

De werkalliantie in klinische psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen en gehechtheid

S. COLIJN, M.C. CNOSSEN, I. DE JONG, R. HARINGSMA

- ACHTERGROND** Kenmerken van de werkalliantie tussen behandelaar en patiënt zijn veelvuldig onderzocht. Er is echter weinig bekend over de werkalliantie bij specifieke doelgroepen in specifieke settings.
- DOEL** Inzicht in de kenmerken van de werkalliantie in een intensieve klinische behandelsetting voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en de relatie met patiëntkenmerken zoals diagnose en gehechtheid.
- METHODE** Bij 60 patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen in klinisch psychotherapeutische behandeling werden met vragenlijsten gegevens over werkalliantie en gehechtheid verzameld.
- RESULTATEN** De gevonden werkallianties met behandelaar en team waren minder sterk dan in een poliklinische populatie; de werkalliantie met de behandelaar bleek beter dan met het behandelteam. Patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis hadden een betere werkalliantie met het behandelteam dan degenen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, met name op het gebied van de behandeldoelen. Patiënten bleken angstiger en vermijder geëcht dan patiënten in een algemene poliklinische populatie; er werd geen samenhang gevonden tussen gehechtheid van de patiënten en sterkte van de werkalliantie. Als onderscheid gemaakt werd tussen patiënten met een extreem betere of mindere werkalliantie, en patiënten met een gemiddelde, dan bleek dat naarmate patiënten angstiger geëcht waren, zij extremer scoorden op de werkalliantie met het behandelteam.
- CONCLUSIE** De werkalliantie bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen komt moeilijker tot stand dan bij patiënten met minder ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Bij deze groep patiënten lijkt hogere gehechtheidsangst samen te hangen met extremere beoordeling van de werkalliantie.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 505-513

TREFWOORDEN gehechtheid, klinische behandeling, persoonlijkheidsstoornissen, werkalliantie



De therapeutische relatie tussen behandelaar(s) en de patiënt is een van de best onderzochte therapeutische factoren in psychotherapie. In het Nederlandse taalgebied omschrijven Trijsburg e.a. (2001, p. 1 2.3-1) de therapeutische relatie als *'de houdingen en gevoelens van de cliënt en de therapeut ten opzichte van elkaar en de wijze waarop deze tijdens de behandeling tot uitdrukking wordt gebracht'*. De therapeutische relatie kent meerdere aspecten: de reële relatie, de primaire relatie, de overdrachtsrelatie en de werkalliantie (zie Trijsburg e.a. (2001) voor een uitwerking van deze

begrippen). Hét centrale aspect van de therapeutische relatie is de samenwerking tussen therapeut en patiënt, ook wel werkalliantie genoemd; hieronder verstaat men doorgaans: *'an emotional alignment that is both fostered and fed by the emotional bond, agreement on goals and agreement on tasks'* (Gelso & Carter 1985, p. 163). In deze omschrijving kan men de drie elementen herkennen die Bordin (1979) onderscheidde: overeenstemming over de doelen van de therapie (1), over het geheel van activiteiten, de taken (2), die daarbij horen en het ontwikkelen van een band tussen

therapeut en patiënt gebaseerd op vertrouwen, respect en wederzijdse gehechtheid (3). Onderzoek naar de therapeutische relatie concentreert zich vooral op het werkalliantieaspect, met de door Bordin onderscheiden drie elementen.

Over de relatie tussen werkalliantie en behandelresultaat publiceerden Horvath e.a. (2011) recent een update van eerdere meta-analyses; zij vonden een vergelijkbare, kleine (Cohens $d = 0,28$), effectgrootte als in eerdere overzichten. Ook andere bevindingen komen overeen: er is een consistente negatieve correlatie met uitval, de therapeutische relatie heeft een vergelijkbaar effect op behandelresultaat ongeacht de specifieke behandelvorm, en met name de vroege werkalliantie (in ambulante therapie tussen de derde tot vijfde zitting) is een belangrijke voorspeller voor het uiteindelijke behandelresultaat (Horvath & Bedi 2002; Lingardi e.a. 2005). Ook al is de werkalliantie in verschillende contexten en doelgroepen onderzocht, verreweg het meeste onderzoek heeft betrekking op langer durende ambulante individuele behandelingen. Bordin (1979) vroeg zich al af in hoeverre deze bevindingen generaliseerd kunnen worden naar bijvoorbeeld andere typen patiënten in andere behandelsituaties.

Bij alle empirisch ondersteunde behandelvormen voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis wordt ervan uitgegaan dat de therapeutische relatie een centrale rol speelt in de behandeling (Bateman & Fonagy 2006). In sommige gevallen wordt er expliciet van uitgegaan dat de therapeutische relatie de component is die verandering teweegbrengt in de persoonlijkheidsproblematiek. Er is echter nauwelijks empirisch onderzoek naar de therapeutische relatie bij specifiek patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Smith e.a. 2006). Hersoug e.a. (2002) vonden een minimaal verband tussen de ernst (aantal criteria van de DSM-IV-classificatie) van de persoonlijkheidsstoornis en de werkalliantie; ook vonden zij dat de kwaliteit van huidige en vroegere relaties sterker geassocieerd was met de werkalliantie in het begin (zitting 3) dan in latere fases van therapie. Strauss e.a. (2006) onderzochten de therapeutische relatie bij patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis in cognitieve gedragstherapie; als in de eerste zittingen een werkalliantie tot stand kwam, dan ging dat samen met een beter behandelresultaat en minder drop-out.

Bender (2005) beschreef de obstakels in het tot stand brengen van de therapeutische relatie vanuit het gezichtspunt van de pathologische kern van de verschillende clusters. Bij cluster A is het basaal tekort in het vermogen interpersoonlijke relaties op te bouwen een grote belemmering. De patiënten hebben ofwel geen behoefte een relatie op te bouwen, of zijn daarvoor te angstig of te achterdochtig. Patiënten met een cluster B-persoonlijkheids-

AUTEURS

SJOERD COLIJN was hoofd onderzoekslijn Persoonlijkheidsstoornissen, Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma (CPI); thans: GGZ Delfland.

MARYSE CNOSSEN schreef haar onderzoeksscriptie bij het CPI; thans: promovendus, afd. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam.

IRENE DE JONG, was psycholoog diagnostiek en datamanager onderzoek CPI; thans: psycholoog diagnostiek, Centrum Eetstoornissen Ursula, Leiden.

RIKKE HARINGSMA, docent, sectie Klinische Psychologie, Universiteit Leiden.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. S. Colijn.

E-mail: s.colijn@ggz-delfland.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-1-2014.

stoornis, met name die met borderlinepersoonlijkheidsstoornis, zoeken grenzen open overschrijden deze, hetgeen hun relatievorming zwaar belast. Patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis kunnen makkelijker een (therapeutische) relatie opbouwen. Bij hen ligt het probleem later in de relatie: in hun neiging zich afhankelijk te maken, hun grote interpersoonlijke sensitiviteit en hun neiging om de relatie te controleren.

Er is eveneens weinig onderzoek naar de therapeutische relatie in een klinische setting. Een lastige complicatie in de klinische setting is dat de patiënt een behandelrelatie opbouwt met meerdere personen, niet met slechts één. Er zijn altijd meerdere behandelaars, samenwerkend in het behandelteam. Blais (2004) beschrijft hoe moeilijk het kan zijn om de relatie met één individuele behandelaar af te grenzen van de andere behandelaars; vaak is het meer op zijn plaats om te spreken van een behandelrelatie met een collectief (het behandelteam) dan van een behandelrelatie met een individu. De enige studie waarin de werkalliantie in een klinische setting, zij het voor kortdurende behandeling, onderzocht werd, is die van Blais e.a. (2010). Hoewel deze steekproef klein is ($n = 20$), zijn de resultaten interessant: de werkalliantie hing significant negatief samen met de ernst van symptomen en positief met het niveau van functioneren. Tegen de verwachting in bleek de werkalliantie negatief samen te hangen met verbetering tijdens opname.

Bowlby, de grondlegger van de gehechtheidtheorie, legde al verband tussen de gehechtheid aan de ouder(s) in de

vroege kindertijd en de relatie met de psychotherapeut in behandeling (Bowlby 1988). Een basale overeenkomst is dat zowel de ouders als de therapeut een veilige basis moeten bieden voor de exploratie van binnen- en buitenwereld van respectievelijk het kind en de patiënt. Alexander en Anderson (1994) vertaalden de vier gehechtheidpatronen van Bowlby (veilige gehechtheid en de drie onveilige varianten: vermijding, gepreoccupeerd of angstig) in bijbehorende kenmerkende therapeutische relaties. Veilig gehechte patiënten zullen de spanning van de therapeutische relatie goed kunnen verdragen en een goede werkaliantie opbouwen. Vermijding gehechte patiënten zullen geneigd zijn negatieve emoties binnen te houden, hun problemen bagatelliseren en intimiteit uit de weg gaan. Gepreoccupeerd gehechte patiënten zullen in de therapeutische relatie heen en weer schieten tussen idealisering en vijandigheid als hun behoeften gefrustreerd worden. Voor angstig gehechte patiënten is emotieregulatie het grote probleem – zij ervaren veel spanning in de therapie en zullen de neiging hebben afspraken af te zeggen en van therapeut te veranderen.

Smith e.a. (2010) deden een meta-analyse over 18 studies waarin het verband tussen gehechtheid en therapeutische relatie onderzocht werd. Een belangrijke uitkomst was dat er consistent een positieve relatie was tussen veilige gehechtheid en de sterkte van de therapeutische relatie. Alleen op de dimensie gehechtheidvermijding werd een negatief verband tussen vermijding en gehechtheid en werkaliantie gevonden. In een latere studie rapporteren Bachelor e.a. (2010) dezelfde bevinding. Opmerkelijk was dat er in de meerderheid van deze studies geen significant verband tussen gepreoccupeerde gehechtheid en een minder sterke therapeutische relatie gevonden werd.

Een begin van een verklaring voor deze bevinding zou kunnen liggen in het feit dat veel patiënten die onveilig gehecht zijn, sterk wisselen in hun appreciatie van de relatie met belangrijke anderen. Kanninen e.a. (2000) vonden in hun onderzoek naar de relatie tussen gehechtheidstijl en therapeutische relatie dat gepreoccupeerd gehechte patiënten sterk wisselden tussen positief en negatief in hun beoordeling van de werkaliantie tijdens de behandeling. Bachelor e.a. (2010) vonden in eerste instantie geen verband tussen gepreoccupeerde gehechtheid en de werkaliantie. Toen zij echter het klachtniveau in de analyse betrokken, bleek dat voor patiënten met een hoog klachtniveau de therapeutische relatie positiever was dan voor degenen met een laag klachtniveau. Hun verklaring hiervoor was dat een hoog klachtniveau de behoefte aan steun, advies en troost deed toenemen, evenals de hoop en de verwachting dat de therapeut de klachten zou kunnen verminderen. Bovendien zou een therapeut die met een patiënt met veel klachten werkt, nadrukkelijk

ker opletten en steunen en op die manier een betere beoordeling uitlokken.

In de enige studie naar het verband tussen gehechtheid en therapeutische relatie bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Bruck e.a. 2006) werd evenals eerder bij andere stoornissen gevonden dat veilige gehechtheid een betere therapeutische relatie voorspelde. Dit onderzoek beperkte zich echter tot cluster C- en persoonlijkheidsstoornis NAO en betrof slechts een kleine onderzoekspopulatie (n = 26).

Eigen onderzoek

In dit artikel rapporteren wij over onderzoek bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen aan het begin van een klinisch psychotherapeutische behandeling van een jaar, met als hypothesen: gelet op de ernst van de problematiek en bijbehorende interpersoonlijke obstakels, is de verwachting dat:

1. werkaliantie minder sterk, en gehechtheidgerelateerde angst en vermijding sterker zullen zijn dan bij ambulante patiënten;
2. de werkaliantie met de individuele behandelaar vergelijkbaar zal zijn aan die met het behandelteam;
3. er geen verschillen qua werkaliantie gevonden worden tussen de verschillende typen persoonlijkheidsstoornis;
4. er een samenhang zal zijn tussen de gehechtheid van de patiënt en de werkaliantie.

METHODE

Procedure

Het Centrum Persoonlijkheidsstoornissen Jelgersma was een derdelijnsvoorziening voor diagnostiek en klinische behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De Raad van Bestuur van Rivierduinen heeft besloten deze voorziening eind 2014 te sluiten. Naar aanleiding van de toename van wetenschappelijke evidentie voor een aantal welomschreven behandelvormen (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen 2008) werd in 2008 besloten aan de in het verleden opgebouwde expertise op het gebied van klinische psychotherapie een behandelmodel toe te voegen waarvoor evidentie bestond. In 2008 werd op de afdelingen voor patiënten met cluster A- of cluster B-persoonlijkheidsstoornis een op de doelgroep toegesneden vorm van mentaliserenbevorderende therapie (MBT; Bateman & Fonagy 2006) ingevoerd. Op de afdeling voor patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis werd een op de doelgroep toegesneden vorm van overdrachtsgerichte psychotherapie (TFP; Yeomans e.a. 2004) geïntroduceerd. Klinische behandeling houdt in dat de patiënten een dagprogramma geboden wordt met verschillende groepstherapieën en daarnaast een wekelijks

behandelcontact met een individueel behandelaar. Ook het dagelijks leven in de afdeling wordt betrokken in de therapie.

In dit onderzoek werden patiënten van drie klinisch psychotherapeutische afdelingen betrokken, elk gericht op één van de drie verschillende persoonlijkheidsstoornisclusters. Standaard wordt aan alle patiënten instemming gevraagd met het in wetenschappelijk onderzoek geanonimiseerd analyseren van hun gegevens die voor feedback op de behandeling (ROM) verzameld worden; dit betekent dat in dit geval niet afzonderlijk toestemming bij een ethische commissie gevraagd hoefde te worden.

Onderzochte groep

De meerderheid van de patiënten voldeed aan de criteria voor meerdere persoonlijkheidsstoornissen. De onderzoeksgroep bestond uit de patiënten die opgenomen waren in CPJ in twee afzonderlijke periodes, van 11 april tot 1 september 2011 en van 31 oktober 2011 tot 1 juli 2012. De onderbreking werd bepaald door het afsluiten van de onderzoeksperiode van de tweede auteur en het pas weer beschikbaar zijn van een onderzoeksstagiair twee maanden later.

In deze periodes waren 72 patiënten opgenomen, van wie 5 de behandeling beëindigden voordat het moment van meting in de vijfde week van opname bereikt was. Verder weigerden 3 patiënten medewerking en bij 4 patiënten lukte het niet de lijsten binnen de daarvoor gestelde termijn in te vullen. De onderzoeksgroep waarop de uiteindelijke analyses werden gedaan, omvatte 60 patiënten.

De onderzoeksgroep bestond uit 45 vrouwen en 15 mannen; de gemiddelde leeftijd was 27,56 jaar (SD 5,58; uitersten 19-43 jaar); 85,0% was ongehuwd, 13,3% gehuwd en 1,7% gescheiden. Patiënten waren relatief hoog opgeleid: 21,7% had vmbo/lbo gevolgd, 51,7% mbo/havo/vwo; 26,7% hbo of universiteit. De respondenten voldeden gemiddeld aan 1,25 classificaties (SCID-II) persoonlijkheidsstoornis (SD 0,60; uitersten 1-3); 88,3% had een of meer comorbide as I-stoornissen, de meest voorkomende waren depressie (48,3%), dysthymie (8,3%) en eetstoornis (8,3%). Op basis

van deze comorbiditeit op zowel as II als as I kan men stellen dat het om patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen gaat. Op al deze kenmerken werd getoetst voor verschillen tussen respondenten en onderzoeksuitvallers. Er werden slechts enkele verschillen gevonden. Deelnemers waren gemiddeld hoger opgeleid dan uitvallers ($\chi^2(3; n = 72) = 10,65; p = 0,01$) en er waren relatief veel uitvallers bij de afdeling met voornamelijk patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis ($\chi^2(2; n = 72) = 8,18; p = 0,02$).

Meetinstrumenten

WERKALLIANTIE MET BEHANDELAAR EN BEHANDELTEAM

In deze studie gebruikten wij de *WerkAlliantieVragenlijst* (wav; Vervaeke & Vertommen 1996), de Nederlandse vertaling van de *Working Alliance Inventory*. De wav is opgebouwd uit drie subschalen: de bandschaal, de taakschaal en de doelenschaal, verwijzend naar de eerdergenoemde driedeling van Bordin (1979). De optelling van de subschaalscores levert de totaalscore. Elke schaal heeft 12 items, de totale vragenlijst omvat 36 items. De items worden gescoord op een vijfpuntsschaal van 1 ('nooit') tot 5 ('altijd'). Als conclusie van hun onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de wav stellen Vervaeke en Vertommen dat de wav een betrouwbaar beeld kan schetsen van de band tussen patiënt en therapeut en de overeenkomst over taken en doelen. Cronbachs α van de schalen en de gehele vragenlijst varieerde van 0,81 tot 0,92 (Vervaeke & Vertommen 1996).

Er zijn weinig publicaties over meetinstrumenten voor werkalliantie in de klinische setting; in het Nederlandse taalgebied is ons geen enkel onderzoek bekend. Daarbuiten doet Blais (2004) verslag van de ontwikkeling van de *Inpatient-Treatment Alliance Scale* (I-TAS) voor onderzoek in de setting van kortdurende klinische opname. Duidelijk is dat de I-TAS veel specifieke items voor de kortdurende (gemiddeld 18 opnamedagen) opnamesetting bevat. Omdat wij in dit onderzoek ons wilden richten op de beginnende werkalliantie in langer durende (9-12 maanden)

TABEL 1 Onderscheid tussen de verschillende behandelafdelingen

Cluster persoonlijkheidsstoornis	A	B	C
Aantal behandelplaatsen	9	27	18
Behandelvorm	MBT	MBT	TFP
Behandelduur klinische deel in maanden	12	9	9
Aantal inclusies in onderzoeksperiode	7	19	34

TABEL 2 Aspecten van de werkalliantie met behandelaar en met behandelteam, gemeten met de WerkAlliantieVragenlijst (WAV)

Variabele	M (SD) behandelaar	M (SD) behandelteam	t(df)	p
WAV-totaal	129,8 (17,67)	122,2 (17,7)	3,64	0,00
WAV-doelen	43,4 (6,51)	40,1 (5,98)	4,31	0,00
WAV-taken	42,6 (6,01)	40,3 (6,23)	3,61	0,00
WAV-band	43,8 (7,55)	41,8 (7,23)	2,35	0,02

den) klinische behandeling, was het noodzakelijk om zelf een vragenlijst te ontwikkelen om de werkalliantie in de klinische situatie te meten. Dit deden wij door naast de oorspronkelijke *WerkAlliantieVragenlijst* een versie voor het behandelteam te ontwikkelen. Wij lieten de oorspronkelijke WAV zo veel mogelijk intact en vulden slechts op de plaats waar in de individuele versie de naam van de behandelaar ingevuld zou moeten worden nu 'het behandelteam' in; waar dat om grammaticale redenen noodzakelijk was, werden formuleringen zo spaarzaam mogelijk aangepast. Hierna wordt naast de WAV-behandelaar (WAV-B) verwezen naar deze WAV-behandelteam (WAV-T).

GEHECHTHEID

Gehechtheid werd gemeten met de *Experiences in Close Relationships-revised* (ECR-r; Nederlandse vertaling Conradi e.a. 2006). Hierin worden twee dimensies van gehechtheid gemeten: gehechtheidsangst en gehechtheidsvermijding. De ECR-r bestaat uit 36 items die gescoord worden op een schaal van 1 ('helemaal mee oneens') tot 7 ('helemaal mee eens'). Hoe lager men scoort op beide dimensies, des te groter de veilige gehechtheid. Cronbachs α van de schalen en de gehele vragenlijst varieerde van 0,86 tot 0,93; de test-hertestbetrouwbaarheid (tussen de 0,50 en 0,75) was goed.

PERSOONLIJKHEIDSGESTOORNISSEN

Voorafgaande aan of gedurende de eerste twee weken van behandeling werd bij alle patiënten standaard de *Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II; Nederlandse vertaling Weertman e.a. 2000) afgenomen. De SCID-II maakt zichtbaar aan welke DSM-IV-criteria voor persoonlijkheidsstoornissen een patiënt voldoet. In dit onderzoek stelde de behandelaar (psychiater en/of psychotherapeut) mede op basis van die uitslag de 'scid-informed klinische diagnose'; de behandelaar bepaalde op basis van de resultaten van de SCID-II en andere informatie in het intake-traject de hoofddiagnose en eventuele neven diagnoses. In dit onderzoek werd per patiënt alleen de hoofddiagnose in de analyses meegenomen.

Data-analyse

Verschillen tussen deelnemers en onderzoeksuitvallers werden getoetst met χ^2 - en Students t-testen. Om het verschil in gemiddelden tussen de WAV-B en WAV-T en de verschillen met de gemiddelden gerapporteerd door Vervaeke en Vertommen (1996) te toetsen gebruikten we t-testen. Om te toetsen of er verschillen zijn in patiëntkenmerken bij de werkalliantie gebruikten we t-testen en een eenweg-variantieanalyse (ANOVA).

De verschillen op de ECR-r in deze populatie werden vergeleken met die in een poliklinische populatie, met een Student-t-test. De correlaties tussen gehechtheid en werkalliantie werden, evenals de correlatie tussen de extreme scores op de werkalliantie en gehechtheid, berekend met Pearsons product-momentcorrelaties. De extreme scores werden berekend door de WAV-schalen om te zetten in z-scores en daar vervolgens de absolute waarde van te nemen.

RESULTATEN

Kenmerken meetinstrumenten in deze onderzoekspopulatie

Voor de WAV-B werden Cronbachs α 's gevonden tussen 0,83 en 0,93 en voor de WAV-T Cronbachs α 's tussen 0,83 en 0,95; iets hoger dan Vervaeke en Vertommen (1996) voor de WAV-B gevonden hadden. In deze onderzoekspopulatie werden voor de ECR-r Cronbachs α 's voor interne consistentie gevonden tussen 0,91 en 0,95. De assumpties voor lineariteit en normaalverdeling werden voor alle variabelen getoetst en in orde bevonden.

De werkalliantie

De vergelijking tussen de schaalgemiddelden van de WAV-B en de WAV-T is te zien in **TABEL 2**. Er werden op alle schalen significante verschillen tussen beide vragenlijsten gevonden ($p=0,00$ voor totaalscore, doelen en taken; $p=0,02$ voor band). Patiënten scoorden de therapeutische relatie met de behandelaar op alle punten (band, doelen, taken en totaal) significant beter dan de therapeutische relatie met het hele behandelteam.

Als laatste keken we naar verschillen in werkalliantie binnen de patiëntengroep op basis van die patiëntkenmerken waarop in de verder homogene groep variatie te zien was: geslacht, opleidingsniveau, wel-niet depressieve comorbiditeit, type persoonlijkheidsstoornis (cluster B of cluster C, op basis van de kleine aantallen werden andere classificaties buiten de analyse gehouden). Er werden geen verschillen gevonden, op één variabele na: er bleek een significant verschil tussen cluster B en C op de totale werkalliantie met het behandelteam ($t(44) = -2,08$; $p = 0,04$) en de overeenstemming met betrekking tot de doelen ($t(44) = -2,01$; $p = 0,05$): patiënten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen scoorden significant hoger dan patiënten met cluster B.

De relatie met de gehechtheid van de patiënt

We keken naar de samenhang tussen gehechtheidgerelateerde angst en vermijding enerzijds en de schaalscores op de WAV-B en de WAV-T anderzijds. De gevonden correlaties varieerden tussen 0,0 en 0,2; geen enkele bleek significant. Vervolgens werd, geïnspireerd door Kanninen e.a. (2000), gekeken of hogere gehechtheidgerelateerde angst en vermijding samenhangen met extreme (zowel hoog als laag) scores op de werkalliantie. **TABEL 3** laat zien dat de correlaties varieerden van verwaarloosbaar tot matig. Er bleken significante correlaties tussen extremer scores op gehechtheidgerelateerde angst en de band met de individueel behandelaar ($r = 0,27$; $p = 0,04$), totaalscore werkalliantie met het behandelteam ($r = 0,36$; $p = 0,01$), overeenstemming over taken met het behandelteam ($r = 0,30$; $p = 0,02$) en de band met het behandelteam ($r = 0,29$; $p = 0,02$). Ook werd een significante relatie gevonden tussen extremer scores op gehechtheidgerelateerde vermijding en overeenstemming op doelen met het behandelteam ($r = 0,28$; $p = 0,03$).

DISCUSSIE

De interne consistentie van de instrumenten blijkt adequaat in deze onderzoekspopulatie en laat verder onderzoek toe.

Vergelijking met andere populaties

Noch over de werkalliantie, noch over gehechtheidgerelateerde angst en vermijding bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek is in de literatuur iets bekend. Om de gevonden resultaten toch enigszins in perspectief te plaatsen is het relevant de bevindingen te vergelijken met de resultaten in andere populaties. Aangaande de werkalliantie werd vergeleken met de gemiddelden gerapporteerd door Vervaeke en Vertommen (1996) over de WAV-B in een polikliniekpopulatie. De WAV-B-totaal was significant lager dan het gemiddelde gerapporteerd door deze auteurs ($t(73) = -4,44$; $p < 0,01$), evenals de WAV-T-totaal ($t(73) = -8,93$; $p < 0,01$). Ook de subschalen van de WAV-B en de WAV-T scoorden significant lager.

Wat betreft gehechtheidgerelateerde angst en vermijding werden gemiddelden van de ECR-r in deze populatie vergeleken met de gemiddelden gerapporteerd door Kooiman e.a. (2013) in een polikliniekpopulatie. Zowel de gemiddelde gehechtheidgerelateerde angst ($t(72) = 11,16$; $p < 0,001$) als de gemiddelde gehechtheidgerelateerde vermijding ($t(72) = 4,82$; $p < 0,001$) was in de door ons onderzochte kliniekpopulatie significant hoger.

Deze vergelijkingen laten zien dat de werkalliantie bij deze klinische populatie minder sterk (op alle onderdelen: totaalscore, band, overeenstemming op doelen en taken) is en de gehechtheidproblemen ernstiger. Het moment van meten kan invloed hebben (in ambulant onderzoek werd de WAV na 3-5 zittingen of weken afgenomen, in klinisch onderzoek na een intensieve kennismakingsperiode van 5-9 weken). Echter, het is aannemelijk dat dit ook te

TABEL 3 Pearsons product-momentcorrelaties tussen gehechtheidsangst en gehechtheidsvermijding van de patiënt en absolute Z-waarden van de werkalliantie met behandelaar (WAV-B) en behandelteam (WAV-T). Z |...| = absolute waarde van de z-score; WAV = WerkAlliantieVragenlijst

	Z WAV-B				Z WAV-T			
	Totaal	Doelen	Taken	Band	Totaal	Doelen	Taken	Band
ECR-r angst	0,10	0,06	0,02	0,27 ^a	0,36 ^b	0,12	0,30 ^a	0,29 ^a
ECR-r vermijding	0,04	0,05	-0,10	-0,06	0,18	0,28 ^a	0,11	0,02

^a $p < 0,05$.

^b $p < 0,01$.

maken heeft met de ernst van de stoornis. Dit wordt ondersteunt door het gegeven dat de in deze populatie gevonden gehechtheidgerelateerde angst significant hoger was en de gehechtheidgerelateerde vermijding sterker.

Werkalliantie team of individuele behandelaar

In de onderzoeksliteratuur zijn geen andere studies bekend waarin de werkalliantie met behandelaar wordt vergeleken met die met het behandelteam. De patiënten bleken op alle onderdelen de relatie met het behandelteam minder positief te beoordelen dan hun relatie met hun individuele behandelaar. Deze laatste bevinding suggereert het belang van de relatie met de individuele behandelaar in zo'n complexe en intensieve setting. Bij patiënten met dergelijke ernstige stoornissen is het waarschijnlijk van belang dat zij binnen de context van teambehandeling ook een individueel behandelcontact krijgen aangeboden. Dit is in overeenstemming met de ontwikkeling die Thunissen (2009) schetst, dat waar vroeger individuele werkallianties in een dergelijke setting geminimaliseerd werden, deze in de laatste decennia juist weer bevorderd worden.

Verband patiëntkenmerken en werkalliantie

Binnen de patiëntengroep hebben wij gekeken naar de relatie tussen patiëntkenmerken en de werkalliantie, zowel met behandelaar als met behandelteam. De enige systematische trend is te zien bij de vergelijking tussen patiënten met cluster B- en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Bij de werkalliantie met de behandelaar is geen verschil zichtbaar, bij de werkalliantie met het behandelteam wel: patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis lijken de werkalliantie hoger te waarderen dan de patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Dit is een bevestiging van de klinische voorspelling van Bender (2005) dat in de beginfase het opbouwen van een werkalliantie bij patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis voorspoediger verloopt dan bij degenen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, hetgeen volgens haar niet betekent dat dat in de latere fasen van behandeling niet weer zal veranderen.

Tot slot keken we naar de mate waarin het tot stand komen van de werkalliantie samenhangt met de gehechtheidskenmerken van de patiënt. In eerste instantie werd er geen samenhang gevonden, ook niet het negatieve verband tussen gehechtheidgerelateerde vermijding en de werkalliantie dat Smith e.a. (2010) in hun meta-analyse vonden. Dit veranderde toen we de patiënten, die de werkalliantie in vergelijking met de andere patiënten extreem hoog of juist extreem laag beoordelen, vergeleken met patiënten die de werkalliantie meer gemiddeld scoren. Er blijkt een

matige, maar significante correlatie tussen een hogere gehechtheidgerelateerde angst en extremer (positief en negatief) scoren op de werkalliantie, zowel wat betreft de band met de behandelaar als de overeenstemming over taken met het behandelteam, de band met het behandelteam, en de totale werkalliantie met het behandelteam; eenzelfde verband werd gevonden tussen gehechtheidgerelateerde vermijding en extreme scores op de overeenstemming over doelen met het behandelteam.

Deze resultaten sluiten aan bij de suggesties die Kanninen e.a. (2000) en Bachelor e.a. (2010) doen op basis van zeer verschillend onderzoek. Het blijkt niet zozeer kenmerkend voor patiënten met hoge gehechtheidgerelateerde angst en vermijding of de werkalliantie al dan niet tot stand komt, maar veeleer de extremiteit (idealiseren of devalueren) in beoordeling van de werkalliantie (Bachelor e.a. 2010). Een andere verklaring, in navolging van Kanninen e.a. 2000, is dat bij één patiënt er een sterke wisseling tussen extremen kan zijn. In dit cross-sectionele onderzoek zou dan een momentopname van die extremen te zien zijn, wat kan betekenen dat de werkalliantie op het moment van meting toevallig extreem hoog of extreem laag is. Deze veronderstelling verdient het getoetst te worden in longitudinaal onderzoek, waarin de werkalliantie op meer momenten tijdens behandeling gemeten wordt.

Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste is van de psychometrische kwaliteiten van de werkalliantievragenlijsten alleen de interne consistentie onderzocht. Een tweede beperking is de grootte van de onderzoekspopulatie. Van de 18 onderzoeken in het overzichtsartikel van Smith e.a. (2010) zijn er maar 3 met een onderzoeksteekproef groter dan die in ons onderzoek ($n = 60$); voor het betrouwbaar onderzoeken van binnen-groepsverschillen is echter een grotere n noodzakelijk. Een derde beperking is dat er in dit onderzoek relatief veel toetsen zijn gedaan. Het kan daarom niet uitgesloten worden dat enkele van de resultaten toevalsbevindingen zijn. Een laatste beperking is de mogelijke kleuring van de onderzoeksresultaten door het gegeven dat de uitval groter was onder laag opgeleide patiënten en degenen met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis; verondersteld mag worden dat de gevonden trends (slechtere werkalliantie cluster B, relatie tussen gehechtheidgerelateerde angst en vermijding en extremer scoren op de werkalliantie) zonder deze selectieve uitval alleen maar sterker naar voren gekomen zouden zijn.

CONCLUSIE

De veronderstelling dat bevindingen betreffende de werkaliantie bij algemene populaties psychotherapiepatiënten mogelijk niet opgaan voor specifieke doelgroepen wordt in dit onderzoek bevestigd. Bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen aan het begin van de behandeling komt een werkaliantie moeilijker tot stand dan bij patiënten met minder ernstige stoornissen; dat geldt in

nog sterker mate voor de werkaliantie met patiënten met cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. De werkaliantie met het behandelteam in een klinische setting wordt lager beoordeeld dan die met de individuele behandelaar. Bij onderzochte groep patiënten hangt een hogere gehechtheidsangst samen met extremere beoordeling van de werkaliantie. Deze uitkomsten wettigen replicatie van dit onderzoek in een grotere onderzoekspopulatie.

LITERATUUR

- Alexander PC, Anderson CL. An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychother* 1994; 36: 665-75.
- Bachelor A, Meunier G, Laverdière O, Gamach, D. Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2010; 47: 454-68.
- Bateman A, Fonagy P. Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. A practical guide. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- Bender DS. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatric Practice* 2005; 11: 73-87.
- Blais MA. Development of an inpatient treatment alliance scale. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 487-93.
- Blais MA, Jacobo MC, Smith SR. Exploring therapeutic alliance in brief inpatient psychotherapy: A preliminary study. *Clin Psychol Psychother* 2010; 17: 386-94.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1979; 16: 252-60.
- Bowlby J. A secure base: Clinical applications of attachment theory (1ste dr.). Londen: Routledge; 1988.
- Bruck E, Winston A, Aderholt S, Muran, JC. Predictive validity of patient and therapist attachment and introject styles. *Am J Psychother* 2006; 60: 393-406.
- Conradi HJ, Gerisma C, van Duijn M, de Jonge P. Internal and external validity of the Experiences in Close Relationships questionnaire in an American and two Dutch samples. *Eur J Psychiatry* 2006; 20: 258-69.
- Gelso CJ, Carter JA. The relationship in counselling and psychotherapy: components, consequences and theoretical antecedents. *Couns Psychologist* 1985; 13: 155-243.
- Hersoug AG, Monsen JT, Havik OE, Hoglend P. Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship, and intrapsychic variables as predictors. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 18-27.
- Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross J, red. *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford University Press; 2002. p 37-69.
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011; 48: 9-16.
- Kanninen K, Salo J, Punamäki RL. Attachment patterns and working alliance in trauma therapy for victims of political violence. *Psychother Res* 2000; 10: 435-49.
- Kooiman CG, Klaassens ER, van Heloma Lugt JQ, Kamperman AM. Psychometrics and Validity of the Dutch Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-r) in an Outpatient Mental Health Sample. *J Personality Assessment* 2013; DOI: 10.1080/00223891.2012.740540.
- Lingiardi V, Filippucci L, Baiocco R. Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychother Res* 2005; 15: 45-53.
- Smith AEM, Msetfi RM, Golding L. Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance; A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30: 326-37.
- Smith TL, Barrett MS, Benjamin L, Barber JP. Relationship factors in treating personality disorders. In: Castonguay LG, Beutler LE, red. *Principles of therapeutic change that work*. Oxford: University Press; 2006. p 219-38.
- Strauss JL, Hayes AM, Johnson SL, Newman CF, Brown GK, Barber J, e.a. Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *J Cons Clin Psychol* 2006; 74: 337-345.
- Thunnissen MM. (Dag)klinische psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. In: Colijn S, Snijders JA, Thunnissen MM, Bögels S, Trijsburg RW red. *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p 693-702.
- Trijsburg RW, Knaevelsrud C, Vervaeke GAC. De therapeutische relatie en de werkaliantie. In: Trijsburg W, Colijn S, Collumbien E, Lietaer G, red. *Handboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2001. p 1.2.3.1-36.
- Vervaeke GAC, Vertommen H. De Werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie* 1996; 29: 139-144.
- Weertman A, Arntz A, Kerkhofs M. SCID-II: gestructureerd klinisch interview voor het vaststellen van DSM-IV stoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger; 2000.
- Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. Transference-focused psychotherapy bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Lisse: Harcourt; 2004.

SUMMARY

The working alliance in inpatient treatment for personality disorders and its connection with patient characteristics: an exploratory study

S. COLIJN, M.C. CNOSSEN, I. DE JONG, R. HARINGSMA

BACKGROUND The working alliance between therapist and patient has been investigated frequently, but much less is known about the working alliance in specific patient groups in specific settings.

AIM To obtain insight into the characteristics of the working alliance in intensive inpatient psychotherapy involving patients with severe personality disorders, and to pay special attention to patient characteristics such as diagnosis and attachment.

METHOD At the end of the first phase of treatment we collected, on the basis of questionnaires, information about the working alliance and attachment of 60 patients with a severe personality disorders who had received inpatient psychotherapy.

RESULTS Working alliances with therapist and team were found to be weaker than in outpatient populations; working alliances with the therapist proved to be stronger than working alliances with the treatment team. Cluster C patients developed a better working alliance with the treatment team than did cluster B patients, particularly in the domain of treatment goals. Patients in this study turned out to be attached more anxiously and 'avoidantly' than patients in general outpatient populations; no correlation was found between patients' attachment and the strength of the working alliance. However, when a distinction was made between patients with extreme scores and patients with average scores, results showed that the more anxiously patients felt attached, the higher were their scores for their working alliance with the treatment team.

CONCLUSION It is more difficult to establish a working alliance with patients who have a severe personality disorder than with patients suffering from a less severe personality disorder. Patients with a severe personality disorder seemed to show a higher degree of anxious attachment and to have a more critical attitude to the working alliance.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)8, 505-513

KEY WORDS attachment, inpatient treatment, personality disorders, working alliance