

# De effectiviteit van de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in de behandeling van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis; een gerandomiseerd onderzoek

E.B. VAN WEL, E.H. BOS, M.T. APPELO, E.M. BERENDSEN,  
F.C. WILLGEROTH, M.J.P.M. VERBRAAK

**ACHTERGROND** De behandelmethoden voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) die de laatste decennia zijn ontwikkeld, zijn vaak moeilijk te implementeren in behandelorganisaties. De vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) is een gemakkelijk te implementeren groepstraining voor deze doelgroep.

**DOEL** Het vergelijken van de effectiviteit van de VERS in combinatie met een beperkte individuele begeleiding, met die van de gangbare behandeling van BPS.

**METHODE** Er werden 79 patiënten met BPS gerandomiseerd toegewezen aan een behandeling met de VERS dan wel aan treatment as usual (TAU). Er werd gemeten voor en na de interventie, en bij follow-up na een jaar. Uitkomstmaten waren: borderlinesymptomen en algemene psychische symptomen, suïcidepogingen, kwaliteit van leven en zorgconsumptie.

**RESULTATEN** Behandeling met VERS leidde tot een grotere reductie van symptomen dan TAU. Dit verschil was ook bij follow-up nog significant. Van patiënten uit de VERS-conditie vertoonde uiteindelijk 70% symptomatische verbetering, tegen 47% bij de TAU-conditie. Het percentage herstelde patiënten was in beide condities klein. Het aantal suïcidepogingen verschilde niet. VERS leidde wel tot een grotere verbetering van kwaliteit van leven dan TAU, vooral bij follow-up. Een verschil in zorgconsumptie was niet aantoonbaar.

**CONCLUSIE** De effectiviteit van de behandeling van BPS kan worden verbeterd door het inzetten van de relatief eenvoudig te implementeren VERS.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 291-301]

**TREFWOORDEN** behandel-effect, gerandomiseerd onderzoek, groepstraining, STEPPS, zorgconsumptie

De behandeling van patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS) is de afgelopen decennia sterk in ontwikkeling. Dialectische gedragstherapie (DGT) (Linehan 1993), mentalization-based treatment (MBT) (Bateman & Fonagy 2004) en schemagerichte therapie (SGT) (Young 1999) zijn behandelmethoden die in onderzoek

effectief gebleken zijn, vooral voor het verminderen van suïcidaal gedrag, het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren of het verbeteren van de stemming. Het vraagt echter een forse inspanning om deze behandelmethoden te implementeren in een behandelorganisatie.

Blum en Bartels ontwikkelden *systems training for emotional predictability and problem solving* (STEPPS; Black e.a. 2004). Dit is een groepstraining die bedoeld is als aanvulling op een individuele behandeling van patiënten met BPS. De Nederlandse versie van deze training is de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS; Heesterman e.a. 2004). De VERS is sinds 1998 in Nederland een gangbaar element in de behandeling van BPS. STEPPS/VERS is goed te combineren met allerlei bestaande behandelvormen en is voor behandelaren eenvoudig te leren.

STEPPS/VERS is in belangrijke mate schatplichtig aan de *skillstraining* uit de DGT van Linehan. Daarnaast is de training gebaseerd op algemene cognitief-gedragstherapeutische principes, waarbij sterk is gekeken naar de SGT van Young. Het systeem van cliënten wordt actief bij de training betrokken.

De effectiviteit van VERS/STEPPS is tot nu toe onderzocht in twee ongecontroleerde pilotstudies (Black e.a. 2004; Freije e.a. 2002) en in een Amerikaans gerandomiseerd onderzoek. In dit laatste onderzoek werd STEPPS als aanvulling op *treatment as usual* (TAU) vergeleken met TAU alleen (Blum e.a. 2008). Deze onderzoeken wijzen alle in de richting van effectiviteit van de training.

In dit artikel presenteren wij de resultaten van een Nederlands gerandomiseerd onderzoek waarin wij de gangbare behandeling van patiënten met BPS (TAU) vergeleken met VERS in combinatie met een beperkte maar gestructureerde individuele behandeling (VERS).

## METHODE

### Patiënten

De VERS werd gegeven op zes locaties in twee ggz-instituten, te weten Adhesie, GGZ-Overijssel en Lentis, Groningen. Behandelaren verwezen patiënten naar het onderzoek als zij een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vermoedden volgens de DSM-IV-criteria (American Psychiatric Association 1994). Patiënten verleenden schriftelijk infor-

med consent. Zij werden geïncludeerd in het onderzoek als zij voldeden aan de criteria voor BPS volgens de *Personality Diagnostic Questionnaire* (PDQ-4+; Akkerman e.a. 1994) en het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II; Weertman e.a. 1996). Voorts dienden zij hoger te scoren dan de afkapwaarden op de subschalen impulsiviteit en parasuïcidaliteit van de *Borderline Personality Disorder Severity Index IV* (BPDSI-IV; Giesen-Bloo e.a. 2006b). Uitgesloten van het onderzoek werden patiënten die de Nederlandse taal niet machtig waren, een aangetoonde intellectuele handicap hadden (IQ < 70), jonger dan 18 waren, onvrijwillig behandeld werden of een acuut gevaar voor zichzelf of anderen vormden.

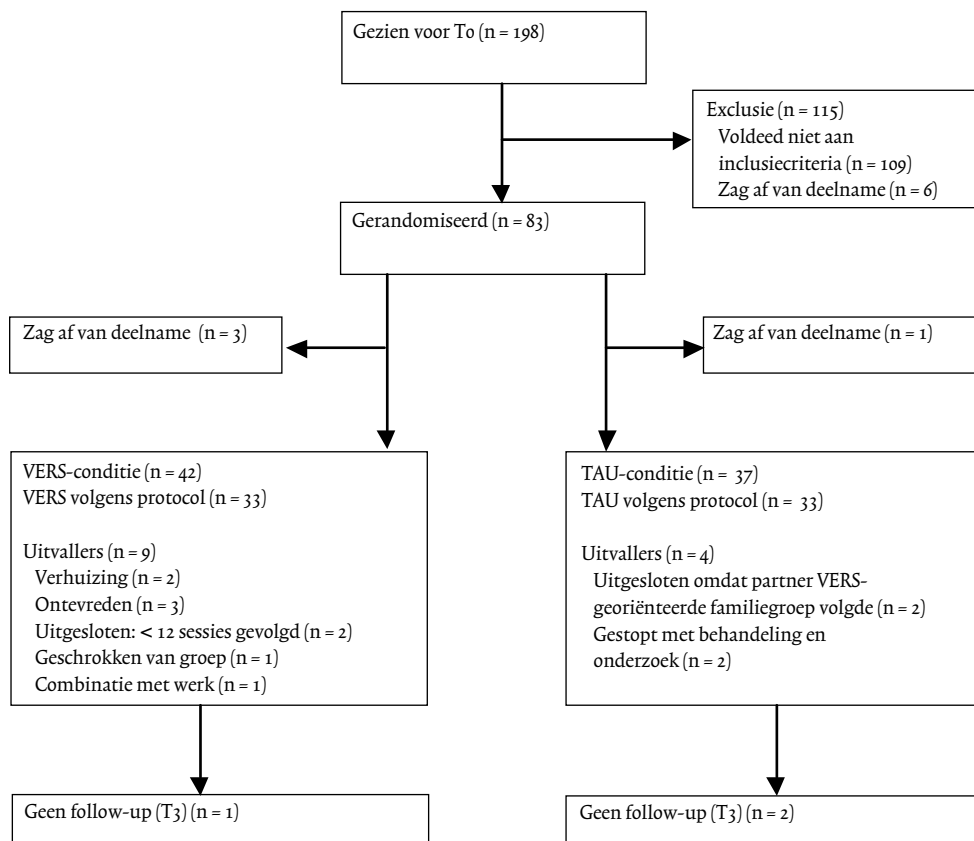
Er werden 198 patiënten gezien voor de inclusiemeting (To; zie figuur 1). Van hen vielen 115 patiënten uit, het gros omdat zij niet (volledig) voldeden aan de inclusiecriteria. Omdat deze laatste groep zo groot was, werd ze wel aan nader onderzoek onderworpen. In dit artikel gaan wij echter alleen in op de resultaten van de deelnemers die voldeden aan de strikte onderzoekscriteria voor BPS.

De randomisatie gebeurde per locatie en werd uitgevoerd door een van de onderzoeksassistenten. Enkele weken voor de start van de training werden alle op de betreffende locatie geïncludeerde patiënten middels het trekken van een lootje toegewezen aan een van de condities. Voor beide condities waren evenveel lootjes. Er werd eerst geloot onder de patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden (n = 83). Daarna werd er voor de in de groep overgebleven plaatsen geloot onder de overige patiënten. Na de randomisatie trokken 4 patiënten hun deelname aan het onderzoek in. Uiteindelijk startten 79 patiënten met de behandeling.

### Behandelcondities

De experimentele conditie bestond uit de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS) in combinatie met een beperkte individuele behandeling gericht op het generaliseren van

FIGUUR 1 Stroomdiagram van gerandomiseerde studie naar vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis met individuele begeleiding (VERS) versus gebruikelijke behandeling (TAU) bij patiënten met borderlinepersoonlijkheidsstoornis



de vaardigheden naar gebruik in het dagelijks leven.

De VERS is een groepstraining bestaande uit 18 wekelijkse groepsessies van 2,5 uur en 1 terugkombijeenkomst na 3-6 maanden. De training bevat de volgende hoofdcomponenten: psychoeducatie over BPS als emotieregulatieproblematiek, het leren hanteren van emoties door cognitieve vaardigheden en het reguleren van gedrag. Het systeem van de patiënt wordt in de vorm van een 'steungroep' actief bij de behandeling betrokken. Er zijn veel eenvoudige, haast pedagogische elementen in de training opgenomen, die zowel de patiënt en de therapeut als de steungroep helpen bij zelfobservatie en zelfcontrole, en de interactie ontdoen van niet-helpende aspecten. De deelnemers krijgen huiswerkopdrachten om te oefenen met de besproken vaardigheden. De training

wordt gegeven door 2 behandelaren, van wie er minimaal één psychotherapeut is. Er wordt gewerkt volgens een gedetailleerd protocol (zie Heesterman e.a. 2004).

Naast de VERS hadden patiënten gedurende het hele onderzoekstraject zo mogelijk eens in de 2 weken contact met hun individuele behandelaar. Tijdens deze individuele zittingen werd gewerkt volgens een vaste agenda, waarbij in ieder geval de laatste VERS-sessie aan de orde kwam en het gebruik van het geleerde in de praktijk. De therapeuten die de individuele behandeling gaven, werden gedurende een dag getraind en eens per maand telefonisch gesuperviseerd door een van de docenten.

De controleconditie bestond uit *treatment as usual*, dat wil zeggen: alle overige vormen van behandeling die normaliter in de deelnemende

instituten worden ingezet bij patiënten met BPS. Deze behandeling bestond uit individuele contacten met een psycholoog, psychotherapeut of SPV, vaak aangevuld met (medicatie)contacten met een psychiater en daarnaast soms met contacten met een maatschappelijk werker of een vaktherapeut. De inhoud en de frequentie van de contacten verschilden per hoofdbehandelaar. De contacten waren vooral steunend en structurerend van aard, soms aangevuld met (cognitief-)gedragstherapeutische elementen. Er mocht geen VERS op individuele basis of DGT gegeven worden. Ook mochten familieleden van de patiënten gedurende het onderzoek niet deelnemen aan familiegroepen voor BPS, daar deze groepen in beide instituten veel van hun inhoud ontleen aan de VERS.

Individuele behandelaars uit zowel de VERS als de TAU-conditie werd gevraagd na iedere sessie een vragenlijst in te vullen. Daarmee konden wij de inhoud van de behandeling inventariseren en nagaan in hoeverre zij zich aan het individuele behandelprotocol (VERS) hadden gehouden dan wel zich hadden onthouden van behandelvormen die volgens het onderzoeksprotocol niet waren toegestaan (TAU).

### Instrumenten

Als uitkomstmaten gebruikten wij: symptomen van BPS, algemeen psychisch disfunctioneren, suïcidepogingen, kwaliteit van leven en zorgconsumptie. Symptomen van BPS werden gemeten met de *Borderline Personality Disorder Checklist* (BPD-40; Arntz & Dreesen 1992; Giesen-Bloo e.a. 2006a). De 40 items van deze vragenlijst zijn verdeeld over de 9 DSM-IV-criteria voor BPS; de totaalscore loopt van 40 tot 200. De psychometrische eigenschappen van deze lijst zijn goed (Giesen-Bloo e.a. 2006a).

Algemeen psychisch disfunctioneren werd gemeten met de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema 2003), een vragenlijst bestaande uit 90 items verdeeld over 8 dimensies van psychische klachten. De totaalscore (90–450) is een maat voor het gehele niveau van psychisch disfunctione-

ren. De SCL-90 heeft goede psychometrische kwaliteiten.

Het aantal suïcidepogingen werd vastgesteld met de *BPDSI-IV* (Giesen-Bloo e.a. 2006b), een semigestructureerd interview met 70 items verspreid over de 9 criteria voor BPS. Item 5.13 betreft de vraag hoe vaak de respondent in de afgelopen 3 maanden een poging heeft gedaan zichzelf te doden. De score op dit item kan variëren van 0 (nooit) tot 10 (dagelijks).

De kwaliteit van leven werd gemeten met de *World Health Organization Quality of Life Assessment-Bref* (WHOQOL-Bref; De Vries & Van Heck 1996; Trompenaars e.a. 2005). Deze vragenlijst bestaat uit 24 vragen op 4 verschillende domeinen van kwaliteit van leven. Daarnaast zijn er 2 losse vragen over kwaliteit van leven en gezondheid in het algemeen, die worden samengevoegd tot een facet (*Overall QoL and general health* (GH)). In dit artikel gebruikten wij alleen dit facet, als maat voor algemene kwaliteit van leven (mogelijke score: 4–20).

De zorgconsumptie werd in kaart gebracht met de *Kostenvragenlijst Psychiatrie* (Stant 2007). Dit is een interview bestaande uit 29 vragen naar de frequentie waarmee in het voorafgaande halfjaar gebruikgemaakt werd van verschillende vormen van zorg wegens psychische klachten.

### Meetmomenten

De inclusiemeting (T<sub>0</sub>) vond 1 tot 6 maanden voor de randomisatie plaats. De voormeting (T<sub>1</sub>) werd direct na de randomisatie gedaan. Per locatie startten steeds gelijktijdig een VERS-groep en een groep patiënten die alleen TAU kreeg. De nameeting (T<sub>2</sub>) verrichtten wij voor beide condities zo snel mogelijk na het beëindigen van de laatste wekelijkse bijeenkomst van de VERS op de betreffende locatie (gemiddeld 23,9 weken na T<sub>1</sub>; SD: 3,6). De follow-upmeting (T<sub>3</sub>) vond plaats ongeveer 6 maanden na de T<sub>2</sub>-meting (gemiddeld 25,7 weken na T<sub>2</sub>; SD: 4,2). De uitkomstmaten werden gemeten op T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub> en T<sub>3</sub>.

## Statistische analyse

Een analyse op basis van de totaalscore van de SCL-90 wees uit dat een groeps-grootte van 34 personen per conditie nodig zou zijn om met een onderscheidend vermogen (*power*) van 0,90 een groot effect van VERS boven TAU te kunnen aantonen (een verschil van 0,8 standaardafwijking wordt als 'groot' beschouwd; Cohen 1988). Potentiële vertekende factoren werden geïdentificeerd door na te gaan welke aanvangsvariabelen sterk gerelateerd waren aan de uitkomstmaten ( $r > 0,5$ ). Dit bleek alleen te gelden voor de T1-scores van de uitkomstmaten zelf. Deze werden daarom meegenomen als covariaat in de analyses naar het effect van de interventie.

Wij gingen na of er op T1 verschillen waren tussen de deelnemers in de VERS- en de TAU-conditie wat betreft demografische kenmerken en scores op de uitkomstmaten, met behulp van de t-toets voor continue variabelen en de  $\chi^2$ -toets voor categoriale variabelen. Op eenzelfde manier werd getoetst of de uitvallers zich onderscheidden van deelnemers die de interventiefase doorliepen volgens protocol.

Het effect van de interventie werd getoetst met behulp van lineaire gemengde modellen. In deze analysetechniek kan alle beschikbare informatie gebruikt worden, ook van deelnemers met incomplete informatie. Wij modelleerden de uitkomsten op T2 en T3 als functie van de conditie (twee niveaus), van het meetmoment (als categoriale variabele met twee niveaus) en van de interactie tussen meetmoment en conditie. De T1-score functioneerde hierbij als covariaat. Het gekozen covariantietype was ongestructureerd. Een significant hoofdeffect voor de interventie duidt in dit model op een overall effect van de interventie gecorrigeerd voor aanvangsverschillen (F-toets). Het model geeft ook schattingen voor de gecorrigeerde verschillen op de verschillende meetmomenten (T2 en T3). Verschillen in het aantal mensen dat suïcidepogingen en contacten met duurdere vormen van zorg rapporteerde, werden getoetst per meetmoment met de exacte toets van

Fisher. Alle beschikbare gegevens van deelnemers die de interventiefase doorliepen volgens protocol werden meegenomen in de analyses ( $n = 66$ ).

## RESULTATEN

### Uitgangssituatie en uitval

In tabel 1 zijn de karakteristieken bij de voormeting (T1) weergegeven van de 79 gerandomiseerde deelnemers die startten met de behandeling. Op T1 werden geen significante verschillen gevonden tussen de deelnemers in de VERS- en de TAU-conditie wat betreft demografische kenmerken en scores op de uitkomstmaten. Ook bij de

TABEL 1 Demografische en klinische gegevens van 79 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij aanvang van behandeling met vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (VERS) of gebruikelijke behandeling (TAU)

Kenmerk	VERS (n = 42)	TAU (n = 37)
Geslacht; n (%)		
Man	7 (17)	4 (11)
Vrouw	35 (83)	33 (89)
Opleiding; n (%)		
Laag	21 (53)	25 (68)
Middel	17 (42)	12 (32)
Hoog	2 (5)	0 (0)
Partner; n (%)		
Ja	22 (52)	25 (68)
Nee	20 (48)	12 (32)
Woonsituatie; n (%)		
Alleen	9 (21)	11 (30)
Met partner en/of kind	29 (69)	21 (57)
Anders	4 (10)	5 (13)
Arbeidsituatie; n (%)		
Betaald werk	8 (19)	5 (14)
Geen betaald werk	18 (43)	16 (43)
Ziektewet/WAO	16 (38)	16 (43)
Gemiddelde leeftijd in j (SD)	32,9 (5,6)	31,8 (9,2)
Gemiddelde ziekte duur in j (SD)	13,3 (7,4)	11,8 (7,1)

WAO = Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering; SD = standaarddeviatie.

toetsing of de uitvallers ( $n = 13$ ) zich onderscheid- den van deelnemers die de interventiefase doorlie- pen volgens protocol ( $n = 66$ ) vonden wij geen sig- nificante verschillen. Het aantal uitvallers in de VERS-conditie was wat hoger dan in de TAU-con- ditie (VERS: 21,4%; TAU: 10,8%), maar dit verschil was niet significant ( $\chi^2 = 1,61$ ;  $p = 0,204$ ). Het totale percentage uitvallers was 16,5.

### Effecten van de behandeling

In het bovenste gedeelte van tabel 2 zijn de scores op de maten voor borderlinesymptomen (BPD-40), algemene psychische symptomen (SCL-90) en algemene kwaliteit van leven (Overall QoL en GH) weergegeven. Patiënten in beide condities gingen er gemiddeld op vooruit vanaf de start van de interventie (T1), maar patiënten in de VERS- conditie boekten de grootste vooruitgang. Zowel aan het eind van de interventie (T2) als 6 maanden

later (T3) rapporteerden deze patiënten gemiddeld minder symptomen en een hogere kwaliteit van leven dan patiënten uit de TAU-conditie.

Analyse met de lineaire gemengde modellen toonde aan dat, over het hele onderzoekstraject gezien, de verschillen tussen de groepen op deze uitkomstmaten statistisch significant waren. Het hoofdeffect van de interventie was namelijk: BPD-40:  $F(1, 56) = 11,7$ ;  $p = 0,001$ ; SCL-90:  $F(1, 58) = 11,9$ ;  $p = 0,001$ ; Overall QoL en GH:  $F(1, 56) = 8,0$ ;  $p = 0,006$ , gecorrigeerd voor verschillen bij aanvang.

Op de symptoommaten was het gecorri- geerde verschil tussen VERS en TAU zowel op de korte (T2) als op de langere termijn (T3) significant (tabel 2). Op de maat voor kwaliteit van leven was het gecorrigeerde voordeel voor VERS op T2 slechts een trend, maar op T3 was dit verschil significant.

Het onderste gedeelte van tabel 2 toont de gegevens over suïcide. In beide condities was het aantal suïcidepogingen en -pogers beperkt. Het

TABEL 2 Meetresultaten voor 66 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis behandeld met vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (VERS) of gebruikelijke behandeling (TAU)

Uitkomstmaat	VERS		TAU		Gecorrigeerd verschil VERS-TAU*	
	Gem. (SD)	n	Gem. (SD)	n	Gem. (95%-BI)	p
<b>BPD-40</b>						
T1	106,8 (24,6)	31	101,1 (33,3)	28		
T2	79,7 (25,8)	26	95,1 (29,1)	26	-18,7 (-31,6--5,8)	0,005
T3	78,2 (23,0)	30	88,6 (36,7)	30	-14,7 (-26,6--2,8)	0,016
<b>SCL-90</b>						
T1	263,4 (70,4)	30	247,4 (70,5)	29		
T2	205,8 (60,6)	25	248,5 (77,8)	26	-47,0 (-78,2--15,9)	0,003
T3	199,2 (55,5)	30	222,7 (82,8)	30	-38,4 (-67,1--9,6)	0,009
<b>Overall QoL + GH</b>						
T1	10,1 (2,7)	31	10,5 (3,5)	29		
T2	13,0 (2,7)	26	11,6 (3,3)	26	1,58 (-0,07-3,22)	0,060
T3	12,6 (3,1)	31	11,3 (3,6)	30	1,80 (0,30-3,30)	0,019
n** (%); totaal						
		n** (%); totaal		$\chi^2$ (df)***		
<b>suïcidepogingen</b>						
T1	1 (3); 4	33	5 (15); 9	33	2,93 (1)	0,197
T2	2 (7); 5	28	2 (7); 3	30	0,01 (1)	1,000
T3	1 (3); 6	31	4 (13); 5	30	2,07 (1)	0,195

BPD-40 = Borderline Personality Disorder checklist; SCL-90 = Symptom Check List; Overall QoL & GH = Overall quality of life and general health; T1 = start interventie; T2 = eind interventie; T3 = follow-up na 6 maanden.

\*Geschatte verschillen gecorrigeerd voor verschillen op T1 op basis van lineaire gemengde modellen.

\*\*Aantal deelnemers (%) dat 1 of meerdere suïcidepogingen rapporteerde volgens de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI-IV), met daarachter het totale aantal pogingen.

\*\*\*Verskil getoetst met de exacte toets van Fisher.

aantal patiënten dat op T1 rapporteerde een of meer pogingen te hebben gedaan, was groter in de TAU-conditie, maar dit verschil was niet significant (tabel 2). Ook op de andere meetmomenten waren de verschillen tussen VERS en TAU niet significant.

De VERS in combinatie met individuele begeleiding resulteerde in vergelijking met TAU dus in een grotere afname van klachten, zowel wat betreft algemeen psychisch lijden als specifieke borderlinesymptomen, en op termijn ook in een grotere toename van kwaliteit van leven. Wat betreft suïcidepogingen was geen effect aantoonbaar.

#### Klinische relevantie

Om een uitspraak te kunnen doen over de klinische relevantie van de gevonden effecten gebruikten wij de methode van Jacobson en Truax (1991). Voor de berekening van de criteria, te weten *reliable change index* of RC-index en afkapwaarde tussen het disfunctionele en functionele scoregebied, werden de gegevens van de normgroepen voor de algemene bevolking en poliklinische psychiatrische patiënten van de SCL-90 gebruikt (Arrindell & Ettema 2003).

Het aantal patiënten dat op T3 hersteld genoemd kon worden (aan beide criteria voldaan), was in beide groepen klein (10% bij VERS tegen 18% bij TAU). Het aantal patiënten dat een betrouwbare verbetering liet zien (RC-index), was echter aanzienlijk. Op T3 was 70% van de deelnemers in de VERS-conditie verbeterd tegen 47% van de deelnemers in de TAU-conditie. Daarnaast liet op T3 maar 3% van de VERS-deelnemers een betrouwbare verslechtering zien tegen 21% van de TAU-deelnemers.

#### Zorgconsumptie

In tabel 3 en 4 wordt weergegeven hoeveel contacten patiënten hadden met de gezondheidszorg wegens hun psychische klachten. Patiënten in de experimentele conditie hadden tussen T1 en

	VERS	TAU
	(n = 33)	(n = 33)
<b>VERS-sessies</b>		
aantal deelnemers	33 (100)	0 (0)
totaal aantal sessies	495	0
<b>Individuele behandelcontacten</b>		
aantal deelnemers	27 (82)	24 (73)
totaal aantal contacten	211	227

\*Contacten volgens protocol vanaf T1 tot T3.

T3 gemiddeld 15 groepscontacten en 8 individuele contacten in het kader van de onderzoeksbehandeling. In de controleconditie hadden patiënten gemiddeld 9 individuele contacten met hun hoofdbehandelaar (zie tabel 3). Deelnemers in de VERS-conditie hadden dus meer (groeps)contacten in het kader van de onderzoeksbehandeling. Daar staat tegenover dat patiënten in de TAU-conditie daarnaast in dezelfde periode gemiddeld 31 extra ambulante behandelcontacten hadden, tegenover 21 extra ambulante contacten per patiënt in de VERS-conditie (zie tabel 4). Het aantal contacten voor crisisopvang, spoedeisende hulp, opname of dagbehandeling was gedurende de onderzoeksperiode niet groot en verschilde niet significant tussen de condities (exacte toets van Fisher).

#### DISCUSSIE

VERS met een ondersteunende begeleiding blijkt in ons onderzoek bij de behandeling van BPS effectiever te zijn dan TAU, zowel wat betreft symptomen van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en algemene psychische symptomen als wat betreft kwaliteit van leven. Het gemeten effect blijft ook na 6 maanden gehandhaafd.

TABEL 4 Zorgconsumptie (%) van 66 patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis behandeld met de vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis plus individuele begeleiding (VERS) of gebruikelijke behandeling (TAU)

Extra contacten*	vóór T1		van T1 tot T2		van T2 tot T3	
	VERS	TAU	VERS	TAU	VERS	TAU
<i>Ambulante hulp</i>						
aantal deelnemers	31 (94)	28 (88)	23 (85)	28 (93)	22 (69)	24 (83)
totaal aantal contacten	498	500	222	394	256	397
<i>Crisisopvang</i>						
aantal deelnemers	7 (21)	3 (9)	2 (7)	4 (13)	6 (19)	6 (21)
<i>Spoedeisende hulp</i>						
aantal deelnemers	2 (6)	2 (6)	1 (4)	1 (3)	2 (6)	2 (7)
totaal aantal contacten	4	2	1	1	7	2
<i>Opname</i>						
aantal deelnemers	9 (27)	3 (9)	3 (11)	4 (13)	4 (13)	4 (14)
totaal aantal dagen	228	87	76	178	78	54
<i>Dagbehandeling</i>						
aantal deelnemers	3 (9)	3 (9)	0 (0)	1 (3)	2 (6)	2 (7)
totaal aantal contacten	85	54	0	18	24	16*

\*Gebruik van extra zorgvoorzieningen in het kader van psychische hulp in de 6 maanden voor T1 resp. T2 en T3; berekend voor deelnemers met data op de Kostenvragenlijst; T1: n = 65 (33 VERS, 32 TAU); T2: n = 57 (27 VERS, 30 TAU); T3: n = 61 (32 VERS, 29 TAU).

*De therapie* De VERS leunt voor een belangrijk deel op de skillstraining van Linehan. Deze liet zien dat deze skillstraining geen aanvullende waarde had ten opzichte van TAU alleen (Linehan 1993, p. 25). In onze studie bleek VERS wel effectiever dan TAU, een ondersteuning van de bevindingen van Blum e.a. (Black e.a. 2004; Blum e.a. 2008) en Freije e.a. (2002). Het is mogelijk dat juist de VERS-specifieke factoren zoals de steungroep belangrijke effectieve elementen zijn in vergelijking tot de skillstraining van Linehan. Het kan ook zijn dat door de genoemde elementen vooral de specifieke behandelfactoren zijn versterkt (Livesley 2007).

In onze studie combineerden wij de VERS met een relatief eenvoudige individuele begeleiding. Daarin onderscheidt onze studie zich van de RCT van Blum e.a. (2008), waarin STEPPS gecombineerd werd met TAU. We kozen deze combinatie omdat het ons niet goed mogelijk leek te achterhalen in welke mate TAU in de experimentele conditie vergelijkbaar zou zijn met TAU in de controleconditie.

*Klinische relevantie* Hoewel wij vonden dat VERS effectiever was dan TAU, is de klinische relevantie minder evident. Beide groepen gaan er in de loop van de tijd op vooruit. De groep patiënten die na een jaar behandeling hersteld is, is in beide condities klein en ook niet groter dan gezien wordt in beloopstudies (Zanarini e.a. 2003). Niettemin is bij patiënten die VERS ondergingen uiteindelijk in meer dan twee derde van de gevallen een betrouwbare verbetering op symptoomniveau te zien, terwijl bij TAU minder dan de helft zo'n verbetering laat zien. Belangwekkend is ook dat een flink deel van de patiënten die TAU ondergingen beduidend slechter gingen functioneren, terwijl dit voor slechts een enkeling uit de VERS-conditie zo was.

VERS had geen invloed op het aantal suïcidepogingen. Dit hangt mogelijk samen met het geringe aantal suïcidale patiënten bij aanvang. Het is moeilijk te zeggen of onze steekproef in dit opzicht niet-representatief is. De gerapporteerde aantallen betreffen hier alleen daadwerkelijke pogingen in het halve jaar vóór de studie, en weinig andere studies rapporteren dergelijke concrete aantallen voor een dergelijke korte periode. Het



zou ook te maken kunnen hebben met het feit dat onze steekproef niet heel jong is, en de actiefste symptomen van BPS lijken af te nemen met de leeftijd (Paris e.a. 1987).

VERS had niet alleen gunstige effecten op symptoomniveau, maar blijkt ook meer dan TAU te leiden tot verbetering in kwaliteit van leven. Direct na de training is dit effect nog slechts een trend, maar een half jaar later is het verschil statistisch significant. Dit uitgestelde effect kan mogelijk verklaard worden doordat voor het veranderen van bepaalde aspecten van kwaliteit van leven wat meer tijd nodig is. Veranderingen in leefstijl of interpersoonlijke vaardigheden bijvoorbeeld sorteren vaak pas na enige tijd effect (zie ook Howard e.a. 1993).

**Uitval** De VERS wordt blijkens het lage uitvalpercentage van 21,4 goed verdragen. Wij lieten de gegevens van de uitvallers buiten onze analyses, omdat wij vooral geïnteresseerd waren in het effect van het daadwerkelijk krijgen van een behandeling met de VERS. Een *intention-to-treat* analyse geeft andere informatie, namelijk over de effectiviteit van het gebruik ('*use effectiveness*'). Dit is anders dan informatie over de effectiviteit van de methode ('*method effectiveness*') zoals bij de per-protocolanalyse (zie Sheiner & Rubin 1995). *Intention-to-treat* analyses geven vaak een onderschatting van het therapie-effect, omdat gegevens van deelnemers worden geanalyseerd die de betreffende therapie niet krijgen. Per-protocolanalyses geven vaak een overschatting van het effect, omdat de uitvallers vaak de patiënten zijn bij wie de therapie niet aanslaat.

In onze studie lijkt dat laatste mee te vallen: slechts 4 van de 9 uitvallers in de VERS-conditie vielen uit om redenen die direct te maken hadden met de behandelvorm. Bovendien vielen ook in de TAU-conditie 2 van de 4 patiënten om zo'n reden uit en was het aantal uitvallers niet significant verschillend tussen de condities. *Intention-to-treat* analyses leverden overigens vergelijkbare resultaten op als de per-protocolanalyses (resultaten niet weergegeven).

**Zorgconsumptie** De zorgconsumptie in beide condities lijkt niet te verschillen. In het eerste halfjaar wordt er in de VERS-conditie middels groepscontacten een extra inspanning verricht. De patiënten in de TAU-conditie hebben echter gedurende de gehele onderzoeksperiode aanzienlijk meer ambulante contacten buiten de onderzoeksbehandeling om. Groepsbehandeling is bovendien per patiënt goedkoper dan individuele behandeling. Het aantal patiënten dat contacten met de duurdere vormen van zorg rapporteert, is beperkt en niet significant verschillend tussen de condities. De geboden zorg is dus vermoedelijk in de VERS-conditie niet duurder dan in de TAU-conditie.

**Representativiteit onderzoek** Een opvallend gegeven is dat een groot deel van de patiënten niet (volledig) voldeed aan de inclusiecriteria voor BPS. Behandelaren hadden deze patiënten aangemeld omdat zij de diagnose BPS voldoende herkenden en zij het idee hadden dat deze patiënten konden profiteren van de VERS. De selecte groep waarover wij in dit artikel rapporteren, is dus niet representatief voor de dagelijkse praktijk. Om die reden zullen wij de gegevens van de grotere groep ook analyseren, in een volgend artikel.

## CONCLUSIE

Gabbard (2007) wees erop dat men in onderzoek te vaak mogelijk effectieve therapieën vergelijkt met waarschijnlijk niet-effectieve. Ook dit onderzoek voldoet aan deze kwalificatie. Men kan zich afvragen: is VERS zo goed of is TAU zo slecht? De kracht van dit onderzoek zit dan ook niet onmiddellijk in het feit dat VERS een effectieve therapie is gebleken. De voornaamste bevinding is eerder dat met een paar relatief makkelijk aan te leren en te implementeren ingrepen de effectiviteit van de behandeling van patiënten met BPS aanzienlijk kan verbeteren. Nader onderzoek waarin men VERS vergelijkt met andere effectief gebleken behandelmethodes is gewenst.

✍ F. Adolfsen, K. van der Weele en H. Berkelmans assisteerden bij het verzamelen en verwerken van de data.

## LITERATUUR

- Akkerhuis, G., Kupka, R., van Groenestijn, M., e.a. (1994). *PDQ-4+, Vragenlijst voor persoonlijkheidskenmerken*. Utrecht: H.C. Rümkegroep.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de druk). Washington: American Psychiatric Association.
- Arntz, A., & Dreesen, L. (1992). *Borderline personality disorder checklist*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., e.a. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210.
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., e.a. (2008). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-Year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2de druk). Londen: Lawrence Erlbaum.
- Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directie Therapie*, 22, 367-378.
- Gabbard, G.O. (2007). Do all roads lead to Rome? New findings on borderline personality disorder [Editorial]. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 853-855.
- Giesen-Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2006a). The Borderline Personality Disorder Checklist: psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. In J. Giesen-Bloo *Crossing borders; theory, assessment and treatment in borderline personality disorder* (pp. 85-101). [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers.
- Giesen-Bloo, J., Wachters, L., Schouten, E., e.a. (2006b). Assessment of borderline personality disorder with the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure. In J. Giesen-Bloo *Crossing borders; theory, assessment and treatment in borderline personality disorder* (pp. 69-83). [Proefschrift]. Maastricht: Universitaire Pers.
- Heesterman, W., van Wel, B., & Kockmann, I. (2004). *VERS, Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis*. Groningen: Lentis & Adhesie Deventer.
- Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., e.a. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 678-685.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Livesley, W.J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 131-148.
- Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 530-535.
- Sheiner, L.B., & Rubin, D.B. (1995). Intention-to-treat analysis and the goal of clinical trials. *Clinical Pharmacological Therapy*, 57, 6-15.
- Stant, A.D. (2007). *Economic evaluation in mental health care*. [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., van Heck, G.L., e.a. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, 14, 151-160.
- Vries, J. de, & van Heck, G.L. (1996). *De Nederlandse versie van de WHOQOL-Bref*. Tilburg: Tilburg University.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerkhofs, M. (1996). *Gestructureerd klinisch interview voor DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen (SCID-II)*. Amsterdam: Swets.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3de druk). Sarasota: Professional Resource Press.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, e.a. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.

## AUTEURS

E.B. VAN WEL is psychiater en directeur zorg/1e geneeskundige bij Dimence, Deventer.

E.H. BOS is bioloog, filosoof en senior onderzoeker bij Lentis, Groningen.

M.T. APPELO is gz-psycholoog, gedragstherapeut en senior onderzoeker bij Lentis en universitair docent bij de Rijksuniversiteit Groningen.

E.M. BERENDSEN is psycholoog en werkzaam bij Lentis, Groningen.

F.C. WILLGEROTH is psycholoog en werkzaam bij Lentis, Groningen.

M.J.P.M. VERBRAAK is klinisch psycholoog, hoofd opleider GZ-psychologen voor SPON/ACSW Radboud Universiteit Nijmegen en inhoudelijk directeur bij de HSK-groep.

Correspondentieadres: drs. E.B. van Wel, Dimence, regio Hanze-streek, Pikeursbaan 3, Postbus 5003, 7400 GC Deventer.

E-mail: b.vanwel@dimence.nl.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-9-2008.

## SUMMARY

The efficacy of the systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) in the treatment of borderline personality disorder. A randomized controlled trial – E.B. van Wel, E.H. Bos, M.T. Appelo, E.M. Berendsen, F.C. Willgeroth, M.J.P.M. Verbraak –

**BACKGROUND** The types of treatment for borderline personality disorder devised over the last few decades are often difficult to implement in therapy centres. STEPPS is a group treatment for this disorder which is easy to implement.

**AIM** To compare the efficacy of STEPPS supported by limited individual treatment with ‘treatment as usual’ (TAU).

**METHOD** 79 patients with BPD were randomly assigned to STEPPS or to TAU. Measurements were taken before and after the intervention and at one-year follow-up. Outcome measures were: borderline and general psychiatric symptomatology, suicide attempts, quality of life and use of care services.

**RESULTS** STEPPS led to a larger reduction in symptoms than did TAU, the difference being still significant at follow-up. 70% of patients treated with STEPPS showed improvement compared to 47% of patients treated with TAU. In both treatment groups the percentage of patients who recovered was small. There was no difference in the number of suicide attempts in each group. STEPPS led to a greater improvement in quality of life than did TAU, particularly at follow-up. Care service use seemed about equal.

**CONCLUSION** The efficacy of treatment for BPD can be improved by the introduction of STEPPS, which is relatively simple to implement.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)5, 291-301]

**KEY WORDS** group therapy, randomised controlled trial, STEPPS, treatment effect, use of care services