

Voorspellen van uitval bij vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis voor borderlinepersoonlijkheidsstoornis

J.B. VAN DIEPEN, I.W. DE GROOT

ACHTERGROND Uitval is een complex probleem in de ggz, ook bij de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS-training). Eerder onderzoek laat diverse voorspellende factoren en tegenstrijdige bevindingen zien.

DOEL Onderzoeken of met de beschikbare informatie bij aanvang van de VERS-training voorspellers voor uitval aan te wijzen zijn.

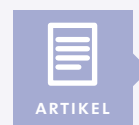
METHODE De ROM-gegevens van 150 patiënten werden gebruikt om de samenhang tussen de factoren leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, werk, middelengebruik, angst, hostiliteit, interpersoonlijke relaties, verantwoordelijkheid en sociale concordantie met uitval te toetsen door middel van logistische regressieanalyse.

RESULTATEN Factoren die significant bijdroegen aan het voorspellen van uitval waren geslacht en werksituatie. Deze factoren droegen in totaal voor 16% bij aan de verklaarde variantie (Nagelkerkes R^2) van uitval. De factor geslacht was de sterkste voorspeller. Er werden geen verschillen gevonden tussen de groepen (uitvallers en niet-uitvallers) op de andere factoren.

CONCLUSIE De VERS-training in de huidige vorm sluit niet goed aan bij een groot aantal mannelijke deelnemers. Uitval in de VERS-training is slechts beperkt te voorspellen middels ROM-vragenlijsten. Nader onderzoek kan zich beter richten op randvoorwaarden voor patiënten en monitoring tijdens de training om uitval tegen te gaan.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)4, 272-280

TREFWOORDEN borderlinepersoonlijkheidsstoornis, predictoren, uitval, VERS-training, voorspellers



ARTIKEL



Uitval is een complex probleem dat veel voorkomt in de ggz, ook bij de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS-training). Uitval wordt vaak gedefinieerd als het voortijdig afbreken van de behandeling door de patiënt op een niet in overleg met de therapeut vastgesteld moment (Clarkin & Levy 2004).

De VERS-training is een training voor patiënten met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek. In de training worden verschillende technieken aangeboden waarmee de cursisten hun emoties beter leren reguleren en meer evenwicht kunnen aanbrengen in hun leven. De training bestaat uit 4 onderdelen: psycho-educatie, emotieregulatievaardighe-

den, gedragsvaardigheden en het emotiehanteringsplan. Er zijn goede aanwijzingen voor de effectiviteit van de VERS-training (Freije e.a. 2002; van Wel e.a. 2009). Echter, in de praktijk blijkt dat een relatief groot aantal patiënten voortijdig stopt met de training.

Voorkomen van uitval is belangrijk, omdat patiënten die hun behandeling voortijdig stoppen (hierna 'uitvallers' genoemd) vaker een slechter behandelresultaat hebben dan patiënten die hun behandeling afmaken (Baekeland & Lundwall 1975; Davis e.a. 2006; Pekarik 1985). Dit doet de toekomstige zorgconsumptie naar alle waarschijnlijkheid toenemen. Daarnaast kan uitval tijdens een training het

groepsproces verstoren en mogelijk een domino-effect teweegbrengen. Ook is het werken met groepen met minder deelnemers relatief duur. Verder kan uitval voor de patiënten en hulpverleners worden ervaren als falen, wat de eigenwaarde en het werkplezier kan verminderen (Mueller & Pekarik 2000).

Als een behandelaar kennis heeft van de factoren die uitval bepalen, kan hij of zij hier bij de VERS-training rekening mee houden. Patiënten met een verhoogde kans op uitval hebben eventueel meer ondersteuning nodig of mogelijk is een andere vorm van behandeling geïndiceerd.

Freije e.a. (2002) vonden bij de VERS-training een uitvalpercentage van 34% bij 85 deelnemers. In de RCT met 79 proefpersonen met de VERS-training van Van Wel e.a. (2009) was het uitvalpercentage 21%. Er zijn geen onderzoeken bekend naar voorspellers voor uitval binnen de VERS-training.

Een recente publicatie over de effectiviteit en uitval bij STEPPS, de Amerikaanse variant van de VERS-training, laat zien dat uitvallers meer theatrale persoonlijkheidstrekken hadden en meer magisch denken lieten zien. Het betreft echter een kleine studie met slechts 32 deelnemers, met als belangrijkste conclusie dat meer onderzoek nodig is (Alesiani e.a. 2014).

Bij andere behandelingen van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en andere persoonlijkheidsstoornissen is er meer bekend over uitvalpercentages en factoren die uitval bepalen. Echter, de beschikbare onderzoeken hebben vaak lage aantallen proefpersonen, gaan over verschillende settings (ambulant, deeltijd of klinisch) en hebben vaak tegenstrijdige resultaten. Wij beschrijven een aantal publicaties met ten minste 60 proefpersonen.

Cornelissen e.a. (2010) vonden een uitvalpercentage van 33% voor een klinische psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en in de studie van Kooiman (2008) breekt 30% van de patiënten de klinische behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen voortijdig af.

De factoren die in eerdere studies naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen samenhangen met uitval, kunnen grofweg ingedeeld worden in drie groepen factoren: demografische patiëntfactoren, klachtgerichte patiëntfactoren en intermediërende factoren.

Onderzoek naar demografische patiëntfactoren toont aan dat degenen die uitvallen jonger zijn dan degenen die de training voltooien (Cornelissen e.a. 2010; Thormahlen e.a. 2003; Veeniga & Hafkenscheid 2004). Verschillende studies bij patiënten met BPS en andere persoonlijkheidsstoornissen laten zien dat patiënten die uitvallen significant lager opgeleid zijn en een lager arbeidsniveau of geen beroepskwalificatie hebben (Chiesa e.a. 2000; Chiesa & Fonagy 2000; Cornelissen e.a. 2010; King & Canada 2004;

AUTEURS

J.B. VAN DIEPEN, klinisch psycholoog, GGZ Centraal, Harderwijk.

I.W. DE GROOT, stafadviseur, Dimence Groep.

CORRESPONDENTIEADRES

J.B. van Diepen, GGZ Centraal, Johanniterlaan 7, 3841 DT Harderwijk.

E-mail: a.vandiepen@ggzcentraal.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-9-2015.

Kooiman 2008; Perroud e.a. 2010). De resultaten zijn echter niet consistent. Zo vinden Rusch e.a. (2008) in hun studie bij patiënten met BPS geen significante verschillen in leeftijd en opleiding tussen degenen die de training afmaken en de uitvallers.

Bij de klachtgerichte patiëntfactoren zijn er verschillende studies die aantonen dat er bij patiënten die uitvallen bij behandeling van persoonlijkheidsstoornissen vaker sprake is van middelenmisbruik en/of -afhankelijkheid (Cornelissen e.a. 2010; Kooiman 2008).

Ook de ernst en de complexiteit van een stoornis worden genoemd als voorspellers. Uit de studie van Cornelissen e.a. (2010) blijkt dat een lagere score op de *global assessment of functioning* (GAF) bij aanvang van de behandeling en de classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis de kans op uitval vergroten (Chiesa e.a. 2000; Kooiman 2008). Wnuk e.a. (2013) laten zien dat meer comorbiditeit op as I bij patiënten met BPS een factor is die uitval voorspelt.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat angst een voorspeller voor uitval is. Richmond (1992) vond dat een hoger spanningsniveau als voorspeller voor uitval kan worden aangemerkt. Rusch e.a. (2008) tonen aan dat patiënten die uitvallen significant meer angstdispositie en meer vermijding laten zien bij aanvang dan degenen die de training voltooien. Kooiman (2008) vindt echter in zijn studie dat het juist de angstige patiënten zijn die minder vaak hun behandeling afbreken.

Woede en vijandigheid vormen ook een factor die in verschillende onderzoeken naar voren komt. Rusch e.a. (2008) en Wnuk e.a. (2013) vonden een tendens voor meer woede en vijandigheid bij patiënten met BPS op de basismetings bij uitvallers. Thormahlen e.a. (2003) vinden dat uitvallers vaker gekenmerkt worden door een rancuneus en wraakzuchtig karakter. Kooiman (2008) spreekt over de mogelijkheid van meer agressieproblematiek bij cliënten die uitvallen, omdat zij wellicht meer te maken krijgen met negatieve tegenoverdracht.

Onderzoeken naar de intermediaire factoren laten zien dat uitvallers bij behandeling van persoonlijkheidsproblematiek meer uitgesproken voorkeur hebben voor medicamenteuze behandeling en klinische opnames en dat minder voorafgaande contacten met de gezondheidszorg en sociale diensten de kans op uitval vergrootten (Veeninga e.a. 2004). Rusch e.a. (2008) lieten zien dat bij patiënten met BPS degenen die uitvallen beduidend minder zelfmoordpogingen in het verleden hadden gedaan, terwijl het aantal eerdere psychiatrische opnames niet verschilde tussen beide groepen. Wnuk e.a. (2013) vonden daarentegen dat meer suïcidepogingen bij patiënten met BPS en een slechtere therapeutische werkrelatie uitval voorspelden.

Verder worden in de verschillende onderzoeken financiële problemen, het niet hebben van een zorgverzekering (Bados e.a. 2007; Edlund e.a. 2002), interpersoonlijke en sociale problemen (Ruggeri e.a. 2007) en minder schuldgevoelens (Richmond 1992) gerelateerd aan uitval.

Wij concluderen dat er geen eerder onderzoek gedaan is naar factoren die uitval bij de VERS-training bepalen. Het onderzoek naar uitval bij andere behandelingen van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en andere persoonlijkheidsstoornissen laat veel verschillende voorspellende factoren zien, waarbij resultaten elkaar echter ook tegenspreken.

Hypothesen

Met deze studie willen we onderzoeken of we met de reeds beschikbare informatie uit *routine outcome monitoring* (ROM) voorspellers voor uitval bij de VERS-training kunnen aanwijzen. Uit de beschreven literatuur hebben wij de volgende hypothesen gegenereerd:

- patiënten stoppen hun behandeling voortijdig als er sprake is van een lage sociaaleconomische status, middelengebruik, een hoog angstniveau, hoge mate van vijandigheid en een lage score op interpersoonlijk functioneren.
- Explorerend willen we onderzoeken of een lage score op het vermogen om realistische doelen te stellen en een lage score op het vermogen om op een gelijkwaardige en respectvolle wijze met anderen om te gaan voorspellend zijn voor uitval. Hiervoor is in de literatuur geen evidentie gevonden. Het zijn echter twee schalen van de SIPP-SF, waarbij we gezien de inhoud van de schaal bij de start van het onderzoek het idee hadden dat deze factoren verband zou kunnen houden met het voorspellen van uitval.

METHODE

Dit onderzoek is een retrospectieve predictiestudie, waarbij kwantitatieve gegevens van één reguliere ROM-meting voorafgaand aan de VERS-training werden gebruikt.

Deelnemers

De data van de deelnemers aan de VERS-training binnen de Stichting Dimence van de teams Persoonlijkheid in Deventer, Zwolle en Almelo van september 2011 tot en met juni 2014 werden gebruikt. De patiënten namen deel aan de VERS-training en vulden de reguliere ROM-vragenlijsten maximaal zes weken voor de start van de VERS-training in. Een beoordeling door een medisch-ethische toetsingscommissie was niet nodig omdat gebruik werd gemaakt van reeds beschikbare informatie en de data waren geanonimiseerd.

VERS-training

De VERS-training bestaat uit 20 wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur in een groep van 8 tot 12 cursisten en daarnaast is er een individueel contact ter ondersteuning voor de training. De frequentie van de individuele gesprekken wordt afgestemd op de behoefte van de patiënt. De trainers hebben de driedaagse training ‘train-de-trainers VERS I’ gevolgd en er wordt gewerkt met het VERS-protocol van Lentis en Dimence uit 2004, waarin de inhoud van elke bijeenkomst is beschreven. Er is een aantal verschillen te noemen tussen de locaties. Zo wordt de training in Zwolle gegeven door een vast paar trainers, terwijl die in Deventer en Almelo door wisselende duo's wordt gegeven. Vanuit het VERS-protocol wordt geadviseerd een psycholoog en een verpleegkundige de training te laten geven. Dit lukt niet altijd, waardoor de disciplines per trainingsgroep kunnen verschillen. Verder is er in Almelo na de training de mogelijkheid voor patiënten om hun huiswerk te maken in een gezamenlijke ruimte, waarbij de trainers vragen kunnen beantwoorden. In Zwolle en Deventer wordt deze mogelijkheid niet geboden.

Meetinstrumenten

De ROM-meting voorafgaand aan de training bestond uit: de *Brief Symptom Inventory* (BSI), *Outcome Questionnaire* (OQ-45), de *Severity Index for Personality Pathology short version* (SIPP-SF) en een zelf samengestelde vragenlijst over middelengebruik, opleiding en werk.

De BSI is een afgeleide van de SCL-90 en bestaat uit 53 items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal van 0 ('helemaal geen') tot 4 ('heel veel'). De gemiddelde scorerange varieert van 0 tot 4, waarbij een hoge score staat voor meer klachten. De volgende negen typen klachten worden geïnventariseerd: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De betrouwbaarheid en validiteit worden voldoende beoordeeld, met een Chronbachs alfa hoger dan 0,71 en goede correlaties met andere instrumenten (Buwalda e.a. 2012). De COTAN stelt dat de validiteit van deze lijst onvoldoende is.

De OQ-45 bestaat uit 45 items, die gescoord worden op een vijfpuntsschaal van 0 ('nooit') tot 4 ('bijna altijd'). Het scorebereik is 0 tot 180, waarbij een hoge score staat voor meer klachten. Naast de totaalscore bestaat de lijst uit de volgende subschalen: symptomatische distress, angst en somatische distress, interpersoonlijke relatie en sociale rol. De test is voldoende betrouwbaar en valide, met Cronbachs alfa's variërend van 0,68-0,95 en correlaties hoger dan 0,75 voor samenhang met andere instrumenten (Buwalda e.a. 2012). De COTAN stelt dat de validiteit van deze lijst onvoldoende is.

De SIPP-sf is de verkorte versie van de SIPP-IT8, ontwikkeld bij De Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek. De lijst bevat 60 items met vier antwoordmogelijkheden: 'volledig mee eens', 'gedeeltelijk mee oneens', 'gedeeltelijk mee eens' en 'volledig mee eens'. De lijst bestaat uit de volgende schalen: zelfcontrole, relationeel functioneren, identiteitsintegratie, verantwoordelijkheid en sociale concordantie. Er zijn nog geen betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens bekend van de SIPP-sf. De SIPP-IT8 is voldoende beoordeeld op betrouwbaarheid en validiteit (Verheul e.a. 2008), er is echter nog geen COTAN-beoordeling.

De zelf samenstelde vragenlijst betrof een zelfinvulijst waarbij informatie over middelengebruik, opleiding en werk systematisch werd uitgevraagd en bevatte 17 items. Bij het huidige middelengebruik en dat van het afgelopen jaar (alcohol, softdrugs en harddrugs) werd gevraagd hoe vaak, hoeveel eenheden en welk middel er worden/werden gebruikt. De uitkomsten werden ingedeeld in vier categorieën: 'geen gebruik', 'niet problematisch gebruik', 'problematisch gebruik' en 'zeer problematisch gebruik'. Verder werd gevraagd naar schoolopleiding volgens Verhage (1964), werksituatie en het aantal uren dat men werkt.

Procedure

De reguliere procedure voor indicatie voor de VERS-training werd doorlopen. Bij patiënten werd bij intake borderlinepersoonlijkheidsproblematiek geclassificeerd volgens de DSM-IV en wanneer emotieregulatieproblematiek het meest op de voorgrond stond, kregen cliënten een indicatie voor de VERS-training. Hierna volgde een kennismakingsgesprek met de trainers waarbij de indicatie voor de training gecheckt werd, op basis van hun klinisch oordeel. Bij start van de training werd een ROM-meting gedaan. Deze meting was geldig als deze tot maximaal zes weken voor de start van de training was afgenomen.

In dit onderzoek werd uitval gedefinieerd als het voortijdig beëindigen van de VERS-training. Bij de 3de gemiste zitting moesten patiënten stoppen met de training. Dit is een standaardregel binnen de VERS-training en deze is door middel van een contract bij start van de training vastge-

legd. Patiënten die de training afronden, hadden dus maximaal 2 trainingszittingen gemist.

De data werden door de afdeling Informatie en Automatisering uit het elektronisch patiëntendossier (EPD) gehaald en geanonimiseerd.

Statistische procedure

De voorspellers werden als volgt geoperationaliseerd: angst werd gemeten met de BSI-subschaal 'Angst', hostiliteit met de BSI-subschaal 'Hostiliteit', interpersoonlijk functioneren met de OQ-45-subschaal 'Interpersoonlijke relaties' en middelengebruik met de zelf samengestelde vragenlijst. Een aantal aspecten van sociaaleconomische status (SES) werd gemeten met de zelf samengestelde vragenlijst: opleidingsniveau, werk en aantal uren werk. Het vermogen realistische doelen te stellen en het vermogen om op een gelijkwaardige en respectvolle wijze met anderen om te gaan werden gemeten met de SIPP-sf, subschaal 'Verantwoordelijkheid' en subschaal 'Sociale concordantie'.

De statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS Windows (versie 22). De onderzoeksgroep werd beschreven met descriptieve analyses. De samenhang tussen uitval en de verschillende continue en dichotome variabelen werd geanalyseerd met t-toetsen en χ^2 -toetsen (tweezijdig). Vervolgens werd een logistische regressieanalyse gedaan om na te gaan welke variabelen de beste voorspellers waren voor uitval. Hierbij selecteerden wij variabelen die samenhangen met uitval op een significantieniveau van $p < 0,05$. Nagelkerkes R^2 werd gebruikt om de verklaarde variantie te bepalen.

RESULTATEN

De data van 16 VERS-groepen met in totaal 192 patiënten werden gebruikt in dit onderzoek. Van 150 patiënten werden de data meegenomen in de analyses. De data van de overige patiënten ($n = 42$) werden niet gebruikt, omdat door opstartproblemen in de implementatiefase van ROM de metingen niet of niet binnen de gestelde termijn van 6 weken voor start van de VERS-training waren afgenomen. Tien patiënten hadden de zelf samengestelde vragenlijst niet ingevuld en drie patiënten hadden deze lijst niet volledig ingevuld.

De onderzoeksgroep bestond uit 21 mannen en 129 vrouwen. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar, de jongste deelnemer was 17 en de oudste 59 jaar. Van de deelnemers had 38% ten tijde van de training werk. Van de deelnemers had 24% lager onderwijs gevolgd (lbo en lager), 56% middelbaar onderwijs (mavo/mbo) en 19% hoger onderwijs (havo en hoger).

Van de 150 deelnemers waren 55 deelnemers (37%) voortijdig gestopt met de training. Van deze uitvallers stopte 51% tussen de eerste en de zesde zitting. Er was geen signi-

ficant verschil in uitval tussen de drie verschillende locaties ($\chi^2(2) = 4,82; p = 0,09$).

Uit de t-toetsen bleek geen significant verschil tussen de groepen die stopten en degenen die de training voltooiden op de factoren leeftijd, angst, hostiliteit, interpersoonlijk functioneren, verantwoordelijkheid en sociale concordantie (zie **TABEL 1**). De χ^2 -toets liet geen significant verschil zien op de factor opleidingsniveau. Er werden geen significante verschillen gevonden op de factor middelengebruik ingedeeld in de vier categorieën: 'geen', 'niet problematisch', 'problematisch' en 'zeer problematisch gebruik'.

Wanneer deze factor verdeeld werd in wel of geen middelengebruik, werd wel een significant verschil gevonden. Ook werd een significant verschil gevonden voor de factoren werk en geslacht. In de uitvalgroep zaten significant meer patiënten die geen middelen gebruikten, significant minder patiënten die werkten en significant meer mannen (zie **TABEL 1**).

De factoren geslacht, werk en middelengebruik werden meegenomen in de logistische regressieanalyse. Hieruit bleek dat de factoren geslacht en werk significant bijdroe-

gen aan de voorspelling van uitval, in tegenstelling tot de factor middelengebruik. Mannen en patiënten die geen werk hadden, hadden een grotere kans om de training voortijdig te beëindigen. Deze factoren droegen in totaal voor 16% bij aan de verklaarde variantie (Nagelkerkes R^2) van uitval. De factor geslacht was de sterkste voorspeller, 62% van de mannen viel uit (zie **TABEL 2**).

DISCUSSIE

Dit is het eerste onderzoek naar voorspellers van uitval bij de VERS-training, waarbij gebruik is gemaakt van ROM-vragenlijsten die zijn ingevuld bij aanvang van de training. De resultaten laten geen specifieke voorspellers zien op basis van deze ROM-vragenlijsten. Bij de demografische kenmerken worden wel twee voorspellers gevonden, te weten werk en geslacht. Mannen en patiënten zonder werk hebben een grotere kans om de VERS-training voortijdig te beëindigen. Bij degenen die stoppen, zijn significant meer patiënten die geen verslavende middelen gebruiken, maar het niet gebruiken van middelen heeft geen significant voorspellende waarde voor uitval.

TABEL 1 Verschillen tussen de groepen uitvallers en degenen die de training voltooiden op de onderzochte variabelen, geanalyseerd met t- en χ^2 -toetsen

Voorspeller voor uitval	Uitvallers (n = 55)		Training voltooid (n = 95)		t	df	p
Gem. leeftijd (SD)	31,7	(8,9)	31,2	(9,0)	0,29	148	0,77
Gem. angst (SD)	1,66	(0,8)	1,71	(1,0)	-0,36	147	0,72
Gem. hostiliteit (SD)	1,70	(1,0)	1,60	(1,1)	0,55	147	0,58
Gem. interpersoonlijke relaties (SD)	20,0	(6,9)	19,43	(6,8)	0,51	145	0,61
Gem. verantwoordelijkheid (SD)	32,6	(7,5)	34,3	(7,4)	-1,34	145	0,18
Gem. sociale concordantie (SD)	32,6	(7,2)	33,2	(7,7)	-0,44	145	0,66
Geslacht; n (%)	(n = 55)		(n = 95)				
Man	13	(61,9)	8	(38,1)	6,70	1	0,01*
Vrouw	42	(32,6)	87	(67,4)			
Opleidingsniveau; n (%)	(n = 49)		(n = 91)				
Laag	16	(47,1)	18	(52,9)	2,91	2	0,23
Midden	25	(31,6)	54	(68,4)			
Hoog	8	(29,6)	19	(70,4)			
Werksituatie; n (%)	(n = 49)		(n = 91)				
Werk	12	(22,6)	41	(77,4)	5,73	1	0,01*
Geen werk	37	(42,5)	50	(57,5)			
Middelen; n (%)	(n = 49)		(n = 88)				
Middelengebruik	34	(31,5)	74	(68,5)	4,08	1	0,04*
Geen middelengebruik	15	(51,7)	14	(48,3)			

SD = standaarddeviatie, *significantie < 0,05

TABEL 2 Voorspellers van uitval in de VERS-training, logistischeregressieanalyse

Voorspeller voor uitval	B	SE	p	Exp (B)	R ²
Constante	0,61	1,27	0,63	1,84	0,16
Geslacht	1,41	0,54	0,01*	4,11	
Werk	-0,96	0,42	0,02*	0,38	
Middelengebruik	-0,85	0,45	0,06	0,43	

*Significantie <0,05

Mannen hebben ruim vier keer zoveel kans (62%) om uit te vallen bij de VERS-training als vrouwen (33%). De mannelijke patiënten waren in de minderheid in dit onderzoek (14%). Dit is representatief voor het aantal mannelijke deelnemers in de gemiddelde VERS-training en betekent dat in een VERS-groep met 12 deelnemers vaak 1 of 2 mannen zitten. Mogelijk voelen zij zich minder op hun gemak in een groep met overwegend vrouwen. Daarnaast is het mogelijk dat het trainingsmateriaal en de opdrachten meer gericht zijn op vrouwen, zodat mannen minder herkenning vinden.

Patiënten met werk hebben meer kans de VERS-training af te maken dan patiënten zonder werk. Wellicht hebben zij meer structuur en regelmaat in hun dagelijkse bestaan en kost het hun minder moeite deze training in te passen in hun leven. De voorspellende waarde is echter gering, waardoor dit geen doorslaggevend criterium kan zijn bij indicatiestelling voor de VERS-training.

Verschillen met andere behandelingen

Er is geen eerder onderzoek bekend naar uitval bij de VERS-training. Wanneer we de resultaten uit dit onderzoek vergelijken met eerder onderzoek bij andere behandelingen van borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en andere persoonlijkheidsstoornissen vallen een paar zaken op.

Ten eerste blijken de factoren angst, hostiliteit en interpersoonlijk functioneren in ons onderzoek geen voorspellende waarde te hebben voor uitval, in tegenstelling tot sommige eerdere onderzoeken. Een mogelijke verklaring zit in het type vragenlijst dat gebruikt is, in ons geval zijn dat ROM-vragenlijsten. Bij ROM worden veelal relatief korte vragenlijsten gebruikt. Volgens de COTAN is de validiteit van de BSI en OQ-45 onvoldoende, onderzoek naar de validiteit van de SIPP-sf ontbreekt. De studie van Buwalda e.a. (2012) laat daarentegen zien dat de validiteit van de BSI en de OQ-45 voldoende is. Gezien deze verschillen is er twijfel of deze ROM-vragenlijsten geschikt zijn voor predictieonderzoek. Bij dergelijk onderzoek wordt meestal één meting gebruikt, waardoor een goede constructvaliditeit extra belangrijk is.

Hiernaast zijn de BSI en de OQ-45 minder specifieke vragenlijsten, niet gericht op persoonlijkheidsproblematiek.

Ten tweede zijn er verschillen in de behandelsetting. Veel onderzoek is gedaan in klinische settingen, in tegenstelling tot dit onderzoek. Een groot verschil tussen een ambulante en een klinische setting is dat ambulante patiënten meer te maken hebben met de invloed van de thuissituatie, terwijl klinische patiënten daar juist uit zijn gehaald. Ambulante patiënten moeten de behandeling inpassen in hun thuissituatie, die bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek veelal gekenmerkt wordt door veel instabiliteit.

Ten derde is er in dit onderzoek een opvallende uitkomst rondom middelengebruik. Waar eerder onderzoek laat zien dat middelengebruik een voorspeller kan zijn voor uitval, wordt hier het tegengestelde gevonden. In de groep die uitvalt, zitten meer deelnemers die geen middelen (alcohol, softdrugs en harddrugs) gebruiken. Dit verschil valt niet goed te verklaren, behalve dat er in dit onderzoek is geen rekening gehouden is met medicatiemisbruik, terwijl medicatiemisbruik bij patiënten met borderlineproblematiek veel voorkomt.

De conclusie is dat we in dit onderzoek te maken met een andere patiëntenpopulatie, een andere behandeling en mogelijk dus ook andere voorspellers dan bij eerdere onderzoeken.

Grotere kans mannen

De duidelijkste uitkomst in dit onderzoek is dat mannen een grotere kans hebben om voortijdig met de training te stoppen. De training zoals deze op het moment gegeven wordt, sluit wellicht niet goed aan bij het merendeel van de mannelijke deelnemers. Het vormen van een mannen-groep, het vaststellen van een minimumaantal mannen per groep of een mannelijke trainer kunnen aanpassingen zijn om uitval bij mannen te beperken. Daarnaast is het mogelijk dat andere trainingen, bijvoorbeeld een agresieregulatietraining, beter aansluiten bij mannen met emotieregulatieproblematiek.

Is voorspellen haalbaar?

Dit onderzoek laat zien dat uitval bij de VERS-training slechts beperkt te voorspellen is op basis van ROM-vragenlijsten. Wellicht zou vervolgonderzoek zich niet moeten richten op het voorspellen van uitval, maar op andere manieren om uitval tijdens de VERS-training tegen te gaan, bijvoorbeeld het monitoren van patiënten tijdens de training. Dit zou kunnen door aan het einde van elke bijeenkomst de patiënten te vragen een evaluatielijst in te vullen, regelmatige uitwisseling en afstemming met de individuele therapeut te zoeken en patiënten te vragen naar redenen voor voortijdige beëindiging van de training om met deze feedback de training te verbeteren.

In een korte enquête bij 16 VERS-trainers naar mogelijke voorspellers van uitval, worden voornamelijk randvoorwaarden voor de VERS-training genoemd: geen geschikte huisvesting, schulden, onrust in het sociale netwerk, onvoldoende steunsysteem en geen opvangmogelijkheden voor de kinderen. Mogelijk zijn de randvoorwaarden om een dergelijke intensieve training te volgen vaak onvoldoende aanwezig en zou meer aandacht hiervoor bij de indicatiestelling uitval tegen kunnen gaan.

Er zijn ook verschillende onderzoeken die laten zien dat uitval over het algemeen slecht te voorspellen is. Humelen e.a. (2007) concluderen in hun studie dat vele processen bijdragen aan uitval, waardoor deze moeilijk te voorspellen is. Ook de meta-analyse van Wierzbicki en Pekarik (1993) laat zien dat effectgroottes voor het voorspellen van uitval matig zijn. Keijsers e.a. (2001) noemen

dat methodologische problemen in uitvalonderzoek oorzaak kunnen zijn van de matige effectgroottes, maar dat mogelijk het idee achter uitvalvoorspellingen niet houdbaar is. Het uitgangspunt is dat uitvallers bepaalde karakteristieken gemeen hebben, waardoor zij zich onderscheiden van degenen die de training voltooiden. Zij stellen echter dat het mogelijk is dat factoren die van invloed zijn op uitval, zelfs wanneer er gestandaardiseerd wordt, veel individualistischer, unieker en afhankelijker zijn van de omstandigheden dan tot nu toe werd aangenomen.

Het idee om te kunnen voorspellen of een behandeling kans van slagen heeft, is natuurlijk aantrekkelijk en wellicht wordt er daarom nog steeds onderzoek gedaan naar voorspellers. Echter, na talloze onderzoeken, die veel tijd, geld en energie hebben gekost, moeten we ons er wellicht bij neerleggen dat uitval beperkt te voorspellen is.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat uitval bij de VERS-training slechts beperkt te voorspellen is met ROM-data. Dit onderzoek laat één overtuigend resultaat zien, namelijk dat mannen grotere kans hebben om voortijdig te stoppen. Aandacht hiervoor in de klinische praktijk is gewenst en mogelijk kunnen er aanpassingen worden gedaan om uitval bij mannen tegen te gaan. Verder onderzoek kan zich beter richten op de randvoorwaarden voor patiënten om de training vol te kunnen houden en het monitoren van patiënten tijdens de training om uitval te voorkomen.

LITERATUUR

- Alesiani R, Boccalon S, Giarolli L, Blum N, Fossati A. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): program efficacy and personality features as predictors of drop-out. *Compr Psychiatry* 2014; 55: 920-7.
- Baekeland F, Lundwall L. Dropping out of treatment: A critical review. *Psychol Bull* 1975; 82: 738-83.
- Bados A, Balaguer G, Saldana C. The efficacy of cognitive-behavioural therapy and the problem of drop-out. *J Clin Psychol* 2007; 63: 585-92.
- Buwalda VJA, Nugter MA, van de Brug SY, Draisma S, Smit JH, Swinkels JA, e.a. ROM in de volwassenenpsychiatrie: een evaluatie van meetinstrumenten. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 147-52.
- Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. In: Lamberts MJ, red. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley; 2004. p. 194-226.
- Chiesa M, Fonagy P. Cassell personality disorder study: methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 485-91.
- Chiesa B, Drahorad C, Longo S. Early termination of treatment in personality disorder treated in psychotherapy hospital: Quantitative and qualitative study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 107-11.
- Cornelissen AJT, Poppe E, Ouwens MA. Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 17-27.
- Davis S, Hooke GR, Page AC. Identifying and targeting predictors of drop-out from group cognitive behaviour therapy. *Aust J Psychol* 2006; 58: 48-56.

- Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA, Katz SJ, Lin E, Kessler RC. Dropping out of mental health treatment; patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 845-51.
- Freije H, Dietz B, Appelo M. Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directieve Therapie* 2002; 22: 367-78.
- Hummelen B, Wilberg T, Karterud S. Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of Group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2007; 57: 67-91.
- Keijsers GP, Kampman M, Hoogduin CAL. Drop-out prediction in cognitive behaviour therapy for panic disorder. *Behav Therapy* 2001; 32: 739-49.
- King AC, Canada SA. Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *J Subst Abuse Treat* 2004; 26: 189-95.
- Kooiman K. Drop-out onder patiënten in klinische psychotherapie voor persoonlijkheidspathologie. *Tijdschr Psychotherapie* 2008; 34: 103-15.
- Mueller M, Pekarik G. Treatment duration prediction: client accuracy and its relationship to drop-out, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy* 2000; 37: 117-23.
- Pekarik G. Coping with drop-out. *Professional Psychology: Research and Practice* 1985; 16: 114-23.
- Perroud N, Uher R, Dieben K, Nicastro R, Huguelet P. Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behaviour therapy. *J Pers* 2010; 24: 634-50.
- Richmond R. Discriminating variables among drop-outs from a psychological training clinic. *Professional Psychology Research and Practice* 1992; 23: 123-30.
- Ruggeri M, Salvi G, Bonetto C, Lasalvia A, Allevi L, Parabiaghi A. Outcome of patients dropping out from community-based mental health care: a 6-year multiwave follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 42-52.
- Rusch N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, e.a. Predictors of dropout from inpatient dialectical behaviour therapy among woman with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39: 497-503.
- Thormahlen B, Weinryb RM, Noren K, Vinnars B, Bagedahl-Strindlung M. Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychother Res* 2003; 13: 493-509.
- Veeninga AT, Hafkenscheid AJPM. Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out. *Tijdschr Psychotherapie* 2004; 30: 187-95.
- Verhage F. Intelligentie en leeftijd: Onderzoek bij Nederlanders van twaalf tot zevenenzeventig jaar. Proefschrift. Assen: Van Gorcum; 1964.
- Verheul R, Andrea H, Berghout C, Dolan C, Busschbach JV, van der Kroft JA, e.a. Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. *Psycholog Assess* 2008; 20: 23-34.
- Wel EB van, Bos EH, Appelo MT, Berendsen EM, Willgeroth FC, Verbraak MJPM. De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 291-301.
- Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy drop-out. *Professional Psychology Research and Practice* 1993; 24: 190-5.
- Wnuk S, McMMain S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. Factors related to drop-out from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *J Pers* 2013; 27: 716-26.

SUMMARY

Predicting drop-out during the systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS)

J.B. VAN DIEPEN, I.W. DE GROOT

BACKGROUND Drop-out is a complex problem in mental health care and in STEPPS. Research has revealed a variety of predicting factors and has produced contradictory results.

AIM To investigate whether the information available at the start of STEPPS can pinpoint predictors of drop-out.

METHOD The ROM data for 150 patients were used to test the link between the following factors: age, gender, education, employment, substance abuse, anxiety, hostility, interpersonal relations, responsibility and social concordance with drop-out. The method used for testing was logistic regression analysis.

RESULTS Factors that contributed significantly to the prediction of drop-out were gender and employment status. These factors made up 16% of the explained variation (R^2 Nagelkerkes) in drop-out. Gender was the strongest predictive factor. Concerning the other factors, no differences were found between groups (drop-out and non-dropouts).

CONCLUSION In its present form STEPPS does not suit a large number of the male participants. Drop-out during STEPPS is hard to predict on the basis of ROM-questionnaires. Future research should focus on preconditions and marginal conditions that influence patients to complete their training.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)4, 272-280

KEY WORDS borderline personality disorder, drop-out, prediction, outpatient therapy, ROM, STEPPS