

Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek

A.J.T. CORNELISSEN, E. POPPE, M.A. OUWENS

ACHTERGROND Drop-out is een belangrijk probleem bij psychotherapie. Factoren die in eerdere studies samenhangen met drop-out zijn onder meer te verdelen in cliëntkenmerken zoals jonge leeftijd en lage sociaaleconomische status en kenmerken van stoornissen zoals ernst van de problematiek en problematisch middelengebruik.

DOEL Onderzoeken van kenmerken van de cliënt en van de stoornis die samenhangen met drop-out en voorspellen van drop-out bij cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek.

METHODE Kenmerken van cliënt en stoornis werden in een retrospectieve studie onder 372 cliënten vastgesteld aan de hand van vier databronnen: intakebrieven, Gestructureerd Klinisch Interview DSM-IV (SCID)-II-persoonlijkheidsvragenlijst, (SCID-I- en -II-interviews) en ontslagbrieven. De samenhang van deze kenmerken met drop-out werd bi- en multivariaat getoetst.

RESULTATEN Het drop-outpercentage was 33,3. De factoren die significant bijdroegen aan de voorspelling van drop-out waren een jonge leeftijd, een lage Global Assessment of Functioning(GAF)-score en de aanwezigheid van middelenproblematiek bij ontslag. De mate en de ernst van de as I-problematiek en de aard van de persoonlijkheidsproblematiek droegen nauwelijks bij aan de voorspelling van drop-out.

CONCLUSIE Deze bevindingen impliceren dat er voor aanvang van de behandeling meer aandacht moet zijn voor de aanwezigheid van middelenproblematiek. Drop-out blijft een moeilijk te voorspellen en daarmee lastig te beïnvloeden fenomeen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)1, 17-27]

TREFWOORDEN drop-out, persoonlijkheidsstoornis, (klinische) psychotherapie

De afgelopen decennia is onderzoek verricht naar drop-out binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Overzichtsartikelen laten drop-outpercentages zien van 30 tot 80, ongeacht de vorm en de intensiteit van de behandeling of de onderzochte cliëntengroep (Baekeland & Lundwall 1975; Korrelboom e.a. 1996; Reis & Brown 1999; Wierzbicki & Pekarik 1993).

Drop-out heeft verschillende negatieve gevolgen. Zo brengt drop-out hoge maatschappelijke kosten met zich mee. Cliënten consumeren veel zorg bij verschillende instellingen, maar pro-

fiteren er weinig van. Ook kan drop-out een nieuwe of herhaalde teleurstelling met de hulpverlening zijn. Bovendien kan drop-out een negatief effect hebben voor een therapeutisch leefmilieu, hetgeen kan leiden tot een afname van de groepscohesie en een toename van gevoelens van onveiligheid onder cliënten (Kooiman 2008). Daarnaast kan drop-out leiden tot demoralisatie van de behandelstaf (Reis & Brown 1999) en kan deze een beperking betekenen bij onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen (Bados e.a. 2007; Baekeland & Lundwall 1975). Ten slotte is het beperken

van drop-out belangrijk, omdat blijkt dat cliënten beter kunnen profiteren van een behandeling als zij deze afronden (Chiesa e.a. 2000; Chiesa & Fonagy 2000; Higgitt & Fonagy 1992).

Voorspellers van drop-out Bij de huidige beperkte zorgbudgetten, *stepped care* en *evidence-based* behandelen, is het van belang na te gaan welke cliënten een verhoogd risico hebben op drop-out. Eerdere studies hebben aangetoond dat er verschillende kenmerken zijn die drop-out voorspellen, deze zijn onder te verdelen in kenmerken van de cliënt en kenmerken van stoornissen.

Cliëntkenmerken die een rol spelen bij drop-out zijn onder te verdelen in demografische en sociaaleconomische variabelen en praktische problemen. Diverse studies tonen dat degenen met drop-out significant jonger zijn dan cliënten die hun behandeling regulier afronden (Edlund e.a. 2002; King & Canada 2004; Sonawalla e.a. 2002; Thormählen e.a. 2003; Veeninga & Hafkenscheid 2004). Sociaaleconomische factoren zoals opleidings- en arbeidsniveau blijken ook belangrijk bij drop-out. Verschillende studies tonen dat cliënten met drop-out significant lager opgeleid zijn en een lager arbeidsniveau hebben (Chiesa e.a. 2000; Chiesa & Fonagy 2000; King & Canada 2004; Richmond 1992). De meeste studies wijzen uit dat sekse geen onderscheidende rol speelt bij drop-out. Praktische problemen zoals financiële problemen of geen zorgverzekering hebben, blijken wel een rol te spelen (Bados e.a. 2007; Edlund e.a. 2002; Gunderson e.a. 1989).

Kenmerken van stoornissen die een rol spelen bij drop-out zijn onder te verdelen in onder meer middelenproblematiek en ernst en complexiteit van de problematiek.

Diverse studies tonen aan dat cliënten met middelenmisbruik en/of -afhankelijkheid vaker een behandeling voortijdig afbreken dan cliënten zonder deze problematiek (King & Canada 2004; Kooiman 2008; Reis & Brown 1999; Richmond 1992).

Ook de ernst van stoornissen wordt gezien als een risicofactor voor drop-out. Deze wordt in ver-

schillende studies echter anders geoperationaliseerd en bevindingen spreken elkaar soms tegen. Uit een studie van Richmond (1992) blijkt dat cliënten met zowel een as I- als een as II-stoornis vaker uitvallen dan cliënten met alleen een as I- of as II-stoornis. Gunderson e.a. (1989) tonen echter aan dat cliënten die bij aanvang van de behandeling meer psychische problemen hebben, vaker hun behandeling regulier afronden. Ook hebben cliënten die hun behandeling regulier afronden, een langere psychiatrische voorgeschiedenis en behandelvoorgeschiedenis dan cliënten met drop-out. Andere studies laten zien dat cliënten die aan meerdere criteria van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis voldoen, langer in behandeling blijven en een minder hoog risico op drop-out lopen (Chiesa e.a. 2000; Hilsenroth e.a. 1998). Uit een Nederlands onderzoek blijkt dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek uit cluster A of C vaker hun behandeling voortijdig beëindigen dan cliënten zonder persoonlijkheidsproblematiek of cliënten met cluster B-problematiek (Ten Kate e.a. 2007). In andere studies vindt men echter dat cliënten die voldoen aan een classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis een hoger risico op drop-out hebben dan cliënten die hier niet aan voldoen (Gunderson e.a. 1989; Skodol e.a. 1983).

Ernstige identiteitsproblemen, interpersoonlijke en sociale problemen blijken ook samen te hangen met drop-out (Hull e.a. 1993; Ruggeri e.a. 2007). Uit voorgaande studies blijkt dat cliënten met drop-out minder schuldgevoelens hebben, een hoger spanningsniveau ervaren (Richmond 1992), vaker impulscontroleproblemen hebben (Bados e.a. 2007) en een hoger niveau van vijandigheid rapporteren (Smith e.a. 1995). Thormählen e.a. (2003) vinden dat cliënten met drop-out minder interpersoonlijke stress rapporteren, maar dat hun interpersoonlijke problemen vaker gekenmerkt worden door een rancuneus en wraakzuchtig karakter.

Onderzoeksvragen Met de huidige studie wilden wij inzicht krijgen in cliënt- en stoornissenkenmerken die samenhangen met drop-out en

die deze voorspellen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Deze studie onderscheidt zich van eerdere Nederlandse studies (Kooiman 2008; Ten Kate e.a. 2007) doordat we gegevens uit meer verschillende informatiebronnen gebruikten, zoals intakebrieven, Gestructureerd Klinisch Interview DSM-IV (SCID)-zelfrapportagevragenlijsten, SCID-I- en -II-interviews en ontslagbrieven, en doordat we een relatief grotere cliëntengroep onderzochten. Zodoende konden we onderzoeken met welke gegevens drop-out het beste te voorspellen is en in welke fase van een klinische psychotherapeutische behandeling: bij intake, gedurende de eerste 8 weken of bij ontslag.

Wij hanteerden de volgende definitie van drop-out: vroegtijdige beëindiging van de behandeling door de cliënt waarover geen wederzijdse overeenstemming bestaat tussen cliënt en behandelstaf (Chiesa e.a. 2000). Bovendien zijn geformuleerde behandeldoelen nog niet behaald en verwacht de behandelstaf dat voortzetting van de behandeling nog een positief resultaat zou kunnen opleveren (Veeninga & Hafkenscheid 2004). Met deze operationalisatie van drop-out werden niet alleen de cliënten met vroege of late drop-out onderzocht, maar de hele groep.

Wij verwachtten op basis van eerdere studies dat jongere cliënten met een lagere sociaaleconomische status een hoger risico op drop-out hebben. Tevens verwachtten wij dat cliënten met drop-out ernstiger problemen hebben, met meer comorbiditeit van as I- en as II-problematiek, lagere *Global Assessment of Functioning* (GAF)-score (maat voor globaal functioneren) bij aanvang van de behandeling, een kortere behandelvoorgeschiedenis en meer cluster B-persoonlijkheidsproblemen. Daarnaast verwachtten wij dat cliënten met middelenproblematiek een hoger risico op drop-out hebben dan cliënten zonder deze problematiek en dat cliënten met meerdere interpersoonlijke problemen (as IV-classificaties) hun behandeling vaker voortijdig beëindigen.

METHODE

Procedure en databronnen

Na een positief advies van de commissie Wetenschappelijk Onderzoek en de daaropvolgende toestemming van de raad van bestuur van GGNet werden alle dossiers onderzocht van cliënten die *informed consent* hadden gegeven voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek. Het onderzoek werd opgezet als een retrospectieve predictieanalyse naar drop-out. De dossiers werden gecodeerd door twee masterstudenten Klinische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen. Na data-invoer werd 10% van de dossiers gecontroleerd op eventuele fouten in de invoer.

In deze studie gebruikten we gegevens uit vier verschillende bronnen die in verschillende fasen van het behandelingsproces werden verkregen.

De eerste databron betrof de intakebrieven, die waren gebaseerd op een gesprek van circa één uur met een ervaren intaker (psychiater of psycholoog-psychotherapeut) vóór de behandeling. De intaker had de beschikking over een verwijfsbrief en een aanmeldingsbrief met voorgeschiedenis van de cliënt. In de intakebrief stonden demografische en sociaaleconomische gegevens, de klachtgeschiedenis en psychiatrische voorgeschiedenis, familieanamnese, beschrijvende diagnose, DSM-IV-classificatie en behandeladvies beschreven.

De tweede databron betrof de SCID-zelfrapportagevragenlijst (Weertman e.a. 2000). Dit is een screeningslijst die alle kenmerken van de DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen systematisch uitvraagt en die cliënten voor aanvang van het intakegesprek invulden. Op basis van de items zijn de verschillende persoonlijkheidsstoornissen als schalen gereconstrueerd. De interne consistentie van de gereconstrueerde schalen is voldoende (Cronbachs alfa > 0,60). De validiteit is echter beperkt (Verheul e.a. 2000).

De derde databron betrof de SCID-I- en -II-interviews (Groenestijn e.a. 1999; Verheul e.a. 2000; Weertman e.a. 2000). Dit zijn semigestructureerde

interviews voor het classificeren van as I- en as II-stoornissen volgens de DSM-IV (APA 2000), die tijdens de eerste acht weken van de behandeling werden afgenomen door getrainde en gesuperviseerde interviewers. De betrouwbaarheid wordt als redelijk tot goed beoordeeld en de validiteit is redelijk (Verheul e.a. 2000; Weertman e.a. 2003).

De vierde databron betrof de ontslagbrieven die de behandelaar schreef na ontslag van de cliënt. De ontslagbrieven beschreven het behandelingsverloop, medicatiegebruik, beschrijvende diagnose en DSM-IV-classificatie bij ontslag, ontslagredenen en advies voor nazorg.

Behandelsetting

Deze studie was gebaseerd op de dossiers van 101 mannen en 364 vrouwen, variërend in leeftijd van 17 tot 55 jaar. Zij waren in de periode januari 2001-juli 2006 in behandeling op één van de twee klinische programma's of op de driedaagse deeltijdbehandeling van Scelta, Expertisecentrum voor Persoonlijkheidsproblematiek in Apeldoorn.

In klinisch programma 1 werd gewerkt met cognitieve gedragstherapie en dialectische gedragstherapie, in klinisch programma 2 werd gewerkt met schemagerichte therapie. Beide programma's richtten zich op cliënten die een intensieve sociale oefen- en trainingssituatie nodig hadden, om goed zicht te krijgen op hoe problemen ontstaan en om tot verandering te komen. In beide programma's werd gewerkt met een leefgemeenschap van maximaal 27 cliënten. De programmaonderdelen vonden, al naar gelang de therapie, plaats in de gehele leefgroep, in een therapiegroep van 9 personen of individueel. De behandelduur verschilde voor cliënten en werd individueel vastgesteld; deze lag doorgaans rond de 9 maanden.

Binnen de 3-daagse deeltijdbehandeling werd gewerkt met cognitieve gedragstherapie en dialectische gedragstherapie. Deze behandeling richtte zich op mensen voor wie een ambulante gesprekscontact te weinig mogelijkheden bood om tot verandering te komen en die een intensief

behandelprogramma met een sociale trainingssituatie nodig hadden om aan hun problemen te werken, maar daarnaast ook hun eigen woon- en werksituatie konden gebruiken als oefenveld. De cliënt kon binnen het vaste behandelprogramma uit diverse modules eigen keuzes maken zodat de behandeling goed kon aansluiten bij zijn of haar specifieke situatie. De behandeling vond plaats gedurende 6-9 maanden en werd individueel vastgesteld.

Analysemethode

De statistische analyses werden verricht met SPSS Windows (versie 16.0). De samenhang tussen drop-out en de verschillende dichotome en continue variabelen uit de vier databronnen werd geanalyseerd met χ^2 -toetsen en variantieanalyses. Gezien de grote hoeveelheid toetsen hanteerden wij een significantieniveau van 0,01. Vervolgens voerden wij een logistischeregressieanalyse uit om na te gaan welke variabelen, uit welke informatiebronnen en uit welke behandelingsfase, de beste voorspellers waren van drop-out. Hierbij selecteerden wij de variabelen die samenhangen met drop-out op een significantieniveau van $p < 0,05$. De gegevens uit de vier databronnen werden in chronologische volgorde toegevoegd in de logistischeregressieanalyse (*forward, stepwise, likelihoodratio*): intakegegevens, SCID-zelfrapportagevragenlijst, SCID-I- en -II-interviews en ten slotte ontslaggegevens. Nagelkerkes R^2 werd gebruikt om de verklaarde variatie te bepalen.

RESULTATEN

Deelnemers

Op basis van de ontslagredenen werden de cliënten in twee groepen verdeeld: 124 cliënten met drop-out en 248 cliënten die hun behandeling regulier hadden afgerond. In de analyses werden 65 cliënten die door het behandelend team waren weggestuurd, buiten beschouwing gelaten, evenals 28 cliënten van wie de ontslagredenen onbekend

was. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 372 cliënten (20,7% mannen en 79,3% vrouwen). Van de cliënten met drop-out verliet 26,6% de behandeling binnen 8 weken na de start van de behandeling, 73,4% verliet de behandeling na 8 weken.

Uit de intakebrieven werden de volgende demografische en sociaaleconomische kenmerken verzameld. De gemiddelde leeftijd was 27,8 jaar (uitersten: 17-54 jaar; standaarddeviatie 6,98). Etnische achtergrond: 90,0% had een Nederlandse achtergrond en 7,3% van de cliënten had een

andere achtergrond; van 2,7% was dit onbekend. Van de cliënten was 57,8% alleenstaand, 7% had een latrelatie, 23,7% woonde samen of was gehuwd en van 11,5% van de cliënten was de leefsituatie onbekend. Wat betreft opleidingsniveau was 21% laag opgeleid, 38,2% had een middelbare opleiding afgerond, 34,1% had een hbo of academische opleiding afgerond en van 6,7% was het opleidingsniveau onbekend. Arbeidsactiviteit: 31,7% was niet werkend, 43,8% zat in de ziektewet of had een arbeidsongeschiktheidsuitkering, 8,3% werkte en van 16,1% van de cliënten was dit onbekend.

TABEL 1 Samenhang drop-out en kenmerken van cliënt en stoornissen bij aanvang van behandeling (n = 372) bij cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek

	Regulier afgerond	Drop-out	χ^2/F	p*
Gem. leeftijd (SD)	28,45 (7,51)	26,37 (6,49)	6,973**	0,009
Opleidingsniveau (%)			13,690	0,001
Laag	40 (51,3)	38 (48,7)		
Middelbaar	94 (66,2)	48 (33,8)		
Hoog	97 (76,4)	30 (23,6)		
Onbekend***	17 (68,0)	8 (32,0)		
Arbeidsniveau (%)			11,01	0,004
Ongeschoold	111 (60,0)	74 (40,0)		
Geschoold	70 (68,0)	33 (32,0)		
Hooggeschoold	31 (88,6)	4 (11,4)		
Onbekend***	36 (66,7)	13 (13,2)		
GAF-score (SD)	56,36 (5,64)	54,24 (5,30)	9,849**	0,002
BPS-diagnose (%)			9,999	0,002
Afwezig	167 (71,7)	66 (28,3)		
Aanwezig	64 (54,7)	53 (45,3)		
Onbekend***	17 (77,3)	5 (22,7)		
NAO-diagnose (%)			9,216	0,002
Afwezig	110 (58,8)	77 (41,2)		
Aanwezig	121 (74,2)	42 (25,8)		
Onbekend***	16 (76,2)	5 (24,8)		

GAF = Global Assessment of Functioning; SD = standaarddeviatie; BPS = borderlinepersoonlijkheidsstoornis; NAO = niet anderszins omschreven.

*Niet significant waren: sekse, leefsituatie, arbeidsactiviteit, aantal as I-stoornissen, comorbiditeit as I- en as II-stoornissen; comorbiditeit as II-stoornissen en middelenproblematiek, aanwezigheid van middelenproblematiek, aanwezigheid van as IV-classificatie, aanwezigheid van sociale problemen (as IV), eerdere hulpverlening (geen/ambulant versus klinisch/crisis), crisis hulpverlening (geen versus opname) en aanwezigheid van werkproblemen.

**F-waarde.

***Percentage onbekend werd niet betrokken in de χ^2 -analyse. De kans op drop-out bij cliënten met ontbrekende gegevens verschilde niet van die bij cliënten met bekende gegevens (alle 4 additionele χ^2 -analyses gaven aan dat er geen significant verband was tussen drop-out en ontbrekende gegevens: $p > 0,05$).

TABEL 2 Samenhang drop-out en kenmerken van stoornissen uit de Gestructureerd Klinisch Interview DSM-IV(SCID)-zelfrapportagevragenlijsten (n = 297) en de SCID-I- en SCID-II-interviews (n = 144), bij cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek*

	Regulier afgerond (SD)	Drop-out (SD)	F	p
SCID-zelfrapportage				
Afhankelijk (A)	0,52 (0,25)	0,62 (0,26)	10,773	0,001
Theatraal (T)	0,22 (0,23)	0,34 (0,29)	13,313	0,000
Narcistisch (N)	0,22 (0,16)	0,28 (0,19)	8,607	0,004
Borderline (B)	0,69 (0,23)	0,76 (0,21)	7,500	0,007
Schizotypisch (sc)	0,38 (0,21)	0,46 (0,21)	9,016	0,003

*Niet significant in SCID-zelfrapportage: ontwijkend (O), obsessief-compulsief (OC), passief-agressief (P), depressief (D), paranoiaïd (PA), schizoid (SO), antisociaal (AS); niet significant in SCID-I- en II-interviews (alle variabelen): aantal as I-stoornissen, comorbiditeit as I- en as II-stoornissen; comorbiditeit as II-stoornissen en middelenproblematiek, aanwezigheid van middelenafhankelijkheid, classificatie (as II) borderlinepersoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis, persoonlijkheidsstoornis NAO, afhankelijkheid; aanwezigheid middelenmisbruik, aanwezigheid middelenproblematiek.

Bivariate analyse cliëntkenmerken en drop-out

Het drop-outpercentage binnen de onderzoekspopulatie bedroeg 33,3. Uit de bivariate analyse bleek dat een jongere leeftijd en een lager opleidings- en arbeidsniveau de kans op drop-out vergrootten (zie tabel 1) terwijl sekse, leefsituatie en arbeidsactiviteit geen significant verband hadden met drop-out. Voorts vergrootten een lagere GAF-score en de classificatie 'borderlinepersoonlijkheidsstoornis' de kans op drop-out, terwijl de classificatie 'persoonlijkheidsstoornis NAO' de kans op drop-out verlaagde (zie tabel 1). De overige variabelen uit de intakebrieven hadden geen significante samenhang met drop-out.

Een hogere score op een aantal items in de pathologische richting van de SCID-zelfrapportage

gevragenlijst vergrootte de kans op drop-out, vooral de schalen 'afhankelijk', 'theatraal', 'narcistisch', 'borderline' en 'schizotypisch' (zie tabel 2). De variabelen uit de SCID-interviews (zie tabel 2) hadden geen significant verband met drop-out.

Uit de analyse van de ontslaggegevens bleek dat een lagere GAF-score en de aanwezigheid van middelenmisbruik en -problematiek de kans op drop-out vergrootten (zie tabel 3). De overige ontslagvariabelen hadden geen samenhang met drop-out.

Logistischeregressieanalyse

Uit de eerste stap van de logistischeregressieanalyse bleek dat van de intakegegevens leeftijd, borderlinediagnose en GAF-score significant bij

TABEL 3 Samenhang drop-out en kenmerken van stoornissen, verkregen uit de ontslagbrieven (n = 352), bij cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek*

	Regulier afgerond	Drop-out	χ^2/F	p
GAF-score (SD)	60,0 (6,51)	55,2 (5,14)	35,833**	0,000
Middelenmisbruik (%)			8,146	0,004
Afwezig	216 (69,7)	94 (30,3)		
Aanwezig	20 (47,6)	22 (52,4)		
Middelenproblematiek (%)			8,771	0,003
Afwezig	211 (70,1)	90 (29,9)		
Aanwezig	25 (49,0)	26 (51,0)		

GAF = Global Assessment of Functioning.

*Niet significant: het aantal as I-stoornissen, comorbiditeit as I- en as II-stoornissen, comorbiditeit as II-stoornissen en middelenproblematiek, aanwezigheid van middelenafhankelijkheid, classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis (as II), persoonlijkheidsstoornis NAO (as II), afhankelijkheid (as II), aanwezigheid van as-IV-classificatie, aanwezigheid van sociale problemen (as IV), aanwezigheid van werkproblemen (as IV).

**F-waarde.

TABEL 4 Voorspellers van drop-out bij cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek (n = 265): stapsgewijze logistische regressieanalyse

	B	SE	OR (95%-BI)	p	R ²
Intakegegevens					
Leeftijd	-0,43	0,02	0,96 (0,92-0,99)	0,012	
BPS-diagnose	0,84	0,27	2,31 (1,37-3,90)	0,002	
GAF-score	-0,59	0,02	0,94 (0,90-0,99)	0,012	0,109
Intake- + ontslaggegevens					
Leeftijd	-0,47	0,02	0,95 (0,92-0,99)	0,029	
GAF-score (bij ontslag)	-1,22	0,03	0,89 (0,84-0,93)	0,000	
Middelenproblematiek (bij ontslag)	0,93	0,36	2,53 (1,25-5,14)	0,010	0,218

BPS = borderlinepersoonlijkheidsstoornis; GAF = Global Assessment of Functioning; SE = standard error; OR = oddsratio; BI = betrouwbaarheidsinterval; R² = Nagelkerkes R².

droegen aan de voorspelling van drop-out (zie tabel 4). Cliënten die jonger waren en bij wie na het intakegesprek een borderlinepersoonlijkheidsstoornis was gediagnosticeerd met een lage GAF-score, hadden een grotere kans op drop-out. Deze intakegegevens droegen in totaal 10,9% bij aan de verklaarde variatie (Nagelkerkes R²) van drop-out. De diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis was de sterkste voorspeller: cliënten bij wie deze diagnose was gesteld, hadden een 2,3 maal zo grote kans op drop-out. De toevoeging in de regressieanalyse van variabelen uit de SCID-zelfrapportagevragenlijst (stap 2) en de SCID-I- en -II-interviews (stap 3) leverde geen additionele significante voorspellers op. De SCID-gegevens die toegevoegd werden in stap 2 en 3 waren in meer of mindere mate gecorreleerd met de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis uit de intakebrieven (bijvoorbeeld met borderline in de SCID-zelfrapportage: $r = 0,36$, of met theatrale persoonlijkheid: $r = 0,18$) of met de GAF-score (bijvoorbeeld met depressie volgens de SCID: $r = 0,20$). Met andere woorden, de gegevens uit de SCID-zelfrapportage en SCID-I- en SCID-II-interviews hadden naast de classificatie borderlinepersoonlijkheidsstoornis in de intake geen toegevoegde voorspellende waarde voor drop-out.

Na toevoeging van ontslaggegevens bleek dat leeftijd, de GAF-score bij ontslag en de aanwezigheid van middelenproblematiek bij ontslag een unieke bijdrage leverden aan de voorspelling van

drop-out (zie tabel 4); de verklaarde variatie (Nagelkerkes R²) bedroeg 21,8%. De diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis en de GAF-score uit de intakefase hadden geen significante unieke bijdrage meer aan de voorspelling van drop-out nadat de ontslaggegevens in de analyse ingevoerd waren.

DISCUSSIE

Bevindingen

Eén derde van de onderzoekspopulatie staakte de behandeling door drop-out. Dit komt overeen met de laagste percentages die worden vermeld in recent Nederlands onderzoek naar drop-out en psychotherapie (Kooiman 2008; Thunnissen e.a. 2004).

Uit onze studie blijkt dat een jongere leeftijd en een lager opleidings- en arbeidsniveau de kans op drop-out vergroten (zie ook: Chiesa e.a. 2000; Edlund e.a. 2002; King & Canada 2004; Reis & Brown 1999; Sonawalla e.a. 2002; Tehrani e.a. 1996; Thormählen e.a. 2003; Veeninga & Hafkenscheid 2004; Wierzbicki & Pekarik 1993). Het is mogelijk dat jongere cliënten en cliënten met een lager opleidings- en arbeidsniveau slechter met tegenslagen binnen hun behandeling kunnen omgaan en eerder de hoop op verbetering verliezen. Aspecten zoals een verminderde impulsbeheersing en een beperkte frustratietolerantie kunnen hierbij

de achterliggende factoren zijn (Bados e.a. 2007; Reis & Brown 1999; Thormählen e.a. 2003).

Voorts blijken verschillende kenmerken van stoornissen de kans op drop-out te vergroten. Een lagere GAF-score bij aanvang van de behandeling is één van deze factoren. Het absolute verschil tussen de GAF-scores van cliënten met drop-out en van degenen die hun behandeling regulier afronden, is echter klein. Ook bij ontslag hebben cliënten met drop-out een significant lagere GAF-score dan cliënten die hun behandeling regulier afgerond hebben. Dit is begrijpelijk, omdat cliënten met drop-out niet hebben kunnen profiteren van een volledige behandeling. Het is ook mogelijk dat behandelaren de GAF-scores van cliënten met drop-out extra laag inschatten juist vanwege de drop-out.

Ook de classificatie 'borderlinepersoonlijkheidsstoornis' bij de intake vergroot de kans op drop-out, zoals eerdere studies hebben aangetoond (Chiesa e.a. 2000; Kooiman 2008; Ten Kate e.a. 2007). Er is echter geen verband tussen drop-out en gegevens over borderlinepersoonlijkheidsstoornis uit de SCID-interviews en de ontslagbrieven.

De kans op drop-out is bovendien groter bij cliënten die meer in de pathologische richting antwoorden op een aantal schalen van de SCID-zelfrapportagevragenlijst, vooral de schalen 'afhankelijk', 'theatraal', 'narcistisch', 'borderline' en 'schizotypisch'. Cliënten die zichzelf bijvoorbeeld presenteren als dramatisch, kleurrijk en met een grote behoefte aan aandacht, vallen sneller uit in de behandeling. Mogelijk hebben deze cliënten te hoge verwachtingen van de mate van aandacht tijdens de behandeling, zodat zij teleurgesteld afhaken als de werkelijkheid anders blijkt te zijn.

In overeenstemming met eerder onderzoek (King & Canada 2004; Kooiman 2008; Reis & Brown 1999; Richmond 1992) vergroot de aanwezigheid van middelenproblematiek de kans op drop-out. In onze studie blijkt dit uit de ontslaggegevens en niet uit de intakebrieven en de SCID-interviews. Mogelijk dat cliënten huiverig zijn middelenproblematiek uit zichzelf toe te geven, uit angst dat hun dan geen behandeling zal worden aangebo-

den. Het kan ook zijn dat er tijdens de intakefase onvoldoende aandacht is voor problematisch middelengebruik. Dit suggereert dat het belangrijk is vóór de behandeling expliciet uit te vragen of er sprake is van problematisch middelengebruik.

In tegenstelling tot eerdere studies vonden wij geen verband tussen drop-out en de aanwezigheid van interpersoonlijke problematiek (as IV) of ernst van de problematiek in termen van comorbiditeit.

De resultaten van de multivariate regressieanalyse laten zien dat drop-out in beperkte mate voorspeld wordt door kenmerken van de cliënt en van de stoornissen. De verklaarde variatie na intake is 10,9% en na ontslag 21,8%. Een jonge leeftijd, de classificatie 'borderlinepersoonlijkheidsstoornis' en een lage GAF-score zijn de belangrijkste voorspellers van drop-out gedurende de intake- en de behandelfase. Na ontslag zijn de jonge leeftijd en een aantal kenmerken uit de ontslagbrieven, zoals lage GAF-score en de aanwezigheid van middelenproblematiek, de belangrijkste voorspellers voor drop-out. De bevinding dat drop-out moeilijk en slechts voor een klein deel te voorspellen is, komt reeds decennia uit verschillende onderzoeken naar voren.

Beperkingen

Een mogelijke beperking van onze studie is allereerst het gebruik van de DSM-IV-classificaties als kenmerken van de stoornissen. Er is veel overlap tussen de verschillende as II-classificaties. Ook houden deze classificaties onvoldoende rekening met de individuele verschillen in uitingsvorm binnen één classificatie en met de context van cliënten.

Daarnaast zijn veel van de kenmerken van de stoornissen ten tijde van de intakefase gebaseerd op beoordelingen en interpretaties van klinici (behandelaren); deze oordelen worden over het algemeen als onbetrouwbaar beschouwd (Verheul e.a. 2000; Westen 1997). De informatie uit de SCID-zelfrapportagevragenlijst is wel betrouwbaar, maar niet valide (Verheul e.a. 2000) vanwege een

risico op overrapportage. De gegevens uit de SCID-interviews zijn redelijk tot goed betrouwbaar (Groenestijn e.a. 1999; Verheul e.a. 2000; Weertman e.a. 2000). Helaas hebben veel cliënten (62%) uit de onderzoekspopulatie niet deelgenomen aan deze interviews, waardoor veel informatie niet beschikbaar was voor analyse. Dit heeft deels te maken met vermindering en weerstand van cliënten: zij ervaren de interviews als zwaar en belastend. Daarnaast waren behandelaren in het verleden niet altijd alert op afname van de interviews. Hierdoor konden cliënten hun behandeling vervolgen zonder SCID-interview.

Tot slot is een belangrijke beperking van onze studie dat therapie- en therapeutgerelateerde kenmerken niet beschikbaar waren en daardoor buiten beschouwing zijn gelaten.


CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Toekomstig drop-outonderzoek zou prospectief moeten zijn. Daarbij kan men zich richten op kenmerken van cliënt en stoornis en therapiegerelateerde kenmerken en de interactie hiertussen. Tevens zou onderzoek zich meer moeten richten op mogelijke middelenproblematiek van cliënten. De aard van de overige stoornissen lijkt namelijk een minder grote rol te spelen bij drop-out.

Om drop-out in de klinische praktijk te verminderen is het belangrijk dat problematisch middelengebruik goed uitgevraagd wordt bij de intake. Nu blijkt vaak pas tijdens de behandeling dat cliënten met deze problemen kampen. Wanneer vóór de behandeling echter duidelijk wordt dat er sprake is van deze problemen, dan kan men samen met de cliënt bekijken wat er nodig is om toch te kunnen profiteren van een psychotherapeutische behandeling. Hierbij kan men denken aan bijvoorbeeld duale behandeltrajecten met andere instellingen en zorgverleners. Daarnaast moet de therapeut voor aanvang van de behandeling goed inschatten of cliënten in staat zijn om te profiteren van een intensieve (groeps)psychotherapie. Als de lijdensdruk en het klachtenniveau bijvoorbeeld te hoog zijn, vallen cliënten waar-

schijnlijk sneller uit. Diagnostische programma's waarin cliënten kunnen onderzoeken of zij een dergelijke vorm van behandeling aankunnen, kunnen hierbij helpen (Hummelen 2008).

In overeenstemming met voorgaand onderzoek, laat onze studie zien dat drop-out slechts in geringe mate te voorspellen is op grond van kenmerken van cliënt en stoornissen. Behandelaren, maar ook zorgverzekeraars, zullen moeten erkennen en accepteren dat drop-out niet precies te voorspellen en dus ook niet te voorkomen is. Drop-out blijkt een inherent onderdeel van psychotherapeutische behandeling te zijn. Daarnaast is het belangrijk te realiseren dat cliënten met drop-out ook goed kunnen functioneren na beëindiging van de behandeling (Thunnissen e.a. 2004).

 B. van Zundert en T. Willems assisteerden bij de dataverzameling en -invoer.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de, herz. druk). Washington: American Psychiatric Association.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 585-592.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 107-111.
- Chiesa, M., & Fonagy, P. (2000). Cassell personality disorder study: methodology and treatment effects. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 485-491.
- Edlund, M.J., Wang, P.S., Berglund, P.A., e.a. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 159, 845-851.
- Groenestijn, M.A.C., Akkerhuis, G.W., Kupka, R.W., e.a. (1999). *Gestructureerd Klinisch Interview voor de Vaststelling van DSM-IV As-I Stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Gunderson, J.G., Frank, A.F., Ronningstam, E.F., e.a. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 38-42.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Psychotherapy in borderline and narcissistic personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- Hilsenroth, M.J., Holdwick, D.J., Castlebury, F.D., e.a. (1998). The effect of DSM-IV Cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35, 163-176.
- Hull, J.W., Clarkin, J.F., & Kakuma, T. (1993). Treatment response of borderline inpatients. A growth curve analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 503-508.
- Hummelen, J.W. (2008). Weg met het concept persoonlijkheidsstoornis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63, 485-495.
- Kate, C.A. ten, Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Muller, N., e.a. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 597-609.
- King, A.C., & Canada, S.A. (2004). Client-related predictors of early treatment drop-out in a substance abuse clinic exclusively employing individual therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 189-195.
- Kooiman, K. (2008). Drop-out onder patiënten in klinische psychotherapie voor persoonlijkheidspathologie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 103-115.
- Korrelboom, K., Kernkamp, B., Vossen, C., e.a. (1996). Kenmerken van drop-outs bij een geprotocolleerde behandeling van paniekstoornis met agorafobie: een exploratief follow-up onderzoek. *Directieve Therapie en Hypnose*, 14, 311-335.
- Reis, B.F., & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 36, 123-136.
- Richmond, R. (1992). Discriminating variables among drop-outs from a psychological training clinic. *Professional Psychology Research and Practice*, 23, 123-130.
- Ruggeri, M., Salvi, G., Bonetto, C., e.a. (2007). Outcome of patients dropping out from community-based mental health care: a 6-year multiwave follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 42-52.
- Skodol, A.E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405-410.
- Smith, T.E., Koeningsberg, H.W., Yeomans, F.E., e.a. (1995). Predictors of psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.
- Sonawalla, S.B., Farabaugh, A.H., Leslie, V.M., e.a. (2002). Early drop-outs, late drop-outs and completers: differences in the continuation phase of a clinical trial. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 26, 1415-1419.
- Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., e.a. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 266-271.
- Thunnissen, M.M., Remans, Y.A.H., & Trijsburg, R.W. (2004). Voortijdige beëindiging van kortdurende klinische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 739-743.
- Thormählen, B., Weinryb, R.M., Norén, K., e.a. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 13, 493-509.
- Veeninga, A.T., & Hafkenscheid, A.J.P.M., (2004). Verwachtingen van cliënten bij aanvang van de psychotherapie: Voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 187-195.
- Verheul, R., van den Brink, W., Spinhoven, P.H., e.a. (2000). Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 409-422.
- Westen, D. (1997). Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis-I. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 895-903.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Weertman, A., Arntz, A., Dreessen, L., e.a. (2003). Short-interval test-retest interrater reliability of the Dutch version of the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II). *Journal of Personality Disorders*, 19, 562-567.
- Weertman, A., Arntz, A., & Kerhofs, M.L.M. (2000). Handleiding Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-IV As-II Persoonlijkheidsstoornissen. Lisse: Swets & Zeitlinger.

AUTEURS

Correspondentieadres: drs. A.J.T. Cornelissen, Scelta, GGNet,
Deventerstraat 459, 7301 BD, Apeldoorn.
E-mailadres: a.cornelissen@ggnet.nl.

A.J.T. CORNELISSEN is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam bij Scelta, GGNet.

E. POPPE is universitair docent bij de vakgroep Algemene Sociale Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht.

M.A. OUWENS is universitair docent bij de Sectie Ontwikkelings-, Klinische en Crossculturele Psychologie, Universiteit van Tilburg.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-8-2009.

SUMMARY

Drop-out from clinical psychotherapeutic treatment of personality problems – A.J.T. Cornelissen, E. Poppe, M.A. Ouwens –

BACKGROUND Drop-out is a serious problem in psychotherapy. Earlier studies have shown that the main factors associated with drop-out are young age, low socio-economic status and pathological symptoms such as severity of the problems and problematic substance-abuse.

AIM To investigate patient's and pathological characteristics that predict drop-out among patients with predominantly personality problems.

METHOD Patient's characteristics and pathological characteristics of 372 subjects were ascertained via a retrospective study by means of four databases: intake letters, SCID-II personality questionnaires, SCID-I and II interviews and discharge letters. The association between these characteristics and drop-out was tested by means of bivariate and multivariate analysis.

RESULTS The drop-out rate was 33.3%. The main predictors of drop-out were young age, a low Global Assessment of Functioning (GAF)-score and the existence of problematic substance-abuse at discharge. The degree and severity of axis I disorders and the nature of personality problems made hardly any contribution to the prediction of drop-out.

CONCLUSION These findings indicate that more attention needs to be given to the existence of substance-abuse before psychotherapy begins. Drop-out is still a problem and is difficult to predict and hard to influence.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 52(2010)1, 17-27]

KEY WORDS clinical psychotherapy, drop-out, personality disorder