën
 - b. minder behoefte aan slaap (voelt zich bijvoorbeeld uitgerust na een paar uur slaap)
 - c. spraakzamer dan gebruikelijk of spreekdrang
 - d. gedachtevlucht of de subjectieve beleving dat de gedachten jagen
 - e. verhoogde afleidbaarheid
 - f. toename van doelgerichte activiteit (sociaal, op het werk of op school, of seksueel) of psychomotorische agitatie
 - g. zich overmatig bezighouden met aangename activiteiten, waarbij een grote kans bestaat op pijnlijke gevolgen.
3. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde' episode.
4. De stemmingsstoornis veroorzaakt duidelijke beperkingen in werk, normale sociale activiteiten, of relaties met anderen, of maakt opname in een ziekenhuis noodzakelijk om schade voor zichzelf of anderen te voorkomen, of er zijn psychotische kenmerken.
5. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.

Tabel 2.2 *Diagnostische criteria voor een depressieve episode (APA, 2000)*

1. Ten minste vijf van de volgende symptomen zijn binnen een periode van twee weken aanwezig geweest en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren. Minstens één van de symptomen is of a) een depressieve stemming, of b) verlies van interesse of plezier.
 - a. depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag, zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of waarneming door anderen
 - b. duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit subjectieve mededelingen of waarneming door anderen)
 - c. duidelijke gewichtsafname zonder dat een dieet wordt gevolgd of gewichtstoename of bijna elke dag afgenomen of toegenomen eetlust
 - d. moeite met in- of doorslapen (insomnia), of overmatige slaperigheid (hypersomnia), bijna elke dag
 - e. psychomotorische agitatie of remming (waarneembaar door anderen, en niet slechts een subjectief gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid), bijna elke dag
 - f. moeheid of verlies van energie, bijna elke dag
 - g. gevoelens (die waanachtig kunnen zijn) van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, bijna elke dag
 - h. afgenomen vermogen tot nadenken of concentratie, of besluiteloosheid (subjectieve mededeling door betrokkene, of waargenomen door anderen), bijna elke dag
 - i. terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende gedachten aan suicide zonder dat er specifieke plannen zijn gemaakt, een suïcidepoging hebben gedaan of een specifiek plan hebben om suicide te plegen.
2. De symptomen voldoen niet aan de criteria voor een 'gemengde' episode (zie tabel 2.3).
3. De symptomen veroorzaken duidelijk lijden of beperkingen in het dagelijks functioneren.
4. De symptomen zijn niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of een somatische aandoening.
5. De symptomen zijn geen onderdeel van een rouwproces.

2.2 Borderline-persoonlijkheidsstoornis

De BPS wordt volgens van der Molen et al. (2010) “gekenmerkt door een patroon van instabiliteit van het zelfbeeld, relaties met anderen en emotionele reacties. Identiteitsstoornissen, sterk wisselende emoties (van gedeprimeerd tot prikkelbaar en angstig) en impulsiviteit ontbreken bijna nooit” (p. 976). De diagnostische criteria voor de BPS volgens de DSM-IV-TR staan weergegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 *Diagnostische criteria borderline-persoonlijkheidsstoornis (APA, 2000)*

- Een voortdurend aanwezig patroon van instabiliteit in relaties met anderen, zelfbeeld en emotionele reacties en van duidelijke impulsiviteit. Dit patroon begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties zoals blijkt uit ten minste vijf van de volgende verschijnselen:
- a. krampachtige pogingen om te voorkomen dat men in de steek gelaten wordt (het onder e genoemde suïcidale gedrag en de automutilatie worden daar niet toe gerekend). Bij de beoordeling van dit criterium is het niet van belang of de betrokkene feitelijk verlaten is of dreigt te worden, of zich dit alleen verbeeldt.
 - b. een patroon van instabiele en intense relaties gekenmerkt door afwisselend idealiseren en verguizen of minachten
 - c. identiteitsstoornissen (een aanhoudend instabiel zelfbeeld)
 - d. impulsief gedrag op ten minste twee gebieden, dat mogelijk schadelijk is voor de persoon zelf, zoals geld verkwallen, middelenmisbruik, roekeloos autorijden of eetbuien (suïcidaal gedrag en automutilatie worden hier niet toe gerekend)
 - e. herhaaldelijke suïcidale gedragingen, dreigen met suïcide, of automutilatie
 - f. affectlabiliteit (bijv. perioden van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst die meestal enkele uren en zelden langer dan een paar dagen duren)
 - g. chronische gevoelens van leegte
 - h. misplaatste, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijv. vaak driftbuien hebben, aanhoudend kwaad zijn of herhaaldelijk vechten)
 - i. voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde gedachten of ernstige dissociatieve verschijnselen (bijv. depersonalisatie).

Mensen met BPS vertonen een patroon van instabiliteit in relaties met anderen doordat ze sterke wisselingen laten zien in hun attitude tegenover de ander. Op het ene moment doen ze verwoede pogingen (o.a. in de vorm van manipulatie) om te voorkomen dat ze in de steek gelaten worden en op het andere moment steken ze een sterk afwijzende houding op tegenover dezelfde persoon. Daarnaast is hun zelfbeeld ook instabiel en overwegend negatief. Dit resulteert in het hebben van onder andere sterk wisselende opvattingen, toekomstplannen en keuze van bepaalde vrienden (van der Molen et al., 2010). De instabiliteit van emotionele reacties, ook wel ‘affectlabiliteit’ genoemd, vormt een kenmerkend symptoom. De doorgaans sombere stemming van BPS patiënten wordt vaak afgewisseld met korte perioden (vaak met een duur van enkele uren) van prikkelbaarheid of angstigheid of een verergering van sombere gevoelens na een stressvol contactmoment met een ander. Woedeaanvallen of moeite hebben om de woede te beheersen in de vorm van sarcastische opmerkingen, scheldpartijen of fysiek geweld komt veel voor onder BPS patiënten. Tijdens stressvolle situaties kunnen er ook kortstondig paranoïde ideeën of dissociatieve symptomen (bijv. depersonalisatie) optreden (APA, 2000). Impulsiviteit vertoont zich in onder andere in de vorm van gokken, overmatig middelengebruik of eetbuien. Automutilatie, dreigen met suïcide en daadwerkelijke suïcidepogingen doen zich geregeld voor bij mensen met een BPS. Zo’n 60 tot 75 procent van de patiënten met een BPS doet minimaal één suïcidepoging (Black, Blum, Pfohl & Hale, 2004; Oldham, 2006). Ongeveer 8 tot 10 procent van de BPS patiënten komt te overlijden door suïcide (Oldham, 2006; Paris, 2002).

2.3 Emotie disregulatie

Zoals eerder is benoemd laten de BS-I en de BPS een aanzienlijk aantal overeenkomende symptomen zien. Gezien dit onderzoek zich richt op de mate van verschil in ER tussen beide groepen, zal om die reden de oorzaken van een bemoeilijkte emotie regulatie bij beide stoornissen verder worden toegelicht. Andere overeenkomende symptomen worden gelaten voor wat ze zijn.

2.3.1 Emotie disregulatie bij BPS

Bij een BPS komt men emotie disregulatie tegen samen met een verlaagd vermogen van emotioneel bewustzijn en emotionele helderheid (Leible & Snell, 2004). Daar komt ook een verminderd vermogen bij om in detail eigen emoties te onderscheiden en moeite hebben de oorzaak te bestempelen van de ervaren emoties (Suvak et al., 2011). Ook hebben mensen die lijden aan een BPS vaak een beperkte toegang tot effectieve emotie regulatie strategieën (Salsman & Linehan, 2012). Zij passen geregeld inadequate cognitieve strategieën toe zoals piekeren (Baer & Sauer, 2011; Selby & Joiner, 2009) of gedachteonderdrukking (Chapman, Specht & Celluci, 2005; Rosenthal, Cheavens, Lejuez & Lynch, 2005) om hun affecties onder controle te krijgen. Automutilatie is voor de BPS patiënten misschien wel de meest kenmerkende emotie regulerende strategie.

2.3.2 Emotie disregulatie bij BS-I

Bij de groep mensen met een BS-I komt emotie disregulatie meer algemeen voor in vergelijking tot controlegroepen met een gezonde populatie (Becerra et al., 2013). De emotie disregulatie leidt tot een verhoogde impulsiviteit in stressvolle situaties, moeilijk te onderdrukken neurale hyperactiviteit en verlaagd vermogen tot herwaardenen. Evenals mensen met een BPS, neigen ze naar het toepassen van negatieve cognitieve strategieën zoals piekeren en catastrofaal denken om hun humeur te reguleren (Van Rheenen, Murray & Rossell, 2015).

2.3.3 Verschillen in emotieregulatie tussen beide groepen

De aard waaruit emotiedisregulatie zich voordoet heeft bij beide stoornissen een verschillend karakter. De verschillende profielen omtrent problemen met ER bij beide groepen hebben stoornis-specifieke processen ten grondslag. Bij BPS laat de emotionele disregulatie zich zien als reactie op stressoren of interpersoonlijke moeilijkheden (Renaud, Corbalan & Beaulieu, 2012). Dit kan gezien worden als een weerspiegeling van iemands gedragsmatige gevoeligheid waarbij herhaaldelijke blootstelling aan een specifieke stressor een steeds heviger reactie uitlokt (Post & Weiss, 1998). In tegenstelling tot emotie disregulatie bij mensen met een BPS heeft het bij een BS een meer losstaande (minder reactief op psychosociale cues) en intern gedreven vorm (Renaud et al., 2012).

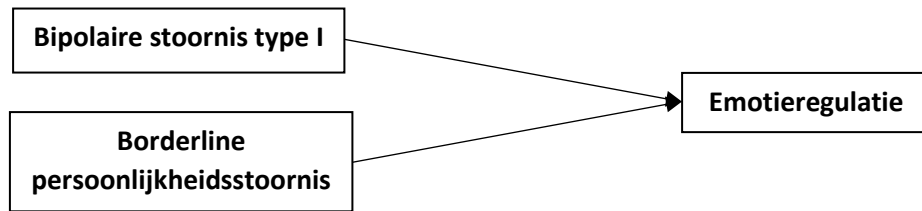
De onderzoeksresultaten uit een onderzoek van Bayes, Parker en McClure (2016) naar emotieregulatie bij BPS, BS en co-morbide (BPS en BS) patiënten laten een beeld zien waarin BPS patiënten meer moeite vertonen op verschillende aspecten van emotieregulatie ten opzichte van BS patiënten. Deze verscheidene aspecten van emotieregulatie zijn het accepteren van (negatieve) emoties, de toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën, het kunnen herkennen van (negatieve) emoties, het bewustzijn van (negatieve) emoties en impulsbeheersing.

2.4 Conceptueel model

De aanwezige variabelen zijn de emotieregulatie problemen en de syndromen BS-I en BPS. Er wordt gekeken naar de verschillen en overeenkomsten van emotieregulatie problematiek bij patiënten met BS-I in vergelijking met BPS. De emotieregulatie vormt daarmee de variabele waar onderzoek naar

gedaan wordt tussen beide syndromen. Het conceptueel model met alle aanwezige variabelen is te zien in figuur 2.1.

Figuur 2.1 *Conceptueel model van het onderzoek*



2.5 Hypotheses

Op basis van de voorgaande literaire bevindingen zijn dit de gestelde hypotheses op de onderzoeksvragen.

- H: BPS patiënten laten een significant lager bewustzijn van negatieve emoties zien dan BS-I patiënten.
- H: BPS patiënten herkennen negatieve emoties significant slechter dan BS-I patiënten.
- H: Er is een overeenkomst tussen BS-I en BPS patiënten wat betreft het accepteren van negatieve emoties.
- H: BPS patiënten laten een significant slechtere toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën wanneer negatieve emoties worden ervaren ten opzichte van BS-I patiënten.
- H: BPS patiënten laten significant meer moeilijkheden in de impulsbeheersing zien wanneer negatieve emoties worden ervaren dan BS-I patiënten.
- H: Er is een overeenkomst tussen BS-I en BPS patiënten wat betreft moeilijkheden in het vertonen van doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeksdesign omschreven. In de eerste paragraaf wordt de onderzoeksmethode toegelicht, wat voor manier van onderzoek wordt toegepast en waarom. Vervolgens wordt in de tweede paragraaf informatie over de onderzoekdoelgroep uiteengezet. Hierna volgt een uitgebreide beschrijving over welke onderzoeksinstrumenten gebruikt zullen worden binnen het onderzoek. Daarna wordt de onderzoeksprocedure toegelicht, in wat voor stappen zal het onderzoek uitgevoerd worden. In de laatste paragraaf wordt ingegaan op hoe de analyses uitgevoerd zullen worden.

3.1 Onderzoeksmethode

Bij dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van kwantitatief onderzoek in de vorm van een surveyonderzoek om de ER van BPS en BS-I duidelijk in kaart te brengen. Doormiddel van kwantitatief onderzoek kunnen uitspraken gedaan worden die statistische en representatief betrouwbaar zijn. De data-analyse is doormiddel van deze methode minder tijdsintensief bij het onderzoeken van grote groepen (Cooper & Schindler, 2008). Binnen dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een selecte steekproef, namelijk een zelfgeselecteerde steekproef. Saunders, Lewis en Thornhill (2009) vermelden dat een zelfgeselecteerde steekproef plaatsneemt zodra potentiële kandidaten voor het onderzoek gevraagd worden of zij interesse hebben om deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens geven zij aan wel of geen interesse te hebben in deelname waarna de data verzameld wordt van de mensen die toegezegd hebben. Alvorens de steekproef wordt geselecteerd zijn er selectiecriteria opgesteld waar de deelnemers aan dienen te voldoen.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De leeftijd van de patiënten die deelnemen aan het onderzoek is 18-67 jaar die op dat moment in behandeling zijn in een gespecialiseerde poliklinische kliniek voor BPS of BS bij Dimence. Alle deelnemers zijn gediagnosticeerd door hun persoonlijke behandelaar waarbij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR voor BPS ofwel BS-I zijn aangehouden. Patiënten met co-morbiditeit BPS en BS-I worden uitgesloten van de studie. Omdat onderscheid tussen BPS en BS makkelijker te maken is door het beoordelen van manische symptomen (Gunderson et al., 2006) worden alleen patiënten met een BS-I in het onderzoek meegenomen. Om de validiteit van het onderzoek en daarmee de onderzoeksresultaten is het essentieel dat de ene onderzoeksgroep bestaat uit exclusief BPS patiënten en de andere groep uit exclusief BS-I patiënten. Voor een betrouwbare verschilanalyse uit te voeren, bevat elke groep 25 deelnemers ($n = 50$; 25 BPS & 25 BS-I).

3.2.1 Beschrijvende diagnostiek

Om een nader beeld te geven van de onderzoeksdoelgroep worden de resultaten van de screeningsvragenlijsten (PDQ-4+, HCL-32, MDQ en PAI-BOR) weergegeven. Dit geeft voor beide groepen weer wat de uitkomsten zijn wat betreft symptomatologie van zowel borderline als bipolaire trekken. Het dient enkel en alleen een beschrijvend beeld te schetsen over beide onderzoeksgroepen. Deze gegevens worden verder niet meegenomen in het onderzoek en daarmee het beantwoorden van de gestelde onderzoeksvragen. Om deze reden wordt hier ook niet veel aandacht aan besteed. In tabel 3.1

worden gemiddelden (*M*) en standaard deviaties (*SD*) van beide groepen per vragenlijst uit de frequentieanalyse naast elkaar weergegeven.

Tabel 3.1 *Frequentieanalyses uitgedrukt in gemiddelden van de screeningsvragenlijsten voor BS-I en BPS*

Vragenlijst	BS-I (<i>n</i> = 11)		BPS (<i>n</i> = 25)	
	Mean (<i>M</i>)	Std. Deviation (<i>SD</i>)	Mean (<i>M</i>)	Std. Deviation (<i>SD</i>)
PAI-BOR	53.18	9.98	63.72	8.84
PDQ-4+ [Borderline]	3.64	2.29	6.44	1.64
HCL	20.00	6.50	18.72	8.03
MDQ	9.73	2.49	9.44	2.86

3.3 Onderzoeksinstrumenten

De deelnemers vullen de ‘Difficulties in Emotion Regulation Scale’ (DERS; Neumann, Van Lier, Gratz & Koot, 2010) en de ‘Cognitive Emotion Regulation Questionnaire’ (CERQ; Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) digitaal of schriftelijk in. Om de diagnose en ernst van BS en BPS te meten, moeten alle patiënten de ‘Personality Assessment Inventory-Borderline Feature’ (PAI-BOR; Morey, 1991), ‘Mood Disorder Questionnaire’ (MDQ-NL; Postma & Schulte, 2008), ‘Hypomania/Mania Symptom Checklist’ (HCL-32; Angst et al., 2005) en Personality Disorder Questionnaire-4+ (PDQ-4+; Hyler, 1994; Nederlandse vertaling; Akkerhuis, Kupka, & Van Groenestijn, 1996) invullen. Patiënten die niet of onvoldoende Nederlands spreken en/of verstaan zullen worden uitgesloten van deelname aan het onderzoek.

DERS (Neumann, 2010) is een zelfbeoordelvragenlijst bestaande uit 36 items die klinisch relevante moeilijkheden in emotieregulatie (met een specifieke nadruk op negatieve emoties) in kaart brengt. De items worden gescoord op 6 schalen, genaamd ‘gebrek aan emotioneel bewustzijn’ [Bewustzijn] (Lack of Emotional Awareness, 6 items: 2, 6, 8, 10, 17 & 34), ‘gebrek aan emotionele helderheid’ [Helderheid] (Lack of Emotional Clarity, 5 items: 1, 4, 5, 7 & 9), ‘moeite met impulsbeheersing’ [Impuls] (Difficulties controlling impulsive behaviours when distressed, 6 items: 3, 14, 19, 24, 27 & 32), ‘problemen in doelgericht gedrag gedurende negatieve emotionele ervaring’ [Doelgericht] (Difficulties Engaging in Goal-Directed Behavior When Distressed, 5 items: 13, 18, 20, 26 & 33), ‘niet accepteren van de emotie’ [Acceptatie] (Nonacceptance of negative emotional responses, 6 items: 11, 12, 21, 23, 25 & 29) en ‘beperkte toegang tot effectieve ER-strategieën’ [Strategieën] (Limited Access to Effective ER Strategies, 8 items: 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35 & 36). De items worden gescoord op een 5-puntsschaal van 1 (bijna nooit) tot 5 (bijna altijd). De subschaal scores zijn verkregen door de corresponderende items bij elkaar op te tellen. Uit onderzoek blijkt dat de DERS scores een goede test-hertest betrouwbaarheid hebben over een periode van 4 tot 8 weken in een steekproef onder universiteitsstudenten (Gratz & Roemer, 2004). Zowel de algehele DERS score als de subschaal scores blijken een hoge interne consistentie te hebben binnen zowel klinische (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha, 2007; Gratz & Roemer, 2008) als nonklinische populaties (Gratz & Roemer, 2004). De Engelstalige vragenlijst blijkt voldoende constructvaliditeit en voorspellend vermogen te hebben (Fowler et al., 2014; Gratz & Roemer, 2004). De Nederlandstalige DERS is getest onder adolescenten en heeft voldoende constructvaliditeit. Deze Nederlandstalige versie zal voor dit onderzoek gebruikt worden (Neumann, 2010).

De CERQ (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) meet coping strategieën die worden gebruikt in reactie op het ervaren van bedreigende of stressvolle levensgebeurtenissen. Het is een zelfbeoordelingsschaal bestaande uit 36 items met een 5 punts likertschaal, van 'bijna nooit' tot 'bijna altijd'. Er kunnen 9 subschalen onderscheiden worden, elke subschaal bevat 4 items. Een subschaalscore kan worden verkregen door de 4 items bij elkaar op te tellen. Onderzoek toont aan dat alle subschalen goede interne consistentie en validiteit hebben (Garnefski et al., 2001; Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van den Kommer & Teerds, 2002).

PAI-BOR is een zelfbeoordelingsvragenlijst waarmee borderline symptomatologie op een continue schaal in kaart gebracht kan worden. De 24-items zijn geïnclassificeerd binnen 4 domeinen waarbij elk domein één van de hoofdkenmerken van de borderline persoonlijkheid weerspiegelt: Affectieve Instabiliteit, Identiteitsproblemen, Negatieve Relaties en Zelfbeschadiging. De Engelstalige PAI-BOR is betrouwbaar en valide gebleken in verschillende Amerikaanse steekproeven (Morey, 1991; Trull, 1995). De test bestaat uit vier validiteitsschalen die de aanpak van de respondent m.b.t. de test meet (Morey, 1991). Dit zorgt ervoor dat bijvoorbeeld willekeurige antwoorden of overdrijvingen gedetecteerd worden. De Nederlandstalige PAI-BOR heeft een hoge interne consistentie en een goede test-hertest betrouwbaarheid en wordt gebruikt voor dit onderzoek (Distel, De Moor & Boomsma, 2009).

MDQ is een zelfbeoordelingsvragenlijst die als screening voor bipolaire stoornis I en II wordt gebruikt. Deze lijst bevat 13 ja/nee items verkregen van zowel DSM-IV criteria als klinische ervaring (Hirschfeld et al., 2000). Voor een positieve MDQ moeten er 7 of meer items met 'ja' worden beantwoord, in ieder geval een aantal van deze items tegelijk voorkomen en de symptomen minstens aanzienlijke psychosociale problemen veroorzaken. De MDQ is een bruikbaar en gevalideerd screeningsinstrument voor bipolaire stoornis type I en II in een geselecteerde patiëntengroep, met een sensitiviteit van 73,0% en een specificiteit van 90,0% (Hirschfeld et al., 2003). Voor dit onderzoek zal de MDQ-NL gebruikt worden.

HCL-32 is een zelfbeoordelingsvragenlijst met 32 items die vragen naar hypomaan gedrag en 8 vragen over de ernst en de functionele impact. Deelnemers worden gevraagd terug te denken aan een periode waarin ze een opgewekte stemmingsvlucht ervoeren om te indiceren of er specifieke gedragingen, gedachten of emoties aanwezig waren in deze staat van zijn. De totale score is het aantal items die beantwoord zijn met 'ja'. De HCL-32 onderscheidt de bipolaire stoornis en de ernstige depressie met een sensitiviteit van 80% en een specificiteit van 51%. Onafhankelijke en gezamenlijke analyses van de beide groepen lieten dezelfde twee-factor structuur van hypomanie zien, namelijk 'actieve/opgetogen' hypomanie en 'risicovolle/irriterende' hypomanie (Angst et al., 2005).

PDQ-4+ is een zelfbeoordelingsvragenlijst bestaande uit 99 items die een schatting geeft van diagnoses op As II van de DSM-IV. Elk item geeft een diagnostische criteria van de 12 persoonlijkheidsstoornissen (PS) weer die omschreven worden in de DSM-IV (10 specifieke PS'en en 2 PS'en uit Appendix B). De items staan op willekeurige volgorde en elke omschrijving kan gescoord worden als 'grotendeels waar' en 'grotendeels niet waar'. PDQ-4+ kan gebruikt worden als een snelle en effectieve screening voor de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen. Er is sprake van voldoende psychometrische kwaliteit bij de PDQ-4+ (Hyler, 1994).

De demografische gegevens die gevraagd worden zijn: naam, geboortedatum (leeftijd), geslacht, burgerlijke staat, hoogst genoten opleiding en nationaliteit.

3.4 Onderzoeksprocedure

Aan de behandelaren van de patiënten wordt gevraagd of zij de cliënten willen vragen om deel te nemen aan het onderzoek. Aansluitend wordt de vraag gesteld of ze hiervoor benaderd mogen worden door de onderzoekers. Patiënten die interesse hebben in de studie zullen informatie in de vorm van een brief toegestuurd krijgen van de onderzoekers. Voordat de patiënten deel kunnen nemen aan het onderzoek, moeten zij een toestemmingsverklaring ondertekenen die ze eveneens van de onderzoekers toegestuurd krijgen. Nadat de toestemmingsverklaring is ingevuld en de twee weken bedenktijd verstreken zijn krijgt de patiënt de vragenlijsten digitaal of schriftelijk opgestuurd en kan hij of zij deze invullen. Er zal doorgedaan worden met het benaderen van de behandelaren totdat een voldoende aantal deelnemers het toestemmingsformulier ondertekend hebben.

3.5 Analyseprocedure

De data zal geanalyseerd worden met SPSS voor Windows (versie 24). De beschrijvende diagnostische statistieken die zijn afgeleid van de screeningsvragenlijsten (PAI-BOR, PDQ-4+, MDQ en HCL-32) worden uitgevoerd doormiddel van frequentieanalyses. Hierbij worden de resultaten vermeld in termen van gemiddelden (M) en standaarddeviaties (SD). Voor het in kaart brengen van de groepsverschillen tussen BPS en BS-I in de mate van emotieregulatie worden de gegevens van de DERS gebruikt. Deze worden vervolgens geanalyseerd doormiddel van de t-toets bij twee onafhankelijke steekproeven. Dit wordt gedaan voor zowel de totaal score van de DERS als alle subschalen apart. De t-toets wordt uitsluitend toegepast als er een steekproefgrootte van $n = 30$ per groep behaald wordt om de betrouwbaarheid te handhaven. Als de steekproefgrootte niet behaald wordt dan wordt er gekeken naar de spreiding van beide steekproeven. Als de spreiding normaal verdeeld is wordt alsnog de t-toets toegepast. Mocht er sprake zijn van een afwijking van de normaliteit dan wordt er gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U toets.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt eerst toegelicht hoe het onderzoek is uitgevoerd en wordt beschreven wat de respons van het onderzoek is. De onderzoeksresultaten en de daarbij uitgevoerde analyses van de DERS staan in dit hoofdstuk centraal. De resultaten worden overzichtelijk weergegeven doormiddel van tabellen en worden daarnaast bondig toegelicht.

4.1 Uitvoering en respons onderzoek

Op verschillende locaties zijn bij verscheidene teams van Dimence behandelaren ingelicht over het onderzoek. Het verzoek dat bij hen werd neergelegd was om patiënten te benaderen die voldeden aan de inclusiecriteria (zoals beschreven in paragraaf 3.2 Onderzoeksdoelgroep) en te vragen om deel te nemen aan het onderzoek. Zodra een patiënt liet blijken interesse te hebben om mee te doen werden contactgegevens doorgestuurd naar de onderzoekers waarna zij telefonisch- of e-mailcontact met de desbetreffende patiënt opnamen. Hierin werd de inhoud en het doel van het onderzoek uitgelegd en na instemming van de patiënt om deel te nemen kregen ze thuis een enveloppe toegestuurd met daarin een formulier met opnieuw een bondig overzicht betreffend het onderzoek en een informed consent waarmee de patiënt schriftelijke toestemming geeft deel te nemen aan het onderzoek. Vervolgens werden de respondenten voorzien van het testmateriaal.

Na een wervingsperiode van bijna zes maanden hebben 43 BPS patiënten en 17 BS-I patiënten laten weten interesse te hebben om mee te doen aan het onderzoek. Uiteindelijk hebben 25 BPS patiënten en 11 BS-I patiënten een valide meting ingevuld. Een deel van de patiënten heeft, na aanmelding, toch afgezien van verdere deelname. Redenen hiervoor waren onder andere persoonlijke omstandigheden of een periode waarin de lijdensdruk zodanig hoog was dat zowel de behandelaar als de patiënt zelf aangaf dat deelname aan het onderzoek op dat moment niet gunstig was.

4.2 Onderzoeksresultaten

Gemiddeld genomen laten de BPS patiënten ($M = 117.52$, $SD = 17.12$) een hogere totaalscore op de DERS zien dan BS-I patiënten ($M = 98.64$, $SD = 21.43$). De totaalscore omvat de sumscore van alle 36 items van de DERS in. Dit verschil is significant; $t(34) = -2.82$; $p = .01$ bij tweezijdige toetsing.

Wat betreft de subschaal *Helderheid* is er een verschil te zien in de scores tussen BPS en BS-I patiënten. Gemiddeld gezien laten BPS patiënten een hogere uitkomst zien ($M = 14.36$, $SD = 2.40$) ten opzichte van BS-I patiënten ($M = 13.73$, $SD = 2.33$). Dit verschil is niet significant; $t(34) = -0.74$; $p = .47$ bij tweezijdige toetsing.

Bij de schaal *Bewustzijn* is er een verschil te zien waarbij BPS patiënten gemiddeld een lagere score vertonen ($M = 17.76$, $SD = 3.74$) dan BS-I patiënten ($M = 18.45$, $SD = 5.47$). Dit verschil is niet significant; $t(34) = -0.44$; $p = .66$ bij tweezijdige toetsing.

De resultaten bij de subschaal *Impuls* vertonen gemiddeld een hogere uitkomst bij de BPS patiënten ($M = 18.76$, $SD = 3.90$) ten opzichte van de BS-I patiënten ($M = 14.27$, $SD = 4.22$). Dit verschil is significant; $t(34) = -3.10$; $p = .00$ bij tweezijdige toetsing.

BPS patiënten scoren op de subschaal *Acceptatie* gemiddeld hoger ($M = 21.52$, $SD = 5.79$) dan de BS-I patiënten ($M = 17.09$, $SD = 8.68$). Dit verschil is niet significant; $t(14.08) = -1.55$; $p = .14$ bij tweezijdige toetsing.

Bij de subschaal *Strategieën* is er een gemiddeld hogere score waar te nemen bij de BPS patiënten ($M = 26.96$, $SD = 5.06$) ten opzichte van de BS-I patiënten ($M = 19.73$, $SD = 7.80$). Dit verschil is significant; $t(34) = -3.33$; $p = .00$ bij tweezijdige toetsing.

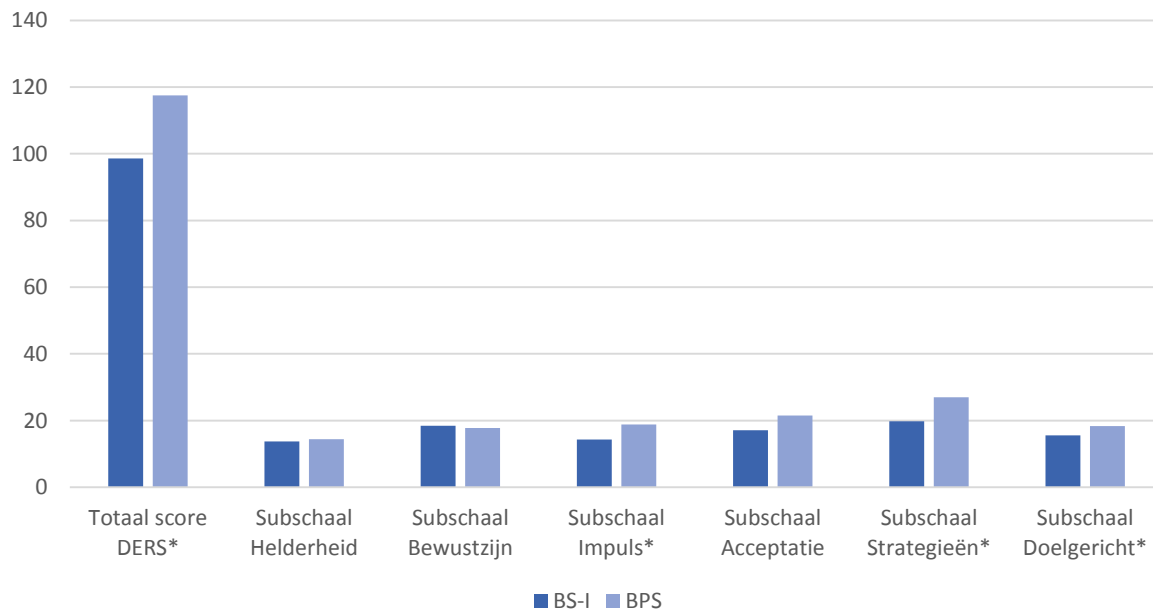
Wat betreft de schaal *Doelgericht* laten de resultaten een gemiddeld hogere score zien bij de uitkomsten van de BPS patiënten ($M = 18.28$, $SD = 2.88$) dan bij de BS-I patiënten ($M = 15.55$, $SD = 3.56$). Dit verschil is significant; $t(34) = -2.44$; $p = .02$ bij tweezijdige toetsing.

Tabel 4.1 Resultaten *t*-toets analyses DERS

Totaal & subschalen	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i>
Totaal score DERS	-2.82	34	0.01*
Subschaal <i>Helderheid</i>	-0.74	34	0.47
Subschaal <i>Bewustzijn</i>	-0.44	34	0.66
Subschaal <i>Impuls</i>	-3.10	34	0.00*
Subschaal <i>Acceptatie</i>	-1.55	14.08	0.14
Subschaal <i>Strategieën</i>	-3.33	34	0.00*
Subschaal <i>Doelgericht</i>	-2.44	34	0.02*

* significant bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Figuur 4.1 Overzicht gemiddelden tussen beide groepen op de DERS



* significant bij een betrouwbaarheidsinterval van 95%

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk komen de conclusie, discussie en aanbevelingen in respectievelijke volgorde aan bod. Aanvangend met de conclusie worden de deelvragen en daarmee ook de onderzoeksvraag beantwoord op basis van de onderzoeksresultaten. Hierop aansluitend volgt de discussie waarin kritisch wordt teruggeblikt op het onderzoeksproces, de onderzoeksresultaten en de interpretatie van de resultaten. Hierbij wordt ingegaan op de validiteit, betrouwbaarheid en daarmee de bruikbaarheid van de resultaten. Ten slotte worden aanbevelingen gedaan voor eventueel vervolgonderzoek.

5.1 Conclusie

De voor een grootdeel overlappende symptomatologie tussen BPS en BS bemoeilijkt de diagnostiek voor behandelaren. Emotionele instabiliteit ten gevolge van problemen in de emotieregulatie lijkt één van de kern symptomen te zijn bij beide stoornissen. Dit brengt vervolgens het risico met zich mee dat de desbetreffende patiënt niet de behandeling krijgt die de problematiek behoeft. Doormiddel van kwantitatief onderzoek wordt gepoogd om verschillen dan wel overeenkomsten in emotieregulatie te ontdekken tussen deze twee groepen. Dit leidt tot de hoofdonderzoeksvraag van dit onderzoek: Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in emotieregulatie tussen cliënten met een BS-I en een BPS? Het doel van dit onderzoek is om doormiddel van het beantwoorden van deze vraag de differentiaaldiagnostiek te verbeteren. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden wordt de DERS bij patiënten die in behandeling zijn bij Dimence met een BS-I óf een BPS afgenomen. Na de resultaten te hebben geanalyseerd in het voorgaande hoofdstuk volgt nu de interpretatie van deze resultaten en daarmee de beantwoording van de onderzoeksvragen. De resultaten zullen naar de volgorde van de deelvragen behandeld worden.

Deelvraag 1: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft het bewustzijn van de negatieve emoties?*

Voor het beantwoorden van de eerste deelvraag wordt er gekeken naar de resultaten op de subschaal *Bewustzijn* van de DERS. Hieruit blijkt een niet significant verschil tussen BPS en BS-I patiënten wat betreft hun bewustzijn van negatieve emoties. Wat betreft het bewustzijn van, met name negatieve, emoties die op een bepaald moment worden ervaren vertonen beide groepen patiënten hier een overeenkomst in. Hiermee wordt de hypothese ‘BPS patiënten laten een significant lager bewustzijn van hun negatieve emoties zien dan BS-I patiënten’ verworpen.

Deelvraag 2: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft het herkennen van de negatieve emoties?*

Gekeken naar de resultaten op de subschaal *Helderheid* van de DERS blijkt er een niet significant verschil te zijn tussen BPS en BS-I patiënten aangaande het herkennen van eigen (negatieve) emoties. Dit wil zeggen dat patiënten van beide groepen een overeenkomst vertonen wat betreft het herkennen van hun eigen (negatieve) emoties. Hiermee wordt de hypothese ‘BPS patiënten herkennen hun eigen negatieve emoties significant slechter dan BS-I patiënten’ verworpen.

Deelvraag 3: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft de acceptatie van de negatieve emoties?*

De analyses van de subschaal *Acceptatie* van de DERS laten zien dat er een niet significant verschil is tussen BS-I en BPS als het gaat om het accepteren van negatieve emoties. Hieruit blijkt er een overeenkomst te zijn wat betreft de acceptatie van op een bepaald moment aanwezige negatieve emoties bij beide groepen. Hiermee wordt de hypothese 'Er is een overeenkomst tussen BS-I en BPS patiënten wat betreft het accepteren van negatieve emoties' aangenomen.

Deelvraag 4: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft de toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën wanneer negatieve emoties worden ervaren?*

Afgaande op de uitkomsten en analyses van de subschaal *Strategieën* van de DERS lijkt er een verschil te zijn tussen BPS en BS-I patiënten wat betreft de toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën op het moment dat negatieve emoties worden ervaren. BPS patiënten hebben hierbij een minder goede toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën in vergelijking met BS-I patiënten. Hiermee wordt de hypothese 'BPS patiënten laten een significant slechtere toegang tot effectieve emotieregulatie strategieën wanneer negatieve emoties worden ervaren ten opzichte van BS-I patiënten' aangenomen.

Deelvraag 5: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft moeilijkheden in de impulsbeheersing wanneer negatieve emoties worden ervaren?*

Resultaten van de subschaal *Impuls* van de DERS tonen aan dat er een verschil aanwezig is tussen BPS en BS-I patiënten betreffend de impulsbeheersing op het moment dat negatieve emoties worden ervaren. De patiënten met een BPS lijken meer dan BS-I patiënten moeite te ervaren bij het beheersen van impulsen als er negatieve emoties worden ervaren. Hiermee wordt de hypothese 'BPS patiënten laten significant meer moeilijkheden in de impulsbeheersing zien wanneer negatieve emoties worden ervaren dan BS-I patiënten' aangenomen.

Deelvraag 6: *Is er een verschil tussen cliënten met een BS-I en BPS wat betreft moeilijkheden in doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren?*

Bij de laatste deelvraag wordt gebruik gemaakt van de resultaten van de subschaal *Doelgericht* van de DERS. Hieruit blijkt een verschil tussen beide groepen wat betreft het vertonen van doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren. BPS patiënten laten hier wederom meer moeilijkheden zien in het vertonen van doelgericht gedrag op het moment dat negatieve emoties worden ervaren. Hiermee wordt de hypothese 'Er is een overeenkomst tussen BS-I en BPS patiënten wat betreft moeilijkheden in het vertonen van doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren' verworpen.

Hoofdvraag: *Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in emotieregulatie tussen cliënten met een BS-I en een BPS?*

BPS patiënten lijken bij emotieregulatie in het algemeen en op enkele specifieke vlakken van emotieregulatie meer moeite te vertonen dan BS-I patiënten. De verschillen komen naar voren op het gebied van impulsbeheersing, de toegang tot effectieve emotie regulerende strategieën en het vertonen van doelgericht gedrag wanneer negatieve emoties worden ervaren.

Overeenkomsten tussen BPS en BS-I patiënten zijn gevonden bij enkele andere aspecten van emotieregulatie, namelijk: het bewustzijn, het herkennen en het accepteren van (negatief) ervaren emoties.

De resultaten en daarmee de antwoorden op de onderzoeksvragen neigen het beeld te bevestigen dat BS-I en BPS patiënten verschillen wat betreft emotieregulatie. Op drie aspecten van emotieregulatie en op emotieregulatie in het algemeen vertonen BPS patiënten meer moeilijkheden ten opzichte van de BS-I patiënten. Dit lijkt het beeld te bevestigen van BPS en BS-I los van elkaar in verschillende spectra zoals dat nu ook het geval is in de DSM-IV-TR.

5.2 Discussie

5.2.1 Onderzoeksproces

De geringe opbrengst aan respondenten binnen het onderzoek is het belangrijkste aandachtspunt in de evaluatie op het onderzoeksproces. Terugkijkend hierop ligt het grootste knelpunt in de communicatie tussen de onderzoekers en leidinggevende figuren binnen de organisatie van Dimence. Een niet soepel en daarmee traag verlopende communicatie deed de snelheid waarmee het onderzoek van de grond kwam bij verschillende behandelteams niet ten goede. Het duurde in sommige gevallen weken tot zelfs maanden voordat de onderzoekers ergens terecht konden om het onderzoek onder de aandacht van de behandelaren te brengen. Absentie wegens vakantie of ziekte van belangrijke contactpersonen was hiervan één van de achterliggende redenen. In andere gevallen was onduidelijkheid en daarmee scepticisme over het proces van het onderzoek een reden dat de implementatie van het onderzoek stokte. Er kwamen geregeld vragen over de uitwisseling van gegevens van de patiënten. Door hierover in gesprek te gaan met verschillende leden van de behandelteams konden er oplossingen gevonden worden waarna het onderzoek dan toch eindelijk van start kon gaan. Dit leverde helaas wel de nodige vertraging op. Na een periode van bijna zes maanden heeft het werven 43 BPS patiënten en 17 BS-I patiënten opgeleverd waarvan 25 BPS patiënten en 11 BS-I patiënten deelnamen aan het onderzoek.

5.2.2 Onderzoeksresultaten

Overeenkomsten die te zien zijn met de resultaten van het onderzoek van Bayes, Parker en McClure (2016) zijn de aspecten impulsiviteit en toegang tot emotieregulatie strategieën waar BPS patiënten meer moeite mee hebben ten opzichte van de BS-I patiënten. Interne validiteit lijkt hierbij in ieder geval verzekerd, omdat bij beide studies gebruik is gemaakt van hetzelfde meetinstrument: de DERS. Verklaringen voor de gevonden verschillen in emotieregulatie tussen beide groepen zijn wellicht te vinden in de aard van emotiedisregulatie bij mensen met een BPS. Zoals eerder werd vermeld ligt de aard van emotie disregulatie bij BPS meer extern en een herhaaldelijke blootstelling aan dezelfde externe cue veroorzaakt daarmee een steeds heftigere (emotionele) reactie. Dit escalerend effect kan wellicht een verklaring bieden voor de verschillen die zijn gevonden tussen mensen met een BPS en mensen met BS-1. Een steeds heftiger wordende reactie zou impulsief gedrag makkelijker en daarmee sneller uit kunnen lokken. De toegang tot strategieën waarmee emoties gereguleerd kunnen worden zou hierdoor bemoeilijkt worden. Deze verklaring over de achterliggende oorzaak van de gevonden overeenkomsten in de onderzoeksresultaten kunnen echter niet onderbouwd worden door de resultaten die voort zijn gekomen uit het onderzoek zelf.

Er is een verschil te zien wat betreft de uitkomsten op de aspecten acceptatie van (negatieve) emoties, het herkennen van (negatieve) emoties en het bewustzijn van (negatieve) emoties met de resultaten van het hiervoor genoemde onderzoek. Waar in het voorgaande onderzoek verschillen tussen BPS en BS werden aangetroffen, bleken binnen dit onderzoek juist overeenkomsten tussen beide groepen op deze aspecten van emotieregulatie. Hier kunnen verscheidene oorzaken aan ten grondslag liggen. In het onderzoek van Bayes, Parker en McClure (2016) betrof de groep met BS patiënten zowel mensen met een BS-I als een BS-II. Dit doet af aan de betrouwbaarheid waarmee conclusies getrokken kunnen

worden op basis van de vergelijkingen tussen de resultaten van beide onderzoeken. Er wordt dan immers niet gekeken naar onderzoeksresultaten van een onderzoeksgroep met eenzelfde stoornis. Een tweede punt betreft de grotere steekproef bij het eerder uitgevoerde onderzoek naar emotieregulatie. Dit heeft weliswaar een positief effect op de betrouwbaarheid van de resultaten binnen dat onderzoek, maar brengt opnieuw de mogelijkheid om betrouwbare conclusies te trekken in gevaar op basis van de vergelijking tussen de resultaten van beide onderzoeken. De schaarse grootte van de steekproeven ($n = 25$ (BPS), $n = 11$ (BS-I)) binnen dit onderzoek zorgt voor een verlaagde van de externe validiteit. De onderzoeksresultaten zijn hiermee niet representatief voor een grotere populatie. Ten slotte is de procedure bij de diagnostiek van de respondenten nauwkeuriger verlopen bij het onderzoek van Bayes, Parker en McClure (2016). In dat onderzoek is gebruik gemaakt van drie semigestructureerde interviews, een vragenlijst, aanvullende demografische gegevens en informatie over stemmingsstoornissen in het verleden om een diagnose vast te stellen van BPS, BS-I of BS-II. Bij dit onderzoek is de diagnostiek gebaseerd op de gestelde diagnose van de desbetreffende behandelaar. Aanvullende diagnostiek is omwille de haalbaarheid van de studie achterwege gelaten. Dit wil zeggen dat de diagnoses van de respondenten bij het voorgaande onderzoek een hogere betrouwbaarheid hebben dan die van dit onderzoek. De kans op misdiagnose bij dit onderzoek is daarmee relatief groter, wat op zijn beurt de externe validiteit van de onderzoeksresultaten verlaagt.

5.3 Aanbevelingen

Eén van de grote gebreken binnen dit onderzoek is de grootte van de steekproef. Dit gaat ten koste van de externe validiteit. Dat vormt dan ook de eerste aanbeveling voor eventueel vervolgonderzoek: verzeker een steekproef van voldoende omvang. Een tweede aanbeveling aangaande de onderzoeksopzet zou het toevoegen van diagnostische meetinstrumenten zijn in de vorm van een interview om de kans op misdiagnose te verkleinen en daarmee de externe validiteit te verhogen. De argumentatie om een meetinstrument in de vorm van een interview te gebruiken heeft te maken met de mogelijkheid om doortastender en daarmee een genuanceerder beeld te scheppen van de aanwezige symptomen bij een patiënt. Het afnemen van dit soort diagnostische instrumenten vergt relatief veel tijd. Dit is dus alleen een mogelijkheid als hulpbronnen, wat betreft tijd en financiële bemiddeling, dit toelaten.

Een onderwerp om vervolgonderzoek naar te doen zou het zoeken van een herkenbaar profiel wat betreft emotieregulatie tussen mensen met een BPS en mensen met BS (type I en II) kunnen zijn. Dit advies is gebaseerd op de onderzoeksresultaten van dit onderzoek die zowel verschillen als overeenkomsten laten zien. Het zoeken naar een profiel die soortgelijke verschillen en overeenkomsten op verschillende facetten van emotieregulatie laat zien. Dit zou een bijdrage kunnen leveren aan de differentiaaldiagnostiek van BPS en BS.

Literatuurlijst

- Akkerhuis, G. W., Kupka, R. W., & Van Groenestijn, M. A. C. (1996). *PDQ-4+: vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Lisse: Sweets & Zeitlinger.
- Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 401-407. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00461.x
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T. D., . . . Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217-233. doi:10.1016/j.jad.2005.05.011
- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142–150.
- Bayes, A., Parker, G., & McClure, G. (2016). Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *Journal of Affective Disorders*, 204, 103-111. doi: 10.1016/j.jad.2016.06.027
- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders? *Open Journal of Psychiatry*, 3(4), 1–7. doi: 10.4236/ojpsych.2013.34A001
- Benazzi, F. (2006). Borderline personality-bipolar spectrum relationship. *Progress in Neuro Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(1), 68-74. doi: 10.1016/j.pnpbp.2005.06.010
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction and prevention. *Journal of Personality Disorder*, 18(3), 226-239.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388–399.
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2008). *Business Research Methods*. New York, USA: McGraw Hill.
- Cuellar, A. K., Johnson, S. L., & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25, 307-339.
- De Jong, A., Van den Brink, J., & Ormel, J. (1999). *Handboek Psychiatrische Epidemiologie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., Austria, B., Kissilenko, A., Corless, C., & Morse, P. (2001). Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *Journal of Affective Disorders*, 67(1-3), 221-228.
- Distel, M. A., De Moor, M. H. M., & Boomsma, D. I. (2009). Nederlandse vertaling van de Personality Assessment Inventory – Borderline kenmerken schaal (PAI-BOR): normgegevens, factorstructuur en betrouwbaarheid. *Psychologie en gezondheid*, 37(1), 38-46. doi: 10.1007/BF03080362
- Fowler, J. C., Charak, R., Elhai, J. D., Allen, J. G., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2014). Construct validity

- and factor structure of the difficulties in Emotion Regulation Scale among adults with severe mental illness. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 175-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.07.029>
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., Van den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescents*, 25(6), 603-611.
- Goodwin, F. K., & Redfield Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 14-25. doi: 10.1080/16506070701819524
- Gunderson, J. G., Weinberg, I., Daversa, M. T., Kueppenbender, K. D., Zanarini, M. C., Shea, M. T., . . . Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1173-1178. doi: 10.1176/appi.ajp.163.7.1173
- Hirschfeld, R. M. A., Williams, J. B. W., Spitzer, R. L., Calabrese, J. R., Flynn, L., Keck P. E., . . . Zajecka, J. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: The mood disorder questionnaire. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1873-1875. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1873
- Hirschfeld, R. M., Holzer, C., Calabrese, J. R., Weissman, M., Reed, M. Davies, M., . . . Hazard, E. (2003). Validity of the mood disorder questionnaire: a general population study. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 178-180. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.178
- Hyler, S. E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire-4 (Unpublished test)*. New York: New York State Psychiatric Institute (NYSPI).
- Jamison, K. R. (2000). Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 47-56.
- Johnson, S. L. (2003). Defining bipolar disorder. In: S.L. Johnson & R.L. Leahy (Eds.), *Psychological treatment of bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Kessler, R. C., Rubinow, D. R., Holmes, C., Abelson, J. M., & Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine*. 24, 1079-1089.
- Leible, T. L., & Snell, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404.
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.543
- Morey, M. C. (1991). *The Personality Assessment Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL:

- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A., & Bauer, M. (2001). Bipolar disorder. *The Lancet*, 359, 241-247.
- Neumann, A., Van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2010). Multidimensional assessment of emotion regulation difficulties in adolescents using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*, 17(1), 138-149. doi: 10.1177/1073191109349579
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53(6), 738-742.
- Perugi, G., Toni, C., Traverso, M. C., & Akiskal, H. S. (2003). The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 87-98.
- Post, R. M., & Weiss, S. R. (1998). Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biological Psychiatry*, 44(3), 193-206.
- Postma, D. H., & Schulte, P. F. (2008). The Mood Disorder Questionnaire (MDQ-NL), an instrument to improve recognition of bipolar disorder. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 152(34), 1865-1870.
- Renaud, S., Corbalan, F., & Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 952-961.
- Riemann, G., Weisscher, N., Goossens, P. J. J., Draijer, N., Apenhorst-Hol, M., & Kupka, R. W. (2014). The addition of STEPSS in the treatment of patients with bipolar disorder and comorbid borderline personality features: a protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 172.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1173-1185.
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 260-267.
- Saunders, M. N. K., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research Methods for Business Students*. Pearson Education.
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: the emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219-229.
- Sher, L., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2001). Risk of suicide in mood disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 337-344.
- Suvak, M. K., Litz, B. T., Sloan, D. M., Zanarini, M. C., Barrett, L. F., & Hofmann, S. G. (2011). Emotional granularity and borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(2), 414-426.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R., & Nolen, W. A. (2002). Bipolar disorder in the general population

- in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 203-213.
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. Identification and validation. *Psychological Assessment*, 7(1), 33-41.
- Van der Molen, H. T., Perreijn, S., & van den Hout, M. A. (2010). *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Van Rheenen, T. E., Murray, G., & Rossell, S. L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Research*, 225(3), 425–432.
- Van Wel, E. B., Bos, E. H., Appelo, M. T., Berendsen, E. M., Willigeroth, F. C., & Verbraak, M. J. P. M. (2009). De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(5), 291-301.
- Winokur, G., Scharfetter, C., & Angst, J. (1985). A family study of psychotic symptomatology in schizophrenia, schizoaffective disorder, unipolar depression and bipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 234, 295-298.

Bijlagen

Bijlage 1 Eigen werkverklaring

Eigen werkverklaring

Ondergetekende: (Naam student)

Johan Duhoux (403362)

verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en daarom geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander,
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding,
- 3) het verslag voor niet meer dan 5 % aan overgenomen passages uit 'werk van anderen' bevat.
- 4) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Safe Assign (Blackboard).

Plaats: Deventer

Datum: 25-03-2018

Handtekening:



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