

Klinische dialectische gedragstherapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis: effect op klachten, coping, hechting en kwaliteit van leven

J.M. OOSTENDORP, F. CHAKHSSI

ACHTERGROND Dialectische gedragstherapie (DGT) is een effectieve behandeling voor veel patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Indien ambulante behandeling echter ontoereikend is, worden patiënten met BPS veelal verwezen voor een klinische (groeps)behandeling. Over de werkzaamheid van de klinische groeps-DGT is nog weinig bekend. Een van de veronderstelde werkzame mechanismen van de klinische groeps-DGT is een verandering in hechtingsstijl. Tot op heden is dit nog niet onderzocht voor klinische (groeps-)DGT.

DOEL Bestuderen van de behandeluitkomsten van een klinische groeps-DGT voor patiënten met een BPS op klachtniveau, coping, hechtingsstijl en kwaliteit van leven en onderzoeken of een verbetering in hechtingsstijl tijdens de behandeling een voorspeller is voor het algemeen psychologisch functioneren aan het eind van de behandeling.

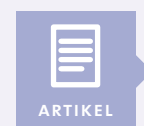
METHODE Bij 64 patiënten met een BPS die waren opgenomen voor een klinische groeps-DGT werden aan het begin, halverwege (na 19 weken) en aan het einde van de behandeling door middel van zelfrapportagevragenlijsten psychologisch functioneren, coping, hechtingsstijl en kwaliteit van leven gemeten.

RESULTATEN Patiënten die een klinische groeps-DGT volgden (gemiddelde behandelduur 7,2 maanden), verbeterden statistisch significant op de genoemde klinische variabelen. Daarnaast leken positieve veranderingen in zekere en gepreoccupeerde hechtingsstijl een significante voorspeller te zijn voor algemeen psychologisch functioneren aan het einde van de behandeling.

CONCLUSIE De resultaten uit deze studie geven voorzichtig aan dat patiënten die op basis van BPS verwezen worden voor behandeling baat hebben bij klinische groeps-DGT en dat veranderingen in de hechtingsstijl daarbij een mogelijke rol spelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)12, 750-758

TREFWOORDEN borderlinepersoonlijkheidsstoornis, BPS, DGT, dialectische gedragstherapie, hechting, hechtingsstijl, klinische psychotherapie



ARTIKEL



De borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) wordt gekenmerkt door identiteitsproblematiek, impulsiviteit, problemen met emotieregulatie en instabiele interpersoonlijke relaties (American Psychiatric Association 2013). Bij pati-

ënten met BPS is vaak sprake van woede-uitbarstingen, automutilatie en suïcidaal gedrag met verschillende crisisopnames tot gevolg en een hoge mate van uitval tijdens behandeling. Dit veroorzaakt hoge medische kosten, maar

ook uitval in het maatschappelijk functioneren. In Nederland worden de kosten geschat op 2 à 3 miljard per jaar, waarvan 22% zorgkosten (Van Asselt e.a. 2007).

Dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan 1993a) is de meest onderzochte behandelvorm voor patiënten met BPS en chronische suïcidaliteit (Rizvi e.a. 2013). Uit een meta-analyse waarin zowel ambulante als kortdurende (maximaal 3 maanden) klinische vormen van DGT werden onderzocht, blijkt dat DGT het suïcidale en zelfbeschadigende gedrag effectief vermindert (Kliem e.a. 2010). Er zijn programma's met kortdurende klinische groeps-DGT ontwikkeld voor patiënten bij wie ambulante en deeltijd-DGT-behandeling ontoereikend bleek. Uit onderzoek blijkt dat deze programma's leiden tot verbeteringen in psychosociaal functioneren en vermindering van algemene en borderlinespecifieke klachten aan het einde van de behandeling en bij follow-up (Bohus e.a. 2004; Hoschel 2006; Fassbinder e.a. 2007; Kroger e.a. 2010; Van den Bosch e.a. 2013). Van den Bosch e.a. (2013) suggereren dat bij klinische DGT de setting van invloed is op de behandeluitkomsten, doordat de patiënten worden gestimuleerd om met elkaar te communiceren en op elkaar aangewezen zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er binnen een klinische setting een verandering plaatsvindt in de hechtingsstijl van patiënten. Patiënten met BPS hebben veelvuldig problemen in de hechting (Agrawal e.a. 2004). Daarnaast wordt binnen de klinische psychotherapeutische behandeling van BPS de nadruk gelegd op verbetering van hechting aan anderen (Levy 2005; Hulshof 2009).

Gedurende de eerste levensjaren ontwikkelen kinderen een hechting met de verzorgers en ontwikkelt zich bij hen op grond van deze ervaringen een intern werkmodel dat van grote invloed is op het affectieve functioneren in het latere leven (Bowlby 1982). De manier waarop deze hechting wordt vormgegeven, wordt geclassificeerd in één 'veilige' hechtingsstijl ('zekere hechtingsstijl') en in drie onveilige hechtingsstijlen (de angstige, gepreoccupeerde en vermijdende hechtingsstijl). Volgens de grondlegger van de gehechtheidstheorie kan middels psychotherapie herstructurering van vroegere onveilige hechtingsstijlen plaatsvinden (Bowlby 1982).

Er is beperkt onderzoek gedaan naar veranderingen in de hechtingsstijl bij patiënten met een BPS tijdens een klinische behandeling. De resultaten van twee studies (Straus e.a. 2011; Kinley e.a. 2015) suggereren dat hechtingsstijl mogelijk een rol speelt in de uitkomst van de klinische behandeling. Opvallend is dat in een studie naar reguliere ambulante DGT geen aanwijzingen worden gevonden voor statistisch significante veranderingen in hechtingsstijlen bij patiënten met een BPS (Levy e.a. 2006). Dit ondersteunt de suggestie dat verandering in hechtingsstijl mogelijk

AUTEURS

JEANINE M. OOSTENDORP, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGNet, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen Scelta, Apeldoorn.

FARID CHAKHSSI, senior onderzoeker, GGNet, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen Scelta, Apeldoorn, en universitair docent, vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente, Enschede.

CORRESPONDENTIEADRES

Jeanine M. Oostendorp, Scelta, GGNet, Postbus 928, 7301 BD, Apeldoorn.

E-mail: j.oostendorp@ggnet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2017.

plaatsvindt middels het klinisch psychotherapeutisch behandelmilieu (Van den Bosch e.a. 2013).

Wij onderzochten de behandel-effecten van een programma met klinische groeps-DGT op algemeen psychologisch functioneren (primaire uitkomstmaat), hechtingsstijl, coping en kwaliteit van leven. Wij verwachtten significante verbeteringen op deze variabelen aan het einde van de behandeling. Daarnaast onderzochten we of veranderingen in hechtingsstijl voorspellend zijn voor het algemeen psychologisch functioneren aan het einde van een klinische groeps-DGT-behandeling bij patiënten met een BPS. Tevens draagt de huidige studie bij aan de beperkte, maar groeiende kennis over de resultaten van klinische behandelingsprogramma's, die steeds schaarser worden in Nederland.

METHODE

Opzet

Het onderzoek betrof een voor-nameting (met één tussenmeting) en werd goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit van Twente te Enschede.

Participanten

Patiënten namen, na toestemming te hebben gegeven, deel aan het onderzoek (n = 64). De demografische en klinische gegevens van de deelnemers zijn vermeld in **TABEL 1**. Van de 60 vrouwen en 4 mannen varieerde de leeftijd tussen de 18 en 48 jaar met een gemiddelde van 24,8 jaar (SD 7,2 jaar). Het merendeel van de patiënten was ongehuwd (90,6%) en had een opleiding op minimaal vmbo-mbo-niveau (65,6%).

Bij aanvang van de behandeling woonden 23 deelnemers bij de ouders (36%) en 41 deelnemers woonden zelfstandig (64%).

Procedure

Het onderzoek vond plaats bij een klinische groeps-DGT-afdeling van Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, onderdeel van GGnet. Bij patiënten die een indicatie kregen voor klinische groeps-DGT-behandeling was sprake van BPS, ernstige emotieregulatieproblematiek, suicidaliteit, eerdere onsuccesvolle behandelingen in de voorgeschiedenis en een stagnatie in het sociaal en maatschappelijk functioneren. De inclusiecriteria voor het onderzoek waren gelijk aan de criteria voor behandeling zoals in het voorgaande beschreven.

Exclusiecriteria voor deelname aan zowel behandeling als onderzoek waren: chronische psychose of schizofrenie, onvoldoende kennis van de Nederlandse taal, zwakzinnigheid, antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofdclassificatie, en op de voorgrond staande middelenafhankelijkheid waarvoor detoxificatie noodzakelijk was.

Alle patiënten die vanaf november 2012 tot en met mei 2015 bij Scelta opgenomen werden, werden geïnformeerd over het onderzoek. Vijf patiënten kozen ervoor niet te participeren in het onderzoek. Voorlopige klinische diagnoses werden gesteld bij intake, gevolgd door een definitieve DSM-IV-classificatie op basis van het SCID-I en -II binnen twee maanden na opname. Deze werden afgenomen door psychologiestudenten onder supervisie van een klinisch psycholoog. Er werd geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld.

De eerste meting (T₀) met de instrumenten vond plaats binnen 2 weken na de start van de behandeling, de tweede meting (tussenmeting) bij 19 weken na de start van de behandeling (T₁) en de derde aan het eind van de behandeling (T₂). Patiënten en staf van Scelta waren niet de op de hoogte van de uitkomsten van de metingen. Er was geen sprake van een tussentijdse terugkoppeling van de resultaten op de uitkomstmaten. Patiënten hadden wel recht op inzage in de onderzoeksgegevens. Gedurende de looptijd van deze studie hebben twee patiënten hiervan aan het einde van hun klinische behandeling gebruikgemaakt.

TABEL 1 Demografische en klinische gegevens deelnemers aan klinische groeps-DGT

Karakteristieken	Blijvers (n = 43)		Uitvallers (n = 21)		Blijvers + uitvallers (n = 64)	
	n	%	n	%	n	%
Geslacht (vrouw)	39	91	21	100	60	94
> 2 eerdere ambulante behandelingen	43	100	21	100	64	100
> 4 ambulante behandelingen	14	33*	2	10	16	25
Deeltijdbehandeling	23	54	6	29	29	45
Klinische behandeling	10	23	5	24	15	23
Crisisopnames	33	77	14	67	47	73
Psychiatrische stoornis						
Depressieve stoornis	22	52	7	33	29	45
Verslaving	10	23	7	33	17	27
PTSS	16	37	11	52	27	42
Overige angststoornissen	17	40	7	33	24	38
Eetstoornis	11	27	8	38	19	30
Psychose	2	5	3	14	5	8
Borderline-PS	43	100	21	100	64	100
Ontwijkende PS	28	65*	7	33	35	55
Afhankelijke PS	8	19*	0	0	8	13
Obsessieve-compulsieve PS	4	9	0	0	4	6
Overige PS	4	9	0	0	4	6

PS: persoonlijkheidsstoornis; PTSS: posttraumatische stressstoornis. Percentages kunnen optellen tot meer dan 100% doordat de meeste patiënten voldeden aan de criteria van meer dan één as I- en/of as II-stoornis.

*Significant verschil tussen de groepen ($p < 0,05$).

Interventies

De klinische opnameduur varieerde van 5 tot 12 maanden met een gemiddelde van 7,2 maanden (SD 3,46). Patiënten verbleven 5 dagen per week in de kliniek en gedurende het weekend thuis. In de kliniek werden de patiënten verdeeld over drie gelijke therapiegroepen, met een maximum van 8 patiënten per groep.

Klinische groeps-DGT. Patiënten volgden overdag gedurende 6 uur een specifiek therapieprogramma. Dit therapieprogramma vond zowel in de leefgroep (met alle opgenomen patiënten tezamen) als in de eigen therapiegroep (8 patiënten) plaats. Wekelijkse therapieën in de leefgroep waren: een aangepaste groepsversie van de DGT-vaardigheidstraining (Linehan 1993b; Swenson e.a. 2001), waarbij de vaardigheidstraining werd versimpeld in taalgebruik, met aanvulling van voorbeelden.

Verder werden toegevoegd: probleemoplossende vaardigheden (60 min); een praktijkuur, waarbij middels rollenspellen de DGT-vaardigheden geoefend werden (60 min); een patiënten-stafuur (60 min), waar de sfeer en samenwerking in de kliniek werden besproken (45 min); een ondersteunend uur, waarin patiënten zelf onderwerpen konden inbrengen (60 min); sport (120 min) en milieutherapie (alle contacten gedurende de dag, avond en nacht buiten de therapieën om).

Wekelijkse therapieën in de therapiegroep van 8 patiënten waren: muziek-groepstherapie (2 x 60 min), psychomotore groepstherapie (60 min), cognitieve gedragstherapie (60 min), een crisisgroep waarin crisisinterventieplannen werden gemaakt (60 min), een weekendplanning (60 min) en een weekendevaluatie (60 min). Daarnaast vonden er systeemgesprekken met de individuele patiënt en zijn/haar verwanten plaats (90 min per maand). Het programma werd gegeven door een psychiater, psychotherapeut, klinisch psycholoog i.o., muziektherapeut, psychomotore therapeut, sociotherapeuten en sociaalpsychiatrisch verpleegkundige.

Instrumenten

Diagnostische interviews SCID-I en SCID-II zijn semigestructureerde klinische interviews voor het vaststellen van as I- en persoonlijkheidsstoornissen volgens DSM-IV (Groenestijn e.a. 1999; Weertman e.a. 2000). De betrouwbaarheid van beide interviews is redelijk tot goed en de validiteit is redelijk (Lobbestael e.a. 2011).

Outcome questionnaire 45 (OQ-45; De Jong & Nugter 2004). De OQ-45 is een zelfrapportage lijst met 45 items die het algemeen psychologisch functioneren in kaart brengt, gemeten in een totaalscore. De Nederlandse versie van de OQ-45 heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit (De Jong e.a. 2007).

Hechtingsstijl-vragenlijst (HSL; Van Oudenhoven & Hofstra 2004). De HSL is een vragenlijst, bestaande uit 24 items, die vier hechtingsstijlen meet: de angstige, gepreoccupeerde, vermijdende en zekere hechtingsstijl. De HSL-subschalen hebben een matige tot goede interne consistentie (0,64-0,80; Van Oudenhoven e.a. 2003). In een recenter ongepubliceerd manuscript is ook de constructvaliditeit van de HSL onderzocht in vergelijking met de *Symptom Checklist-90* (SCL-90) en de *Five-Factor Personality Inventory* (FFPI) (Mosterman & Hofstra 2014). Hieruit bleek dat HSL-subschalen statistisch significant geassocieerd waren met de SCL-90 en de FFPI; de correlaties waren in de verwachte richtingen en varieerden van $r = -0,55$ t/m $r = 0,39$ (Mosterman & Hofstra, 2014).

Acceptance and Action Questionnaire (2de versie; AAQ-II; Jacobs e.a. 2008). De AAQ-II is een zelfrapportage lijst ontwikkeld om vermijding te meten. De vragenlijst bestaat uit 10 items. Hoge scores wijzen op een laag niveau van vermijding en een hoog niveau van acceptatie van negatief geëvalueerde innerlijke ervaringen (Jacobs e.a. 2008). De Nederlandse versie van de AAQ-II heeft een hoge betrouwbaarheid en validiteit (Fledderus e.a. 2012).

Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs e.a. 1993). De UCL is een zelfrapportagevragenlijst ontwikkeld om de verschillende copingstijlen te meten: actief aanpakken, sociale steun zoeken, palliatieve coping, vermijden, passieve coping, expressie van emoties en geruststellende gedachten. De UCL heeft een goede betrouwbaarheid en validiteit (Schauveli & Van Dierendonck, 1992).

Wereldgezondheidsorganisatie kwaliteit van leven (WHOQOL). De WHOQOL is een crosscultureel, valide instrument om de kwaliteit van leven te meten (Skevington e.a. 2004). De vragenlijst is een verkorte versie van de *World Health Organisation Quality of Life 100*. De vragenlijst heeft goede psychometrische eigenschappen (Trompenaars e.a. 2005).

Statistische analyses

SPSS 22.0 werd gebruikt om de statistische analyses uit te voeren. De data werden geanalyseerd op basis van *intention-to-treat*. Zowel de gegevens van degenen die de behandeling hadden afgerond (blijvers; *completers*) als die van degenen die de behandeling voortijdig staakten (uitvallers), werden meegenomen in de analyses. Missende gegevens van de uitvallers op de vervolgmetingen werden geïmputeerd via de *expectation maximization* methode.

Normaalverdeling van de uitkomstmaten werd getoetst met de toets van Shapiro-Wilks. Het verschil in demografische en klinische kenmerken tussen uitvallers en blijvers werd geanalyseerd met een t-toets of met een χ^2 -toets waarbij een significantieniveau van $p < 0,05$ werd gehanteerd. Effectgroottes werden berekend aan de hand van

Cohens d (Cohen 1988). Een d van 0,2 betekent een klein effect, een d van 0,5 een gemiddeld effect en een d groter dan 0,8 een groot effect.

Een *repeated measures* variantieanalyse (ANOVA) werd toegepast om de verschillen te toetsen tussen de begin-, midden- en eindmeting. Vervolgens werd een regressieanalyse uitgevoerd met het algemeen psychologisch functioneren (de 00-45-totaalscore) als afhankelijke variabele en de verschillen tussen begin- en eindmeting op de HSL-schalen als onafhankelijke variabelen.

Om de HSL-verschilscores te berekenen werd gebruikgemaakt van *residual gain scores* (Steketee & Chambless 1992). Dit zijn gestandaardiseerde verschillen op de HSL-schalen tussen begin- en eindmeting, gecorrigeerd voor de beginmeting en de correlatie tussen de begin- en eindmetingen. De residual gain scores voor de HSL-schalen werden berekend met de formule $Z_2 - (Z_1 * r_{1-2})$ (Steketee & Chambless 1992), waarbij Z_2 en Z_1 respectievelijk de Z-getransformeerde scores voor de desbetreffende HSL-schaal op de begin- en eindmeting betroffen, en r_{1-2} de Pearsoncorrelatie was tussen deze twee scores.

Ten slotte, omdat dit een exploratieve studie betrof, richtten wij geen correctie voor multipel toetsen.

RESULTATEN

Uitvalanalyses

Van de 64 patiënten vielen er 21 uit (behandeluitval). Ze vielen gemiddeld uit na 2,4 maanden. 14 patiënten stopten zelf met de behandeling. Redenen die ze hiervoor gaven, waren: te veel prikkels (5), geen motivatie (3), en terugval in middelengebruik (door patiënt zelf aangegeven) (6). Bij 4 patiënten stopte de behandeling op initiatief van de staf vanwege toenemende suicidaliteit in combinatie met verlies van commitment; deze patiënten werden doorverwezen voor opname op een gesloten afdeling. De overige behandeluitval ontstond doordat 2 patiënten een psychose kregen en werden overgeplaatst naar een gesloten afdeling en doordat 1 patiënt terugviel in GHB-verslaving.

Er was geen statistisch significant verschil tussen de groep uitvallers ($n = 21$) en de blijvers ($n = 43$) wat betreft leeftijd, as I-stoornissen, eerdere deeltijdhandeling, eerdere klinische behandelingen en crisisopnames (zie **TABEL 1**). Bij de blijvers bleek het aantal eerdere ambulante behandelingen voorafgaand aan de opname (bij ≥ 4 vs. < 4 ambulante behandelingen; $\chi^2 = 3,99$; $p < 0,05$) statistisch significant hoger te zijn. Ook bleek de prevalentie van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis ($\chi^2 = 5,75$; $p = 0,02$) en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis ($\chi^2 = 4,47$; $p = 0,04$) statistisch significant hoger te zijn bij de blijvers. Er waren geen statistisch significante verschillen tussen de groepen op de onderzochte variabelen bij de beginmeting.

Uitkomstmaten

Bij de vergelijking tussen de scores op de uitkomstmaten aan het einde van de behandeling met de tussenmeting en de beginmeting werden statistisch significante verbeteringen gevonden voor algemeen psychisch functioneren, hechtingsstijlen, coping en kwaliteit van leven (zie **TABEL 2**). De effectgroottes voor de intention-to-treatgroep varieerden van $d = -1,84$ tot 2,36. Negatieve effectgroottes in **TABEL 2** betekenden in alle gevallen een verbetering. Grote effectgroottes werden gevonden voor de positieve veranderingen tussen begin- en eindmeting op de 00-45 ($d = -1,84$), de AAQ-II ($d = 2,36$). Matige tot grote effectgroottes werden gevonden voor WHOQOL ($d = 0,66$ tot 1,88), voor veranderingen in copingstijlen ($d = -0,77$ tot 1,37), met uitzondering van expressie van emoties, waar een kleine effectgrootte werd gevonden ($d = 0,26$). Matige tot grote effectgroottes werden gevonden voor positieve verandering op de angstige hechtingsstijl ($d = -0,68$), gepreoccupeerde hechtingsstijl ($d = -1,20$) en zekere hechtingsstijl ($d = 0,81$). Voor de groep die de behandeling voltooide, werd een vergelijkbaar patroon in sterkte van effectgroottes gevonden. Deze varieerden van $d = -1,89$ tot 2,31.

Regressieanalyse

Uit de regressieanalyse bleek dat de gestandaardiseerde verschillen van de gepreoccupeerde hechtingsstijl ($\beta = 0,47$; $p < 0,01$) en de gestandaardiseerde verschillen van de zekere hechtingsstijl ($\beta = -0,30$; $p = 0,02$) statistisch significante voorspellers waren voor het algemeen psychisch functioneren aan het einde van de behandeling gemeten met de 00-45-totaalscore. Dit betekent dat de mate van verbetering op de zekere hechtingsstijl tijdens de behandeling samenhangt met minder klachten op de 00-45. Ook een verbetering op de gepreoccupeerde hechtingsstijl tijdens de behandeling hing samen met minder klachten op de 00-45. De gestandaardiseerde verschillen van de angstige en vermijdende hechtingsstijl bleken niet significant samen te hangen met de 00-45-totaalscore aan het einde van de behandeling.

DISCUSSIE

In deze studie hebben wij behandeluitkomsten van een vorm van DGT onderzocht, namelijk een klinische groeps-DGT, met een duur van maximaal 12 maanden. Daarnaast gingen we na of verandering in hechtingsstijl als therapeutisch mechanisme van de klinische groeps-DGT samenhangt met de behandeluitkomst.

Patiënten die klinische groeps-DGT volgden, verbeterden statistisch significant op algemeen psychisch functioneren, coping en kwaliteit van leven met middelgrote tot grote effectgroottes. De effectgroottes zijn vergelijkbaar met die welke gevonden in eerdere studies naar kort-

TABEL 2 Behandelresultaten bij klinische groeps-DGT; intention-to-treatanalyse (n = 64)

Variabele	Startmeting Gem. (SD)	Middenmeting Gem. (SD)	Eindmeting Gem. (SD)	F	d
OQ-45	103,63 (17,57)	84,77 (22,07)	71,25 (16,32)	94,10**	-1,84
AAQ-II	23,36 (7,01)	31,77 (10,60)	39,90 (8,12)	115,78**	2,36
UCL - Actief aanpakken	13,98 (3,41)	15,24 (4,31)	18,10 (3,40)	68,21**	1,21
UCL - Expressieve emoties	6,30 (2,09)	6,80 (1,58)	6,85 (1,49)	2,79	0,26
UCL - Geruststellende gedachten	10,92 (2,70)	11,51 (3,47)	12,81 (2,46)	17,02**	0,70
UCL - Palliatieve coping	19,39 (3,77)	20,77 (2,71)	21,32 (2,54)	9,29**	0,51
UCL - Passieve coping	20,59 (3,34)	17,62 (4,75)	15,19 (2,58)	51,37**	-1,62
UCL - Sociale steun zoeken	10,98 (3,60)	13,67 (3,84)	15,14 (3,81)	65,55**	1,16
UCL - Vermijden	19,52 (2,91)	17,93 (2,92)	17,29 (2,64)	14,16**	-0,77
WHQOol - Totaal	2,26 (,65)	2,94 (0,75)	3,48 (,63)	105,03**	1,88
WHQOol - Fysieke gezondheid	10,72 (2,47)	11,76 (2,12)	13,15 (2,09)	32,49*	0,98
WHQOol - Psychische gezondheid	7,97 (2,24)	9,91 (2,44)	12,08 (1,99)	125,31**	1,83
WHQOol - Sociale contacten	10,79 (3,41)	11,94 (3,59)	13,04 (2,84)	20,11**	0,66
WHQOol - Omgeving	11,84 (1,83)	13,26 (1,43)	13,59 (1,56)	53,56**	0,96
HSL - Angstige hechtingsstijl	20,13 (4,02)	18,64 (3,69)	17,41 (4,63)	22,39*	-0,68
HSL - Gepreoccupeerde hechtingsstijl	30,92 (3,69)	28,04 (5,08)	26,50 (4,63)	37,49**	-1,20
HSL - Vermijdende hechtingsstijl	16,16 (4,10)	16,94 (3,27)	16,90 (2,70)	0,07	0,18
HSL - Zekere hechtingsstijl	19,89 (5,40)	22,17 (4,50)	24,28 (3,40)	47,90**	0,81

OQ-45: Outcome Questionnaire-45; AAQ-II: The Acceptance and Action Questionnaire; UCL: Utrechtse copinglijst; WHQOol: Wereldgezondheidsorganisatie kwaliteit van leven; HSL: hechtingsstijlvragenlijst; F: F-test repeated measures ANOVA; d = (gem. eindmeting – gem. startmeting)/SD startmeting.

*p < 0,05

** p < 0,01

durende klinische DGT-behandelingen. In deze studies werden statistisch significante verbeteringen gerapporteerd in onder andere interpersoonlijk functioneren en algemeen psychisch functioneren aan het einde van de behandeling of na follow-up met middelgrote tot grote effectgrootte (bijv. Bohus e.a. 2004; Fassbinder e.a. 2007; Van den Bosch e.a. 2013).

Effect op hechtingsstijl

Daarnaast laten de resultaten statistisch significante verbeteringen in zekere en gepreoccupeerde hechtingsstijlen zien. Dit komt overeen met de eerdere bevindingen dat een klinische behandeling een verbetering geeft van de hechtingsstijlen (Levy e.a. 2006; Kinley e.a. 2013) en dat een verandering in hechtingsstijlen samenhangt met een positieve behandeluitkomst bij patiënten met een BPS (Strauss e.a. 2011). Vervolgens bleken de verbeteringen in de zekere en gepreoccupeerde hechtingsstijl een statistisch significante voorspeller te zijn voor het algemeen psychologisch functioneren aan het einde van de behandeling. De huidige studie is, naar ons weten, de eerste die deze

resultaten laat zien bij een behandeling met klinische groeps-DGT. De klinische setting biedt een veilige context waar patiënten kunnen oefenen met lastige emoties (Swenson e.a. 2001) en corrigerende ervaringen kunnen opdoen op gebied van hechting. Therapeuten en groepsgenoten fungeren als ‘gezonde’ validerende ouders/verzorgers binnen een voorspelbare en veilige omgeving met adequate grenzen, waardoor patiënten kunnen leren contacten te leggen, emoties te verdragen en zich veiliger te hechten (Hulshof e.a. 2009).

Uitval

Het uitvalpercentage (33%) in het huidige onderzoek was vergelijkbaar met dat in eerdere klinische DGT-studies (bijv. Van den Bosch e.a. 2013). De patiënten die de behandeling afgerond hadden, verschilden niet statistisch significant van de patiënten die uitvielen, met uitzondering van het grotere aantal eerder gevolgde ambulante behandelingen en de hogere prevalentie van ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornissen. Opvallend was, maar niet statistisch significant, dat bij de groep die uitviel het per-

centage gevolgd de deeltijdbehandeling in het verleden bijna twee keer zo laag was. Deze bevindingen komen overeen met een review over uitval tijdens behandeling bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (McMurrin e.a. 2010), waarin gerapporteerd wordt dat weinig ervaring met eerdere psychotherapeutische behandelingen prognostisch is voor uitval. Het zou verder onderzocht moeten worden of specifieke gerichte ondersteuning in de voorbereiding op een klinische behandeling het uitvalpercentage zou kunnen verlagen.

Beperkingen

Een van de belangrijkste beperkingen van de huidige studie is dat er geen uitkomstmaat was opgenomen voor BPS-symptomen, zoals wel gebruikt werd in vergelijkbare studies (Kliem e.a. 2010). Als een dergelijke maat, zoals de *Borderline Personality Disorder Severity Index*, wel was meegenomen, zouden we een uitspraak kunnen doen over de vraag of specifieke symptomen bij BPS, zoals automutilatie en suicidaliteit, afnamen tijdens de klinische groeps-DGT-behandeling. Dergelijke uitkomstmaten dienen wel meegenomen te worden in vervolgonderzoek of vergelijkbaar (naturalistisch) onderzoek. Desondanks laten de resultaten uit dit onderzoek zien dat er bij deze moeilijke doelgroep significante vooruitgang is behaald op belangrijke andere domeinen, zoals algemeen psychologisch functioneren, hechting en kwaliteit van leven.

Een tweede beperking van het onderzoek was dat hechtingsstijl werd gemeten met de HSL. Hoewel de HSL, voor zover ons bekend bij aanvang van het onderzoek, de enige vragenlijst was verkrijgbaar in het Nederlands, alle vier de hechtingsstijlen meet en gericht is op volwassenen, is er beperkt onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en validiteit (Van Oudenhoven e.a. 2003).

Een derde beperking van dit onderzoek was dat er geen


interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was vastgesteld en dat de juistheid van de classificaties onduidelijk blijft, hoewel de beoordelaars onder supervisie van een ervaren klinisch psycholoog het SCID-interview afnamen.

Een verdere beperking aan dit onderzoek was het gebrek aan een controlegroep. Ook was de gemiddelde behandelduur (7,2 maanden) te lang voor een ethisch verantwoorde wachtlijstconditie. Hierdoor blijft het onduidelijk of de effecten specifiek gerelateerd zijn aan DGT of aan de gedeelde factoren van het klinisch behandelmilieu. Er is gecontroleerd vervolgonderzoek nodig om de specifieke effecten van klinische DGT te onderzoeken, bijvoorbeeld in vergelijking van een ander klinisch behandelmodel, zoals klinische schematherapie. Daarnaast zou, om de rol van de gedeelde factoren te onderzoeken, een gecontroleerde vergelijking van een klinisch DGT-programma met een ambulante DGT-programma wenselijk zijn.

Ten slotte is het niet duidelijk of de resultaten bestendig blijven na behandeling door het ontbreken van follow-upmetingen.

CONCLUSIE

Ondanks de besproken beperkingen geven de resultaten uit deze studie voorzichtig aan dat sommige patiënten met BPS, bij wie eerdere behandeling ontoereikend bleek, baat hebben bij klinische groeps-DGT en dat veranderingen in de hechtingsstijl daar mogelijk een rol in spelen. Deze resultaten maken ook duidelijk dat de steeds schaarser wordende klinische psychotherapie een belangrijke aanvulling is binnen de ggz voor deze doelgroep.

 Helene Andrea, Sylvia Lammers en Wies van den Bosch voorzagen eerdere versies van het manuscript van commentaar en Hermien Sachtleven hielp bij het verzamelen van de gegevens.

LITERATUUR

- Agrawal HR, Gunderson J, Holmes BM, Lyons-Ruth K. Attachment studies with borderline patients: a review. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12: 94-104.
- American Psychiatric Association. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2001.
- Asselt ADI van, Dirksen CD, Arntz A, Severens JL. The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 354-61.
- Bohus M, Haaf B, Simms T, Limberger MF, Schmahl C, Unckel C, e.a. Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behav Res Ther* 2004; 42: 487-99.
- Bosch LMC van den, Sinnaeve, R, Nijs, M. Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis: ontwerp van programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 165-74.
- Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52: 664-78.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Earlbaum; 1988.
- Fassbinder E, Rudolf S, Bussiek A, Kröger C, Arnold R, Greggersen W, e.a. Effektivität der dialektischen verhaltenstherapie bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf: eine 30-monats-Katamnese nach stationärer Behandlung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2007; 57: 161-9.

- Fledderus M, Oude Voshaar MAH, ten Klooster PM, Bohlmeijer ET. Further evaluation of the psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II. *Psychol Assess* 2012; 24: 925-36.
- Groenestijn MAC van, Akkerhuis GW, Kupka RW, Schneider N, Nolen WA. Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I Stoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1999.
- Höschel K. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Regelversorgung – das Saarbrücker Modell. *Verhaltenstherapie* 2006; 16: 17-24.
- Hulshof R, Pol SM, Wentink M. Schemagerichte therapie in een klinische setting. *Tijdschr Groepen* 2009; 3: 24-35.
- Jacobs N, Kleen M, Groot F de, A-Tjak J. Het meten van experiëntiële vermijding, de Nederlandstalige versie van de acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II). *Gedragstherapie* 2008; 41: 349-61.
- Jong K de, Nugter MA. De outcome questionnaire: psychometrische kenmerken van de Nederlandse vertaling. *Ned Tijdschr Psychol* 2004; 59: 76-9.
- Jong K de, Nugter MA, Polak MG, Wagenborg JE, Spinhoven P, Heiser WJ. The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 288-301.
- Kinley JL, Reyno SM. Attachment style changes following intensive short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2013; 63: 53-75.
- Kliem S, Kröger C, Kosfelder J. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 936-51.
- Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther* 2013; 51: 411-6.
- Levy KN. The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 959-86.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, e.a. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74: 1027-40.
- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993a.
- Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993b.
- Lobbstaël J, Leurgans M, Arntz A. Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID I) and Axis II disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 2011; 18: 75-9.
- McMurran M, Huband N, Overton E. Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 277-87.
- Mosterman, RM, Hofstra, J. Clinical Validation of the Restructured Attachment Styles Questionnaire. Niet-gepubliceerd manuscript; 2014.
- Oudenhoven JP van, Hofstra J. De Hechtingsstijlijst (HSL) Handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit; 2004.
- Oudenhoven JP van, Hofstra J, Bakker W. Ontwikkeling en evaluatie van de Hechtingsstijlvragenlijst (HSL). *Ned Tijdschr Psychol* 2003; 58: 95-102.
- Rizvi SL, Steffel LM, Carson-Wong A. An overview of dialectical behavior therapy for professional psychologists. *Prof Psychol: Res PR* 2013; 44: 73-80.
- Savenije A, Lawick MJ van, Reijmers ETM, red. *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Schaufeli W, Dierendonck D van. De betrouwbaarheid en validiteit van de Utrechtse Coping Lijst. Een longitudinaal onderzoek bij schoolverlaters. *Gedrag Gezond* 1992; 20: 38-45.
- Schreurs PJG, Willige G van de, Brosschot JF, Tellegen B, Graus GMH. De Utrechtse Coping Lijst: UCL. Lisse: Swets en Zeitlinger bv.; 1993.
- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQol group. *Qual Life Res* 2004; 13: 299-310.
- Strauss BM, Mestel R, Kirchmann HA. Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Couns Psychother Res* 2011; 11: 275-83.
- Steketee, G, Chambless, DL. Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 387-400.
- Swenson CR, Sanderson C, Dulit RA, Linehan MM. The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatr Q* 2001; 72: 307-24.
- Trompenaars, FJ, Masthoff, ED, Van Heck, GL, Hodiament, PP, de Vries, J. Relationships between demographic variables and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 588-94.
- Weertman A, Arntz A, Kerkhofs MLM. Gestructureerd diagnostisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID II). Lisse: Swets Test; 2000.

SUMMARY

Inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: effect on symptoms, coping, attachment and quality of life

J.M. OOSTENDORP, F. CHAKHSSI

- BACKGROUND** Dialectical behaviour therapy (DBT) is an effective treatment for patients suffering from borderline personality disorder (BPD). When outpatient treatment is ineffective, patients are often referred to inpatient (group) treatment. As of yet, little is known about the effectiveness of inpatient (group) DBT. An altered style of attachment is one of the presumed components of inpatient (group) treatment. At present, this supposition has not yet been examined in inpatient DBT programs.
- AIM** To examine the treatment outcome of an inpatient group DBT program for patients suffering from BPD, evaluating symptoms, coping, attachment style and quality of life. Whether an improvement in attachment style during treatment is a predictor of psychological wellbeing at the end of treatment will also be examined.
- METHOD** An inpatient group DBT population, comprising of 64 patients diagnosed with BPD, was evaluated. Self-report questionnaires assessed symptoms, coping, attachment style and quality of life at the start of treatment, after 19 weeks and at the end of treatment.
- RESULTS** The mentioned variables significantly improved in the inpatients of the group DBT program (treatment lasting on average 7.2 months). Furthermore, positive changes in secure and preoccupied attachment style were a significant predictor of psychological wellbeing at the end of the treatment.
- CONCLUSION** We conclude that patients diagnosed with BPD may benefit from an inpatient DBT (group) program. Improvements in attachment style during inpatient treatment may contribute to this benefit.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)12, 750-758

KEY WORDS attachment, attachment style, borderline personality disorder (BPD), dialectical behaviour therapy (DBT), inpatient psychotherapy