



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

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

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

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

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

MARC VERBRAAK, WILLEMEN DIJKGRAAF-HARTLAND, CARIEN
BRALS & MAARTEN VAN DIJK

De mediërende rol van interactieproblemen in de relatie tussen persoonlijkheidsproblematiek en behandelresultaat

Iedere therapeut heeft ze in zijn *caseload*, de ‘moeilijke’ cliënten. Vaak ervaren therapeuten die moeilijkheid in de interactie. Hierdoor is het onder andere lastig om een therapeutische relatie met deze cliënten op te bouwen en te handhaven. Interactieproblemen kunnen leiden tot een moeilijker behandelverloop, afwijken van het behandelprotocol en uiteindelijk tot een ongunstiger behandelresultaat. Therapeuten zijn geneigd een moeizaam verlopende interactie toe te schrijven aan persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt (Dreessen & Arntz, 1999).

Dat cliënten met zowel een as I-stoornis als een as II-stoornis minstens zoveel profiteren van een *evidence-based* geprotocolleerde as I-behandeling als cliënten met alleen een as I-stoornis konden we al eerder vaststellen (Dijkgraaf-Hartland, Brals, Verbraak & van Dijk, 2013). We vonden zelfs dat cliënten met comorbiditeit op as II verhoudingsgewijs meer profiteren van een geprotocolleerde as I-behandeling als gekeken werd naar *effect size* en klinisch relevante verbetering, ondanks dat deze cliënten anders zijn in kenmerken en verloop van behandeling dan cliënten zonder deze comorbiditeit. De conclusie was dan ook dat zij juist protocollair behandeld zouden moeten worden. Deze bevindingen en conclusie werden recentelijk nog eens onderschreven in een overzichtsartikel van Voncken, van der Wijngaart en van Genderen (2013) dat eveneens het misverstand dat comorbiditeit op as II een klachtgerichte behandeling van angststoornissen doet stagneren aan de kaak stelde. Er is zo langzamerhand een steeds stevigere consensus dat bij de meest voorkomende as I-problematiek en comorbide as II-problemen, behalve dan misschien in het geval van ernstige en sterk met de behandeling interfererende comorbide cluster A- of B-persoonlijkheidsproblematiek, geenszins hoeft te worden afgezien van het starten van een klachtgerichte *evidence-based* psychologische behandeling van de as I-stoornis. De *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen* stelde in 2008 over het handelen bij comorbide persoonlijkheidsproblematiek al het volgende: ‘In het algemeen, en indien niet anders vermeld

in de richtlijn, dient de as 1-stoornis primair behandeld te worden terwijl de behandelaar zich permanent bewust is van de impact van zijn interventies op de persoonlijkheidsstoornis. Gezien de beperkte literatuur over de behandeling van comorbide as 1-stoornissen bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt, indien niet anders aangegeven, verwezen naar de *state-of-the-art* behandelingen zoals die in de richtlijnen van de desbetreffende as 1-stoornis zijn aangegeven' (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling, 2008, p. 122).

En toch blijkt het uitvoeren van zo'n klachtgerichte evidence-based psychologische behandelmethodede bij bepaalde cliënten in de alledaagse klinische behandelpraktijk voor therapeuten vaak makkelijker gezegd dan gedaan (zie Waller, 2009). Van den Hout, Brouwers en Oomen (2006) stellen dat comorbide persoonlijkheidsproblematiek niet hoeft te leiden tot een minder effectieve as 1-behandeling als de therapeut maar goed om weet te gaan met door de persoonlijkheidsproblematiek ontstane moeilijkheden in de therapeutische relatie. En een goede therapeutische relatie is nu eenmaal een belangrijke voorspeller voor de gunstige uitkomst van een behandeling (Gaston 1990; Keijsers, van Minnen & Hoogduin, 2004; Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000). Problemen in de therapeutische relatie kunnen leiden tot een vroegtijdig afbreken van de behandeling als hier niet tijdig en niet op een op de cliënt afgestemde manier op wordt gereageerd (Bender, 2005). Bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis vergt dit vaak extra aandacht. Bij hen ontstaat er doorgaans makkelijker een verstoring in de therapeutische relatie; kenmerkend voor een persoonlijkheidsstoornis zijn immers verstoorte patronen in interpersoonlijke relaties (Bender, 2005). Horowitz, Rosenberg en Bartholemew (1993) stelden al dat slechte behandeluitkomsten bij as 1-behandelingen met comorbide persoonlijkheidsproblematiek vooral gemedieerd worden via een gecompliceerde therapeutische relatie. Wanneer de interactie tussen therapeut en cliënt niet goed verloopt, brengt dit de therapeutische relatie in gevaar.

Problemen met het aangaan van een therapeutische relatie is een van de veronderstelde belangrijke redenen dat er met de nu beschikbare klachtgerichte evidence-based psychologische behandelingen in de dagelijkse klinische praktijk minder gunstige behandelresultaten zouden worden behaald (Reich 2003; Sprey, 2002; Young, Weinberger & Beck, 2001). Dit in vergelijking met de meer onderzoeksgerichte context waarin de cliënt ook vaak veel meer 'shared' is en waar de richtlijnadviezen veelal uit afkomstig zijn. 'Shared' betekent hierbij zoveel als dat binnen een onderzoekscontext gegevens over behandelingen gecontroleerd worden door de onderzoekers, dat zij zich daarmee ook veel meer bemoeien met wat

er in de behandeling gebeurt, dat er vaker experts op het vlak van de behandeling van de onderzochte cliëntengroep werkzaam zijn en dat de therapeuten vaak gesuperviseerd worden door deze experts. Er wordt dus veel meer over de schouder van de therapeut meegekeken, ook naar zaken die de interactie tussen cliënt en therapeut beïnvloeden en daarmee de integriteit van de behandeling zouden kunnen aantasten (Keijsers et al., 2004; maar ook Voncken et al., 2013). Aangenomen wordt dat het vooral de aan een persoonlijkheidsstoornis gerelateerde schema's zijn die, via de interactie tussen cliënt en therapeut, een negatieve invloed hebben op de relatie en daarmee op bijvoorbeeld een cognitieve therapie (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Mogelijk dat de sleutel tot het met succes kunnen uitvoeren van een klachtgerichte as 1-behandeling bij mensen met een comorbide persoonlijkheidsstoornis de vaardigheid is om ook met dergelijke moeilijke cliënten een passende therapeutische interactie aan te gaan.

De aanname dat het resultaat van een evidence-based as 1-behandeling bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek vooral gemedieerd wordt via de kwaliteit van de therapeutische interactie roept wel de vraag op in hoeverre comorbide persoonlijkheidsproblematiek inderdaad samengaat met problematische interactie. Ons eerder aangehaalde artikel (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013) sloten we af met de opmerking dat dit een reden is voor nader onderzoek. Daarvan willen wij in het vervolg verslag doen. De volgende vraag staat daarbij centraal: In hoeverre is de aanwezigheid van interactieproblemen een mediërende factor bij de invloed van eventueel aanwezige comorbide persoonlijkheidsproblematiek op het verloop en resultaat van een protocollaire behandeling voor as 1-problematiek? In de volgende beschrijving van de opzet van dit onderzoek zullen we voor een deel de tekst van ons eerdere artikel herhalen. Het vinden van een antwoord op bovenstaande vraag vond namelijk tegelijkertijd en bij dezelfde therapeuten en cliënten plaats als het onderzoek naar comorbide persoonlijkheidsproblematiek en de invloed daarvan op de effectiviteit van protocollaire behandeling.

METHODE

¶ Procedure

Het onderzoek werd uitgevoerd bij de vestigingen te Zoetermeer, 's-Gravenhage, Breda en 's-Hertogenbosch van de HSK Groep. Binnen deze landelijke organisatie op het terrein van psychologische hulpverlening bij psychische stoornissen ligt een belangrijk accent op geprotocolleerde as 1-behandelingen. Aan het onderzoek namen

opeenvolgende cliënten deel van 41 therapeuten. Het betrof 3 mannelijke en 38 vrouwelijke therapeuten met een gemiddelde leeftijd van 32 jaar ($SD = 6$ jaar). Alle therapeuten waren afgestudeerd als psycholoog. 30 van de 41 deelnemende therapeuten (73%) waren gekwalificeerd als gz-psycholoog of in opleiding tot gz-psycholoog.

Cliënten met een tijdens de intake vastgestelde primaire DSM-IV as I-stoornis waarvoor een evidence-based cognitief-gedragstherapeutisch behandelprotocol beschikbaar was, werden in het onderzoek opgenomen. Het gaat hier om protocollen uit de Cure & Care reeks Behandelprotocollen voor volwassenen (www.behandelprotocollen.nl). Deze zijn gericht op de depressieve stoornis, aanpassingsstoornis, burn-out, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, hypochondrie, posttraumatische stressstoornis, het chronisch vermoeidheidssyndroom, de obsessieve-compulsieve stoornis en de paniekstoornis met en zonder agorafobie. Deze cliënten moesten voor uiteindelijke deelname aan dit onderzoek minimaal tussen de tien en vijftien behandelsessies hebben gehad. Hiervoor werd gekozen omdat bij dit aantal sessies in de regel alle in het protocol voorgeschreven verschillende behandelinterventies/-stappen de revue zijn gepasseerd. Daarnaast is er per cliënt dan voldoende zicht op het zich voordoen van interactieproblemen in de behandeling. Cliënten aangemeld met een ernstige en primaire persoonlijkheidsstoornis werden voor zover ze in behandeling kwamen binnen HSK, uitgesloten van deelname aan dit onderzoek omdat zij op basis van hun problematiek niet primair protocollair voor een as I-stoornis behandeld werden. Cliënten die zich hadden aangemeld en bij wie sprake was van ernstig suïcidale ideatie werden niet in dit onderzoek meegenomen. Alle cliënten die deelnamen aan dit onderzoek hadden bij de intake schriftelijk toestemming gegeven voor het geanonimiseerd en geaggregeerd gebruik van hun behandelgegevens in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Uit de dossiers van de geselecteerde cliënten werden de volgende kwantitatieve gegevens gehaald:

- ▶ SCL-90 totaalscore bij aanvang en aan het einde van de behandeling. In dit onderzoek wordt de SCL-90 totaalscore ofwel de Psychoneurotismeschaal gehanteerd als generieke uitkomstmaat van psychisch niet-welbevinden bij de verschillende psychische stoornissen.
- ▶ De score met betrekking tot aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek op basis van de ADP-IV-scores, normgroep intake.
- ▶ Het aantal behandelsessies tot aan het einde van de behandeling.
- ▶ Of de behandeling voortijdig op eenzijdig initiatief van cliënt is afgebroken (drop-out).

- ▶ Percentage daadwerkelijk verrichte interventies zoals voorgeschreven in het protocol. Bijvoorbeeld: drie uitgevoerde interventies van de zes interventies (rationale/psycho-educatie, activatie, registratieopdrachten, sociale vaardigheden, cognitieve interventies en huiswerkopdrachten cognitieve therapie die voorgeschreven staan in het depressieprotocol), betekent dat 50% uitgevoerd is.
- ▶ Aantal toegevoegde interventies die niet vermeld staan in het protocol. De extra interventies konden worden onderverdeeld in 44 categorieën (voor een beschrijving kan contact opgenomen worden met de tweede auteur).

Daarnaast werden kwalitatieve gegevens verkregen door de therapeuten per cliënt een oordeel te laten geven hoe moeilijk zij de interactie hadden ervaren (zie voor meer informatie onder Materialen).

¶ Cliënten

Aan het onderzoek namen in de periode van oktober 2009 tot en met januari 2011 253 cliënten deel die een primaire DSM-IV-diagnose op as I hadden waarvoor een evidence-based cognitief-gedragstherapeutisch behandelprotocol beschikbaar was. Van deze 253 cliënten hadden er 77 (30%) een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Van deze 77 cliënten had 1 een persoonlijkheidsstoornis in cluster A (1%; paranoïde persoonlijkheidsstoornis), 6 in cluster B (8%; allen een borderline persoonlijkheidsstoornis), 20 een of meer in cluster C (26%; 10 keer een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, 9 keer een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis, 3 keer een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis) en 50 (65%) een persoonlijkheidsstoornis NAO of gemengde persoonlijkheidsstoornis (32 met kenmerken verspreid over de drie clusters, 4 met overwegend kenmerken uit cluster A en 14 met overwegend kenmerken uit cluster B).

Van 14 van de 253 cliënten was het studieniveau onbekend en van 6 cliënten was de burgerlijke staat niet bekend. Bij het afronden van de dataverzameling van dit onderzoek was van 23 cliënten (9%) de begin- of eindscore van de SCL-90 niet bekend en kon derhalve de verschilscore ook niet worden berekend. Dit werd veroorzaakt door het feit dat er van 1 cliënt geen beginscore en 8 cliënten (3%) geen eindscore in het dossier teruggevonden kon worden en door het feit dat 14 cliënten (6%) hun behandeling voortijdig hadden afgebroken zonder een eind-SCL-90 in te vullen. De missende data zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten. De demografische en diagnostische gegevens van de cliënten staan weergegeven in tabel 1.

TABEL 1
Cliëntkenmerken

Variabelen	Cliënten n = 253
Leeftijd, gemiddelde (SD)	43 (11)
Geslacht (vrouw): n (%)	155 (61.3%)
Samenwonend: n (%)	149 (65.1%)
Opleidingsniveau (\geq hbo): n (%)	126 (56.3%)
Aanpassingsstoornis: n (%)	105 (41.5%)
Stemmingsstoornis: n (%)	42 (16.6%)
Angststoornis: n (%)	44 (17.4%)
Somatoforme stoornis: n (%)	62 (24.5%)
Cluster A: n (%)	1 (0.4%)
Cluster B: n (%)	6 (2.4%)
Cluster C: n (%)	20 (7.9%)
Persoonlijkhedsstoornis NAO: n (%)	50 (19.8%)
SCL-90 beginscore	190 (53.5)

¶ Materialen

Speciaal voor de voorliggende onderzoeksvraag zijn de volgende meetinstrumenten gebruikt.

- ▶ Voor het vaststellen van de DSM-IV as I-classificatie tijdens de intake werd gebruikgemaakt van het Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998; Nederlandse vertaling van Vliet, Leroy & van Megen, 2000). De MINI is een semigestructureerd interview. Sheehan et al. (1998) vermelden in vergelijking met andere (semi)gestructureerde interviews goede psychometrische eigenschappen.
- ▶ Assessment of Personality Disorders (ADP-IV; de Doncker, Schotte, Vertommen & van Kerckhoven, 1997) is een zelfrapportagelijst ten behoeve van de screening van persoonlijkheidsproblematiek. Met deze vragenlijst werd bij aanvang van de behandeling vastgesteld of er sprake was van comorbide persoonlijkheidsproblematiek. De ADP-IV bestaat uit 94 uitspraken over persoonlijkheidseigenschappen. De cliënt wordt gevraagd in hoeverre deze

uitspraak kenmerkend voor hem is, op een schaal van 1 tot 7. Bij een score van 'eens' tot 'helemaal eens' (5-7) wordt doorgevraagd in welke mate cliënt of diens omgeving last heeft van deze eigenschap. Van elke persoonlijkheidsstoornis worden de zeven tot negen criteria van de DSM-IV uitgevraagd. Bij de norm die in de intake gebruikt wordt, voldoet iemand aan het criterium wanneer hij het met een uitspraak eens (6) of helemaal eens (7) is én er enigszins (2) tot zeer zeker (3) last van heeft. Wanneer iemand, afhankelijk van de persoonlijkheidsstoornis, scoort op vier tot vijf van de criteria, dan scoort iemand positief op deze persoonlijkheidsstoornis. Deze relatief strenge intakenorm geeft een beduidend kleiner risico op overscoring; de ADP-IV levert daarmee net zoveel classificaties op als wanneer de SCID-II gebruikt wordt (Schotte, de Doncker & Courjaret, 2007). De psychometrische kwaliteit van de ADP-IV is redelijk tot goed.

- ▶ De SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003) meet het klachtenniveau van de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Het is een vragenlijst met negentig vragen over het voorkomen en de ernst van psychopathologie. Het is een algemene klachtenlijst waarmee de uitkomsten van verschillende groepen cliënten vergeleken kunnen worden. De vragenlijst kent een hoge betrouwbaarheid.
- ▶ Om na te kunnen gaan in hoeverre er problemen in de interactie werden ervaren door de therapeuten werd een zogenaamde 'Subjectieve Belevingslijst Therapeuten' geïntroduceerd. De therapeut werd gevraagd antwoord te geven op de volgende vraag: 'Hoe ervaar je de interactie met deze cliënt?' De therapeuten antwoordden door te scoren op een vijfpunts Likertschaal: (1) zeer makkelijk, (2) makkelijk, (3) neutraal, (4) moeilijk, (5) zeer moeilijk. Voor het uitvoeren van de analyses zijn deze scores onderverdeeld in twee antwoordtendensen, te weten: makkelijke interactie (score 1, 2 en 3) en moeilijke interactie (score 4 en 5).

¶ Data-analyse

Het design van het onderzoek betreft een *non equivalent group design*, waarbij enerzijds sprake is van een groep cliënten met naast een as I-stoornis een comorbide as II-stoornis, en een groep cliënten met alleen een as I-stoornis. Anderzijds is er tegelijkertijd sprake van verdeling van diezelfde cliënten in een groep cliënten met een makkelijke interactie volgens de therapeut en een met een moeilijke interactie. Ter beantwoording van de vraagstelling worden de verschilcores beginscore-eindscore op de SCL-90 van deze verschillende subgroepverdelingen met elkaar vergeleken.

In de data-analyse werd de groep cliënten met alleen een as I-stoornis vergeleken met de groep cliënten met zowel een as I-

als as II-stoornis, en de groep cliënten met een makkelijke interactie vergeleken met de groep met een moeilijke interactie op een aantal kenmerken van het behandelverloop. Dit betrof het percentage gebruikte interventies, het totaal aantal sessies, het gemiddelde aantal extra toegepaste interventies en het aantal drop-outs. Waar de variabelen van het behandelverloop niet voldeden aan de assumptie van normaalverdeeldheid is gekozen voor het non-parametrische alternatief van de t-toets voor onafhankelijke waarnemingen Mann-Whitneys U-test. De Chi-kwadraattoets (Fisher's Exact Test wanneer nodig) is gebruikt bij de nominale variabelen. In alle gevallen werd tweezijdig getoetst.

Structural Equation Modelling (SEM) werd gebruikt (Amos 20.0) om te analyseren hoe de variabelen zich tot elkaar verhouden en om te onderzoeken of en in welke mate het effect van een as II-stoornis op een aantal behandelverloopvariabelen afhangt van de aanwezigheid van een moeilijke interactie. Gekeken is of er een mediërend effect is van de aanwezigheid van een moeilijke interactie. Deze analyse werd gedaan op basis van de correlatiematrix. Het model bestond uiteindelijk uit zes variabelen, waarbij de variabele betreffende het wel of niet aanwezig zijn van een as II-stoornis de onafhankelijke was. Drop-out werd als variabele door het uiteindelijk ontbreken van een duidelijk verschil tussen de subgroepen buiten beschouwing gelaten. Daarnaast werd met behulp van lineaire regressieanalyses (SPSS) gekeken of een moeilijke interactie de invloed van comorbide persoonlijkheidsproblematiek op de afhankelijke behandelverloopvariabelen modereerde.

RESULTATEN

¶ *Verdeling comorbide persoonlijkheidsstoornissen en interactieproblemen*

De verdeling van cliënten met een volgens de therapeuten moeilijke interactie verschilde met een prevalentie van 29% (22/77) binnen de groep cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek significant van de prevalentie van 16% (28/176) binnen de groep cliënten zonder comorbide persoonlijkheidsproblematiek ($p = .020$; zie tabel 2). Met andere woorden, een moeilijke interactie kwam duidelijk meer voor bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Tegelijkertijd viel op dat bij een groot gedeelte van deze cliënten (71%) de interactie door de therapeut niet als problematisch werd ervaren.

TABEL 2
Interactie- versus persoonlijkheidsproblematiek (N = 253)

	Geen moeilijke interactie	Wel moeilijke interactie	n	χ^2 ¹	df	p
As I	148	28	176			
As I + as II	55	22	77	5.42	1	.020*
n	203	50	253			

¹ Chi-kwadraattest; *p < 0.05

¶ Invloed van comorbide persoonlijkheidsstoornissen op behandelverloop

De groepen verdeeld in cliënten zonder en met as II-problematiek hadden gemiddelde SCL-90 beginscores van respectievelijk 171 (SD 39.57) en 235 (SD 55.23). De gemiddelde SCL-90 eindscores waren respectievelijk 117 (SD 24.62) en 138 (SD 43.60). De groepen bleken significant van elkaar te verschillen op de volgende variabelen: het gemiddelde aantal extra interventies, het totaal aantal sessies en de verschilscore, zie tabel 3. Dit betekent dat bij de groep met comorbide persoonlijkheidsproblematiek meer behandelsessies plaatsvonden en dat er net iets meer aanvullende interventies werden ingezet. De SCL-90 verschilscore was met name veel groter in de groep met comorbide persoonlijkheidsproblematiek; deze profiteerde relatief meer van de geprotocolleerde as-I-behandeling dan de groep zonder comorbiditeit op as II (zie ook Dijkgraaf-Hartland et al., 2013, voor een nadere en uitvoerigere bespreking van dit resultaat). In beide groepen werd het protocol in de regel goed gevolgd. Zeker 80% van de interventies werd ingezet en gevolgd. De behandelintegriteit binnen beide groepen was dus goed te noemen. In de mate van drop-out zat geen wezenlijk verschil tussen de groepen.

¶ Invloed van kwaliteit van interactie op behandelverloop

De groepen verdeeld in cliënten waarvan hun therapeut aangaf dat er geen sprake was van een moeilijke interactie en de groep cliënten waarvan hun therapeut aangaf dat er wel sprake was van een moeilijke interactie, hadden gemiddelde SCL-90 beginscores van respectievelijk 187 (SD 51.19) en 202 (SD 60.66). De gemiddelde SCL-90 eindscore was respectievelijk 120 (SD 29.05) en 137 (SD 43.81). Deze subgroepen, zie tabel 4, bleken significant van elkaar te verschillen op slechts een variabele: gemiddeld percentage gebruikte interventies, oftewel de mate waarin het behandelprotocol gevolgd werd. Er werd in de groep cliënten met een als moeilijk ervaren interactie significant minder gebruikgemaakt van interventies uit het proto-

TABEL 3
Invloed van as I op behandelverloop (N = 253)

	As I	As I + As II	t/U	df	p
% gebruikte interventies; gem. (SD)/n ¹	82 (17.08)/176	80(21.02)/77	.223		.823
Totaal aantal sessies; gem. (SD)/n ²	20 (5.84)/173	24(8.70)/77	-3.94	247	.000*
Aantal extra interventies; gem. (SD)/n ¹	.93 (1.03)/176	1.27 (1.16)/77	-2.24		.025*
Drop-out; n (%) / n ³	8 (4.5%) / 176	6 (7.8%) / 77		1	.225
Verschuifscore SCL-90; gem. (SD)/n ¹	54 (39.49)/161	97 (58.31)/69	-5.96		.000*

¹ Mann-Whitney U-test; ² t-test; ³ Fisher's Exact Test; *p < 0.05

TABEL 4
Invloed van interactie op behandelverloop (N = 253)

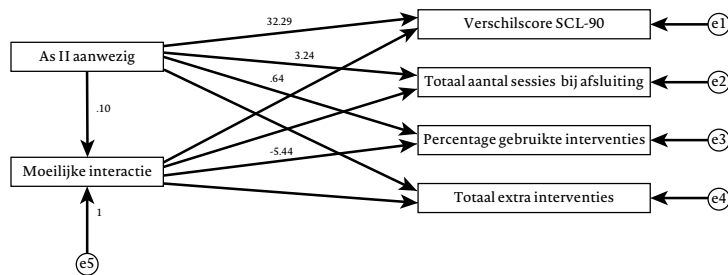
	Geen moeilijke interactie	Wel moeilijke interactie	t/U	df	p
% gebruikte interventies; gem. (SD)/n ¹	83 (16.9) / 203	75(22.1) / 50	-2.2		.023*
Totaal aantal sessies; gem. (SD)/n ²	21 (6.8) / 201	22 (7.9) / 48	-1.0	247	.305
Aantal extra interventies; gem. (SD)/n ¹	.9 (1.0) / 203	1.2 (0.9) / 50	-1.8		.059
Drop-out n (%) / n ³	11 (5.4%) / 203	3 (6.0%) / 50		1	.743
Verschuifscore SCL-90; gem. (SD)/n ²	67 (47.7) / 185	65 (58.9) / 45	.24	228	.807

¹ Mann-Whitney U-test; ² t-test; ³ Fisher's Exact Test; *p < 0.05

col. In de mate waarin er gebruik werd gemaakt van aanvullende interventies buiten het protocol om, in het totaal aantal behandel sessies en in de SCL-90 vershuifscore waren er geen significante verschillen tussen beide groepen. Ook hier zat in de mate van drop-out geen wezenlijk verschil tussen de groepen.

¶ Moeilijke interactie als mediërende/moderende factor

Op basis van de veronderstelde samenhangende invloed van de aanwezigheid van een as II-stoornis en interactieproblemen op de hiervoor gerapporteerde behandelverloopvariabelen werd een model geconstrueerd en getoetst. De variabele 'moeilijke interactie' werd daarbij als intermediair tussen de aanwezigheid van een as II-stoornis en de verschillende behandelverloopvariabelen ingevoegd. Het getekende padmodel met de significante coëfficiënten is te zien in figuur 1. De niet-significante coëfficiënten zijn weggelaten. Er werden ter toetsing van het model *error*-termen (e_1 tot en met e_5) toegevoegd bij de te verklaren variabelen omdat deze niet volledig voorspeld werden door de onafhankelijke en mediërende variabelen. Dit model werd gebaseerd op dichotome variabelen.



FIGUUR 1
Moeilijke interactie als mediërende factor

Uit figuur 1 blijkt dat er alleen sprake was van mediatie door de variabele moeilijke interactie bij het percentage gebruikte interventies. Het effect van de aanwezigheid van comorbide persoonlijkheidsproblematiek liep hier dus deels via een moeilijke interactie naar het percentage gebruikte interventies. In tabel 5 staan voor de volledigheid de verschillende coëfficiënten gerapporteerd.

Om de juistheid van het model als zodanig te toetsen, werden zogenaamde *goodness-of-fit* maten gebruikt. De gebruikte maten waren Chi-kwadraat, *root mean square error of approximation* (RMSEA) en CFI. De Chi-kwadraat is in het beste geval niet significant en zo klein mogelijk. In bovenstaand model was deze wel significant ($p < 0.001$) en de grootte was 29.11. De RMSEA was 0.093. Een goed passend model heeft een RMSEA van beneden de 0.05. De CFI had een waarde van 0.76. De CFI van een model dat goed past, scoort boven de 0.95 (Keith, 2006). De *goodness-of-fit* maten gaven dus aan dat het model niet erg passend was. Dit betekent dat dit model de invloed van de aanwezigheid van een as II-stoornis via een moeilijke interactie op verschillende maten van behandelverloop niet goed voorspelde.

TABEL 5
Coëfficiënten

			Coëfficiënt	Standaardfout	p-waarde
As II	→	Moeilijke interactie	.101	.042	.017
As II	→	Verschilscore SCL-90	32.292	5.036	< 0.001
As II	→	Totaal aantal sessies	3.236	.722	< 0.001
As II	→	% gebruikte interventies	.643	1.966	.744
As II	→	Extra interventies	.234	.129	.070
Moeilijke interactie	→	Extra interventies	.263	.145	.069
Moeilijke interactie	→	% gebruikte interventies	-5.440	2.202	.014
Moeilijke interactie	→	Totaal aantal sessies	1.115	.809	.168
Moeilijke interactie	→	Verschilscore SCL-90	-9.225	5.640	.102

Ten slotte bleek er bij nadere analyse eveneens geen sprake te zijn van een modererende invloed van moeilijke interactie. De coëfficiënten van de interactieterm getoetst in lineaire regressieanalyses uitgevoerd in SPSS waren allemaal niet significant ($p > 0.05$).

¶ Discussie

Dit artikel beschrijft een onderzoek naar het samengaan van comorbide persoonlijkheidsproblematiek met een problematische interactie binnen de behandelcontext van protocollaire behandelingen voor as I-stoornissen. De aanname is dat interactieproblemen leiden tot een moeilijker behandelverloop en uiteindelijk tot een ongunstiger behandelresultaat. De ervaring zou leren dat veel van de problemen in de interactie te maken hebben met de aanwezigheid van comorbide as II-problematiek. Hoewel in dit onderzoek de indruk dat interactieproblemen meer voorkomen bij cliënten met comorbiditeit op as II bevestigd werd, bleken deze interactieproblemen geen mediërende rol te spelen tussen persoonlijkheidsproble-

matiek enerzijds en behandelverloop en -resultaat anderzijds. Wel vonden wij dat bij cliënten bij wie interactieproblemen worden ervaren, het behandelprotocol duidelijk minder volledig wordt toegepast dan bij de cliënten bij wie de interactie zonder problemen verloopt. Op andere variabelen van behandelverloop kon geen negatieve invloed van interactieproblemen worden aangetoond. Ook niet op de uitkomst van behandeling, zoals hier uitgedrukt als het verschil tussen de SCL-90 begin- en eindscore. Hoewel duidelijk is dat interactieproblemen weliswaar meer voorkomen bij cliënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek, is die samenhang niet erg groot. Bij het grootste deel van deze cliënten (71%) wordt de interactie door de therapeut niet als problematisch ervaren. Ook bij cliënten zonder comorbiditeit worden door therapeuten interactieproblemen ervaren.

Het ontbreken van een duidelijke relatie tussen problemen in de interactie en de aanwezigheid van comorbide as II-problematiek stemt overeen met onderzoek van Dreessen en Arntz (1999). Zij vroegen veertien ervaren therapeuten te beoordelen hoe moeizaam zij het therapieproces van cliënten met een angststoornis bij hen in behandeling vonden verlopen. Ook werd hun gevraagd om een oordeel te geven over de ernst van de eventueel aanwezige persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast was bij de zeventig cliënten die het betrof voor de start van de behandeling door een onafhankelijke beoordelaar een klinisch interview voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II; Weertman, Arntz & Kerkhofs, 2000) afgenomen. Zij vonden dat de overeenkomst tussen het oordeel van de therapeut over hoe moeizaam de therapie verliep en de aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek volgens de SCID-II erg beperkt was. De overeenkomst tussen het oordeel van de therapeut over het moeizaam verlopen van de therapie en diens oordeel over de ernst van de eventueel aanwezige persoonlijkheidsproblematiek was echter veel groter. Zij kwamen tot de conclusie dat therapeuten geneigd zijn moeizaam verloopende behandelingen ten onrechte toe te schrijven aan persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt.

Ook in ons onderzoek bleek, nu en al eerder (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013), een eventueel negatieve invloed van persoonlijkheidsproblematiek op het verloop en het resultaat van een protocollaire behandeling erg beperkt tot zelfs afwezig. Het is maar naar welke resultaten je kijkt. Zo kregen cliënten met zowel een as I-stoornis als een as II-stoornis gemiddeld vier behandelzittingen meer voordat de behandeling wordt afgerond. Gemiddeld genomen werd bij één op de drie cliënten uit deze groep één – buiten het protocol om, dus extra – interventie meer ingezet dan in de groep cliënten met alleen een as I-stoornis. Maar daar stond tegenover dat verhoudingsgewijs de eerste groep zelfs meer van de protocollaire behan-

deling profiteerde als gekeken wordt naar effect size en klinisch relevante verbetering (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013). Als een (protocollaire) behandeling moeizaam verloopt, dan heeft de eventueel aanwezige persoonlijkheidsproblematiek daar weinig mee van doen. Daar kunnen we nu aan toevoegen dat als er sprake is van een moeizame interactie tussen cliënt en therapeut, onderliggende persoonlijkheidsproblematiek daarvoor niet de verklaring is. Het antwoord op onze onderzoeksvraag luidt dan ook dat de aanwezigheid van interactieproblemen geen mediërende factor is bij de invloed die eventuele aanwezigheid van comorbide persoonlijkheidsproblematiek heeft op het verloop en resultaat van een protocollaire behandeling voor as I-problematiek.

Hiermee komen we echter wel bij een kanttekening die te maken is tegen deze conclusie. Het onderzoek toont namelijk aan dat het juist cliënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn die profiteren van protocollaire behandeling voor as I-problematiek. Sterker nog, dat uitkomsten als een effect size van 1.95 (Cohen's *d*) en herstelpercentage van 75% bij deze populatie bijzonder hoog te noemen zijn (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013). Als dat zo is, is het dan nog wel mogelijk om een verband tussen persoonlijkheidsproblematiek, ervaren problemen in de interactie en therapieverloop en -resultaat te vinden? In ieder geval was zo'n 25% van de cliënten met zowel een as I-stoornis als een as II-stoornis nog niet of onvoldoende hersteld. Bij 20% van alle cliënten werden door de therapeuten interactieproblemen ervaren. Als de overlap tussen deze groepen groot was geweest, was een verband te vinden geweest. Die overlap was blijkaar echter niet zo groot. De sterkste bevinding die het huidige onderzoek oplevert is dat, als de interactie als problematisch wordt ervaren, het blijkaar moeilijker wordt voor de therapeut om zich aan het protocol te houden. Of ligt dit andersom: als het moeilijk is voor de therapeut om zich aan het protocol te houden, ervaart hij dit dan als een probleem in de interactie? En wat maakt het dan moeilijk voor de therapeut om het protocol meer compleet toe te passen? Dat hebben we hier niet onderzocht, maar we sluiten graag aan bij de suggesties van Dreessen en Arntz (1999) die het analyseren waard zijn wanneer een behandeling, ook een protocollaire, stagneert. Zij waarschuwen voor een te snel toekennen van het label 'persoonlijkheidsproblematiek' aan een cliënt wanneer de behandeling moeizaam verloopt. Zij roepen de therapeut op niet snel het label persoonlijkheidsproblematiek te hanteren, maar juist te bekijken in hoeverre er sprake is van een zeer ernstige as I-stoornis, van bijkomende andere complicerende as I-stoornissen, bekrachtigers voor het probleemgedrag horend bij de as I-stoornis, bijkomende complicerende psychosociale en andere omgevingsproblemen, en uiteraard de eigen stijl van werken van de therapeut. Interactiepro-

blematiek is dan niet een probleem van de cliënt, maar van de therapeut. De therapie is moeilijk door bijkomende complicaties die interacteren met de behandeling.

Een andere kanttekening, die we ook al eerder maakten (Dijkgraaf-Hartland et al., 2013) bij de conclusies van dit onderzoek, is de constatering dat cluster C-problematiek het meest voorkomt. Daarbij betreft het veelal vermijdende en dwangmatige persoonlijkheidsproblematiek. Het is goed voor te stellen dat juist mensen met cluster C persoonlijkheidskenmerken de interventies en huiswerkopdrachten uit het protocol nauwkeurig uitvoeren, waardoor de behandeling zijn vruchten afwerpt. Volgens Bender (2005) profiteren cliënten met een cluster C-stoornis, en dan met name degenen met een afhankelijke en/of dwangmatige persoonlijkheidsstoornis, in de regel meer van een behandeling, in ieder geval op korte termijn. Als verklaring geeft zij dat deze cliënten emotioneel geremder zijn, zich sneller schuldig en beschaamd voelen en interpersoonlijke conflicten liever uit de weg gaan. Daarmee verloopt een therapieproces met deze cliënten makkelijker, omdat zij zich meer verantwoordelijk voelen voor hun behandeling. Zij geven met andere woorden dus ook minder problemen in de interactie. Maar persoonlijkheidsstoornissen uit de clusters A of B, notoir voor hun interactieproblemen, kwamen in deze studie wel degelijk, hoewel minder vaak, voor. Cluster A- en B-problematiek werd namelijk wel veel gezien binnen de persoonlijkheidsstoornis NAO of gemengde persoonlijkheidsstoornis al dan niet in combinatie met cluster C-kenmerken. Feitelijk wijkt de in deze studie gevonden verdeling van voorkomen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen niet zoveel af van wat in andere studies met veelal ambulante cliëntenpopulaties wordt gevonden (Andrea & Verheul, 2009).

Comorbide persoonlijkheidsproblematiek staat het toepassen van evidence-based protocollaire behandeling voor as 1-stoornissen niet in de weg. Het probleem dat dit in de dagelijkse klinische praktijk toch niet zo eenvoudig zou zijn lijkt niet verklaard te kunnen worden doordat persoonlijkheidsproblematiek met therapie-interfererende interactieproblemen gepaard gaat. Een mogelijk alternatieve verklaring voor de problemen in de dagelijkse klinische praktijk zou wel eens kunnen liggen in het niet of niet goed toepassen van het behandelprotocol. Eerder hebben we al betoogd dat in de praktijk vaak in niet meer dan ongeveer 20% van de daartoe geëigende gevallen een evidence-based interventie, zoals beschreven in behandelprotocollen, wordt toegepast (Verbraak, 2012). Een veel voorkomende verklaring daarvoor is de complexe cliënt. Maar dan is de cirkel rond en lopen we vast. Wanneer kijken we naar onszelf? Misschien moet de klinische praktijk meer op de praktijk van het onderzoek gaan lijken, waarin complexe cliënten blijkaar met suc-

ces behandeld worden. Een klinische praktijk vormgegeven vanuit een meer onderzoeksgerichte context waarin, zoals al eerder aangegeven in dit artikel, veel meer over de schouder van de therapeut wordt meegekeken (Keijsers et al., 2004; Voncken et al., 2013). Over de schouder mee laten kijken betekent voor de therapeut dat deze bereid is om transparant te zijn in wat hij doet en verantwoording daarover aflegt zodat dit de cliënt ten goede komt. We hebben het dan over zaken als Routine Outcome Monitoring (ROM), benchmarking en outtake-teams (zie de Beurs & Emmelkamp, 2013; Verbraak & Hoogduin, 2013). Moeilijke cliënten hebben we allemaal, we moeten er alleen niet alleen mee blijven zitten.

PROF.DR. MARC VERBRAAK is klinisch psycholoog, bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen, Behavioural Science Institute en hoofdopleider gz-psychologen van de gz-opleiding SPON te Nijmegen. Daarnaast is hij inhoudelijk directeur van de HSK Groep.

DRS. WILLEMIEN DIJKGRAAF-HARTLAND is klinisch psycholoog bij de HSK Groep te Breda.

DRS. CARIEN BRALS is gz-psycholoog bij de HSK Groep Den Haag.

DRS. MAARTEN VAN DIJK is gz-psycholoog in opleiding tot specialist bij de HSK Groep te Arnhem en hoofd wetenschappelijk bureau van de HSK Groep.

Referenties

- Andrea, H. & Verheul, R. (2009). Categoriële classificatie, epidemiologie en comorbiditeit. In: E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul & W.M. Snellen (red.), *Handboek psychopathologie* (Tweede, herziene druk; pp. 91-118). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Arrindell, W.A. & Eetema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger BV.
- Bender, D.S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11, 63-87.
- de Beurs, E. & Emmelkamp, P. (2013). Routine Outcome Monitoring. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 69-91). Amsterdam: Boom.
- de Doncker, D., Schotte, C., Vertommen, H. & van Kerckhoven, C. (1997). Assessment van de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen: Ontwikkeling en voorlopige resultaten van de ADP-IV zelfbeoordelingsvragenlijst. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 27, 171-186.
- Dijkgraaf-Hartland, W., Brals, C., Verbraak, M. & van Dijk, M. (2013). Comorbide persoonlijkheidsproblematiek en de effectiviteit van protocollaire behandeling. *Directieve Therapie*, 33, 14-30.
- Dreessen, L. & Arntz, A. (1999). Personality disorders have no excessively negative impact on therapist-rated therapy process in the cognitive and behavioural treatment of axis I anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 384-394.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27, 143-153.

- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. & Bartholemew, K. (1993). Interpersonal problems, attachments styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 549-560.
- Keijsers, G.P.J., Schaap, C.P.D.R. & Hoogduin, C.A.L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.
- Keijsers, G.P.J., van Minnen, A. & Hoogduin, C.A.L. (2004). Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocolaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg: Deel 1* (Tweede, herziene druk; pp. 1-31). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Keith, T.Z. (2006). *Multiple regression and beyond*. Toronto: Pearson.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn Ontwikkeling (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Reich, J. (2003). The effect of axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive: A review. *Journal of Personality Disorders*, 17, 387-405.
- Schotte, C.K.W., de Doncker, D. & Courjaret, J. (2007). De ADP-IV: Vragenlijst voor DSM-IV As II én voor gedragstherapeutische diagnostiek. *Gedragstherapie*, 40, 111-123.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G.C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 20), 22-33.
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- van den Hout, M., Brouwers, C. & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 56-63.
- van Vliet, I.M., Leroy, H. & van Megen, H.J.G.M. (2000). M.I.N.I. PLUS. M.I.N.I. Internationaal Neuropsychiatrisch Interview: Nederlandse Versie 5.0.0. Leiden: LUMC afdeling psychiatrie.
- Verbraak, M.J.P.M. (2012). Illusies van de psycholoog: Gezondheidszorgpsychologie in tijden van doelmatigheid. *Directieve Therapie*, 32, 235-255.
- Verbraak, M. & Hoogduin, K. (2013). Management van de behandeling. In: P. Emmelkamp & K. Hoogduin (red.), *Van mislukking naar succes in de psychotherapie* (pp. 93-112). Amsterdam: Boom.
- Voncken, M.J., van der Wijngaart, R. & van Genderen, H. (2013). Angstbehandeling bij patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis. *Gedragstherapie*, 46, 287-302.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Weertman, A., Arntz, A. & Kerkhofs, M. (2000). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV as-II persoonlijkheidsstoornissen*. Lisse: Swets test publishers.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J.E., Weinberger, A.D. & Beck, A.T. (2001). Cognitive therapy for depression. In: D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 264-308). New York: Guilford Press.