

Interpersoonlijke gedragsstijl als voorspeller van behandelresultaat

F.E. Groenveld-Spaans, C.J.M. van Velzen, Y. Meesters

- Achtergrond** Interpersoonlijke gedragsstijl (IPGS) betreft de wijze waarop iemand zich in contact met anderen opstelt. Deze is van invloed op het type en de kwaliteit van sociaal contact, zo ook de therapeutische relatie. De therapeutische relatie beïnvloedt het behandelresultaat, de IPGS mogelijk ook. De manier waarop is echter niet eenduidig.
- Doel** Bepalen wat de voorspellende waarde van de IPGS op het behandelresultaat is in een deeltijdbehandeling.
- Methode** 149 patiënten, ingedeeld naar IPGS, werden gegroepeerd naar verschillende typen IPGS: mate van affiliatie (vriendelijkheid vs. vijandigheid), mate van dominantie (dominant vs. volgzzaam), kwadranten (combinatie van affiliatie en dominantie) en vectorlengte (sterkte van de IPGS). Behandelresultaat werd gemeten aan de hand van ervaren psychiatrische symptomen, sociale angst en frequentie in sociaal contact. Groepen werden vergeleken met eenwegvariantieanalyse (ANOVA). Significante verschillen werden nader geanalyseerd met Tukeys post-hocanalyse.
- Resultaten** De vectorlengte was voorspellend voor alle uitkomstmaten. De mate van dominantie was enkel voorspellend voor sociale angst en frequentie in sociaal contact. De mate van affiliatie bleek voor geen enkele uitkomstmaat voorspellend te zijn.
- Conclusie** Een meer uitgesproken IPGS en een meer volgzaam, subassertieve IPGS voorspellen een grotere afname van sociale spanning en grotere toename in sociaal contact na behandeling. Een sterkere IPGS voorspelt eveneens een grotere afname van ervaren psychiatrische symptomen. De mate van vriendelijkheid vs. vijandigheid blijkt niet van invloed op het behandelresultaat.

Interpersoonlijke gedragsstijl (IPGS) betreft de wijze waarop iemand zich in contact met anderen opstelt. IPGS is bepalend voor het type en kwaliteit van sociaal contact. Iemand met een overwegend dominante of vijandige IPGS zal een ander type en kwaliteit van contact aangaan dan iemand met een meer ondergeschikte of een meer op samenwerking gerichte IPGS. Omdat IPGS van invloed is op de (kwaliteit van) relatievorming, zal dat ook gelden voor de (kwaliteit van de) therapeutische relatie.

Bij psychotherapie blijken interpersoonlijke problemen een risicofactor voor de therapeutische alliantie, uitval en slechter behandelresultaat (Howard e.a. 2006). Voorstelbaar is dat de IPGS van een patiënt van invloed is op het behandelproces en behandelresultaat. Omdat IPGS zowel een patiëntkenmerk is als een factor van invloed op de therapeutische relatie (Kiesler & Watkins 1989), is het aannemelijk dat IGPS van invloed is op het behandelresultaat.

Merkwaardig genoeg is IPGS vaak geen expliciet onderdeel van onderzoek naar voorspellers van behandelresultaat (McEvoy e.a. 2013a; b).

In deze studie onderzoeken we of de van tevoren gemeten IPGS te relateren is aan behandelresultaten en of patiënten met een verschillende IPGS verschillend van behandeling profiteren, zodat op grond van IPGS behandeluitkomst te voorspellen is. Dat zou kunnen bijdragen aan aanscherping van indicatiestelling en optimalisering van het behandel aanbod.

Grafische weergave

IPGS kan grafisch tweedimensionaal worden samengevat in de interpersoonlijke cirkel (Kiesler 1983; Benjamin 1993; Horowitz 1996) die in Nederland vaak wordt aangeduid als de roos van Leary (Leary 1957). In dit model rangschikt hij interpersoonlijke aspecten van de persoonlijkheid langs twee loodrecht op elkaar staande assen: de dominantieas (verticaal) en de affiliatieas

AUTEURS

Froukje Groenveld-Spaans, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Carol van Velzen, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Ybe Meesters, Universitair Centrum Psychiatrie, UMC Groningen.

Correspondentie

F.E. Groenveld-Spaans (f.e.groenveld-spaans@umcg.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-12-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(4):206-213

(horizontaal). Dominantie verwijst naar de mate van invloed en controle die over de ander wordt uitgevoerd, waarbij de bovenzijde van de as dominant of overheersend gedrag kenmerkt en de onderzijde volzaam of onderdanig gedrag. Affiliatie betreft de mate van gezochte nabijheid, waarbij de linkerkant van de as afstandelijk of vijandig gedrag kenmerkt en de rechterkant op nabijheid of op samenwerking gericht gedrag. Samengevat wordt IPGS uitgedrukt in de mate van dominantie (dominant vs. onderdanig) en mate van affiliatie (vriendelijk versus vijandig). De twee assen verdelen de cirkel in twee helften: boven/onder en samen/tegen, en in vier kwadranten: samen-boven (SB; leidend-helptend), samen-onder (SO; meewerkend-volgend), tegen-onder (TO; teruggetrokken-opstandig) en tegen-boven (TB; aanvallend-concurrerend).

IPGS gaat over de wijze waarop iemand zich in contact met anderen opstelt. Het gaat om een dimensionale beschrijving van interpersoonlijk functioneren, in termen van relatieve sterktes, zonder dat aan deze beschrijving een waardeoordeel (functioneel/disfunctioneel) wordt gekoppeld.

In onze studie brachten wij IPGS in beeld met de *Interpersonal Checklist-Revised* (de Jong e.a. 2000). Met deze zelfbeoordelvragenlijst meet men 10 verschillende typen interpersoonlijke gedragingen, uitgezet in een assenstelsel en gezamenlijk een cirkeldiagram vormend ('de Roos van Leary'; [figuur 1](#)).

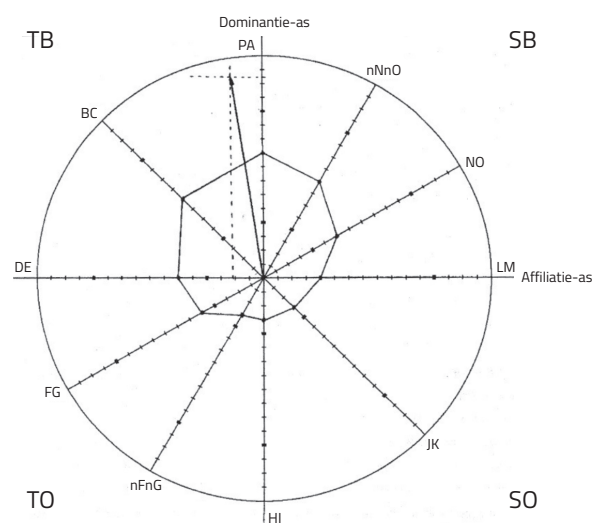
De tien typen interpersoonlijke gedragingen worden gecombineerd in de affiliatiescore (x-as) en de dominantiescore (y-as) en vormen een coördinaat in het assenstelsel. De lijn die van het midden van het assenstelsel naar dat coördinaat wordt getrokken, is de vector. De *richting* van de vector wijst in één van de 2 helften (boven of onder, en samen of tegen) en in één van de 4 kwadranten (SB, SO, TO of TB), hetgeen staat voor de interpersoonlijke gedragsvoorkeur (Salzer e.a. 2011). De *vectorlengte* is indicatief voor de sterkte van die gedrags-

voorkeur. Hoe langer de vector, hoe uitgesprokener (extreem, rigide) die gedragsvoorkeur (Schacht & Rouckhout 2009).

Eerder onderzoek

Er is al het nodige empirisch onderzoek verricht naar de relatie tussen IPGS en behandelresultaat. patiënten met een depressieve stoornis hanteren vaker een (vriendelijk- en vijandig-)onderdanige IPGS dan patiënten met een andere diagnose (Grosse Holtforth e.a. 2012; Quilty e.a. 2013). De groep met een volgzaam/onderdanige IPGS heeft vaker chronische symptomen en functioneert

Figuur 1. Roos van Leary (de Jong e.a. 2000)



PA = leidend, beïnvloedend; BC = competitief, onafhankelijk; DE = aanvallend, agressief; FG = kritisch, wantrouwend; nFnG = gereserveerd, zwijgzaam; HI = teruggetrokken, verlegen; JK = afhankelijk, volgend; LM = coöperatief, aanleunend; NO = verantwoordelijk, helpend; nNnO = gezellig, extravert

slechter dan patiënten met een depressieve stoornis en een andere IPGS (Cain e.a. 2012). Afname van een onderdanige en vijandig-onderdanige houding is geassocieerd met een positief behandelresultaat, terwijl dat niet zo is voor afname van een vriendelijk-onderdanige houding (Grosse Holtforth e.a. 2012).

Ander onderzoek wijst uit dat de onderdanige IPGS overheerst bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Przeworski e.a. 2011; Salzer e.a. 2011) en met een sociale fobie (Cain e.a. 2010). Bij psychoanalytische psychotherapie bleek dat patiënten met een dominante en aanvallende IPGS minder goed van de therapie profiteerden dan patiënten met een volgzaam en vriendelijke IPGS (Davies-Osterkamp e.a. 1996). Schauenburg e.a. (2000) vonden dat patiënten die zichzelf als overmatig vriendelijk beschouwen betere behandelresultaten behaalden dan patiënten met een vijandige IPGS.

De mate van affiliatie lijkt een grotere rol te spelen dan de mate van dominantie als voorspeller van behandeluitkomst. De bevindingen uit de onderzoeksliteratuur zijn echter tegenstrijdig. Soms blijkt dat een hogere affiliatiescore positievere behandelresultaten voorspelt dan een lagere. Filak e.a. (1986) kwamen tot een dergelijke bevinding bij patiënten in psychotherapie, Crits-Christoph e.a. (2005) bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis in een kortdurende psychodynamische behandeling en Cain e.a. (2010) bij ambulante behandelde patiënten met een sociale fobie. Horowitz (1996) toonde aan dat patiënten met een vijandige en dominant-vijandige IPGS de minste vooruitgang in therapie boekten en patiënten met een vriendelijk-volgzaam-onderdanige IPGS de meeste.

In tegenstelling tot deze drie studies vonden Grosse Holtforth e.a. (2012) bij patiënten in een ambulante psychotherapie en Puschner e.a. (2004) bij patiënten in een psychodynamische therapie dat lagere scores op affiliatie positievere behandelresultaten voorspellen. Mogelijk is type behandeling een relevante moderator voor de relatie tussen IPGS en behandelresultaat (Puschner e.a. 2004).

De invloed van IPGS op behandelresultaat is bij verschillende therapievormen en met verschillende uitkomstmaten onderzocht, maar de onderzoeksuitkomsten zijn niet eenduidig (Dinger e.a. 2013). Dat lijkt niet verbaazingwekkend omdat verschillende therapievormen op verschillende manieren een beroep doen op iemands interpersoonlijke vermogens en IPGS per therapievorm kan verschillen. Individuele therapie betreft één-op-één-contact en doet een beroep op iemands verbale vermogens. Groepstherapie vraagt om interactie met meerdere en verschillende personen, en doet een beroep op gevarieerde interpersoonlijke vaardigheden en het vermogen om te kunnen delen (McEvoy e.a. 2014).

Huidig onderzoek

In dit onderzoek richten we ons op de vraag of IPGS voorspellend is voor behandelresultaat in een deeltijdsetting. Die vraag is nog maar beperkt onderzocht

(Clapp e.a. 2014). De onderzoeksvraag hebben we uitgesplitst naar verschillende groepsindelingen en uitgewerkt in vier hypothesen.

Een vijandig-onderdanige IPGS is, in tegenstelling tot een vriendelijk-onderdanige IPGS, eerder geassocieerd met een positief behandelresultaat (Grosse Holtforth e.a. 2012). Patiënten met een vijandig-onderdanige IPGS hebben vaker last van chronische symptomen en functioneren slechter dan patiënten met een meer dominante en vriendelijke IPGS (Cain e.a. 2012), waardoor zij waarschijnlijk meer lijdensdruk ervaren en (daarmee) het sterkst gemotiveerd zijn voor behandeling. Wij verwachten daarom dat een teruggetrokken, opstandige IPGS (vector in het TO-kwadrant) een positiever behandelresultaat voorspelt dan een IPGS in één van de overige kwadranten (vector in SO, SB en TB).

Zoals gezegd zijn de resultaten van onderzoek naar het verband tussen affiliatie en behandelresultaat gemengd. In deze studie gaan we uit van de hypothese dat een meer op samenwerking gerichte interpersoonlijke gedragsvoorkeur (hoge score op affiliatie) betere behandelresultaten voorspelt dan een minder op samenwerking gerichte (lage score op affiliatie). Voor de mate van dominantie verwachten wij geen verschil in behandelresultaat.

Een langere vector impliceert een sterker patroon van inflexibel en onaangepast reageren op plotselinge en verschillende sociale situaties (de Jong e.a. 1991) en rigiditeit voorspelt een minder goede behandeluitkomst (Quilty e.a. 2013). Onze hypothese is dan ook dat kortere vectorscores betere behandelresultaten voorspellen dan langere.

METHODE

Onderzoeksgroep

Deelnemers aan deze studie namen tussen 2005 en 2017 deel aan een inzichtgevende deeltijdbehandeling op de afdeling Algemene Psychiatrie van het Universitair Centrum Psychiatrie (UMCG), een behandeling voor volwassenen met diffuse, heterogene, psychiatrische aandoeningen die op meerdere leefgebieden (sociale contacten, relaties, werk en/of opleiding) waren vastgelopen. Bij intake voldeed 80,5% aan 1 of meer as I-classificatie(s) volgens de DSM-IV-TR-criteria (67,4% angststoornis; 54,6% (ook) stemmingsstoornis). Aan de classificatie persoonlijkheidsstoornis voldeed 59,3% (persoonlijkheidsstoornis NAO: 33,3%, ontwijkende persoonlijkheidsstoornis: 19,4% of obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis: 6,5%).

Behandeldoelen waren klachtvermindering en verbetering van sociaal-maatschappelijke functioneren door middel van het vergroten van zelfinzicht en aanleren van functionelere coping- en gedragspatronen. De 3-daagse 6 maanden durende multidisciplinaire behandeling is cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerd met enkele groepsdynamische psychotherapeutische

onderdelen. Geïnccludeerde patiënten beschikten over voldoende ziekte-inzicht, introspectie en stabiliteit in hun leven om deze intensieve groepstherapie aan te kunnen. Exclusiecriteria waren verslavingsproblematiek, (ernstige) automutilatie, suïcidaal gedrag, psychotische kwetsbaarheid en problemen met zelfstandig functioneren.

Meetinstrumenten

IPGS

IPGS werd bij aanvang van de behandeling gemeten met de ICL-R, bestaande uit 160 door de patiënt met ja/nee te beantwoorden stellingen om tien typen interpersoonlijke gedragingen in kaart te brengen. De scores worden in een cirkeldiagram in een assenstelsel zichtbaar (figuur 1). Aan de hand van een formule worden scores op de dominantie- en affiliatieas berekend en vormen de coördinaten van de x- en y-as in het assenstelsel en bepalen richting en lengte van de vector (de Jong e.a. 2000).

Op grond van ICL-R-data werden patiënten in verschillende IPGS-categorieën verdeeld: kwadranten, mate van affiliatie, mate van dominantie en vectorlengte.

- Kwadrantgroepen werden bepaald aan de hand van de richting van de vector (in welk kwadrant de vector wijst): samen-boven, samen-onder, tegen-onder of tegen-boven. Bij de indeling in kwadranten worden dimensionale scores herrekend ten behoeve van een kwalitatieve typeering op basis van vier categorieën (klassen).

- De vectorlengte is een dimensionale maat en wordt gedefinieerd als de overkoepelende mate van affiliatie (score op x-as) en de overkoepelende mate van dominantie (score op de y-as). De vectorlengte werd berekend met de stelling van Pythagoras ($a^2 + b^2 = c^2$), waarbij we werkten met de vierkantswortel van c^2 (de zogenaamde euclidische afstand). Hoe kleiner de uitkomst, des te korter is de vector en des te vlakker (minder uitgesproken en flexibeler) is het gedragsprofiel. Hoe groter het getal, des te langer de vector en hoe meer uitgesproken (extreem en rigide) de gedragsvoorkeur.

We deelden de patiëntengroep in aan de hand van percentielscores, waarbij het eerste kwart geïdentificeerd werd als 'korte vectorlengte', het tweede en derde kwart als 'middellange vectorlengte' en het laatste kwart als 'lange vectorlengte'.

Behandelresultaat

Het behandelresultaat bepaalden we aan de hand van verschillen (Δ) tussen voor- en nameting van drie subschalen (psychoneuroticisme, mate van sociale angst en frequentie van sociaal gedrag) gemeten met twee vragenlijsten: *Symptom Checklist-Revised* (SCL-90-R) en *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA).

Met de SCL-90-R (Arrindell & Ettema 2003) inventariseert men de ervaren psychiatrische symptomen in de afgelopen week. Deze bestaat uit 90 items waarbij de ernst van het ervaren symptoom wordt aangegeven op een 5-puntslikertschaal. De totaalscore ('psychoneuroticisme') varieert van 90 tot 450 en geeft een indicatie voor de mate van algeheel psychisch (dis)functioneren.

Met de IOA (van Dam-Baggen & Kraaimaat 1997; 2000), een zelfbeoordelingsvragenlijst met 35 items, meet men sociale angst ('spanningsschaal': S) en de gedragsfrequentie in sociaal contact (handelingsaspect; 'frequentieschaal': F). De items meten 5 typen sociale gedragingen en worden gescoord op een 5-puntsschaal waarmee aangegeven wordt hoe gespannen men zich bij dat gedrag voelt, en hoe frequent men dat gedrag uitvoert. De totaalscores op de 'spanningsschaal' en de 'frequentieschaal' variëren van 35 tot 175 en zijn indicatief voor respectievelijk de mate van sociale angst en de frequentie in contact met anderen.

Statistische methoden

Voor vergelijking van de groepsbehandelresultaat gebruikten we een eenwegvariantieanalyse (ANOVA) met een significantieniveau van $p \leq 0,05$. Na controle en bevestiging van de assumptie van homogeniteit van variantie, analyseerden we significante verschillen nader met Tukeys post-hoc-toets. De *partial eta-squared* (η^2) gebruikten we als maat voor effectgrootte. Een gevonden effect van $> 0,14$ is groot, $> 0,06$ en $< 0,14$ gemiddeld, en $< 0,06$ klein.

RESULTATEN

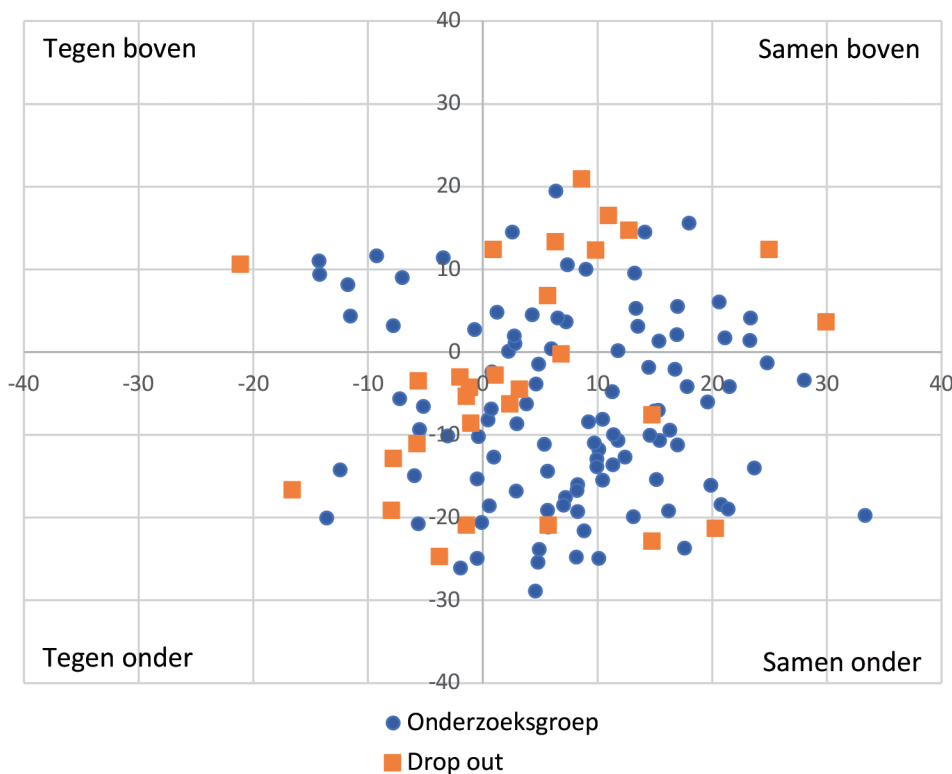
Van de tussen 2005 en 2017 met de deeltijdbehandeling gestarte patiënten die de ICL-R invulden, bleven er 108 complete datasets over (tabel 1).

Degenen die uitvielen, hadden ten opzichte van de patiënten die de behandeling wel afmaakten ($n = 120$) significant vaker een IPGS in het TO-kwadrant (respectievelijk 39,3% vs. 12,0%; $p = 0,009$; figuur 2). Ze rap-

Tabel 1. Geslacht en leeftijd van onderzoeksgroep (patiënten met ICL-R-gegevens), uitvallers, missing data en analysegroep

	Onderzoeksgroep	Uitvallers	Missing data	Analysegroep
N	149	29 (19,5%)	12 (10%)	108
- Man	62 (41,6%)	13 (44,8%)	8 (66,7%)	41 (38,0%)
- Vrouw	87 (58,4%)	16 (55,2%)	4 (33,3%)	67 (62,0%)
Gem. leeftijd, in j (SD)	27,83 (7,43)	28,72 (9,18)	27,92 (5,11)	27,57 (7,18)

Figuur 2. Kwadrantverdeling van de analysegroep (n = 108) en de groep uitvallers (n = 29)



porteerden bij aanvang van de behandeling significant minder spanning in sociaal contact (IOA-S: respectievelijk 80,08(SD: 26,73) versus 92,46 (SD: 23,48); ($p = 0,018$)). Degenen die de behandeling afmaakten en degenen die uitvielen, verschilden bij aanvang niet significant wat betreft geslacht, leeftijd, aantal as I-diagnoses, wel/niet as II-diagnose, ervaren psychische klachten (SCL-PSY) en frequentie van sociaal gedrag (IOA-F).

Van de onderzoeksgroep scoorde 55,6% in het samen-onder- en 22,2% in het samen-bovenkwadrant. Ruim driekwart van de patiënten hanteerde een IPGS gericht op samenwerking en vriendelijkheid. 22,2% stelde zich meer zelfstandig en vijandig op (tegen-onder 13,0% en tegen-boven 9,3%). 68,5% scoorde laag op dominantie; zij hadden een meer volgende en teruggetrokken IPGS in plaats van een dominante en leidinggevende IPGS.

Onderzoeksvragen

In tabel 2 geven we de gemiddelde voormeting- en verschildscores op de SCL-90, IOA-S en IOA-F per IPGS weer.

Kwadranten en behandelresultaat

Significante verschillen werden gevonden in de verandering van frequentie van sociaal gedrag, met een gemiddelde effectgrootte (IOA-F; $F(3,104) = 4,752$; $p = 0,004$, $\eta^2 = 0,121$). Post-hocanalyse wees uit dat de frequentie van sociaal gedrag van de patiënten met een IPGS in het SO-kwadrant significant meer ($p = 0,005$) was toegenomen dan van patiënten met een IPGS in het TB-kwa-

drant (17,97; 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI) 4,27-31,66). Patiënten met een IPGS in het TO-kwadrant lieten significant ($p = 0,039$) meer toename zien in frequentie van sociaal gedrag dan patiënten met een IPGS in het TB-kwadrant (17,21; 95%-BI: 0,62-33,81).

Affiliatie en behandelresultaat

Patiëntgroepen met een hoge vs. lage affiliatiescore ('samen' vs. 'tegen') verschilden op geen van de uitkomstmaten van elkaar. Patiënten met een meer op samenwerking gerichte IPGS profiteerden niet anders van de behandeling dan patiënten met een meer op zichzelf gerichte IPGS.

Dominantie en behandelresultaat

Voor de mate van dominantie werden significante verschillen gevonden voor Δ IOA-S met een kleine effectgrootte ($F(1,106) = 5,521$; $p = 0,021$; $\eta^2 = 0,05$) en Δ IOA-F met een gemiddelde effectgrootte ($F(1,106) = 10,961$; $p = 0,001$; $\eta^2 = 0,094$). Patiënten met een meer volgzaam IPGS ('onder') lieten aan het eind van de behandeling meer afname van sociale angst (27,95; 95%-BI: 22,98-32,91) en meer toename in sociale frequentie (20,82; 95%-BI: 17,32-24,32) zien dan patiënten met een meer dominante IPGS ('boven') (respectievelijk 18,12; 95%-BI: 12,14-24,09 en 10,24; 95%-BI: 4,6-15,87). Dat verschil werd niet gevonden voor verandering in ervaren psychiatrische symptomen (Δ SCL-PSY) aan het eind van de behandeling.

Tabel 2. Gemiddelde scores (M, SD) voormeting (vm) en verschillcores (Δ) SCL-PSY, IOA-S en IOA-F per IPGS (n = 108)

	N	vm SCL-90, M (SD)	Δ SCL-90	vm IOA-S M (SD)	Δ IOA-S	vm IOA-F M (SD)	Δ IOA-F
Totaal	108	203,76 (48,00)	-64,47	92,46 (23,48)	-24,85	98,04 (14,68)	17,49
<i>IPGS</i>							
Kwadranten							
TB	10	186,00 (47,68)	-48,50	81,30 (21,66)	-17,60	107,60 (15,04)	3,00
TO	14	209,21 (56,03)	-55,00	95,07 (22,57)	-21,64	93,79 (12,98)	20,21
SO	60	204,33 (51,75)	-66,55	99,50 (22,85)	-29,42	93,07 (11,41)	20,97
SB	24	206,54 (31,97)	-71,46	78,00 (18,64)	-18,33	108,96 (15,65)	13,25
Affiliatie							
Laag (tegen)	24	199,54 (52,92)	-52,29	89,33 (22,80)	-19,96	99,54 (15,23)	13,04
Hoog (samen)	84	204,96 (46,48)	-67,95	93,36 (23,73)	-26,25	97,61 (14,58)	18,76
Dominantie							
Laag (onder)	74	205,26 (52,22)	-64,36	98,66 (22,71)	-27,95	93,20 (11,64)	20,82
Hoog (boven)	34	200,50 (37,72)	-64,71	78,97 (19,30)	-18,12	108,56 (15,26)	10,24
Vectorlengte							
Kort	21	185,05 (42,62)	-41,24	78,24 (8,50)	-15,43	107,38	9,76
Middellang	61	204,51 (48,57)	-63,87	91,28 (24,37)	-22,21	98,80	14,11
Lang	26	217,12 (47,62)	-84,65	106,73 (22,17)	-38,65	88,69	31,65

Vectorlengte bij aanvang behandeling en behandelresultaat

De drie vectorlengtegroepen (kort, middellang en lang) verschilden significant van elkaar op alle verschilcores met gemiddelde tot grote effectgrootte: Δ SCL-90 ($F(2,105) = 10,241$; $p = 0,012$, $\eta^2 = 0,081$); Δ IOA-S ($F(2,105) = 9,951$; $p = 0,000$; $\eta^2 = 0,159$) en Δ IOA-F ($F(2,105) = 18,165$; $p \leq 0,001$; $\eta^2 = 0,257$).

Post-hocanalyse liet zien dat die verschillen statistisch significant waren voor alle uitkomstmaten tussen de groep met de lange en met de korte vector bij aanvang van de behandeling, en voor Δ IOA-S en Δ IOA-F ook tussen de groep met de lange en de middellange vector. De groep met de lange vector liet aan het eind van de behandeling significant meer daling zien wat betreft ervaren psychiatrische symptomen (43,42; 95%-BI: 9,54-77,29; $p = 0,008$) en sociale angst, en significant meer toename in frequentie van sociaal gedrag, dan de groep met een korte vector. Ten opzichte van de groep met de middellange vector verbeterde de groep met de lange vector significant meer qua sociale angst en frequentie van sociaal gedrag.

DISCUSSIE

Uit onze resultaten blijkt dat de mate van dominantie en de sterkte van de IPGS van patiënten in een inzichtgevend deeltijdbehandeling voorspellend zijn voor het behandelresultaat. Een volgende, volgzaam IPGS en een sterk uitgesproken IPGS voorspellen een grotere afname van spanning en een grotere toename van fre-

quentie in sociaal contact dan een vijandige, dominante IPGS en een minder uitgesproken (flexibele) IPGS. Een meer uitgesproken IPGS voorspelt een grotere afname van ervaren psychiatrische symptomen dan een minder uitgesproken IPGS.

Dit onderzoek bevestigt dat behandelresultaat op zijn minst ten dele voorspeld kan worden aan de hand van vooraf gemeten IPGS.

In tegenstelling tot onze hypothese bleek uit ons onderzoek dat langere vectorscores (een meer uitgesproken, rigide IPGS) verbonden zijn met betere behandelresultaten dan kortere. Mogelijk speelde de hoogte van de voormetingscores een rol. Patiënten met een lange vectorlengte scoorden bij aanvang van de behandeling hoger op psychiatrische symptomen en sociale angst en lager op frequentie van sociaal gedrag dan patiënten met een korte en middellange vectorlengte. Degenen die de meeste aanvangsklachten ervoeren, hadden daarmee ook meer kans op verbetering. Klachten (lijdensdruk) correleren positief met behandelresultaat, met als mogelijke verklaring dat motivatie voor verandering een belangrijke mediërende factor is (Mohr e.a. 1990). Een grotere mate van rigiditeit of vasthoudendheid draagt mogelijk bij aan de motivatie om behandeldoelen te bereiken. Rigiditeit zou in deze redenering eerder een helpende dan een belemmerende factor zijn.

Er kan echter ook sprake zijn van een statistisch regressie-naar-het-gemiddelde-effect. De correlaties tussen de begin- en verschillcores zijn respectievelijk: SCL-90 $r = 0,612$; $p = 0,000$; IOA-S $r = 0,754$; $p = 0,000$; en IOA-F $r = 0,552$; $p = 0,000$. Wanneer de ICL-R aan het einde van de

behandeling opnieuw zou zijn afgenomen, hadden we ook voor deze voorspeller van behandelresultaat regressie naar het midden kunnen bepalen.

In tegenstelling tot de besproken onderzoeksbevindingen en onze hypothesen bleek de mate van dominantie voorspellend voor behandelresultaat en de mate van affiliatie niet. Een mogelijke verklaring is dat in dit onderzoek sprake is van constructoverlap tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen, namelijk het sociaal functioneren, waardoor gedeeltelijk hetzelfde werd gemeten.

Zo zal iemand die zich gereserveerd en subassertief opstelt (lage dominantiescore) waarschijnlijk ook laag (vermijnd) scoren op frequentie van sociaal contact en hoog op sociale angst. Voor patiënten met een meer dominante, leidende interpersoonlijke gedragsvoorkeur geldt dat andersom (lage sociale angst, en hoge frequentie sociaal gedrag).

Tevens zou lijdensdruk, en daarmee motivatie voor behandeling, een rol gespeeld kunnen hebben. De dominantiegroepen verschilden significant van elkaar qua startmeting op de IOA-S en IOA-F, waarbij de groep met een meer volgende, teruggetrokken houding meer sociale angst en een lagere frequentie van sociaal contact rapporteerden. Een onderdanige (subassertieve) gedragsstijl komt vaker voor bij mensen met een psychiatrische aandoening (Cain e.a. 2010; Przeworski e.a. 2011; Salzer e.a. 2011; Grosse Holtforth e.a. 2012; Quilty e.a. 2013).

Op basis van onze bevindingen lijkt het nuttig om in de klinische praktijk extra aandacht te besteden aan de groepen die op grond van de IPGS-scores een minder goed behandelresultaat laten zien, bijvoorbeeld in de vorm van motiverende gespreksvoering of andere behandelvormen om deze specifieke IPGS-kenmerken in de behandeling te optimaliseren.

Beperkingen

In deze veldstudie is inclusie van de deelnemers niet bepaald door de onderzoeksvraagstelling. De onderzoeksgroep is scheef verdeeld wat betreft IPGS en positie in de interpersoonlijke cirkel. De grootste groep bevindt zich in het samen-onderkwadrant. Mogelijk zijn dat ook degenen die het meest hulp zoeken en aanvaarden, omdat zij immers op samenwerking gericht zijn en een volgende opstelling prefereren. Minder op samenwerking gerichte patiënten, omdat zij anderen bijvoorbeeld wantrouwen of een meer dominante/leidende opstelling hebben, zullen daarentegen wellicht minder snel hulp zoeken of aanvaarden. Die bleken ook vaker met de behandeling gestopt te zijn. Deze patiënten ervoeren bij aanvang minder sociale spanning. Mogelijk profiteerden zij volgens eigen evaluatie voldoende dan wel te weinig van de behandeling, waardoor zij eerder stopten. Dit kan de resultaten hebben beïnvloed.

Hoewel IPGS een belangrijk patiëntkenmerk is dat van invloed is op de wijze waarop de patiënt zich in de therapie opstelt, en daarmee indirect op ervaren klachten en

behandelresultaat, zijn ook andere factoren denkbaar die daarop van invloed zijn, zoals maatschappelijke participatie, patiënttevredenheid, duurzaamheid van het behandelresultaat, lijdensdruk, motivatie voor behandeling en persoonskenmerken als copingvaardigheden en reflectief vermogen. Meer onderzoek naar het uitsplitsen van het effect van de afzonderlijke kenmerken en de onderlinge interacties is wenselijk.

Naast beperkingen die inherent zijn aan een veldstudie en de vraag naar de mate van representativiteit voor de populatie is de praktische generaliseerbaarheid mogelijk wel groter door dit onderzoek in de alledaagse klinische praktijk.

Een andere beperking van dit onderzoek is ten slotte dat IPGS uitsluitend werd gemeten aan de hand van zelfbeoordelingen. Het is niet ondenkbaar dat derden (familie, vrienden of therapeuten) de IPGS van de patiënt objectiever kunnen beoordelen dan het geval is bij zelfrapportage (Hafkenscheid & van Os 2016). Voor het meten van IPGS door derden zijn de Nederlandse versie van de *Impact Message Inventory-Circumplex* (IMIC) (Hafkenscheid & Kiesler 2007; Hafkenscheid 2012; Hafkenscheid & Rouckhout 2013) of de Nederlandse *interpersoonlijke-adjectievenschalen* (Schacht & Rouckhout 2005) beschikbaar. Ook de ICL-R zelf leent zich voor beoordelingen door derden.

LITERATUUR

- Arrindell WA, Ettema JHM. SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator. Lisse: Swets Test Publishers; 2003.
- Benjamin LS. Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders. New York: Guilford; 1993.
- Cain NM, Pincus AL, Grosse Holtforth M. Interpersonal subtypes in social phobia: diagnostic and treatment implications. *J Pers Assess* 2010; 92: 514-27.
- Cain NM, Ansell EB, Wright AG, e.a. Interpersonal pathoplasticity in the course of major depression. *J Consult Clin Psychol* 2012; 80: 78-86.
- Clapp JD, Grubaugh AL, Allen JG, e.a. Interpersonal change following intensive inpatient treatment. *Psychiatry* 2014; 77: 247-62.
- Crits-Christoph P, Gibbons MBC, Narducci J, e.a. Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2005; 42: 211-24.
- Dam-Baggen CMJ van, Kraaimat FW. Handleiding bij de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Lisse: Swets & Zeitlinger; 1997.
- Dam-Baggen CMJ van, Kraaimat FW. Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding (2e herz. dr.). Lisse: Swets & Zeitlinger; 2000.
- Davies-Osterkamp S, Strauss B, Schmitz N. Interpersonal problems as predictors of symptom related outcome in longterm psychotherapy. *Psychother Res* 1996; 6: 164-76.
- Dinger U, Zilcha-Mano S, McCarthy KS, e.a. Interpersonal problems as predictors of alliance, symptomatic improvement and premature termination in treatment of depression. *J Affect Disord* 2013; 151: 800-3.
- Filak J, Abeles N, Norquist S. Clients' pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcome. *Professional Psychology: Research and Practice* 1986; 17: 217-22.

- Grosse Holtforth M, Altenstein D, Ansell E, e.a. Impact messages of depressed outpatients as perceived by their significant others: profiles, therapeutic change, and relationship to outcome. *J Clin Psychol* 2012; 68: 319-33.
- Hafkenscheid A. Assessing objective countertransference with a computer-delivered Impact Message Inventory (IMI-C). *Clin Psychol Psychother* 2012; 19: 37-45.
- Hafkenscheid A, van Os J. Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 388-96.
- Hafkenscheid A, Rouckhout D. The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C): A replication study of its circumplex structure in a Dutch sample. *J Pers Assess* 2013; 95: 417-22.
- Hafkenscheid A, Kiesler D. Assessing objective countertransference: A comparison of two different statistical procedures in three different samples. *Psychother Res* 2007; 17: 393-403.
- Horowitz LM. The study of interpersonal problems: a Leary legacy. *J Pers Assess* 1996; 66: 283-300.
- Howard I, Turner R, Olkin R, e.a. Therapeutic alliance mediates the relationship between interpersonal problems and depression outcome in a cohort of multiple sclerosis patients. *J Clin Psychol* 2006; 62: 1197-204.
- Jong de CAJ, Van den Brink W, Jansma A. ICL-R: Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL). Sint Oedenrode: Novadic; 2000.
- Jong de CAJ, van den Brink W, Jansen JAM. Interpersoonlijk gedrag en opgenomen alcoholverslaafden. *Tijdschr Psychiatr* 1991; 33: 101-11.
- Kiesler DJ, Watkins LM. Interpersonal complementary and the therapeutic alliance: a study of the relationship in psychotherapy. *Psychotherapy* 1989; 26: 183-94.
- Kiesler DJ. Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology, and psychotherapy. New York: Wiley; 1996.
- Kiesler DJ. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Rev* 1983; 90: 185-214.
- Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. New York: Ronald Press; 1957.
- McEvoy PM, Burgess MM, Nathan P. The relationship between interpersonal problems, therapeutic alliance, and outcomes following group and individual cognitive behaviour therapy. *J Affect Disord* 2014; 157: 25-32.
- McEvoy PM, Burgess MM, Nathan P. The relationship between interpersonal problems, negative cognitions, and outcomes from cognitive behavioral group therapy for depression. *J Affect Disord* 2013a; 150: 266-75.
- McEvoy PM, Burgess MM, Page AC, e.a. Interpersonal problems across anxiety, depression, and eating disorders: a transdiagnostic examination. *Br J Clin Psychol* 2013b; 52: 129-47.
- Mohr DC, Beutler LE, Engle D, e.a. Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 622-8.
- Norcross JC. Relational responsivity. 2004. Presentation at the Amsterdam SEPI-conference.
- Przeworski A, Newman MG, Pincus AL, e.a. Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 2011; 120: 286-98.
- Puschner B, Kraft S, Bauer S. Interpersonal problems and outcome in outpatient psychotherapy: findings from a long-term longitudinal study in Germany. *J Pers Assess* 2004; 83: 223-34.
- Quilty LC, Mainland BJ, McBride C, e.a. Interpersonal problems and impacts: further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *J Affect Disord* 2013; 150: 393-400.
- Salzer S, Pincus AL, Winkelbach C, e.a. Interpersonal subtypes and change of interpersonal problems in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: a pilot study. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48: 304-10.
- Schacht R, Rouckhout D. Diagnostiek van het interpersoonlijk functioneren. In: Colijn S, Sniijders H, Thunissen M, Bögels S, e.a., red. *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 315-28.
- Schacht R, Rouckhout D. Diagnostiek van het interpersoonlijke functioneren. *PSIE* 2005; 31: 228-39.
- Schauenburg H, Kuda M, Sammet I, e.a. The influence of interpersonal problems and symptom severity on the duration and outcome of short-term psychodynamic psychotherapy. *Psychother Res* 2000; 10: 133-46.

SUMMARY

Interpersonal behavioral style as predictor of treatment outcome

F.E. Groenveld-Spaans, C.J.M. van Velzen, Y. Meesters

Background Interpersonal behavioral style (IPBS) refers to the way in which someone behaves in social contact. IPBS affects the type and quality of different social interactions including the therapeutic relationship. The therapeutic relationship correlates with treatment outcome, IPBS possibly too. The direction of that relationship remains unclear.

Aim To examine the predictive value of IPBS on treatment outcome in group treatment.

Method 149 patients were divided in different types of IPBS: degree of affiliation (kindness vs. hostility), degree of dominance (dominant vs. submissive), quadrants (combination of affiliation and dominance) and vector length (strength of IPBS). Treatment outcome was measured in experienced psychopathology, social anxiety and frequency of social contact. Groups were compared by using one-way analysis of variance (ANOVA). Significant differences were analyzed using Tukey's post-hoc analysis.

Results Vector length predicted all treatment outcome measures. The degree of dominance predicted only scores on social anxiety and frequency of social contact. The degree of affiliation did not predict any treatment results.

Conclusion Findings suggest that adult patients with stronger IPBS and a more submissive, sub-assertive IPBS experienced lower social anxiety scores and increased frequency of social contact after treatment. A stronger IPBS also predicts lower experienced psychopathology post-treatment. The degree of kindness/hostility does not affect treatment outcome.