



Universiteit Utrecht

Mentaliseren-Bevorderende Therapie:
De invloed van woede op behandel­effect
en kans op drop-out

R. W. Meinderts

Master thesis 2014
Klinische en gezondheidspsychologie
Studentennummer: 3503313
Supervisor: dr. Marleen Rijkeboer

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Juli 2014

Inhoud

<u>Samenvatting</u>	<u>4</u>
<u>Abstract</u>	<u>4</u>
<u>Inleiding.....</u>	<u>5</u>
<i>Mentaliseren</i>	<i>6</i>
<i>Persoonlijkheidsproblematiek en mentaliseren.....</i>	<i>7</i>
<i>MBT</i>	<i>7</i>
<i>Woede.....</i>	<i>8</i>
<i>Huidige onderzoek.....</i>	<i>9</i>
<u>Methode.....</u>	<u>10</u>
<i>Participanten.....</i>	<i>10</i>
<i>Behandeling.....</i>	<i>11</i>
<i>Instrumenten.....</i>	<i>11</i>
<i>Procedure.....</i>	<i>12</i>
<i>Dataverwerking en analyse</i>	<i>12</i>
<u>Resultaten.....</u>	<u>13</u>
<i>Descriptieve analyses</i>	<i>13</i>
<i>Drop-out analyse</i>	<i>14</i>
<i>Intention-to-treat analyse behandel-effect.....</i>	<i>14</i>
<i>Completers analyse behandel-effect.....</i>	<i>16</i>
<u>Discussie</u>	<u>17</u>
<i>Samenvatting van de resultaten</i>	<i>17</i>
<i>Implicaties.....</i>	<i>18</i>
<i>Krachten en beperkingen</i>	<i>19</i>
<i>Toekomstig onderzoek.....</i>	<i>20</i>
<i>Conclusies</i>	<i>21</i>
<u>Literatuurlijst</u>	<u>22</u>

Samenvatting

Verschillende onderzoeken hebben bewijs gevonden voor de effectiviteit van Mentaliseren-Bevorderende Therapie (MBT). Het is echter onduidelijk welke factoren ervoor zorgen dat sommige patiënten niet herstellen en anderen wel. Op grond van de theorie over mentaliseren kan men verwachten dat woede het leren te mentaliseren belemmert, waardoor men minder veerkrachtig is en meer last heeft van klachten. Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of woede invloed heeft op de uitkomst van een groepsbehandeling met MBT. Daarnaast wordt onderzocht of woede een voorspeller is voor drop-out. Met behulp van de SCL-90 werd bij patiënten van een FACT afdeling voor persoonlijkheidsproblematiek voor aanvang van de behandeling een meting van klachten gedaan en na zes tot negen maanden opnieuw. In een herhaalde metingen design werden de SCL-90 scores van patiënten met een lage (n=20) en patiënten met een hoge mate van woede (n=24), gemeten met de BPDSI, met elkaar vergeleken. Uit de resultaten blijkt dat klachten van patiënten met een hoge initiële mate van woede minder daalden dan die van mensen met een lage mate van woede. Bovendien kwam er in de hoge woede groep meer drop-out voor dan in de lage woede groep. Hieruit kan geconcludeerd worden dat een hoge mate van woede een negatief effect heeft op de behandeluitkomst bij MBT. Bovendien zijn er aanwijzingen voor een grotere kans op drop-out bij een hoge mate van woede.

Kernwoorden: mentaliseren bevorderende therapie, woede, behandel-effect.

Abstract

Several studies have found evidence for the effectiveness of Mentalisation-Based Treatment (MBT). However, it is still unclear which factors can explain that some patients recover and others do not. Based on the theory about mentalising, it can be expected that anger complicates learning to mentalise, which makes a person less resilient and causes more symptoms. The current study investigates the influence of anger on treatment outcome. Furthermore, it will investigate whether anger can predict treatment dropout. The patients in this study came from a FACT unit for personality disorders. At the start of treatment patients' symptoms were measured with the SCL-90 and after six to nine months this measure was repeated. In a repeated measures design the SCL-90 scores of patients with low (n=20) and patients with high (n=24) anger, measured with the BPDSI, were compared. The results showed that symptoms decreased to a lesser extent in the high anger group than in the low anger group. Moreover, there was more dropout in the high anger group than in the low anger group. Thus, it can be concluded that high anger has a negative effect on MBT treatment outcome. Furthermore, there is some evidence that high anger predicts a higher chance for drop-out.

Keywords: mentalisation based treatment, anger, treatment outcome.

Inleiding

Mentalization-Based Treatment (MBT), ofwel mentaliseren-bevorderende therapie, is een populaire behandeling in de geestelijke gezondheidszorg (Bateman & Fonagy, 2012). Het is een psychotherapeutische behandeling die tracht het mentaliserend vermogen van patiënten te verbeteren, door middel van interventies in individuele en groepstherapie. Er wordt vooral aandacht besteed aan psychologische processen in het hier en nu en de therapeut stimuleert het nadenken over de mentale toestanden van een ander. Ook in Nederland heeft de behandeling de laatste jaren een grote ontwikkeling doorgemaakt, doordat veel behandelaars zich in deze methode laten bijscholen (Expertisecentrum MBT Nederland, 2014). In eerste instantie is de behandeling ontwikkeld voor borderline persoonlijkheidsproblematiek, maar de toepassing ervan is inmiddels uitgebreid naar andere persoonlijkheidsstoornissen, depressie, eetstoornissen en verslaving (Bateman & Fonagy, 2012).

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van MBT. In een gerandomiseerd onderzoek van Bateman en Fonagy (1999) werden negentien patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) gedurende achttien maanden behandeld volgens een MBT behandelprogramma. Een controlegroep van nog eens negentien patiënten kreeg in dezelfde periode standaard psychiatrische zorg. De MBT groep liet een significante verbetering zien wat betreft symptomatologie en andere klinische metingen. Bij de controlegroep was sprake van een beperkte verbetering of zelfs verslechtering. Follow-up onderzoek toonde aan dat de klinische verbetering van de MBT groep stand hield achttien maanden na het beëindigen van de behandeling. Er werd zelfs een additionele verbetering gevonden (Bateman & Fonagy, 2001). Beide onderzoeken van Bateman en Fonagy hadden echter een geringe omvang, met slechts 38 participanten. Bovendien werd de MBT behandeling veel meer gestructureerd toegepast dan de standaard psychiatrische zorg. Bateman en Fonagy (2009) hebben daarom in hun volgende onderzoek, met 134 participanten met BPS, de MBT behandeling vergeleken met een gestructureerde klinische behandeling (SCM: Structured Clinical Management). Dit onderzoek liet een significante verbetering zien in beide groepen. De MBT behandeling was echter superieur wat betreft vermindering van suïcide pogingen en zelfbeschadiging en wat betreft verbetering gemeten met zelfrapportage vragenlijsten, zoals de Symptom Checklist-90 (SCL-90), de Beck Depression Inventory (BDI), de Social Adjustment Scale (SAS) en de Inventory of Interpersonal Problems (IIP). In Nederland is eveneens onderzoek gedaan naar MBT (Bales, Van Beek, Smits, Willemsen, Busschbach, Verheul, & Andrea, 2012). Vijfenvertig patiënten met een BPS kregen gedurende achttien maanden MBT. Deze behandeling bestond onder andere uit dagelijkse groepstherapie en wekelijkse individuele psychotherapie. Na achttien maanden was er een significante verbetering wat betreft symptomatologie, persoonlijkheidspathologie en

functioneren. Bovendien was er een significante daling in suïcide pogingen, zelfbeschadiging en zorgconsumptie. Hoewel er in dit geval geen controlegroep was, wordt naar aanleiding van dit onderzoek ook verwacht dat MBT effectief is.

Over de componenten van de behandeling die verandering teweegbrengen is echter nog weinig bekend. Bovendien is onduidelijk welke factoren ervoor zorgen dat sommige patiënten niet herstellen en anderen wel (Bateman & Fonagy, 2009). Onderzoek naar deze factoren kan meer zicht geven op welke patiënten een slechte prognose hebben en bij wie extra aandacht of een aangepaste strategie gewenst is. In de praktijk ervaren behandelaars wel degelijk dat bepaalde kenmerken van een patiënt de behandeling beïnvloeden. Eén zo'n factor die de therapie in de weg kan staan is de geneigdheid tot het ervaren van heftige woede. In de literatuur over MBT wordt benadrukt dat mentaliseren moeite kost en dat je je bovendien redelijk veilig moet voelen om te kunnen mentaliseren (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Wanneer je dreiging ervaart zal je uit zelfbescherming sneller conclusies trekken in plaats van dat je de tijd neemt om verschillende perspectieven te overwegen (Allen et al., 2008, pp. 338). Dit betekent dat heftige emoties, zoals woede, het moeilijker maken om te mentaliseren. Bovendien blijkt uit empirisch onderzoek dat de mate van woede drop-out kan voospellen (Rüsch, Schiel, Corrigan, Leihener, Jacob, Olschewski, Lieb, & Bohus, 2008; Smith, Koenigsberg, Yeomans, Clarkin, & Selzer, 1995).

Om te begrijpen waarom woede een negatief effect op de behandeling kan hebben, zal eerst kort aandacht worden besteed aan het concept mentaliseren en de ontwikkeling van het vermogen om te mentaliseren. Daarna zal aandacht worden besteed aan persoonlijkheidsstoornissen en de ontwikkeling van een beperkt vermogen tot mentaliseren. Vervolgens wordt beschreven uit welke interventies MBT bestaat. Tenslotte wordt besproken welke rol woede speelt in persoonlijkheidsproblematiek en welke invloed woede kan hebben op mentaliseren.

Mentaliseren

Mentaliseren is het proces waarmee we proberen onszelf en anderen te begrijpen in termen van mentale toestanden, zoals gedachten, intenties, gevoelens, et cetera (Bateman & Fonagy, 2013). Mentaliseren maakt gedrag voorspelbaar, het helpt bij het reguleren van emoties en het bevordert communicatie en relaties met anderen (Eurelings-Bontekoe, Verheul & Snellen, 2009). Mentaliseren bevordert ook het vermogen om hulp te vragen en te accepteren (Bateman & Fonagy, 2013). Kortom, een sterk mentaliserend vermogen maakt een mens veerkrachtiger.

Men wordt niet geboren met een mentaliserend vermogen, maar het ontwikkelt zich in een veilige gehechtheidrelatie. Wanneer een kind erop kan vertrouwen dat de ouder bereikbaar is en zal reageren, voelt het kind zich veilig om de wereld te exploreren (Bowlby, 1988). In deze veilige relatie kan een kind het besef ontwikkelen van een 'ik' en een 'ander'

en leert het dat het eigen gedrag en het gedrag van een ander gestuurd wordt door motieven en gevoelens. Het is hierbij belangrijk dat het kind een ouder ervaart die mentaliseert over de mentale toestanden van het kind. Het mentaliserend vermogen van de verzorger is dus van groot belang (Eurelings-Bontekoe et al., 2009).

Persoonlijkheidsproblematiek en mentaliseren

Wanneer er sprake is van een trauma in de gehechtheidsrelatie kan het mentaliserend vermogen zich niet optimaal ontwikkelen. Volgens Allen, Fonagy en Bateman (2008) veroorzaken mishandeling en verwaarlozing in de jeugd extreem onveilige gehechtheid. Wanneer er sprake is van mishandeling, zal het kind uit zelfbescherming niet mentaliseren over de intenties van de ouder, om confrontatie met de onverschilligheid of wreedheid van de ouder te vermijden. Mishandeling veroorzaakt dus niet alleen lijden, maar het ondermijnt ook de ontwikkeling van mentaliserend vermogen (Allen et al., 2008, pp.111).

Allen en collega's (2008) beweren dat gebrekkige mentalisatie een mediërende rol speelt tussen onveilige hechting en het ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek. Bovendien stellen Brennan en Shaver (1998) dat in de klinische literatuur er steeds meer steun is voor de conceptualisering van een persoonlijkheidsstoornis als een hechtingsstoornis. Zij hebben aangetoond dat er een significante associatie bestaat tussen de elf persoonlijkheidsstoornissen uit de DSM-III-R en onveilige gehechtheid. Persoonlijkheidsstoornissen kenmerken zich door een langdurig patroon van afwijkende gedragingen en ervaringen. Dit uit zich vaak in problemen in interpersoonlijke relaties. De andere terreinen waarop dit zichtbaar kan worden zijn: cognities (de manier van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen), het affect en de beheersing van impulsen (American Psychiatric Association [APA], 2001). BPS wordt gekenmerkt door instabiliteit in relaties en zelfbeeld, problemen met affectregulatie en impulsiviteit (APA, 2001). Volgens Levy (2005) wordt kenmerkend gedrag van de BPS, zoals impulsiviteit of affect labiliteit, vaak geprikkeld door misvattingen over subtiele gebeurtenissen in relaties. Deze misvattingen kunnen het gevolg zijn van tekortschietende mentalisatie.

In de jaren '90 zijn Bateman en Fonagy begonnen met de ontwikkeling van MBT voor mensen met een BPS (1999, 2001, 2004). De grondleggers van MBT betogen dat een beperkt vermogen tot mentaliseren belangrijk is in de ontwikkeling van BPS en dat de behandeling dus gericht moet zijn op het bevorderen van mentaliseren (Allen et al., 2008). Zoals eerder genoemd zijn problemen met mentaliseren niet uitsluitend kenmerkend voor BPS en wordt MBT tegenwoordig aan een veel bredere doelgroep aangeboden.

MBT

Het doel van MBT is "een therapeutisch proces op gang te brengen waarbinnen de mentale toestand van de patiënt centraal komt te staan", zodat men kan werken aan het bevorderen van

het mentaliseren (Eurelings-Bontekoe et al., 2009, pp. 272). De behandeling bestaat uit groepstherapie en individuele therapie. De therapeut dient zelf continu een mentaliserende houding aan te nemen; een ‘onwetende’ houding waarin de therapeut steeds probeert te begrijpen wat de mentale toestand is van de patiënt (Eurelings-Bontekoe et al., 2009). De interventies die gebruikt worden om het mentaliseren van de cliënt te bevorderen zijn gerangschikt naar intensiteit. Wanneer een cliënt emotioneel is en daardoor niet in staat is te mentaliseren, kan alleen een ‘veilige interventie’ gebruikt worden (Bateman & Fonagy, 2013). Dat is een interventie die de *arousal* (opwinding) naar beneden brengt, waardoor de cliënt de kans krijgt om het mentaliseren weer te activeren. Interventies op dit laagste niveau omvatten empathisch reageren en het onderzoeken en verhelderen van het affect. Wanneer de cliënt in staat is om te reflecteren op zijn of haar huidige gemoedstoestand kan men een niveau omhoog gaan in de interventies. De volgende stap is basaal mentaliseren (Bateman & Fonagy, 2006). Een voorbeeld van basaal mentaliseren is het even stopzetten van de sessie en terugkijken, om het proces opnieuw te exploreren. Het is een vorm van achteraf mentaliseren. Het volgende niveau is interpretatief mentaliseren en de laatste en meest complexe interventie is het mentaliseren van de overdracht.

Het is van belang te beginnen met het stabiliseren van de emoties. Zonder verbeterde controle over deze emoties is men namelijk niet in staat om interne, mentale toestanden te onderzoeken en uit te dagen (Bateman & Fonagy, 2013). Volgens Eurelings-Bontekoe en collega's (2009) is er zonder emotie “geen betekenisvolle subjectieve ervaring, maar met te veel emotie wordt de subjectieve ervaring niet begrepen en weinig betekenisvol” (pp. 285-286). Heftige emoties verstoren het mentaliseren, dus het is de taak van de therapeut om een balans te zoeken tussen het stimuleren van emoties en het aanpassen van de intensiteit van een interventie aan het mentaliserend vermogen van de patiënt.

Woede

Ongepaste, intense of ongecontroleerde woede is een van de criteria van BPS en een voorbeeld van een heftige emotie die mentaliseren in de weg staat. Hoewel niet elke patiënt er last van heeft, is het wel een belangrijk criterium vanwege de impact op persoonlijke en therapeutische relaties (Berenson, Downey, Rafaeli, Coifman, & Paquin, 2011). Bovendien is er steun gevonden voor de hypothese dat de mate van woede en vijandigheid een voorspeller is voor drop-out (Rüsch et al., 2008; Smith, et al., 1995). Smith et al. (1995) hebben aangetoond dat vijandigheid een significante voorspeller is voor drop-out. Rüsch et al. (2008) vonden een hogere mate van woede in de patiënten die de behandeling voortijdig beëindigden. Hieruit kan men concluderen dat woede ervoor zorgt dat mensen sneller met een behandeling stoppen. Daarnaast zorgt woede voor een grotere kans op zelfbeschadiging en is woede een trigger voor suïcide pogingen (Welch & Linehan, 2002). Kortom, woede is een

factor die een negatieve impact heeft op de behandeling.

Onderzoek heeft aangetoond dat bespeurde afwijzing een belangrijke bijdrage levert aan het woede aspect van BPS (Berenson et al., 2011). In het onderzoek van Berenson en collega's kregen patiënten met BPS en mensen in de controle groep een priming-taak waarbij ze woorden zo snel mogelijk moesten voorlezen en een prime woord moesten negeren. De resultaten lieten zien dat de BPS groep significant sneller was dan de controlegroep wanneer de prime aan afwijzing gerelateerd was en de stimulus aan woede. Daarnaast kregen ze de opdracht om gedurende 21 dagen met een elektronisch dagboek op 5 willekeurige momenten per dag hun gevoel van afwijzing en woede te registreren. De BPS groep rapporteerde een significant hogere mate van bespeurde afwijzing en woede dan de controlegroep. Een negatieve correlatie liet bovendien zien dat een sterke afwijzing-woede contingentie in de dagboek studie geassocieerd was met een kortere reactietijd op woede stimuli bij afwijzing primes. Ander onderzoek liet zien dat gevoeligheid voor afwijzing bovendien geassocieerd wordt met verstoring van aandacht (Berenson, Gyurak, Downey, Garner, Mogg, Bradley, & Pine, 2009). Uit het onderzoek van Berenson et al. (2009) bleek dat de aandacht van mensen met een extreme gevoeligheid voor afwijzing sneller verstoord werd door een teken van sociale bedreiging, dan bij mensen zonder deze gevoeligheid. Mensen met een extreme gevoeligheid voor afwijzing gingen hierdoor langzamer presteren op een taak. Bovendien waren zij meer geneigd om de stimuli van sociale bedreiging te vermijden. De bevindingen van het onderzoek kunnen verklaren waarom mensen met gevoeligheid voor afwijzing, bij het reageren op anderen, informatie over de eigen emoties en die van de ander over het hoofd zien (Berenson et al., 2009). Kortom, uit onderzoek blijkt dat het woede aspect van BPS samenhangt met reacties op bespeurde afwijzing en dat bespeurde afwijzing leidt tot verstoring van aandacht. Dit kan verklaren waarom mentaliseren faalt bij een hoge mate van woede. Bovendien volgt hieruit de verwachting dat bij heftige emoties, zoals woede, de behandeling eerst zal moeten beginnen met minder complexe interventies en het stabiliseren van emoties, waardoor het langer duurt om iemand te leren mentaliseren.

Huidige onderzoek

Met behulp van dit onderzoek wordt getracht bij te dragen aan de zoektocht naar de factoren die MBT behandeling beïnvloeden, zodat klinici beter kunnen voorspellen wanneer en bij wie een behandeling effectief zal zijn. Zoals eerder genoemd heeft onderzoek aangetoond dat MBT een effectieve behandeling is voor BPS (Bales et al., 2012; Bateman & Fonagy 1999, 2001, 2009). Er is echter nog weinig bekend over de factoren die de uitkomst van een behandeling beïnvloeden en drop-out veroorzaken. Bateman en Fonagy (2009) gaven ook al aan dat het noodzakelijk is dat onderzoek niet alleen de effectiviteit van MBT vergelijkt met andere behandelingen. Het is tevens belangrijk om onderzoek te doen naar potentiële

verschillen in patiënten die de behandeluitkomst beïnvloeden. Het identificeren van deze kenmerken maakt het mogelijk om al in een vroeg stadium te herkennen welke patiënten het risico lopen op een slechte behandeluitkomst, zodat men de behandelstrategieën hierop aan kan passen. Bovendien zou kennis over kenmerken die een positieve invloed hebben op de behandeling, gebruikt kunnen worden om deze kenmerken te optimaliseren (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn, & Priebe, 2012).

In het huidige onderzoek zal worden onderzocht of de aanwezigheid van een hoge initiële mate van woede, vergeleken met een lage initiële mate van woede, de behandelresultaten negatief beïnvloedt. Volgens Bales, Van Beek en Bateman (2009: pp. 286) vindt bij MBT de grootste verbetering plaats na zes maanden behandeling. Bij de patiënten in het huidige onderzoek zijn daarom na zes tot negen maanden metingen gedaan. De hypothese is dat er bij patiënten met een initiële hoge mate van woede een minder grote daling van klachten wordt bereikt in de eerste zes tot negen maanden, dan bij patiënten met een lage mate van woede. Tevens zal worden onderzocht of een initiële hoge mate van woede ook drop-out bij MBT voorspelt. De hypothese is dat in het huidige onderzoek een hoge mate van woede een voorspeller zal zijn voor drop-out.

Methode

Participanten

Deelnemers aan het huidige onderzoek zijn patiënten van de afdeling Function Assertive Community Treatment (FACT 4) van Altrecht, Zeist, een FACT team dat gespecialiseerd is in persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn ruime inclusiecriteria gehanteerd; alleen tijdens een crisis bij de patiënt werd instroming in de MBT groep meestal uitgesteld. Patiënten die met de MBT groep gestart zijn tussen januari 2009 en november 2013 en daardoor een half jaar aan de groep hebben kunnen deelnemen, zijn meegenomen in de analyses. Dit waren 49 patiënten. Bij vijf van hen ontbrak echter een beginmeting voor woede. Hierdoor zijn in totaal 44 participanten (7 mannen, 16% en 37 vrouwen, 84%) meegenomen in de hoofd analyses. De gemiddelde leeftijd van de participanten is 43 jaar ($SD=8.9$; range=19-62). Deze patiënten zijn doorgaans al lange tijd bekend in de GGZ. Zij zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis ($n=22$; 50%), persoonlijkheidsstoornis NAO ($n=17$; 39%) of een andere persoonlijkheidsstoornis ($n=4$; 9%) en één participant had (nog) geen diagnose ($n=1$; 2%). De diagnoses zijn overgenomen uit de dossiers.

De participanten zijn verdeeld in twee groepen a) met een hoge mate van woede ($n=24$; 54.5%) en b) met een lage mate van woede ($n=20$; 45.5%). In het huidige onderzoek is hoge woede geoperationaliseerd als een score op de subschaal woede van de *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI) die hoger is dan de cut-off score 1 (Arntz,

1999). De groep met hoge woede bestaat uit 2 mannen (8%) en 22 vrouwen (92%) (leeftijd: $M=39.6$; $SD=9.7$; range=19-62). Zij zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis ($n=13$; 54%), persoonlijkheidsstoornis NAO ($n=8$; 33%) of een andere persoonlijkheidsstoornis ($n=2$; 8%) en één participant had (nog) geen diagnose ($n=1$; 4%). De groep met lage woede bestaat uit 5 mannen (25%) en 15 vrouwen (75%) (leeftijd: $M=46.9$; $SD=5.9$; range=39-60). Zij zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis ($n=9$; 45%), persoonlijkheidsstoornis NAO ($n=9$; 45%) of een andere persoonlijkheidsstoornis ($n=2$; 10%). De kenmerken van de participanten zijn weergegeven in Tabel 1. Uit de analyses bleek dat de groepen bij aanvang van de behandeling alleen significant van elkaar verschilden wat betreft leeftijd en GAF-score. De GAF-score is een maat voor het algehele functioneren van een patiënt. Hoe hoger de score, hoe beter iemand functioneert. Deze variabelen zijn meegenomen als covariaten, zodat initiële groepsverschillen geen invloed hadden op de vergelijking tussen de groepen wat betreft de daling van klachten.

Behandeling

Het MBT programma begint met een intakegesprek en een gesprek gericht op deelname aan de behandeling en het opstellen van doelen voor de MBT groep. De behandeling bestaat uit een tweewekelijkse groepstherapie en één keer per twee weken individuele psychotherapie. Daarnaast is er psychomotore therapie en creatieve therapie. Alle behandelingen in het MBT programma zijn erop gericht om het mentaliserend vermogen van de patiënt te vergroten. Ieder half jaar nodigen de behandelaren de patiënt uit voor een gesprek om het verloop van de behandeling te bespreken en de doelen van de patiënt te evalueren. Het is de bedoeling dat patiënten na ongeveer twee jaar de MBT kunnen afronden.

Instrumenten

Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI):

Voor aanvang van de behandeling werd het semigestructureerde interview, de BPDSI (Arntz, 1999), afgenomen om borderline kenmerken van de patiënt in kaart te brengen. Dit interview beschikt over goede psychometrische kwaliteiten (Arntz, Van den Hoorn, Cornelis, Verheul, Van den Bosch & De Bie, 2003). Aan de hand van negen subschalen worden de DSM-IV criteria voor de BPS uitgevraagd. Naast de standaardvragen worden aanvullende vragen gesteld over concrete voorbeelden van gedrag en de frequentie van dit gedrag. In het huidige onderzoek werd de BPDSI gebruikt om patiënten van elkaar te kunnen onderscheiden op bepaalde kenmerken. Volgens Giesen-Bloo, Wachters, Schouten en Arntz (2010) kan de BPDSI namelijk zowel de ernst van de borderline persoonlijkheidsstoornis meten, als de ernst van alle losse DSM-IV criteria voor deze stoornis. Specifiek werden patiënten van elkaar onderscheiden op basis van hun score op de subschaal woede van de BPDSI. De

psychometrische kwaliteiten van de subschaal woede zijn goed (Giesen-Bloo et al., 2010). De intra-klasse correlatie coëfficiënt (ICC) van de subschaal woede is hoog (ICC=.93) (Arntz et al., 2003). Deze wordt gebruikt om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te meten. De interne consistentie van de subschaal woede is eveneens hoog ($\alpha=.80$) (Giesen-Bloo et al., 2010).

Symptom Checklist-90 (SCL-90):

Het klachtenniveau is gemeten met de SCL-90 (Arrindell & Ettema, 2003). Deze zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 90 beschrijvingen van klachten. Patiënten moeten aangeven in welke mate zij de afgelopen week last hebben gehad van deze klachten. Met de totaalscore van deze lijst wordt het algehele klachtenniveau gemeten. Daarnaast zijn de items onder te verdelen in acht subschalen en een restschaal: Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Sensitiviteit en Wantrouwen, Hostiliteit en Slaapproblemen. De psychometrische kwaliteiten van deze vragenlijst zijn voldoende tot goed (Evers, Braak, Frima, & van Vliet-Mulder, 2009). De SCL-90 is gekozen als uitkomstmaat voor de behandeling, omdat deze continu is afgenomen en geschikt is bevonden voor de evaluatie van behandelresultaten (Arrindell & Ettema, 2003).

Procedure

Voor aanvang van de behandeling is een beginmeting (T0) gedaan van de klachten en het functioneren van patiënten. Deze beginmeting bestaat uit verschillende vragenlijsten, waaronder de SCL-90 en een semigestructureerd interview om borderline kenmerken in kaart te brengen: de BPDSI. Vervolgens is de SCL-90 na 6 tot 9 maanden herhaald (T1). In beide groepen was de gemiddelde behandelduur (gemeten in maanden) tussen T0 en T1 gelijk (hoge woede: $M=6.8$, $SD=1.0$; lage woede: $M=6.9$, $SD=1.3$; $t(19)=-.111$, $p=.913$). Participanten die tegen advies van de behandelaar voortijdig (tussen T0 en T1) zijn gestopt met de behandeling zijn geïdentificeerd als drop-outs.

Dataverwerking en analyse

De data zijn geanalyseerd met behulp van *Statistical Package for the Social Sciences* versie 20.0 (IBM, 2011). Omschrijvingen van de analyseprocedures zijn opgenomen in de resultatensectie.

In verband met de geringe omvang van de steekproef neemt de kans op een type 2 fout snel toe (McKillup, 2012). In het huidige onderzoek betekent dit dat er een verhoogde kans is dat ten onrechte de conclusie getrokken wordt dat er geen verschil in behandelresultaat is tussen de twee groepen. Door een significantieniveau van .1 te kiezen in plaats van .05 kan de kans op een type 2 fout verkleind worden. In het huidige onderzoek is voor significantieniveau van .1 gekozen.

Resultaten

Descriptieve analyses

Descriptieve gegevens van de participanten zijn weergegeven in Tabel 1. Verschillen tussen de groepen hoge woede en lage woede wat betreft BPDSI totaalscore (exclusief woede), leeftijd, klachtenniveau, comorbiditeit van klachten, GAF-score, sekse en As2 diagnose zijn onderzocht door middel van onafhankelijke t-toetsen en Fisher's exact toetsen. Er waren geen significante verschillen wat betreft BPDSI totaalscore, comorbiditeit van klachten, sekse en As2 diagnose. Het verschil in klachtenniveau gemeten met de SCL-90 dat zichtbaar lijkt in Tabel 1 was eveneens niet significant. De groepen verschilden wel significant in leeftijd, $F(42)=3.48$, $p<.1$. De hoge woede groep ($M=39.6$, $SD=9.7$) is gemiddeld jonger dan de lage woede groep ($M=46.9$, $SD=5.9$). Er was bovendien een significant verschil in GAF-scores, $F(41)=2.31$, $p<.1$. Bij het berekenen van de gemiddelde GAF-scores is een participant met een GAF score van meer dan 3 standaarddeviaties boven het steekproef gemiddelde weggelaten uit de berekening. De hoge woede groep had gemiddeld een lagere GAF score ($M=46.6$, $SD=8.6$) dan de lage woede groep ($M=52.5$, $SD=8.2$).

Tabel 1. *Descriptieve gegevens van de participanten, uitgesplitst in hoge en lage woede.*

	Groep		
	Totaal	Hoge woede	Lage woede
Aantal participanten N (%)	44 (100%)	24 (54.5%)	20 (45.5%)
Woede score BPDSI M (SD)	1.7 (1.7)	2.9 (1.3)	0.3 (0.3)
Man n (%)	7 (16%)	2 (8%)	5 (25%)
Vrouw n (%)	37 (84%)	22 (92%)	15 (75%)
Leeftijd M (SD)	42.9 (8.9)	39.6 (9.7)	46.9 (5.9)
BPDSI totaalscore * M (SD)	22.3 (8.0)	24.1 (8.1)	20.2 (7.6)
Klachten SCL-90 M (SD)	245.2 (70.5)	259.9 (74.1)	227.6 (63.2)
GAF-score M (SD)	49.3 (8.8)	46.6 (8.6)	52.5 (8.2)
Drop-out tussen T0 en T1 n (%)	9 (20%)	7 (29%)	2 (10%)
<i>Diagnoses</i>			
Aantal As1 diagnoses M (SD)	1.1 (0.9)	1 (0.8)	1.3 (1.0)
As2 diagnose n (%)	BPS	22 (50%)	13 (54%)
	NAO	17 (39%)	8 (33%)
	Overig	4 (9%)	2 (8%)
	Geen	1 (2%)	1 (4%)

Noot. Hoge woede: score op de subschaal woede van de BPDSI >1 . Lage woede: score op de subschaal woede van de BPDSI ≤ 1 . BPS: "borderline persoonlijkheidsstoornis"; NAO: "Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven"; Overig: "een andere persoonlijkheidsstoornis"; GAF: Global Assessment of Functioning.*= exclusief Woede.

Drop-out analyse

Bij 7 participanten (29%) van de hoge woede groep en bij 2 participanten (10%) van de lage woede groep, was er sprake van vroegtijdige beëindiging van de behandeling tussen T0 en T1. Door middel van de Fisher's exact toets is onderzocht of het gaat om een significant verschil in drop-out. Bij kleine aantallen wordt de Fisher's exact toets gebruikt, in plaats van een Chi-kwadraattoets, omdat dit meer nauwkeurige resultaten oplevert (Field, 2013, pp. 724). Het verschil in drop-out tussen de hoge woede groep en de lage woede groep is niet significant $\chi^2(1)=2.46, p=.115$, maar wijst wel op een trend (zie Tabel 2).

Tabel 2.

Drop-out aantallen en percentages, uitgesplitst in hoge en lage woede.

		Groep		
		Totaal (N=44)	Hoge woede (n=24)	Lage woede (n=20)
Drop-out tussen T0 en T1	Drop-out	9 (20%)	7 (29%)	2 (10%)
	Niet drop-out	35 (80%)	17 (71%)	18 (90%)
Fisher's exact toets:		$p=.115$		

Noot. T0=begin meting; T1=na 6-9 maanden behandeling; p =significantie van het verschil tussen drop-out in de hoge en lage woede groep.

Intention-to-treat analyse behandel-effect

Met gepaarde metingen t-toetsen is onderzocht of een vermindering van klachten is opgetreden. Door gebruik te maken van een intention-to-treat analyse konden drop-outs meegenomen worden in de berekeningen ($n=30$: hoge woede $n=19$; lage woede $n=11$). Bij de drop-outs is de beginscore (T0) op de SCL-90 eveneens ingevuld op T1, ervan uitgaande dat hetzelfde klachtniveau behouden is. Dit is de zogenoemde 'last observation carried forward' methode (Enders, 2012).

Met een gepaarde metingen t-toets is onderzocht of er een vermindering van klachten is opgetreden. De scores van de participanten op het algehele klachtniveau (totaalscore SCL-90) zijn bij de eerste nameting (T1: $M=236.6$; $SD=78.8$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=249.6$; $SD=72.6$) en dit verschil is significant, $t(29)=2.58, p<.1$.

Met twee gepaarde metingen t-toetsen is bovendien de daling van klachten in beide groepen apart onderzocht. In de lage woede groep was het algehele klachtniveau (totaalscore SCL-90) bij de eerste nameting (T1: $M=189.0$; $SD=67.4$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=214.4$; $SD=60.2$). Deze daling in klachten was significant, $t(10)=2.30, p<.1$. In de hoge woede groep leek het algehele klachtniveau bij de eerste nameting (T1: $M=264.2$; $SD=72.7$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=270.1$; $SD=72.7$), maar deze daling in klachten was niet significant (zie Tabel 3).

Tabel 3. Gemiddelden en standaarddeviaties van scores op de SCL-90 op T0 en T1, intention-to-treat groep.

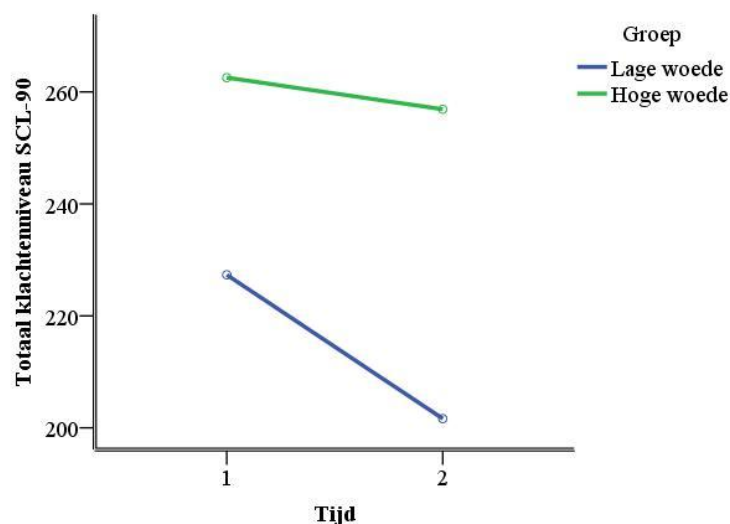
	Groep					
	Totaal (N=30)		Hoge woede (n=19)		Lage woede (n=11)	
	M	SD	M	SD	M	SD
T0	249,6	72,6	270,1	72,9	214,4	60,2
T1	236,6	78,8	264,2	72,7	189,0	67,4
	$p=.015^{**}$		$p=.182$		$p=.044^{**}$	

Noot. T0 = begin meting; T1= na 6-9 maanden behandeling; SCL-90: Symptom CheckList-90; M = mean; SD = standard deviatie; p = significantie van de verandering tussen T0 en T1; * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$.

Een 2 x 2 herhaalde metingen analyse van de intention-to-treat groep ($n=30$) is gebruikt om het verschil in klachtenafname tussen de hoge en lage woede groep te vergelijken. De binnengroepsvariabele was Tijd (T0 vs. T1). De tussengroepsvariabele was Woede en bestond uit twee niveaus: mensen met hoge vs. lage woede. Vanwege de initiële groepsverschillen zijn leeftijd en GAF-score meegenomen als covariaten.

De assumptie van normaliteit, onderzocht met Shapiro-Wilk test, werd niet geschonden. De assumptie van homogeniteit van variantie, gekeken naar de Fmax, werd eveneens niet geschonden.

De resultaten lieten geen hoofdeffect van Tijd zien en geen hoofdeffect van Groep. De resultaten lieten wel een significant interactie effect zien van Tijd x Groep, $F(1, 26)=3.07$, $p<.1$ (zie Figuur 1). Partiële eta-kwadraat=.11, wat duidt op een medium effect (Gray & Kinnear, 2012, pp. 285).



Figuur 1. Verloop van de daling van het algehele klachtenniveau (SCL-90) uitgesplitst voor lage woede ($n=11$) en hoge woede ($n=19$), inclusief drop-outs. Waarbij gecontroleerd is voor initiële verschillen in leeftijd en GAF-score.

Completers analyse behandel-effect

Er kwam meer drop-out voor in de hoge woede groep dan in de lage woede groep. De intention-to-treat analyse zou hierdoor een vertekend beeld kunnen geven van de resultaten, daarom is een analyse toegevoegd op de data van de patiënten die de behandeling hebben voltooid (completers). Met een gepaarde metingen t-toets is onderzocht of er een vermindering van klachten is opgetreden bij de completers. In de totale completers groep ($n=21$) zijn de scores op het algehele klachtenniveau (totaalscore SCL-90) bij de eerste nameting (T1: $M=237.9$; $SD=81.5$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=256.4$; $SD=71.6$) en dit verschil is significant, $t(20)=2.70$, $p<.1$.

Met twee gepaarde metingen t-toetsen is bovendien de daling van klachten in de verschillende groepen apart onderzocht. In de lage woede groep was het algehele klachtenniveau (totaalscore SCL-90) bij de eerste nameting (T1: $M=197.3$; $SD=70.1$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=228.3$; $SD=54.7$). Deze daling in klachten was significant, $t(8)=2.42$, $p<.1$. In de hoge woede groep leek het algehele klachtenniveau bij de eerste nameting (T1: $M=268.3$; $SD=78.4$) lager dan bij de beginmeting (T0: $M=277.5$; $SD=77.5$), maar deze daling in klachten was niet significant (zie Tabel 4).

Tabel 4.

Gemiddelden en standaarddeviaties van scores op de SCL-90 op T0 en T1, completers groep.

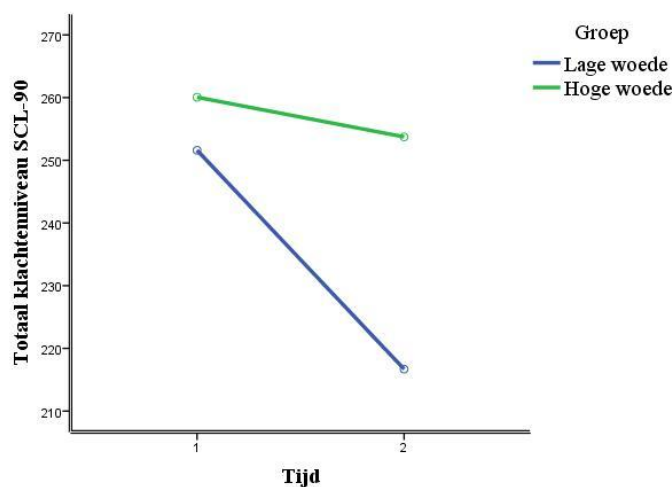
	Groep					
	Totaal ($N=21$)		Hoge woede ($n=12$)		Lage woede ($n=9$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
T0	256,4	71,6	277,5	77,5	228,3	54,7
T1	237,9	81,5	268,3	78,4	197,3	70,1
	$p = .014^{**}$		$p = .186$		$p = .042^{**}$	

Noot. T0 = begin meting; T1= na 6-9 maanden behandeling; SCL-90: Symptom CheckList-90; M = mean; SD = standard deviatie; p = significantie verandering tussen T0 en T1; * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$.

Een 2 x 2 herhaalde metingen analyse van de completers groep ($n=21$) is gebruikt om het verschil in klachtenafname te vergelijken tussen de hoge woede en lage woede groep, na een periode van zes tot negen maanden. De initiële groepsverschillen in leeftijd en GAF-score zouden de resultaten kunnen beïnvloeden en om dit te voorkomen zijn leeftijd en GAF-score meegenomen als covariaten. De assumpties van normaliteit en van homogeniteit van variantie, werden wederom niet geschonden.

Er was geen significant hoofdeffect van Tijd. Er was bovendien geen significant hoofdeffect van Groep. De resultaten lieten wel een significant interactie effect zien van Tijd

x Groep, $F(1, 17) = 3.25, p < .1$ (zie Figuur 1). Partiële eta-kwadraat = .16, wat duidt op een “groot” effect.



Figuur 2. Verloop van de daling van het algehele klachtenniveau (SCL-90) uitgesplitst voor lage woede ($n=9$) en hoge woede ($n=12$), exclusief drop-outs. Waarbij gecontroleerd is voor initiële verschillen in leeftijd en GAF-score.

Discussie

Samenvatting van de resultaten

In het huidige onderzoek is de effectiviteit van MBT en de invloed van het specifieke patiëntkenmerk woede op de effectiviteit en prognose van de behandeling onderzocht. In overeenstemming met de hypothese is gevonden dat patiënten met een hoge mate van woede een minder grote daling van klachten ervoeren na de eerste zes tot negen maanden behandeling, dan patiënten met een lage mate van woede. Bovendien zijn er aanwijzingen gevonden dat een hoge mate van woede een voorspeller was voor drop-out.

Wat betreft de behandeluitkomst, blijkt uit de resultaten dat er in de gehele steekproef na zes tot negen maanden behandeling een significante vermindering van klachten heeft plaatsgevonden. Beide groepen lieten een daling van klachten zien. Uit aparte analyses voor de twee groepen bleek dat de klachtenvermindering wel significant was in de lage woede groep, maar niet in de hoge woede groep. Een interactie effect, waarbij gecontroleerd is voor initiële groepsverschillen in leeftijd en GAF-score, liet zien dat de dalingen in beide groepen significant van elkaar verschilden: patiënten met een hoge mate van woede profiteerden in de eerste zes tot negen maanden minder van de behandeling dan mensen met een lage mate van woede. De effect grootte van het interactie effect was medium tot groot. Deze resultaten ondersteunen de theorie dat een heftige emotie zoals woede het mentaliseren verstoort (Bateman & Fonagy, 2013), waardoor het leren te mentaliseren gehinderd wordt. Het is waarschijnlijk dat de stabilisatiefase bij heftige emoties, zoals woede langer duurt dan

wanneer dergelijke heftige emoties geen rol spelen, waardoor er een minder snelle daling van klachten plaatsvindt.

Uit eerder onderzoek kwam naar voren dat patiënten met ernstige symptomen en kenmerken niet minder profiteren van behandeling, maar zelfs grotere veranderingen kunnen doormaken (Barnicot et al., 2012). Uit de resultaten van het huidige onderzoek kunnen geen conclusies getrokken worden over de invloed van ernstige symptomen in het algemeen. De conclusies van dit onderzoek gelden alleen voor de eerste 6 tot 9 maanden van de behandeling. Er is aangetoond dat in deze periode de grootste verandering plaatsvindt (Bales et al., 2009), maar het is mogelijk dat patiënten met een hoge mate van woede een langzame start maken en op de langere termijn alsnog meer profiteren van de behandeling. Het huidige onderzoek doet bovendien alleen uitspraken over de invloed van de ernst van woede. De groep met hoge woede en de groep met lage woede verschilden namelijk niet significant van elkaar voor wat betreft de totale ernst van borderline kenmerken (BPDSI) of het totale klachtenniveau bij aanvang van de behandeling (SCL-90). Zij verschilden wel op de gemiddelde GAF-score, maar hiervoor is in de analyses gecontroleerd, waardoor het verschil in klachtenafname hier niet aan kan worden toegeschreven.

Uit het huidige onderzoek komen tenslotte aanwijzingen naar voren voor een grotere kans op drop-out bij patiënten met een hoge mate van woede. Het bewijs voor dit laatste is echter beperkt en zal moeten worden ondersteund door aanvullend onderzoek. Een grotere kans op drop-out zou veroorzaakt kunnen worden door de verhoogde gevoeligheid voor afwijzing, welke bijdraagt aan het woede aspect van borderline persoonlijkheidsproblematiek en welke samenhangt met een grotere kans op conflicten en terugtrek gedrag (Berendson et al., 2009). Een tweede verklaring zou de minder aanzienlijke afname van klachten kunnen zijn. Wanneer een patiënt merkt dat klachten minder snel afnemen dan die van groepsgenoten zou hij of zij kunnen concluderen dat de behandeling niet werkt, waardoor hij of zij besluit te stoppen.

Implicaties

Uit het huidige onderzoek blijkt dat patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en ernstige persoonlijkheidsproblematiek profiteren van de ambulante MBT behandeling. Zij moeten dus de mogelijkheid krijgen om de psychotherapeutische behandeling te volgen. Patiënten met een hoge mate van woede profiteren ook, maar minder. Zij hoeven niet uitgesloten te worden, maar het is wel belangrijk om er rekening mee houden dat hun klachten minder snel dalen dan die van patiënten met een mindere mate van woede, in ieder geval in de eerste zes tot negen maanden. Bovendien is het belangrijk om de verhoogde kans op drop-out in de gaten te houden. Bij patiënten met een hoge mate van woede is waarschijnlijk meer aandacht nodig voor het stabiliseren van emoties, zodat conflicten met

behandelaars en groepsgenoten, en andere mogelijke triggers voor drop-out, voorkomen kunnen worden. Bovendien zouden patiënten voorbereid kunnen worden door informatie te verstrekken over realistische verwachtingen met betrekking tot vermindering van klachten en de mogelijke verschillen tussen groepsgenoten op dit gebied. Eventueel kan worden overwogen om patiënten met een hoge mate van woede eerst een Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) te laten volgen. Deze training is speciaal gericht op het leren reguleren van emoties om minder sterk te kunnen reageren op prikkels (VERS-training, 2014).

Krachten en beperkingen

Een belangrijke kracht van het huidige onderzoek is de naturalistische context van het onderzoek. De deelnemers aan het onderzoek komen van een reguliere afdeling voor patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en comorbide stoornissen, waardoor de resultaten goed te vertalen zijn naar de praktijk. Er zijn bovendien ruime inclusie criteria gehanteerd. Patiënten met traumaklachten, middelen misbruik/afhankelijkheid werden bijvoorbeeld niet uitgesloten van het onderzoek. Bovendien hoefden patiënten niet aan één specifieke diagnose te voldoen, in tegenstelling tot andere onderzoeken waar dit wel het geval was (Fonagy & Bateman, 1999, 2009). Hierdoor neemt de generaliseerbaarheid van de resultaten van het huidige onderzoek toe.

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. In het huidige onderzoek is niet gecontroleerd of de gevonden effecten alleen voor MBT gelden. Deelnemers aan het huidige onderzoek hebben naast de MBT behandeling namelijk ook kunnen profiteren van de FACT werkwijze, waarbij de patiënt individuele begeleiding krijgt en intensieve begeleiding van een multidisciplinair team wanneer er sprake is van (dreigende) crisis. Verder bestaat er momenteel nog geen meetinstrument om het mentaliserend vermogen te meten (Bateman & Fonagy, 2013), zodat niet gecontroleerd kan worden of het verschil in daling van klachten samenhangt met een verschil in toename van mentaliserend vermogen.

Tenslotte is de naturalistische setting ook een beperking van het onderzoek. Het is complex om in de klinische praktijk onderzoek uit te voeren. Door de jaren heen kunnen werksituaties en samenstellingen van teams veranderen. Bovendien spelen er bij de patiënten vaak meerdere problemen waardoor zij zich niet altijd aan behandelafspraken kunnen houden. Deze obstakels maken het lastig om in de klinische praktijk gestructureerd data te verzamelen en onderzoek te doen. De instabiliteit die bij de doelgroep hoort en onvolkomenheden in de organisatie, hebben ervoor gezorgd dat metingen vaak niet exact om de zes maanden konden worden afgenomen. Om toch zoveel mogelijk data mee te kunnen nemen in de analyses is er een tijdsinterval van zes tot negen maanden tussen de voormeting (T0) en het eerstvolgende meetmoment (T1) gecreëerd. Er was geen verschil tussen beide groepen voor wat betreft

behandelduur tot aan T1. Vanwege het relatief korte bestaan van de MBT behandeling op de afdeling en de relatief kleine omvang van de afdeling, was er slechts een kleine steekproefomvang. Naast het creëren van een tijdsinterval is gebruik gemaakt van een intention-to-treat analyse, zodat missende data vanwege drop-out alsnog kon worden gebruikt. De intention-to-treat analyse heeft echter ook beperkingen. In de gebruikte methode is namelijk aangenomen dat er geen verdere daling van klachten heeft plaatsgevonden bij de drop-outs. Doordat er in de hoge woede groep meer drop-outs zaten zal deze groep sneller een minder grote daling laten zien. Om te kunnen onderzoeken of het verschil tussen beide groepen ontstond vanwege de intention-to-treat analyse is aanvullend een completers analyse uitgevoerd, waarbij de drop-outs niet zijn meegenomen. De resultaten van de completers analyse komen overeen met de resultaten van de intention-to-treat analyse, waardoor zij het verschil in klachtenafname bekrachtigen.

Ondanks deze beperkingen heeft het huidige onderzoek een belangrijke bijdrage geleverd aan het verkrijgen van duidelijkheid over de oorzaak voor verschillen in behandeluitkomsten. Het huidige onderzoek is hierin vernieuwend. Er is voor zover bekend niet eerder onderzoek gedaan naar de invloed van specifieke patiëntkenmerken op behandeluitkomst en kans op drop-out bij MBT. Hierdoor heeft het huidige onderzoek gezorgd voor meer handvatten bij het voorspellen van behandeluitkomst en drop-out, zodat patiënten en behandelaars hierop voorbereid kunnen zijn.

Toekomstig onderzoek

Vanwege de geringe omvang van de steekproef kon alleen gekeken worden naar veranderingen in de eerste zes tot negen maanden. Het is mogelijk dat de groep met een hoge mate van woede op de langere termijn net zoveel profiteert van de behandeling als de groep met een lage mate van woede of zelfs meer. Zoals eerder genoemd werd is het mogelijk dat patiënten met een hoge mate van woede een langzame start maken en op de langere termijn alsnog meer profiteren van de behandeling. Om deze hypothese te kunnen testen is vervolgonderzoek over een langere periode nodig. Bovendien kan met langduriger onderzoek onderzocht worden of het behandel-effect stand houdt, zoals eerder wel werd aangetoond door Fonagy en Bateman (2001). In het huidige onderzoek waren bovendien erg weinig mannelijke patiënten betrokken (zie Tabel 1). Hierdoor is onduidelijk of dezelfde conclusies gelden voor een mannelijke patiëntenpopulatie. Toekomstig onderzoek zal zich ook moeten richten op mannelijke patiënten. Verder werd er in het huidige onderzoek niet stelselmatig bijgehouden met welke reden patiënten vroegtijdig stoppen met de behandeling. Vervolgonderzoek zou deze gegevens moeten bijhouden om meer duidelijkheid te kunnen krijgen over de verklaring voor de huidige resultaten met betrekking tot drop-out. In het huidige onderzoek was het niet mogelijk om vragenlijsten over kwaliteit van leven, ernst van persoonlijkheidsproblematiek

en de relatie met de hulpverlener te gebruiken, omdat deze niet consequent waren afgenomen. In toekomstig onderzoek is het goed om dit wel te doen, zodat onderzocht kan worden of patiënten met een hoge mate van woede op meerdere gebieden minder profiteren van de behandeling.

Tenslotte kan men in de toekomst voortborduren op het huidige onderzoek. Het is belangrijk dat er meer onderzoek gedaan gaat worden naar verschillende patiëntkenmerken en factoren die invloed kunnen hebben op de behandeluitkomst, zodat behandelaren beter kunnen gaan voorspellen wie profiteert van de behandeling, hoeveel men profiteert en op welke termijn.

Conclusies

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat patiënten met een hoge initiële mate van woede minder profiteren van MBT behandeling in de eerste 6 tot 9 maanden dan patiënten met een lage initiële mate van woede. Deze conclusies steunen de theorie dat leren te mentaliseren moeizamer gaat bij patiënten met een grote geneigdheid tot het ervaren van heftige woede. Toekomstig onderzoek zal echter moeten uitwijzen of dit betekent dat deze patiënten ook op de lange termijn minder profiteren van MBT. Tenslotte zijn er aanwijzingen gevonden voor een grotere kans op drop-out bij patiënten met een hoge mate van woede. In de behandeling dient men rekening te houden met deze verschillen, zodat patiënten en behandelaars op de hoogte zijn van de prognose en zodat drop-out voorkomen kan worden.

Literatuurlijst

- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- American Psychiatric Association (2001) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Hartcourt Book Publishers.
- Arntz, A. (1999). *BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index Versie IV*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Arntz, A., Hoorn, M. van den, Cornelis, J. Verheul, R., Bosch, W. van den & Bie, A. de (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45-59.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90. Symptom Checklist. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Bales, D., Beek, N. van & Bateman, A. (2009). Mentalization-Based Treatment voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In Eurelings-Bontekoe, E., Verheul, R. & Snellen, W. (eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 265-287). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bales, D., Beek, N. van, Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J., Verheul, R. & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26, 568-582.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychological Review*, 32, 400-412.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder: a practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient Mentalization-Based Treatment versus Structured Clinical Management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355

1364.

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012) *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 595-613.
- Berenson, K., Gyurak, A., Downey, G., Garner, M., Mogg, K., Bradley, B. & Pine, D. (2009). Rejection sensitivity and disruption of attention by social threat cues. *Journal of Research in Personality*, 43, 1064-1072.
- Berenson, K., Downey, G., Rafaeli, E., Coifman, K. & Paquin, N. (2011). The rejection–rage contingency in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(3), 681-690.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.
- Brennan, K. & Shaver, P. (1998). Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental care giving. *Journal of Personality*, 66, 835-877.
- Enders, G. (2010). *Applied missing data analysis*. New York: The Guilford Press.
- Eurelings-Bontekoe, E., Verheul, R. en Snellen, W. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Evers, A., Braak, M., Frima, R., & Vliet-Mulder, J. van (2009). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Expertisecentrum MBT Nederland. (2013). *Register MBT gelanceerd: Waarborgen kwaliteit MBT-behandelaar*. Gevonden op 29 maart 2014, <http://www.mbt nederland.nl/nieuws/register-mbt-gelanceerd/>
- Field, A. (2009) *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE publications Ltd.
- Giesen-Bloo, J., Wouters, L., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49, 136–141
- Gray, C. & Kinnear, P. (2012). *IBM SPSS statistics 19 made simple*. New York: Psychology Press.
- Levy, K. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.
- McKillup, S. (2012). *Statistics explained: an introductory guide for life scientists* (2nd ed.). New York: Cambridge University Press.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P., Leihener, F., Jacob, G., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of*

Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 497-503.

Smith, T., Koenigsberg, H., Yeomans, F., Clarkin, J. & Selzer, M. (1995). Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 205-213.

VERS-Training (n.d.). *Vaardigheidstraining emotie regulatie stoornis*. Gevonden: 17 juni, 2014 van: <http://www.verstraining.nl/page/1>

Welsch, S. & Linehan, M. (2002). High-risk situations associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(6), 561-569.