

Masterscriptie Klinische en Gezondheidspsychologie  
Universiteit Utrecht

## **De effectiviteit van poliklinische mentaliseren bevorderende therapie bij uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen**

Auteur:

S. Rotmans -3271404

Scriptiebegeleider:

Dhr. prof. dr. M. van den Hout

Juli 2013

Correspondentie naar de auteur. Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie,

Universiteit Utrecht, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht. E-mail:

[S.Rotmans1@students.uu.nl](mailto:S.Rotmans1@students.uu.nl)

## Samenvatting

**INTRODUCTIE.** De effectiviteit van mentaliseren bevorderende therapie (MBT) bij borderline persoonlijkheidsstoornissen is door twee onafhankelijke onderzoeksgroepen aangetoond. Er bestaan echter klinische, theoretische en empirisch gronden om te veronderstellen dat MBT eveneens effectief is bij andere persoonlijkheidsstoornissen. Ook bij deze persoonlijkheidsstoornissen lijkt er immers sprake te zijn van een gebrekkig mentaliserend vermogen ten gevolge van een onveilige hechting. Het doel van deze studie is dan ook de effectiviteit van MBT te onderzoeken bij uiteenlopende persoonlijkheidsproblematiek.

**METHODE.** Het longitudinale onderzoek is verricht bij 17 borderline cliënten en 20 cliënten met een andere persoonlijkheidsstoornis die onder behandeling waren binnen het FACT Team Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht, te Zeist. Getracht is om halfjaarlijkse effectmetingen plaats te laten vinden met behulp van de SCL-90. Het onderzoek strijkt over een periode van dertien tot en met zestien maanden.

**RESULTATEN.** Zowel bij de borderline groep als de overige persoonlijkheidsstoornissen groep was er sprake van een significante daling van het algehele klachtenniveau, met name in de eerste zeven tot en met tien maanden. De exploratieve analyse wees uit dat met name depressieve klachten en angstklachten in de eerste zeven tot en met tien maanden significant verbeterden. Op sommige uitkomstmaten waren aanwijzingen voor een superieure uitkomst bij niet-borderline persoonlijkheidsstoornissen.

**CONCLUSIE.** MBT blijkt een effectieve behandelingsvorm voor uiteenlopende persoonlijkheidsproblematiek. Deze behandelingsvorm lijkt zich dus meer in de richting van een spectrumbenadering van persoonlijkheidsstoornissen te ontwikkelen. Dit onderzoek richtte zich echter niet op de werkzame elementen van MBT op persoonlijkheidsstoornissen.

## Abstract

**OBJECTIVE.** Mentalization based treatment (MBT) has proven- by two independent research groups- to be an effective treatment for patients with severe borderline personality disorder. However, there are clinical, theoretical and empirical reasons to assume that MBT is also effective in the treatment of other types of personality disorders. Also in these personality disorders the underlying pathological mechanism seems to be a defective mentalizing ability as a result of insecure attachment. Therefore the aim of this study is to examine the effectiveness of MBT on all personality disorders.

**METHOD.** Treatment outcome was examined by means of a longitudinal study design with 17 borderline patients and 20 patients with a non-borderline personality disorder who were under treatment by the FACT Team Personality Disorders of Altrecht in Zeist. Attempts were made to undertake biannual effect measurements using the SCL-90. The study covers a period of thirteen to sixteen months.

**RESULTS.** Primarily in the first seven to ten months symptom distress significantly reduced for both borderline patients and non-borderline patients. The exploratory analyses showed a significant improvement for mainly depressive symptoms and anxiety symptoms in the first seven to ten months. Some measures indicated a superior outcome for non-borderline personality disorders.

**CONCLUSIONS.** The results supports the (clinical) effectiveness of MBT for all personality disorders. Moreover, MBT seems to develop into the direction of a spectrum approach for personality disorders. The mechanisms of change however was beyond the scope of this study.

## Introductie

Persoonlijkheidsstoornissen worden gekenmerkt door een star patroon van disfunctionele denk-, belevings- en gedragspatronen, resulterend in beperkingen in het persoonlijk en sociaal functioneren (American Psychiatric Association, 2000). Meer specifiek, een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) omvat een pervasief patroon van moeilijkheden in de emotieregulatie en impulscontrole, wat leidt tot instabiliteit in relaties en het zelfbeeld (American Psychiatric Association, 2000). BPS is één van de meest voorkomende psychische stoornissen in geestelijke gezondheidszorginstellingen en is geassocieerd met hoge maatschappelijke kosten (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008) en een lage levenskwaliteit (Soeteman, Verheul, & Busschbach, 2008).

Een eerste stap in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is psychotherapie (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2008). Slechts 23% van de patiënten met BPS ondergaat in Nederland echter psychotherapeutische behandeling (Hermens, van Splunteren, van den Bosch & Verheul, 2011). Binnen reguliere behandelprogramma's lopen patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen vaak vast, doordat deze patiënten regelmatig in crisis zijn, niet komen opdagen op afspraken of stagneren in de progressie. Vervolgens wordt vastgesteld dat deze cliëntengroep niet geschikt is voor curatieve behandeling (Koekkoek van Meijel, & Hutschemakers, 2007), waarbij wordt overgegaan tot de tweede stap namelijk steunende en structurerende begeleiding (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2008; Knapen, 2012). De vaststelling dat deze cliënten ongeschikt zijn voor curatieve behandeling is onterecht, aangezien de meeste contra-indicaties voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen empirische grondslag missen (Hermans et al., 2011). Zonder psychotherapie vindt bovendien onderbehandeling plaats wat verandering onmogelijk maakt (Knapen, 2012). Reeds heeft de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen (2008) een praktijkrichtlijn opgesteld voor de behandeling van BPS die gericht is op het versterken van de capaciteit om de eigen mentale toestanden (emoties, drijfveren, overtuigingen, verlangen en behoeften) en die van anderen te begrijpen en te valideren ten behoeve van het omgaan met problemen gerelateerd aan emotieregulatie, impulscontrole en interpersoonlijk functioneren (Knapen, 2012). Een dergelijke behandeling wordt mentaliseren bevorderende therapie (MBT) genoemd.

De centrale doelstelling van MBT betreft dus het verbeteren van het mentaliserend vermogen en vindt zijn grondslag in de hechtingstheorie (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). De ontwikkeling van een gehechtheidsrelatie en het mentaliserend vermogen zijn immers parallelle processen die met elkaar samenhangen in een ouder-kinddyade. In een veilige hechting behandelen ouders hun kinderen als individuen met een eigen geest, wat bijdraagt aan de ontwikkeling van het mentaliserend vermogen. Longitudinaal onderzoek heeft inderdaad uitgewezen dat halverwege het derde levensjaar veilig gehechte kinderen beter in staat zijn de alternatieve perspectieven van een ander te herkennen en hierop te reageren dan niet-veilig gehechte kinderen van dezelfde leeftijd (Meins, Fernyhough, Russel, & Clark-Carter, 1998). Met betrekking tot de ontwikkeling van BPS bestaat empirische grondslag voor een verband met een angstige en onopgeloste hechting – of de gedesorgeriseerde analogen in de kindertijd. (Agrawal Gunderson, Holmes, & Karlen Lyons-Ruth, 2004). Het ontbreken van een adequaat mentaliserend vermogen resulteert in de kenmerkende BPS symptomen. Een beperking in het mentaliserend vermogen draagt namelijk bij aan

verstoringen in het zelfbeeld. Als gevolg van deze zelffragmentatie zal psychologische kwetsbaarheid optreden in gehechtheidsrelaties. Om hier mee om te gaan, worden prementaliserende modi gehanteerd. Aangezien mentaliseren onontbeerlijk is voor emotieregulatie, raken BPS cliënten in deze prementaliserende modi overspoeld door onverdraaglijke gevoelens (Allen et al., 2008).

De effectiviteit van MBT is geverifieerd in een gerandomiseerde en gecontroleerde studie met 38 BPS patiënten (Bateman & Fonagy, 1999). De gedeeltelijk gehospitaliseerde groep omvatte de MBT groep en bestond voor achttien maanden uit één keer per week individuele psychotherapie, drie wekelijks één uur durende analytische psychotherapie, wekelijkse expressietherapie, een wekelijkse vergadering en een maandelijkse afspraak met een casemanager en met een psychiater in het kader van de medicatiebeoordeling. Standaard psychiatrische zorg omvatte de controleconditie en bestond uit een twee maandelijkse afspraak met een psychiater en indien nodig een intramurale opname gericht op probleemoplossing. Tevens was er in deze controlegroep sprake van standaard nazorg in de vorm van een twee wekelijkse huisbezoek door een psychiatrisch verpleegkundige. De controleconditie ontving dus geen formele psychotherapievorm. Zes maanden na aanvang van de behandeling was voor de MBT groep een aanzienlijke afname in sociale en interpersoonlijke problemen, suïcidaliteit en automutilatie zichtbaar. Het algehele klachtenniveau, de angstklachten en de depressieve klachten waren pas na twaalf maanden significant verminderd. Het aantal automutilerende incidenten en angstklachten bleef voor de controlegroep constant. Een vermindering in de frequentie van ziekhuisopnames en in de duur van intramurale zorg werd voor de experimentele groep pas zichtbaar in de laatste zes maanden van de behandeling (Bateman & Fonagy, 1999). Deze bevindingen wijzen dus op een behoefte aan langdurige behandeling. Vanwege de chronisch cyclische aard van BPS heeft follow-up onderzoek plaatsgevonden. Achttien maanden na beëindiging van de MBT behandeling bleven de symptomatische en klinische effecten behouden. Er was eveneens sprake van additionele verbetering. In tegenstelling tot de controlegroep die slechts weinig verbetering vertoonde (Bateman & Fonagy, 2001). De continue daling in ervaren leed, het uitblijven van grote klinische problemen en de minimale zelfbeschadiging impliceren rehabiliterende veranderingen en veronderstellen dat MBT bijdraagt aan het ontwikkelen van psychologische capaciteiten die noodzakelijk zijn voor het verdragen van alledaagse stressoren. Dit komt overeen met de doeleinden van psychoanalytisch gefundeerde behandeling (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2008). De voortgezette daling op de uitkomstmaten hield vijf jaar na voltooiing van de behandeling stand. Daarnaast bleek slechts 13% van de MBT groep nog te voldoen aan de diagnostische criteria voor BPS vergeleken met 87% voor de controlegroep (Bateman & Fonagy, 2008). De resultaten impliceren dus dat een minder intensieve en gestructureerde behandelingsvorm (algemene psychiatrische zorg) minder geschikt zou zijn in de behandeling van BPS dan een dagbehandelingsprogramma (MBT). Het blijft echter onduidelijk in hoeverre de resultaten verkregen werden of beïnvloed zijn door de dagklinische setting. Ook kan de grote hoeveelheid therapeutisch contact in de MBT groep bij hebben gedragen aan de gevonden resultaten. De controlegroep kreeg dan wel veel therapeutische aandacht door intramurale opname, extensieve nazorg en een niet-analytische dagbehandelingsprogramma; het ontbrak de behandeling in de controleconditie echter aan een coherente en consistente toepassing (Bateman & Fonagy, 1999).

Fonagy en Bateman (2009) hebben vervolgens de effectiviteit van poliklinische MBT vergeleken met een structureel klinische behandeling ('Structured Clinical Management'; SCM). Met hun studie werd getracht de mogelijke invloed van een dagklinische setting en de discrepantie in gestructureerdheid tussen de experimentele en controlegroep te ondervangen. Het onderzoek bestond uit 134 BPS patiënten bij wie sprake was van automutilatie en suïcidaliteit. Beide behandelingen werden binnen een gestructureerd kader uitgevoerd en bij beide behandelingen was sprake van equivalente supervisie, farmacotherapie, een crisisplan of contact, wekelijkse groeps- en individuele therapie en een drie maandelijks evaluatie. MBT was gericht op het herstel van het mentaliserend vermogen en op het verkrijgen van inzicht in de oorzaken en consequenties van emoties binnen gehechtheidsrelaties. SCM werd aangepast naar een ambulante protocol en richtte zich op probleemgedrag en het bieden van oplossingen. Beide behandelingen resulteerden zowel in een afname van suïcidaliteit, zelfbeschadiging en opnames als in een verbetering van symptomen, interpersoonlijk functioneren en sociaal functioneren. Echter, na twaalf maanden was MBT superieur met betrekking tot zelfmoordpogingen, incidenten van zelfbeschadiging, symptomatologie en functioneren. De effectgroottes voor de verschillende uitkomstmaten varieerden van een klein effect voor depressieve klachten tot een groot effect voor interpersoonlijk functioneren. Overigens was in de eerste zes maanden van de behandeling het aantal cliënten met automutilerend gedrag voor de SCM groep kleiner. Patiënten die deelnamen aan SCM maakten echter meer gebruik van de geestelijke gezondheidszorg (Bateman & Fonagy, 2009). De continue daling in zelfverwonding, suïcidepogingen en ziekenhuisopnames binnen de MBT groep resulteerde in een relatief lage behoefte aan spoedeisende hulp en intramuraal zorg (Bateman & Fonagy, 2003). Dit behelst dus aanzienlijke kostenbesparingen na behandeling. De resultaten impliceren dat MBT als poliklinische zorgprogramma en als dagbehandeling geschikt is voor patiënten met ernstige BPS. Er kan evenwel binnen dit onderzoek en de eerder beschreven onderzoeken sprake zijn van een *bias*, aangezien de ontwikkelaars van MBT- Bateman en Fonagy- ook een centrale rol hebben gespeeld in de opzet van het onderzoek en de evaluatie van de effectiviteit.

Reeds is de effectiviteit van MBT als dagbehandeling onderzocht bij een Nederlandse klinische steekproef bestaande uit 45 BPS patiënten met een hoge comorbiditeit. De achttien maanden durende MBT behandelingsprogramma omvatte vijfdaagse therapie (4.5 uur per dag) en bestond uit zowel expliciete mentalisatie groepen, zoals dagelijkse groepstherapie, wekelijkse individuele psychotherapie en individuele crisiscontacten, als impliciete mentalisatie therapievormen, zoals twee keer per week creatieve therapie, één keer per week mentaliserende cognitieve groepstherapie en schrijftherapie. Alle programmaonderdelen zijn dus gericht op het versterken van het mentaliserend vermogen. Een middel tot groot effect op de levenskwaliteit, het algehele klachtenniveau en de depressieve klachten werden twaalf maanden na initiatie van de behandeling zichtbaar. Een zelfde patroon werd gevonden met betrekking tot interpersoonlijke problemen en relaties. Na achttien maanden was borderline symptomatologie significant verbeterd. Bovendien werd zes maanden na aanvang van behandeling een vooruitgang zichtbaar op de domeinen identiteitsintegratie en sociale concordantie (vermogen tot samenwerking en respect) van de Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118). De domeinen zelfcontrole, relationeel functioneren en verantwoordelijkheid verbeterden na twaalf maanden. Deze effecten waren groot tot zeer groot (Bales, van

Beek, Smits, Willemsen, Busschbach, Verheul & Andrea, 2012). Een beperking in het onderzoek van Bales et al. (2012) en de eerder omschreven onderzoeken (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009) betreft echter het ontbreken van een meetinstrument voor het mentaliserend vermogen, waardoor mogelijkheden om de veranderingsmechanismes in MBT te verklaren beperkt zijn. Echter, de grootste effectgroottes werden gerapporteerd binnen het persoonlijkheidsfunctioneren, met name met betrekking tot identiteits-integratie en zelfcontrole. Deze domeinen vormen een deel van het construct 'mentaliseren' (Choi-Kan & Gunderson, 2008). Dit kan erop wijzen dat MBT heeft bijgedragen aan een toenemend mentaliserend vermogen.

In eerste instantie is MBT ontwikkeld voor de behandeling van BPS, echter deze therapievorm is mogelijk ook toepasbaar in de behandeling van andere persoonlijkheidsstoornissen. Voor alle typen persoonlijkheidsstoornissen bestaan namelijk sterke aanwijzingen voor een relatie tussen een onveilige hechting in de kindertijd en de ontwikkeling van een persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd. Daarnaast worden vrijwel alle persoonlijkheidsstoornissen gekenmerkt door aanhoudende moeilijkheden in interpersoonlijke relaties, waar een beperkt mentaliserend vermogen- ten gevolge van een onveilige hechting- een mediërende rol in lijkt te spelen (Nakash-Eisikovits, Dutra, & Westen, 2002) Antisociale persoonlijkheidsstoornissen (ASPD) zijn- net als BPS- gerelateerd aan een gedesorganiseerde hechtingspatroon in de kindertijd en kennen een voorgeschiedenis van misbruik. Een slechte opvoeding in de kindertijd wordt op zijn beurt geassocieerd met splitsing (zwart-wit denken) binnen interpersoonlijke situaties (Kernberg, 1984; in Eurelings-Bontekoe, Verheul, & Snellen, 2009). In deze situaties wordt dus een prementaliserende modus gehanteerd. Onderzoek heeft inderdaad een significant verband gevonden tussen splitsing en antisociale kenmerken bij cliënten die gediagnosticeerd zijn met ASPS (Fonagy, 1999). Onderzoek heeft eveneens uitgewezen dat mannelijke gedetineerden met ASPS slechter presteerden op de Faux Pas taak (Theory of Mind; ToM) dan gezonde mannen (Dolan & Fullam, 2004). De gedetineerden waren dus minder goed in staat om de mentale toestand van de ander in ogenschouw te nemen. Op een zelfbeoordelvingsvragenlijst dat empathie meet, bestonden echter geen significante verschillen tussen beiden groepen (Dolan & Fullam, 2004). De validiteit van een zelfbeoordelvingsvragenlijst voor empathie wordt echter binnen een populatie met gedetineerden in twijfel getrokken, aangezien sociale wenselijkheid een grote rol kan spelen in de beantwoording (Eisenberg & Strayer, 1987). Ook patiënten met een Narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) rapporteren op basis van een zelfbeoordelvingsvragenlijst geen beperkingen in het empathisch vermogen. Terwijl uit een meer objectieve maat voor empathie wel degelijk een verstoring in het empathisch vermogen naar voren kwam (Ritter et al., 2011). NPS patiënten overschatten vaak hun competenties, wat het verschil in resultaten kan verklaren (Ames & Kammrath, 2004). Een indirecte marker voor een beperkte mentaliseringsvermogen bij Cluster-C patiënten (Afhankelijke, Ontwijkende en Obsessief-Compulsieve Persoonlijkheidsstoornis) is afkomstig uit een studie waarin filmfragmenten over verlaten, afwijzing en misbruik werden vertoond. In vergelijking met de niet-klinische controlegroep was de Cluster-C groep minder goed in staat de psychologische motivaties voor de handelingen van de acteurs te overdenken (Arntz & Veen, 2001). De Cluster-C cliëntengroep was dus minder adequaat in het vinden van alternatieve verklaringen voor de handelingen van een ander persoon. Het verband tussen Cluster-A

persoonlijkheidsstoornissen (Paranoïde, Schizoïde en Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis) en een gebrekkig mentaliserend vermogen kent nog geen empirische grondslag. Een Cluster A-persoonlijkheidsstoornis wordt geassocieerd met een vermijdende hechting in de kindertijd. Deze gedragspatronen tussen ouder en kind hebben zich vervolgens uitgebreid naar andere mensen en contexten (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006). Hierdoor kennen Cluster-A patiënten weinig waarde toe aan intieme relaties. Deze patiënten hebben snel het idee dat anderen hun zullen misleiden of pijn doen. Doordat zij zich in interpersoonlijke situaties richten op mogelijke bedreigingen, zijn zij niet in staat rationeel te denken, terwijl dit juist noodzakelijk is voor het vinden van alternatieve overtuigingen (Blom & Colijn, 2012). Uiteindelijk is een tekort in het mentaliserend vermogen dus een pathologisch element binnen deze stoornis. Met behulp van MBT kunnen Cluster-A patiënten wellicht leren dat de intenties van de ander niet altijd overeenkomen met de negatieve verwachtingen die zij hebben van het contact (Williams, 2008). Dit zou een opening kunnen bieden voor soepeler relationele patronen. Dit zijn overigens theoretische veronderstellingen en dienen empirisch getoetst te worden. Alle persoonlijkheidsstoornissen lijken dus gekenmerkt te worden door een gebrek in het mentaliserend vermogen, hoewel deze hypothese voor sommige persoonlijkheidsstoornissen nog niet is onderzocht. Daarnaast ontbreekt in bovenstaande studies een directe maat voor mentaliseren. Terwijl ToM een indicatie geeft van het vermogen om anderen te begrijpen, verwijst mentaliseren naar het vermogen om zowel anderen als het zelf te begrijpen. Mentaliseren is desalniettemin een tamelijk breed construct en lijkt te overlappen met andere concepten, zoals ToM, empathie en emotionele intelligentie (Choi-Kan & Gunderson, 2008).

Aangezien de effectiviteit van MBT door slechts twee onafhankelijke onderzoeksgroepen is geëvalueerd, tracht het onderzoek de effectiviteit van MBT bij BPS te repliceren. In deze studies is niet onderzocht of MBT ook effectief is bij andere persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn echter klinische, theoretische en soms empirische redenen te veronderstellen dat MBT ook bij deze andere persoonlijkheidsstoornissen effectief is. In het huidige onderzoek zal dan ook in een klinische steekproef de effectiviteit van poliklinische MBT bij niet-borderline persoonlijkheidsstoornissen worden vergeleken met de effecten van MBT op BPS. Het percentage patiënten die verbeteringen vertoonde in psychotherapie was overigens het grootst in de groep met een gedesorganiseerde hechtingsstijl (Fonagy, Leigh, & Steel, 1996). Hierop baseren we de hypothese dat de effecten van MBT bij deze persoonlijkheidsstoornissen minder groot zullen zijn dan bij BPS.

## Methoden

### *Participanten*

De onderzoekspopulatie bestond uit 37 patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek die geen baat hebben bij of zijn vastgelopen binnen het regulier GGZ behandelaanbod. De gemiddelde leeftijd in dit onderzoek was 41 jaar ( $SD= 9.8$ ). De steekproef bestond uit 31 vrouwen en zes mannen. Deze participanten ondergingen dan wel ondergaan MBT behandeling binnen het Functie Assertive Community Treatment (FACT) team Persoonlijkheidsstoornissen van Altrecht. Bij deze patiënten was sprake van een

hoofddiagnose op As II. De patiënten zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis (n=17), schizotypische persoonlijkheidsstoornis (n=1), ontwijkende persoonlijkheidsstoornis (n=5) en een persoonlijkheidsstoornis NAO (n=14). In alle NAO gevallen was in ieder geval sprake van afhankelijke trekken. Bij 30% van de participanten werd een diagnose gesteld doormiddel van psychodiagnostisch onderzoek. Bij 70% van de participanten was de diagnose gebaseerd op klinisch oordeel. Het FACT team heeft als doelstelling dat iedere patiënt bij hen uiteindelijk deelneemt aan de MBT groepen, waarbij geen exclusie criteria worden gehanteerd. Na expliciete toestemming van de patiënten werden zij willekeurig toegewezen aan één van de twee MBT groepen. De demografische kenmerken van deze klinische steekproef zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1  
*Demografische gegevens van de participanten, uitgesplitst naar groep*

	Groep		
	Totaal	BPS	Anders PS
Aantal participanten, <i>N</i> (%)	37	17 (46)	20 (54)
Man	6 (8)	0 (0)	6 (30)
Vrouw	31 (92)	17 (100)	14 (70)
Leeftijd, gemiddelde (SD)	41.11 (9.82)	41.76 (10.83)	40.55 (9.12)
Opleidingsniveau, <i>n</i> (%)	35 (95)	16 (43)	19 (51)
Laag onderwijs	14 (38)	8 (47)	6 (30)
Middelbaar onderwijs	16 (43)	6 (35)	10 (50)
Hoog onderwijs	5 (14)	2 (12)	3 (15)

*Noot.* ‘Laag onderwijs’ bestaat uit: Lager onderwijs, Basisonderwijs, Voorbereidend beroepsonderwijs, Lager beroepsonderwijs (lbo) en Middelbaar onderwijs (mavo, ulo, mulo, vmbo-t); ‘Middelbaar onderwijs’ bestaat uit: Middelbaar beroepsonderwijs (mbo, mts, meao) en Algemeen voorgezet onderwijs (hbs, mms, havo, vwo); ‘Hoog onderwijs’ bestaat uit: Hoger beroepsonderwijs (hogeschool, hbo, heao, hts) en Wetenschappelijk onderwijs (universiteit). BPS = borderline persoonlijkheidsstoornis; Anders PS = Andere persoonlijkheidsstoornissen.

### *Het behandelprogramma*

Het MBT programma wordt voorafgegaan door een intakegesprek dat gericht is op deelname aan MBT en waarbij wordt gekomen tot persoonlijke behandeldoelen. Het MBT programma bestaat daarnaast uit MBT groepstherapie die twee keer per week 75 minuten plaatsvindt. De MBT groepstherapie bestaat uit twee behandelingsgroepen waaraan maximaal tien personen per groep kunnen deelnemen. Aan elke groep zijn drie vaste therapeuten verbonden die in tweetallen MBT-groepspsychotherapie geven. Het behandelteam bestaat uit zeven professionals, namelijk een psychiater, gezondheidspsycholoog, verpleegkundig specialist, twee sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en twee casemanagers. De behandelaren zijn opgeleid conform een erkende opleiding welke onderdeel vormt van de RINO groep. De



therapeuten stonden na afronding van de opleiding anderhalf jaar onder supervisie van A. ten Kate en W.M.A. Smit. Individuele psychotherapie met een persoonlijke begeleider vindt om de één of twee weken plaats. Indien nodig, kunnen reguliere psychiatrische consulten worden gegeven. Tevens is er binnen het programma sprake van behandelmodulen op indicatie (bv. mindfulness, psychiatrische thuiszorg, trajectbegeleiding, maatschappelijk werk en SPITS, individuele creatieve en psychomotore therapie). De individuele creatieve en psychomotore therapie zijn eveneens expliciet gericht op het verbeteren van het mentaliserend vermogen. Het algemene doel van het MBT programma is het vergroten van het begrip waarom cliënten doen wat zij doen en voelen wat zij voelen en is gericht op het begrijpen van anderen. Dit resulteert in de secundaire doelen van de behandeling, namelijk het ontwikkelen van stabiele contacten, het verminderen van zelfdestructieve gedragingen en suïcidepogingen en het verminderen van psychiatrische symptomen.

#### *Datavolledigheid en instrumenten*

Bij aanvang van de behandeling (T0) en in de loop van de therapie dienden halfjaarlijkse effectmetingen plaats te vinden in de vorm van vragenlijsten, waarmee verbeteringen voor cliënt en behandelaar inzichtelijk werden gemaakt. Meetmomenten zijn echter niet continue afgenomen. In het huidige onderzoek is tevens regelmatig gewisseld van vragenlijsten waardoor geen consistent instrumentarium beschikbaar is. In eerste instantie werd bij de eerste cliënten die in 2009 aangaven deel te willen nemen aan de MBT groep voor aanvang van de behandeling een psychodiagnostisch onderzoek uitgevoerd. Naast persoonlijkheidsonderzoek zijn er vragenlijsten afgenomen om het huidig functioneren te meten. Het initiële instrumentarium omvatte de Symptom CheckList 90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986), de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI; Arntz, 1999), de Inventory of Interpersonal Problems (IIP-C; Alden, Wiggins, & Pincus, 1990), de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM; Luteijn & Kok, 1985), de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen, & Kaemmer, 1989), de Nederlandse persoonlijkheids vragenlijst-2 (NPV2; Luteijn, Starren, & van Dijk, 1985, 2000), de Beck Depression Inventory-II (BDI-II-NL; Beck, Steer, & Brown, 1996), en de Outcome Questionnaire (OQ-45; Lambert et al., 1996). In 2010 is het pakket van meetinstrumenten veranderd in de SCL-90, Inventory of Interpersonal Problems 32 (IIP-32; Barkham, Hardy, & Startup, 1996), Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul et al., 2008), Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS; Wing et al., 1998), de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999) en de EuroQol-5D (EQ5D; Brooks, Rabin, De Charro, 2003). Reeds is de IIP-32 uit het meetinstrumentarium gehaald. Door de inconsistentie in afname van onder meer de HoNOS, MANSA, SIPP en IIP-32, is niet bij ieder participant een voormeting van de betreffende vragenlijsten beschikbaar. Alleen de SCL-90 en de BPDSI zijn gecontinueerd afgenomen, waarbij de BPDSI alleen beschikbaar is voor de voormeting en eindmeting. Het onderzoek richt zich daarom louter op het klachtenniveau zoals gemeten met de SCL-90.

*Klachtenniveau.* Het klachtenniveau werd gemeten door middel van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). De SCL-90 is een zelfbeoordelingsvragenlijst die lichamelijke en

psychische klachten pretendeert te meten ten behoeve van de screening van psychopathologie (Derogatis, Lipman & Covi, 2003) Deze vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen van klachten, waarbij cliënten moeten aangeven in welke mate zij daar de afgelopen week last van hebben gehad. Naast het algehele klachtniveau (PSNEUR) zijn de negentig items onder te verdelen in acht schalen (Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit, Hostiliteit, Insufficiëntie van denken en handelen, Slaap, Angst, Agorafobie, Depressie en Somatische klachten), waarmee een goed beeld wordt verkregen van de breedte en ernst van de niet-psychotische en niet-organische psychopathologie. Een negental items behoort wel tot de totaalscore, maar kan bij geen van bovengenoemde schalen worden ondergebracht. Elk item in de vragenlijst had een vijfpunt-antwoordschaal ('Helemaal niet' tot 'Heel erg'). Een hogere score op de schalen was een indicatie voor meer klachten. De SCL-90 heeft een gunstige COTAN-beoordeling. De psychometrische kwaliteiten variëren van voldoende tot goed. Met betrekking tot de betrouwbaarheid, begripsvaliditeit, criteriumvaliditeit, testmateriaal en theoretische uitgangspunten is de beoordeling goed. De handleiding en de normen voor de SCL-90 zijn als voldoende geclassificeerd. De interne consistentie varieert van .77 tot .99 en de Cronbachs alfa voor de totaalscore is .97, wat als zeer goed kan worden geclassificeerd. De betrouwbaarheid voor de afzonderlijke schalen was eveneens goed tot zeer goed (Evers, Braak, Frima, & van Vliet-Mulder, 2009).

#### *Statistische Analyse*

De gegevens zijn getoetst met behulp van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; IBM SPSS Statistics, Inc.) versie 20.0, waarbij wordt uitgegaan van een  $p < .05$  significantieniveau.

Behandelingseffecten zijn onderzocht door middel van een 3 (Tijd: T0, T1 vs. T2) x 2 (Groep), een 2 (Tijd: T0 vs. T1) x 2 (groep) en een 2 (Tijd: T0 vs. T2) x 2 (groep) herhaalde metingen variantie analyse (ANOVA). Tijd betreft in dit onderzoek de herhaalde meting met een tijdsinterval van zeven tot en met tien maanden (T1:  $M=7.8$ ;  $SD=1.0$ ) en dertien tot en met zestien maanden (T2:  $M=14.5$ ;  $SD=1.5$ ). Voor deze tijdsintervallen is gekozen vanwege het beschikbare literatuur welke stelt dat vrijwel alle effecten pas zichtbaar zijn na zes maanden (Bateman & Fonay, 1999; Bateman & Fonay, 2001, Bateman & Fonay, 2003, Bales et al., 2012) ) en zodat de steekproefomvang groter is en daarmee een grotere power wordt bewerkstelligt (Lachin, 1981). Groep is in dit geval de tussengroepfactor bestaande uit twee niveaus, namelijk BPS ( $N=17$ ) en overige persoonlijkheidsstoornissen ( $N=20$ ). Uitgaande van een lineair behandelingseffect op klachtniveau, zijn voor de missende data schattingen gemaakt door deze te berekenen op basis van de dichtstbijzijnde meting ('closest observation'). Negentien procent van de gehele dataset is geschat. Vervolgens is voor aanvang van de hoofdanalyses voor zowel de geschatte als ruwe data de assumptie voor normaliteit op het algehele klachtniveau en de afzonderlijke schalen getoetst door middel van de Shapiro-Wilk toets. De scores op de schalen Agorafobie en Slaap voor de geschatte data en de schaal Angst voor de ruwe data bleken niet normaal verdeeld, waarna deze schending van de assumptie is opgelost doormiddel van een worteltransformatie (SQRT). Bij de herhaalde metingen ANOVA is allereerst gekeken naar de assumptie van sfericiteit. Indien schending van deze assumptie zich voordeed,

werden resultaten gebaseerd op Greenhouse-Geisser correctie. Er is zowel een primaire analyse als een exploratieve analyse uitgevoerd, vanwege het risico op kans kapitalisatie. De primaire analyse bestond uit 3 (completers ruwe data, completers geschatte data, intention- to-treat) x 3 analyses (T0 vs. T1 vs. T2; T0 vs. T1; T0 vs. T2), waarin het algehele klachtenniveau (PSNEUR) de afhankelijke variabele was. In de 72 exploratieve analyses (8 subschalen x 3 x 3) waren de afzonderlijke schalen van de SCL-90 de afhankelijke variabele. In de intention-to-treat analyse is de drop-out meegenomen, om te controleren voor een mogelijke overschatting van het behandelingseffect in de completers analyse. In het huidige onderzoek wordt een cliënt die definitief dan wel tijdelijk stopt met de behandeling geclassificeerd als drop-out. Bij de intention-to-treat analyse is de methode ‘last observation carried forward’ toegepast. Tot slot, is de effect size (Eta-kwadraat) berekend tussen alle meetmomenten en voor elke schaal. Immers, gezien de kleine steekproef kan een significant effect van een variabele ontbreken, terwijl deze wél relevantie en dus een sterk effect kan laten zien. Een waarde van .01, .06 en .14 indiceren respectievelijk een klein, middel en groot effect (Cohen, 1992; Levine & Hullett, 2002)

## Resultaten

### *Beschrijvende analyse*

Met behulp van de Fisher's exact toets is getracht potentiële significante verschillen tussen groepen te detecteren. Gekozen is voor de Fisher's exact toets in plaats van de Chi-kwadraat toets, omdat in de studie meer dan tien procent van de verwachte waarden lager dan vijf waren. Daarnaast is de Fisher's exact toets nauwkeuriger bij een kleine steekproef. Geen significante verschillen waren waarneembaar tussen de BPS groep en overige persoonlijkheidsstoornissen groep met betrekking tot leeftijd, opleiding, aantal comorbide diagnoses en baseline uitkomsten op het algehele klachtenniveau (PSNEUR) en de afzonderlijke schalen van de SCL-90 ( $p > .05$ ). Zo als weergegeven in Tabel 1 (zie methoden) hadden alle mannen ( $N=6$ ) een persoonlijkheidsstoornis anders dan BPS. De BPS groep en de overige persoonlijkheidsstoornissen groep (PS) verschilden dan ook significant op sekse;  $\chi^2(1) = 6.09, p < .05$ .

Bij drie (8,1%) cliënten van de BPS groep en acht (21,6%) van de overige PS groep was er sprake van een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. In alle gevallen was er sprake van een beëindiging van de behandeling binnen de eerste zes maanden. Drop-out ratio's verschilden niet significant tussen de BPS groep en overige Persoonlijkheidsstoornissen groep;  $\chi^2(1) = 2.20, p = .17$ . Significante verschillen tussen drop-out en geen drop-out ontbraken eveneens met betrekking tot leeftijd, sekse, opleiding, comorbiditeit en basismeting<sup>1</sup> op PSNEUR en de afzonderlijke SCL-90 schalen ( $p > .05$ ). Drop out kan dus niet te wijten zijn aan de ernst en breedte van de pathologie.

### *Primaire analyse: Completers analyse*

De completers analyse werd alleen uitgevoerd over cliënten die zestien maanden na start van de behandeling nog deelnamen aan MBT. Met behulp van deze analyse is het algehele klachtenverloop bij

---

<sup>1</sup> Voor de basismeting is de Chi-kwadraat toets uitgevoerd.

cliënten met BPS en cliënten met een andere persoonlijkheidsstoornissen over drie meetmomenten en twee keer over twee meetmomenten onderzocht. De completers analyse is gebaseerd op ruwe data en geschatte data. Op T1 en T2 ontbraken voor respectievelijk tien en twaalf cliënten de gegevens. Voor de uitvoering van de completers analyse geschatte data zijn bij deze personen de ontbrekende scores geëxtrapoleerd.

*Ruwe data 3 (T0 vs. T1. vs. T2) x 2 ANOVA (N=8).* De scores op het algehele klachtenniveau (PSNEUR) zijn bij nameting één (T1; M=250.00; SD = 76.61) en twee (T2; M = 243.25; SD = 77.49) lager dan bij de basismeting (T0; M = 256,50; SD = 60.01). Ondanks het ontbreken van een significant hoofdeffect van Tijd werd wel een trend zichtbaar ( $F(2,12) = 3.49, p=.06$ ). Hoewel de BPS groep hoger scoorde (M = 271.17; SD = 60.17) dan de overig PS groep (M = 236.50; SD = 72.83) en de afname in PSNEUR scores niet geheel parallel verliepen in beide groepen, bleef een significant hoofdeffect van Groep ( $F(1,6) = 0.79, p=.41$ ) en een interactie effect van Tijd x Groep ( $F(1,6) = 1.11, p=.36$ ) uit. De mate van klachtenafname is dus gelijk voor zowel de BPS groep als de overige PS groep. Wel was er sprake van een gemiddeld tot groot effect (zie Tabel 2).

*Ruwe data 2 (T0 vs. T1) x 2 ANOVA (N=16).* Op het algehele klachtenniveau ontbrak tussen de basismeting en T1 eveneens een hoofdeffect Groep ( $F(1,14) = 0.00, p=.95$ ) en een interactie effect Tijd x Groep ( $F(1,14) = 0.14, p=.71$ ). Zowel voor de BPS groep bestond een afname in klachtenniveau tussen T0 (M = 263.60; SD= 80.9) en T1 (M = 245.80; SD = 79.80) als voor de overige PS groep tussen basismeting (M = 268.7; SD = 58.7) en nameting één (M = 245.5; SD = 77.6). Een significante klachtendaling was dan ook zichtbaar voor beide groepen tussen de basismeting en zeven tot en met tien maanden. Dit reflecteert zich in een significant hoofdeffect Tijd ( $F(1,14) = 8.25, p<.05$ ).

*Ruwe data 2 (T0 vs. T2) x 2 ANOVA (N=14).* Binnen deze analyse is het tweede nameetmoment vergeleken met de basismeting. Hoewel een lichte afname zichtbaar was tussen T0 (M = 260.00; SD = 60.86) en T2 (M = 254.40; SD = 72.10), leverde de 2 x 2 herhaalde metingen ANOVA geen significante hoofdeffect Tijd ( $F(1,12) = 0.35, p=.57$ ) op. Een vergelijkbare daling in klachtenniveau was waarneembaar voor de BPS groep tussen basismeting (M = 272.80; SD = 52.90) en nameting twee (M = 268.80; SD = 66.40) en voor de andere persoonlijkheidsstoornis groep tussen T0 (M = 243.30; SD = 71.80) en T2 (M = 235.30; SD = 81.00). Een significant hoofdeffect Groep ( $F(1,12) = 0.81, p=.39$ ) en interactie effect Groep x Tijd ( $F(1,12) = 0.04, p=.85$ ) werd dan ook niet gevonden.

*Geschatte Data 3 (T0 vs. T1 vs. T2) x 2 ANOVA (N=19).* Terwijl voor de ruwe data tussen T0, T1 en T2 een trend zichtbaar was voor hoofdeffect Tijd op het algehele klachtenniveau (PSNEUR), valt deze trend weg wanneer missende data wordt geschat op basis van 'closest observation' ( $F(2,34) = 0.73, p=.45$ ). Het ontbreken van een significant hoofdeffect Tijd dan wel een trend over de drie meetmomenten is te verklaren vanuit het gemiddelde voor nameetmoment één (M = 250.20; SD = 69.20) en twee (M = 250.10; SD = 69.50), welke nagenoeg gelijk is. Terwijl het klachtenniveau vergeleken met de voormeting (M = 258.60; SD = 63.50) wel enigszins gedaald is. Voor beide groepen was de afname in klachtenniveau niet significant. Voor de overige PS groep was er een kleine maar niet significante toename zichtbaar vanaf T1 (M = 241.90; SD = 71.60) tot T2 (M = 243.90; SD = 74.20), terwijl tussen voormeting (M = 254.10; SD = 66.30) en T1 sprake was van een aanzienlijke daling. In de BPS groep was daarentegen sprake van een

Tabel 2

*F-waarden, effectgroottes (Eta-kwadraat) en steekproefomvang (N) voor de 2x3 en 2x2 primaire completers analyse*

Completers analyse							
Ruwe data							
Meting	F(p) Tijd	$\eta^2$	F(p) Groep	$\eta^2$	F(p) Tijd x Groep	$\eta^2$	N
PSNEUR							
T0 vs. T1 vs. T2	3.49(.06)	.37	0.97(.41)	.12	1.12(.36)	.16	8
T0 vs. T1	8.25(.01)*	.37	0.00(.95)	.00	0.14(.71)	.01	16
T0 vs. T2	0.35(.57)	.03	0.81(.39)	.06	0.04(.85)	.00	14
Geschatte data							
Meting	F(p) Tijd	$\eta^2$	F(p) Groep	$\eta^2$	F(p) Tijd x Groep	$\eta^2$	N
PSNEUR							
T0 vs. T1 vs. T2	0.73(.45)	.04	0.13(.73)	.01	0.08(.92)	.01	19
T0 vs. T1	7.13(.01)*	.23	0.00(.98)	.00	0.88(.36)	.04	26
T0 vs. T2	0.75(.40)	.04	0.09(.76)	.01	0.02(.88)	.00	24

*Noot.* PSNEUR= Algehele klachteniveau. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$ .

niet significante maar meer geleidelijke daling in klachten over T0 (M = 261.80; SD = 64.40), T1 (M = 256.30; SD = 70.30) en T2 (M = 254.60; SD = 69.10). Desalniettemin was er geen significant verschil in klachtenpatroon tussen de twee groepen waarneembaar, wat zich reflecteert in het ontbreken van een hoofdeffect Groep ( $F(1,17) = 0.13, p = .73$ ) en interactie effect Tijd x Groep ( $F(2,34) = 0.08, p = .87$ ).

*Geschatte Data 2(T0 vs. T1) x 2 ANOVA (N=26).* Na schatting van de missende data bleef een significant hoofdeffect Tijd tussen T0 (M = 259.11; SD = 69.30) en T1 (M = 242.92; SD = 72.42) bestaan ( $F(1,24) = 7.13, p < .05$ ). Hoewel de klachtenafname voor de overige PS groep tussen T0 (M = 261.83; SD = 59.93) en T1 (M = 239.33; SD = 67.52) sterker was vergeleken met de BPS groep voor T0 (M = 256.79; SD = 78.64) en T1 (M = 246.00; SD = 78.78), ontbrak een significant interactie effect ( $F(1,24) = 0.88, p = .36$ ) alsmede een hoofdeffect Groep ( $F(1,24) = 0.00, p = .98$ ). Dit is mogelijk te wijten aan de kleine steekproefomvang. Echter, in Tabel 2 is te zien dat ook de effectgrootte klein is.

*Geschatte data 2 (T0 vs. T2) x 2 ANOVA (N=24).* Blijkens de gemiddelden scores is er tussen de voormeting (M = 258.59; SD = 63.50) en de tweede nameting (M = 250.11; SD = 69.47) een afname te zien. Van een significant hoofdeffect van Tijd was echter niet sprake ( $F(1,17) = 0.75, p = .40$ ). Tevens maakte het geen verschil of men in de BPS groep of de overige PS groep zat blijkens het ontbreken van een hoofdeffect Groep ( $F(1,17) = 0.09, p = .76$ ). Een dalend klachteniveau was zichtbaar voor zowel de BPS groep tussen T0 (M = 261.82; SD = 64.43) en T2 (M = 254.64; SD = 69.13) als de andere persoonlijkheidsstoornis tussen T0 (M = 254.13; SD = 66.32) en T2 (M = 243.88; SD = 47.21). Er was aldus sprake van een vergelijkbare klachtendaling voor beide groepen, hetgeen overeenkomt met een niet significante interactie effect ( $F(1,17) = 0.02, p = .88$ ).

*Primaire analyse: additionele analyse*

De (significante) patronen zijn wellicht beïnvloed door sekse, waardoor de completers analyse is herhaald met een 3x2x2 en twee 2x2x2 herhaalde metingen ANOVA. Tijd (T0 vs. T1 vs. T2; T0 vs. T1; T0 vs. T2) betreft in dit design een binnenpersoon factor. Zowel Groep (BPS vs. Overige Persoonlijkheidsstoornissen) als Sekse (man vs. vrouw) zijn de tussenpersoon factor.

*Ruwe data.* Wanneer sekse werd meegenomen in de analyse, werden de ontbrekende significante hoofd- en interactie effecten voor de completers analyse ruwe data gerepliceerd. Een trend van het hoofdeffect Tijd op PSNEUR is eveneens gerepliceerd tussen T0, T1 en T2 ( $F(2,12) = 3.49, p=.06$ ). Tevens bleef een significant hoofdeffect Tijd voor T0 en T1 bestaan ( $F(1,13) = 5.75, p<.05$ ).

*Geschatte data.* Ook voor geschatte data werden de ontbrekende significante hoofd- en interactie gerepliceerd wanneer sekse werd meegenomen. Het significante hoofdeffect van Tijd op PSNEUR (T0 vs. T1) bleef daarentegen uit, hoewel sprake was van een randsignificante waarde ( $F(1, 23) = 4.23, p=.05$ ).

*Primaire analyse: Intention to treat (o.b.v. geschatte data)*

In deze analyse zijn in het geval van drop-outs de scores van de laatste voorafgaande meting gebruikt op de plaats van de missende posttest scores ('last measurement carried forward').

*3 (T0 vs. T1 vs. T2) x 2 ANOVA (N=31).* In de intention tot treat analyse is eveneens gekeken naar het klachtenverloop tussen basismeting, nameting één en nameting twee. In overeenstemming met de completers analyse (geschatte data) ontbrak een significante daling in het klachtniveau voor zowel de BPS als de overige PS groep wanneer drop out werd meegenomen. Een hoofdeffect Tijd ( $F(1.55, 44.84) = 1.14, p=.32$ ), hoofdeffect Groep ( $F(1,29) = .18, p=.91$ ) en interactie effect Groep x Tijd ( $F(1.55, 44.84) = 0.06, p=.91$ ) bleven dan ook uit.

*2(T0 vs. T1) x 2 ANOVA (N=37).* In overeenstemming met de 2 x 2 completers analyse voor de ruwe en geschatte bestond op basis van de intention-to-treat analyse voor het algehele klachtniveau louter een significant hoofdeffect Tijd tussen voormeting en nameetmoment één ( $F(1,35) = 6.01, p=.02$ ). Er is sprake van een parallele daling voor beide groepen, wat het ontbreken van een significant interactie effect ( $F(1,35) = 0.26, p=.62$ ) en groep effect ( $F(1,35) = 0.75, p=.39$ ) verklaard.

*2 (T0 vs. T2) x 2 ANOVA (N=31).* Tussen basismeting en nameting 2 ontbrak eveneens voor beide groepen een significante daling met betrekking tot het klachtniveau, wat congrueert met de completers analyse geschatte data. Statistisch manifesteert zich dit in het uitblijven van een significant hoofdeffect Tijd ( $F(1,29) = 1.22, p =.28$ ). Daarnaast zijn er geen aanzienlijke verschillen in klachtenafname tussen de twee groepen gevonden, wat tot uitdrukking komt in een niet significant hoofdeffect Groep ( $F(1,29) = 0.19, p=.67$ ) en interactie effect Tijd x Groep ( $F(1,29) = 0.08, p=.79$ ) en wat overeenkomt met de geschatte data.

*Primaire analyse: Intention to treat additionele analyse*

De intention to treat analyse is vervolgens herhaald, waarbij sekse werd toegevoegd als tussengroep factor. Voor het algehele klachtniveau bleef een hoofdeffect Sekse evenals een significant interactie effect met de andere factoren uit. Er werd niet langer een significant hoofdeffect Tijd op

Klachteniveau tussen de basismeting en nameting één gevonden. Er kan evenwel nog gesproken worden van een trend ( $F(1,34) = 3.71, p=.06$ ).

*Primaire analyse: Effectgrootte*

Effectgroottes in de completers analyse en de intention to treat analyse waren vergelijkbaar en zijn gebaseerd op Eta kwadraat ( $\eta^2$ ; Cohen, 1992; Levine & Hullett, 2002). Op basis van de ruwe data was voor het algehele klachtenniveau de effectgrootte van Tijd tussen T0 en T1 en T2 ( $\eta^2=.37$ ) groot. Tussen T0 en T1 was sprake van het grootste effect met een eta-kwadraat van .37, terwijl tussen T0 en T2 het effect klein was ( $\eta^2=.03$ ). Voor de geschatte data bestond een vergelijkbaar patroon met een eta-kwadraat van .23 voor T0 en T1 en .04 tussen T0 en T2. De effectgrootte tussen T0, T1 en T2 was echter klein ( $\eta^2=.04$ ). Ondanks het ontbreken van een significant hoofdeffect Groep en interactie effect Groep x Tijd, waren sommige van deze effecten op basis van de ruwe data gemiddeld tot groot (zie Tabel 2).

*Exploratieve analyse: Completers analyse*

*Ruwe data 3 (T0 vs. T1. Vs. T2) x 2 ANOVA (N=8)*. Uit de herhaalde metingen ANOVA voor de afzonderlijke SCL-90 schalen bleek onder meer een significant hoofdeffect van Tijd tussen de voormeting, T1 en T2 op Depressie ( $F(2,12) = 5.09, p<.05$ ). Voor beide groepen was er sprake van eenzelfde significante daling van depressieve klachten. Dit komt tot uiting in het ontbreken van een significant interactie effect ( $F(2,12) = 1.12, p=.36$ ), hoewel er sprake is van een sterke effectgrootte (zie Tabel 3). Ook bleef hoofdeffect Groep uit. Met betrekking tot de schaal Agorafobie is een significante  $p$ -waarde voor hoofdeffect Tijd gevonden tussen T0, T1 en T2 ( $F(2, 12) = 3.94, p<.05$ ). Tussen T0, T1 en T2 was er tevens een trend zichtbaar voor het interactie effect Tijd x Groep ( $F(2, 12) = 2.94, p=.09$ ). Deze trend duidt op een grotere verbetering van agorafobische klachten voor de overige PS groep. Ook in dit geval is er sprake van een sterke effectgrootte. Overigens is hoofdeffect Groep op basis van Eta kwadraat eveneens groot, ondanks het ontbreken van een significante waarde (zie Tabel 3). Ook op angstklachten is een randsignificante daling voor beide groepen weergegeven over de eerste zestien maanden van de behandeling ( $F(2,12) = 3.89, p=.05$ ). Op de Angst schaal ontbrak eveneens hoofdeffect Groep en interactie effect Groep x Tijd. Alleen op de schaal Insufficiëntie van denken en handelen is een randsignificante interactie effect Groep x Tijd ( $F(2, 12)= 3.89, p=.05$ ) alsmede een significante hoofdeffect Tijd ( $F(2,12) = 4.49, p<.05$ ) gevonden tussen T0, T1 en T2. Dit resultaat impliceert dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis anders dan een BPS meer verbeterden. Hoewel uit de Chi-kwadraat toets geen significante verschillen in baselinemeting tussen groepen naar voren kwam, blijkt dat de basisscores voor de overige PS groep ( $M = 29.00; SD = 8.49$ ) hoger uitvielen dan de BPS groep ( $M = 27.50; SD = 5.39$ ). Het interactie effect is wellicht te verklaren door een regressie naar het gemiddelde. Zodoende is een éénweg MANCOVA uitgevoerd waarin nameting één en twee de afhankelijke variabele, groep de onafhankelijke variabele en basismeting de covariaat is. De scores op nameting één ( $F(1,4) = 26.44, p<.01$ ) en twee ( $F(1,4) = 48.45, p<.01$ ) kunnen (gedeeltelijk) worden verklaard door de basisscores, waarbij voor factor groep wordt gecontroleerd. Wanneer echter voor pretest scores werd gecontroleerd verschilden de

Tabel 3

*F-waarden, effectgroottes (Eta-kwadraat) en steekproefomvang (N) voor de 2x3 en 2x2 exploratieve completers analyse ruwe data*

Completers analyse							
Meting	Ruwe data						
	F(p) Tijd	η <sup>2</sup>	F(p) Groep	η <sup>2</sup>	F(p) Tijd x Groep	η <sup>2</sup>	N
<b>ANG</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	3.89(.05)*	.39	0.35(.58)	.05	0.33(.73)	.05	8
T0 vs. T1	5.41(.04)*	.28	0.04(.84)	.00	0.00(.99)	.00	16
T0 vs. T2	1.48(.25)	.11	0.79(.39)	.06	0.15(.70)	.01	14
<b>DEP</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	5.09(.03)*	.46	0.38(.56)	.06	1.12(.36)	.16	8
T0 vs. T1	15.29(.00)***	.52	0.50(.49)	.04	0.31(.59)	.02	16
T0 vs. T2	0.90(.36)	.07	0.70(.42)	.06	0.01(.91)	.00	14
<b>AGO</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	3.94(.05)*	.40	1.83(.22)	.23	2.94(.09)	.33	8
T0 vs. T1	2.75(.12)	.16	0.13(.73)	.01	0.01(.91)	.00	16
T0 vs. T2	0.01(.93)	.00	1.25(.29)	.09	3.09(.10)	.21	14
<b>SOM</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	2.56(.12)	.30	2.36(.18)	.28	1.94(.17)	.24	8
T0 vs. T1	0.33(.57)	.02	0.43(.52)	.03	0.12(.74)	.01	16
T0 vs. T2	0.00(.96)	.00	0.33(.58)	.03	0.35(.56)	.03	14
<b>IN</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	4.49(.04)*	.43	0.34(.58)	.05	3.89(.05)*	.39	8
T0 vs. T1	3.10(.10)	.18	0.51(.49)	.04	0.19(.67)	.01	16
T0 vs. T2	0.81(.39)	.06	0.77(.40)	.06	.05(.83)	.00	14
<b>SEN</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.15(.86)	.03	0.40(.55)	.06	0.55(.59)	.08	8
T0 vs. T1	2.01(.18)	.13	0.28(.61)	.02	0.57(.47)	.04	16
T0 vs. T2	0.03(.86)	.00	0.17(.69)	.01	0.35(.57)	.03	14
<b>HOS</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.29(.75)	.05	1.88(.22)	.24	0.04(.96)	.01	8
T0 vs. T1	1.08(.32)	.07	0.43(.52)	.03	0.20(.66)	.01	16
T0 vs. T2	0.08(.78)	.01	0.93(.35)	.07	0.28(.61)	.02	14
<b>SLA</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.22(.81)	.04	0.13(.74)	.02	0.46(.64)	.07	8
T0 vs. T1	0.72(.39)	.05	0.00(.97)	.00	0.00(1.00)	.00	16
T0 vs. T2	0.85(.38)	.07	0.20(.67)	.02	0.00(.98)	.00	14

*Noot.* ANG= Angst. DEP= Depressie. AGO= Agorafobie. SOM=Somatische klachten. IN= Insufficiëntie van denken en handelen . SEN= Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit. HOS=Hostiliteit. SLA= Slaap.  
\*  $p \leq .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

scores op nameting één ( $F(1,4) = 9.07, p < .05$ ) en twee ( $F(1,4) = 13.66, p < .05$ ) significant. Voor de schalen Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit, Somatische klachten, Slaap en Hostiliteit zijn geen significante effecten gevonden (zie Tabel 3).

*Ruwe data 2 (T0 vs. T1) x 2 ANOVA (N=16).* Zoals is gebleken uit de 3 x 2 herhaalde metingen ANOVA was er sprake van een significant hoofdeffect Tijd op depressieve klachten. Uit de gepaarde vergelijking en 2 x 2 ANOVA bleek alleen de afname tussen voormeting en T1 significant ( $F(1,14) = 15.29, p < .01$ ). De grootste afname in depressieve klachten was dus voor beide groepen zichtbaar in de



eerste zeven tot en met tien maanden na initiatie van de behandeling, waarbij de groepen niet verschilden in afname van depressieve klachten. Statistisch duidt dit op het ontbreken van een significant hoofdeffect Groep en interactie effect Groep x Tijd (zie Tabel 3). Naast een hoofdeffect Tijd op angstklachten voor de 3 x 2 herhaalde metingen ANOVA, was er eveneens een significante daling tussen de basismeting en T1 ( $F(1,13) = 5.41, p < .01$ ). Groep had daarbij geen effect op de daling van angstige klachten en er was sprake van een vergelijkbare daling voor beide groepen. Ten aanzien van de schalen Insufficiëntie van denken en handelen en Agorafobie werd in de 2 x 2 ANOVA geen enkel significant effect gevonden tussen basismeting en de zeven tot en met tien maanden. Net als in de 3 x 2 ANOVA ontbrak in de 2 x 2 ANOVA enig significant effect op de schalen Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit, Somatische klachten, Slaap en Hostiliteit (zie Tabel 3).

*Ruwe data 2 (T0 vs. T2) x 2 ANOVA (N=14).* Uit de 2 x 2 herhaalde metingen ANOVA is op de afzonderlijke schalen van de SCL-90 geen significante daling gevonden tussen voormeting en dertien tot en met zestien maanden na start van de behandeling (alle  $F$ 's < 3.09 en alle  $p$ 's > .05).

*Geschatte Data 3 (T0 vs. T1 vs. T2) x 2 ANOVA (N=19).* Wanneer de 3 x 2 ANOVA werd uitgevoerd op basis van geschatte data was er niet meer sprake van een significante daling in depressieve klachten. Hoewel een trend bleef bestaan ( $F(1.47, 34) = 2.80, p = .09$ ). Op de schaal Agorafobie was voor geschatte data noch een significant hoofd- en interactie effect noch een trend zichtbaar (zie Tabel 4). Ook op de schaal Angst bleef een significante afname tussen T0, T1 en T2 uit ( $F(1.48, 34) = 1.51, p = .24$ ), terwijl bij de ruwe data een hoofdeffect van Tijd werd gevonden tussen deze meetmomenten. Ten aanzien van de schaal Insufficiëntie van denken en handelen verdwenen tussen basismeting, nameting één en nameting twee eveneens de op basis van ruwe data verkregen significante hoofdeffect Tijd ( $F(2, 34) = 0.46, p = .64$ ) en interactie effect Groep x Tijd ( $F(2, 34) = 0.17, p = .84$ ). De niet significante klachtenafname voor de schalen Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit, Hostiliteit, Slaap en Somatische klachten in de 3 x 2 ANOVA ruwe data werden voor de geschatte data gerepliceerd (alle  $F$ 's < 0.68 en alle  $p$ 's > .05).

*Geschatte Data 2 (T0 vs. T1) x 2 ANOVA (N=26).* In overeenstemming met de 2 (T0 vs. T1) x 2 ANOVA ruwe data, bleef een significante daling op depressieve klachten ( $F(1, 24) = 10.97, p < .01$ ) en angstklachten ( $F(1, 24) = 7.30, p < .05$ ) bestaan. Met betrekking tot de schaal Insufficiëntie van denken en handelen werd, in tegenstelling tot de ruwe data, een trend zichtbaar naar een significante klachtenafname tussen basismeting en nameetmoment één ( $F(1, 24) = 3.87, p = .06$ ). Ook was de 2 x 2 completers ANOVA voor geschatte data de enige analyse waarbij een trend richting een significante klachtendaling op de schaal Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit te vinden was ( $F(1, 24) = 3.47, p = .08$ ). Op alle schalen ontbrak een hoofdeffect Groep en interactie effect Groep x Tijd. Wederom zijn er geen significante effecten gevonden voor Somatische klachten, Slaap en Hostiliteit (zie Tabel 4).

*Geschatte Data 2 (T0 vs. T2) x 2 ANOVA (N=24).* De 2 x 2 ANOVA geschatte data leverden net als de 2 x 2 ANOVA ruwe data geen significant hoofdeffect Tijd, hoofdeffect Groep of interactie effect Groep x Tijd op (alle  $F$ 's < 2.90 en alle  $p$ 's > .05).

Tabel 4

*F-waarden, effectgroottes (Eta-kwadraat) en steekproefomvang (N) voor de 3x2 en 2x2 exploratieve completers analyse geschatte data*

Completers analyse							
Geschatte data							
Meting	F(p) Tijd	η <sup>2</sup>	F(p) Groep	η <sup>2</sup>	F(p) Tijd x Groep	η <sup>2</sup>	N
<b>ANG</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	1.51(.24)	.08	0.06(.81)	.00	0.32(.67)	.02	19
T0 vs. T1	7.30(.01)**	.23	0.02(.89)	.00	0.56(.46)	.02	26
T0 vs. T2	1.23(.28)	.07	0.01(.91)	.00	0.17(.69)	.01	24
<b>DEP</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	2.80(.09)	.14	0.04(.84)	.00	0.02(.95)	.00	19
T0 vs. T1	10.97(.00)***	.31	0.54(.47)	.02	1.01(.33)	.04	26
T0 vs. T2	2.89(.11)	.15	0.03(.86)	.00	0.02(.89)	.01	24
<b>AGO</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	1.33(.28)	.07	0.74(.40)	.04	0.19(.83)	.01	19
T0 vs. T1	2.27(.15)	.07	0.24(.63)	.01	0.13(.72)	.01	26
T0 vs. T2	0.39(.54)	.02	0.67(.43)	.04	0.12(.73)	.01	24
<b>SOM</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.03(.94)	.00	0.50(.49)	.03	0.03(.94)	.00	19
T0 vs. T1	0.69(.42)	.03	0.10(.76)	.00	0.07(.79)	.00	26
T0 vs. T2	0.01(.93)	.00	0.49(.49)	.03	0.02(.88)	.00	24
<b>IN</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.46(.63)	.03	0.01(.92)	.00	0.17(.84)	.01	19
T0 vs. T1	3.87(.06)	.14	0.31(.58)	.01	0.37(.55)	.02	26
T0 vs. T2	0.12(.74)	.01	0.00(.99)	.00	0.12(.74)	.01	24
<b>SEN</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.21(.81)	.01	0.00(.99)	.00	0.13(.88)	.01	19
T0 vs. T1	3.47(.08)	.13	0.06(.80)	.00	1.44(.24)	.07	26
T0 vs. T2	0.34(.57)	.02	0.00(.98)	.00	0.19(.67)	.01	24
<b>HOS</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.36(.70)	.02	0.55(.47)	.03	0.42(.66)	.02	19
T0 vs. T1	1.08(.31)	.04	0.44(.51)	.02	0.61(.44)	.03	26
T0 vs. T2	0.62(.44)	.04	0.36(.56)	.02	0.37(.55)	.02	24
<b>SLA</b>							
T0 vs. T1 vs. T2	0.67(.52)	.04	0.57(.46)	.03	0.21(.81)	.01	19
T0 vs. T1	0.00(.95)	.00	0.31(.58)	.01	0.01(.92)	.00	26
T0 vs. T2	1.48(.25)	.11	0.79(.39)	.06	0.15(.70)	.01	24

*Noot.* ANG= Angst. DEP= Depressie. AGO= Agorafobie. SOM=Somatische klachten. IN= Insufficiëntie van denken en handelen. SEN= Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit. HOS=Hostiliteit. SLA= Slaap.

\*  $p < .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p < .001$

#### *Exploratieve analyse: additionele analyse*

Om te controleren voor een mogelijke invloed van sekse is de exploratieve analyse herhaald met een 3x2x2 en twee 2x2x2 herhaalde metingen ANOVA.

*Ruwe data.* De ontbrekende significante hoofd- en interactie effecten voor de exploratieve completers analyse met ruwe data werden gerepliceerd wanneer sekse werd meegenomen in de analyse. Exact dezelfde waarden werden verkregen voor de schalen Agorafobie (T0 vs. T1) en Depressie (T0 vs. T1 vs. T2). Met betrekking tot de depressieve klachten voor T0 en T1 bleef hoofdeffect Tijd eveneens

significant, echter naar voren kwam een geringe stijging in de significantie waarde ( $F(1,13) = 7.75, p=.02$ ). Voor Angst werd hoofdeffect Tijd tussen T0,T1 en T2 eveneens gerepliceerd, terwijl tussen T0 en T1 het hoofdeffect verdween ( $F(1, 13) = 1.56, p=.23$ ). Voor de schaal Insufficiëntie van denken en handelen werd tussen T0, T1 en T2 zowel het hoofdeffect Tijd als het interactie effect Groep x Tijd exact gerepliceerd. Hoofdeffecten voor Sekse en interactie effecten (o.a. Tijd x Groep x Sekse) bleven op de schalen uit.

*Geschatte data.* De ontbrekende significante hoofd- en interactie effecten voor geschatte data werden gerepliceerd wanneer gecontroleerd werd voor sekse. Tussen T0 en T1 bleef voor Depressie een significant effect bestaan ( $F(1,23) = 5.37, p< .05$ ). In discrepantie met de exploratieve analyse kon het significante hoofdeffect Tijd voor Angst (T0 vs. T1) niet worden gerepliceerd. Er werd evenwel een trend weergegeven ( $F(1,23) = 3.62, p=.07$ ). De trend voor hoofdeffect Tijd die zichtbaar was op de schaal Insufficiëntie van denken en handelen (T0 vs. T1) werd ook niet gerepliceerd ( $F(1,23) = 2.26, p=.15$ ).

#### *Exploratieve analyse: Intention to treat (o.b.v. geschatte data)*

Wanneer drop out werd meegenomen in de herhaalde metingen ANOVA werd voor de Angst schaal alleen een significant hoofdeffect Tijd gevonden tussen de basismeting en nameting één ( $F(1,35) = 6.33, p< .05$ ) en niet meer voor T0 vs. T1 vs. T2 ( $F(1.56, 58) = 1.71, p=.18$ ). In overeenstemming met de completers analyse geschatte data gold voor Depressie tussen T0, T1 en T2 alleen een trend van hoofdeffect Tijd ( $F(1.48, 58) = 3.34, p=.06$ ). Ook was er tussen T0 en T1 sprake van een significant hoofdeffect Tijd ( $F(1, 35) = 8.97, p<.01$ ). In de intention to treat analyse was er evenwel voor het eerst een trend waarneembaar tussen T0 en T2 voor de Depressie schaal ( $F(1,29) = 3.38, p=.08$ ). Evenals met de completers analyse geschatte data, resulteerden de intention to treat analyse voor de schaal Insufficiëntie van denken en handelen in een trend voor hoofdeffect Tijd tussen T0 en T1 ( $F(1,35) = 3.47, p=.071$ ) en bleven tussen T0 vs. T1 vs. T2 een hoofdeffect Tijd ( $F(2, 58) = 0.73, p=.49$ ) en interactie effect ( $F(2,58) = 0.27, p=.76$ ) uit. Effecten die uitbleven op de schalen Agorafobie, Somatische klachten, Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit, Hostiliteit en Slaap voor de completers analyse (geschatte data), ontbraken eveneens in de intention to treat analyse.

#### *Exploratieve analyse: Intention to treat additionele analyse*

Wanneer de intention to treat analyse voor de afzonderlijke schalen werd herhaald met sekse als tussengroep factor bleef een hoofdeffect Sekse evenals en een interactie effect met andere factoren uit. De niet-significante hoofd- en interactie effecten in de intention to treat analyse zijn gerepliceerd (alle  $F$ 's  $< 2.89$  en alle  $p$ 's  $> .05$ ). Met betrekking tot de eerder gevonden significante hoofdeffecten van Tijd, werd alleen een hoofdeffect Tijd tussen T0 en T1 voor Depressie gevonden ( $F(1,34) = 4.40, p< .05$ ). Hoewel in de intention to treat analyse voor Depressie sprake was van een trend voor hoofdeffect Tijd tussen T0, T1 en T2 was deze niet langer zichtbaar wanneer sekse als tussengroep factor werd geïncludeerd ( $F(1.48, 56) = 1.11, p=.32$ ). Een trend tussen T0 en T1 voor de schaal Insufficiëntie van denken en handelen bleef wel bestaan ( $F(1,34) = 3.71, p=.06$ ).

### *Exploratieve Analyse: Effectgrootte*

Effectgroottes in de completers analyse (zie Tabel 3 en 4) en de intention to treat analyse waren vergelijkbaar. Voor de schaal Agorafobie werd een klein (T0 vs. T2,  $\eta^2=.00$ ) tot groot (T0 vs. T1 vs. T2,  $\eta^2=.40$ ; T0 vs. T1,  $\eta^2=.16$ ) effect gevonden voor hoofdeffect Tijd op basis van de ruwe data. Op basis van de geschatte data werd voor zowel T0 vs. T1 vs. T2 ( $\eta^2=.07$ ) als T0 vs. T1 ( $\eta^2=.09$ ) een gemiddeld effect en voor T0 vs. T2 ( $\eta^2=.02$ ) een klein effect gevonden. Een gemiddeld (T0 vs. T2,  $\eta^2=.07$ ) tot groot effect (T0 vs. T1 vs. T2,  $\eta^2=.46$ ; T0 vs. T1,  $\eta^2=.52$ ) werd gevonden op basis van de ruwe scores voor Depressie. Op basis van de geschatte scores werd tussen alle meetmomenten een groot effect gevonden (T0 vs. T1 vs. T2,  $\eta^2=.14$ ; T0 vs. T1,  $\eta^2=.31$ ; T0 vs. T2,  $\eta^2=.15$ ). Voor de schaal Insufficiëntie van denken en handelen is meer differentiatie waarneembaar. Tussen T0 vs. T1 vs. T2 is een klein ( $\eta^2=.03$ ) tot groot ( $\eta^2=.43$ ) hoofdeffect Tijd gevonden voor respectievelijk de geschatte en ruwe data. Het interactie effect Groep x Tijd voor de ruwe data had eveneens een groot effect (T0 vs. T1 vs. T2,  $\eta^2=.39$ ), terwijl voor de geschatte data het effect klein was ( $\eta^2=.01$ ). Tussen T0 en T1 bestond een groot effect van Tijd voor zowel de geschatte ( $\eta^2=.14$ ) als ruwe ( $\eta^2=.18$ ) data. Tussen T0 en T2 was het hoofdeffect klein ( $\eta^2=.01$ ) voor de geschatte en gemiddeld ( $\eta^2=.06$ ) voor de ruwe data. Ten aanzien van de schaal Angst was er sprake van een gemiddeld (T0 vs. T2,  $\eta^2=.11$ ) tot groot hoofdeffect Tijd (T0 vs. T1 vs. T2,  $\eta^2=.39$ ; T0 vs. T1,  $\eta^2=.28$ ) voor de ruwe data. Voor de geschatte data werd een gemiddeld effect gevonden tussen zowel T0, T1 en T2 ( $\eta^2=.08$ ) als T0 en T2 ( $\eta^2=.07$ ). Voor T0 en T1 was er evenwel sprake van een groot effect ( $\eta^2=.23$ ). Voor de schaal Somatische klachten werden voor zowel de ruwe als de geschatte data kleine effecten van Tijd gevonden tussen de verschillende momenten (zie Tabel 3 en 4). Voor Wantrouwen en interpersoonlijke Sensitiviteit werd er tussen T0, T1 en T2 een klein Tijds effect gevonden voor zowel de ruwe ( $\eta^2=.03$ ) als geschatte data ( $\eta^2=.012$ ). Een klein effect werd eveneens zichtbaar tussen T0 en T2 voor de geschatte ( $\eta^2=.02$ ) en ruwe data ( $\eta^2=.00$ ). Tussen T0 en T1 was er daarentegen sprake van een groot effect voor de ruwe data ( $\eta^2=.18$ ) en een gemiddeld effect voor de geschatte data ( $\eta^2=.13$ ). Voor Hostiliteit werden louter kleine effectgroottes gevonden op de verschillende momenten voor zowel de ruwe als geschatte data (zie Tabel 3 en 4). Met betrekking tot Slaap bleek het hoofdeffect Tijd voor zowel de ruwe data tussen T0 vs. T1 vs. T2 ( $\eta^2=.04$ ) en T0 vs. T1 ( $\eta^2=.05$ ) als voor de geschatte tussen T0 vs. T1 vs. T2 ( $\eta^2=.04$ ) en T0 vs. T1 ( $\eta^2=.00$ ) klein. Een gemiddeld effect was daarentegen waarneembaar tussen T0 en T2 voor zowel de ruwe ( $\eta^2=.07$ ) als geschatte data ( $\eta^2=.11$ ). Hoewel niet tot nauwelijks sprake was van een significant hoofdeffect Groep en interactie effect Groep x Tijd voor zowel de ruwe als geschatte data, is in Tabel 3 en 4 te zien dat op sommige uitkomstmaten wel sprake is van een groot effect.

### Discussie

Zover bekend, is dit het eerste onderzoek dat zich richt op de effectiviteit van MBT bij mensen met uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen en wat uitgevoerd wordt binnen een (onafhankelijk) ambulatorium in Nederland. Ten aanzien van behandeluitkomsten, is er een significante klachtenafname zichtbaar voor zowel borderline persoonlijkheidsstoornissen als de overige persoonlijkheidsstoornissen in

de eerste zeven tot tien maanden. De completers analyse en de intention-to-treat analyse, waarbij de drop-out wordt meegenomen in de analyses, resulteerden in een vergelijkbare klachtenafname voor zowel de BPS groep als de overige PS groep. De waargenomen daling op het algehele klachtenniveau lijkt zich voort te zetten op dertien tot en met zestien maanden blijkens de trend met een sterke effectgrootte. De resultaten kunnen niet toegeschreven worden aan de groepsverschillen in sekse.

Uit de exploratieve analyse blijkt MBT met name effectief op depressieve klachten en angstklachten in de eerste zeven tot en met tien maanden. Met betrekking tot de schaal 'Insufficiëntie van denken en handelen' was er sprake van een randsignificante ( $p=.05$ ) afname over de eerste zestien maanden van de behandeling. Insufficiëntie van denken en handelen richt zich vooral op gedachten, impulsen en problemen die als dwingend en ondanks de eigen wil als voorkomend worden ervaren (Arrindell & Ettema, 1986). De afname was overigens sterker voor mensen met een andere persoonlijkheidsstoornis dan een borderline persoonlijkheidsstoornis. Een dergelijk effect werd louter gevonden op basis van de completers analyse met ruwe data, waarbij de effectgrootte als groot kan worden geclassificeerd. Een discrepantie tussen de verschillende analyses was eveneens zichtbaar ten aanzien van agorafobische klachten, waarbij louter een significante klachtenafname was in de completers analyse voor ruwe data. Een trend was waarneembaar voor een sterkere afname in agorafobische klachten bij de overige PS groep. Deze effecten waren niet zichtbaar voor de geschatte data en intention to treat analyse. Gezien het risico op kans kapitalisatie kunnen over deze schalen geen harde conclusies getrokken worden, te meer daar er sprake is van een trend. De effectgrootte was evenwel sterk voor het interactie effect. Overigens werden geen significante effecten van MBT gevonden op Wantrouwen en Interpersoonlijke sensitiviteit, Somatische klachten, Hostiliteit en Slaapklachten. Desalniettemin werden kleine tot grote effecten gevonden voor sommige van deze schalen (zie Resultaten Tabel 4 en 5).

In deze discussie zal achtereenvolgens worden ingegaan op de effectgroottes van niet significante effecten in deze studie, de significante klachtenafname in de eerste zeven tot en met tien maanden van de behandeling en de niet significante klachtendaling op het tweede meetmoment (dertien tot en met zestien maanden).

Met betrekking tot de gevonden sterke effectgroottes, kan het ontbreken van een significant effect te wijten zijn aan het power probleem wat het gevolg is van een kleine steekproef. Sterker nog, vergelijkbare effectgroottes zijn gevonden in eerder onderzoek waarbij de effecten wel significant waren (Bales et al., 2012). De effectgroottes in de huidige studie betreffen zelfs conservatieve schattingen, aangezien het eerste meetmoment plaatsvond bij aanvang van de behandeling en niet op het moment van de intake (Bales et al., 2012). In de tussentijd hebben cliënten wellicht geprofiteerd van psycho-educatie of positieve verwachtingen omtrent de aankomende behandeling.

Het huidige onderzoek heeft de significante klachtenafname bij BPS gerepliceerd (Bales et al., 2012; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2008). Eerdere observaties naar de effectiviteit van MBT bij BPS vonden echter geen significante afname op klachtenniveau tijdens het eerste meetmoment; zes maanden na start van de behandeling. Pas twaalf maanden na aanvang van de behandeling werd een significante daling in klachtenniveau gevonden (Bales

et al., 2012). De resultaten uit het huidige onderzoek kunnen mogelijk verklaard worden door het verschil tussen de twee studies in het eerste meetmoment. Het eerste meetmoment in dit onderzoek kent immers een tijdsinterval van zeven tot en met tien maanden met een gemiddelde meetmoment van acht maanden. Wellicht is de sterke klachtenafname in het onderzoek van Bales et al. (2012) meteen na zes maanden ingezet. Daarnaast ontvingen cliënten in het huidige onderzoek ook Functie Assertive Community Treatment (FACT), terwijl in eerder onderzoek alleen MBT werd toegepast (Bateman et al., 2012; Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2008, Bateman & Fonagy, 2009). Het doel van FACT is om cliënten met continuïteit te begeleiden, te behandelen en te ondersteunen in het herstel. Cliënten leren hoe zij met hun ziekte om kunnen gaan en voor zichzelf kunnen zorgen, waarbij wordt gewerkt aan een leven buiten de GGZ door middel van een zinvolle dagbesteding en sociale betrokkenheid. Deze aanvullende vorm van zorg heeft wellicht bijgedragen aan de zeer snelle klachtendaling in de eerste zeven tot en met tien maanden en dus aan de discrepantie met eerder uitgevoerd onderzoek (Bales et al., 2012). Een andere verklaring voor het gevonden effect in de eerste zeven tot en met tien maanden is mogelijk het bestaan van een 'placebo effect', wat in psychotherapeutische condities een verwachtingseffect wordt genoemd. Het opwekken van positieve verwachtingen over de behandeling zou bijdragen aan de effectiviteit van de therapie (Stewart-Williams & Podd, 2004). De steekproef bestond uit cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek die geen baat hebben bij of zijn vastgelopen binnen het reguliere GGZ-behandelaanbod. Deze cliëntengroep kent een langdurige behandelgeschiedenis en is als laatste mogelijkheid doorverwezen naar het FACT team Persoonlijkheidsstoornissen. Deze cliënten zijn zich wellicht bewust van deze laatste behandelmogelijkheid, waardoor zij gemotiveerd raken en positieve verwachtingen hebben bij start van de behandeling

Overigens was de daling in het huidige onderzoek dertien tot en met zestien maanden na aanvang van de behandeling niet meer significant. Terwijl eerder onderzoek een significante klachtenafname twaalf maanden na start van de behandeling vonden. Deze afname hield aan tot vijf jaar na beëindiging van de therapie (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2003; Bateman & Fonagy, 2008). Ook voor deze bevinding kan het placebo-effect een verklaring bieden. Bij aanvang van de behandeling hadden cliënten wellicht positieve verwachtingen, wat resulteerde in een zeer snelle klachtenafname. Echter, na verloop van tijd moesten de cliënten hun verwachtingen mogelijk aanpassen. Daarnaast waren cliënten door deze positieve verwachtingen wellicht vaker aanwezig in het begin van het behandelproces. Gedurende het behandelproces komen cliënten er wellicht achter dat de behandeling niet zo verloopt als verwacht, waardoor zij minder vaak naar groepstherapie en individuele therapie gaan. Deze gegevens zijn in het huidige onderzoek niet aanwezig. De mate van aanwezigheid kan dus de significante afname in de eerste zeven tot en met tien maanden en de niet significante daling tussen de dertien en zestien maanden verklaren. Toekomstig onderzoek dient gegevens omtrent de aanwezigheid van cliënten bij de analyses te betrekken. Immers, met deze nieuwe gegevens kan mogelijk meer licht geworpen worden op de mogelijke oorzaken voor het in de huidige studie gevonden patroon.

Wat voor implicaties hebben de gevonden bevindingen voor de klinische praktijk? Ten eerste, impliceren de resultaten dat een kortdurend ambulante behandelprotocol voldoende lijkt om veranderingen

te bewerkstelligen. Ten tweede, impliceren de bevindingen dat MBT een effectieve behandelingsvorm is voor uiteenlopende persoonlijkheidsproblematiek. Op bepaalde uitkomstmaten zijn aanwijzingen voor een superieure uitkomst bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis anders dan borderline persoonlijkheidsstoornis. Doordat MBT effectief is voor uiteenlopende persoonlijkheidsproblematiek lijkt deze behandelingsvorm zich dus meer in de richting van een spectrumbenadering te ontwikkelen. Daarbij worden specifieke accenten (afhankelijk van het prototype persoonlijkheidsstoornis) gelegd binnen de behandeling, maar blijven de algemene principes hetzelfde. Met de komst van de DSM V, die meer uitgaat van een spectrum van persoonlijkheidspathologie vergeleken met de DSM-IV (American Psychiatric Association, 2012), lijkt de richting van MBT te passen bij deze nieuwe manier van classificatie van persoonlijkheidsstoornissen. Tevens is de comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen hoog (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007), wat het bestaan van dimensionaliteit in persoonlijkheidsproblematiek te meer bekrachtigt.

#### *Sterke punten, beperkingen en vervolgonderzoek*

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Door het ontbreken van veel data is de steekproefgrootte gering, wat resulteert in een lage power (Lachin, 1981). Met name op nameetmoment twee is het aantal participanten klein, wat overigens het ontbreken van een significante daling in klachtenniveau dertien tot en met zestien maanden na initiatie van de behandeling kan verklaren. Door een kleine power worden immers veranderingen minder snel waargenomen. Getracht is om dit probleem zoveel mogelijk te ondervangen door het construeren van tijdsintervallen. Meetmomenten vonden namelijk niet altijd om de zes maanden plaats, omdat cliënten moeilijk te bereiken waren en niet altijd kwamen opdagen. Daarnaast is geprobeerd om de steekproefomvang kunstmatig te vergroten door het schatten van ontbrekende data. Bovendien zijn twee aanvullende analyses uitgevoerd (basismetting vs. nameetmoment 1 en basismetting vs. nameetmoment 2) om een zo groot mogelijke steekproef te betrekken in het onderzoek. Om de analyse en daaruit vloeiende resultaten kracht bij te zetten, is tevens in het huidige onderzoek een intention to treat analyse uitgevoerd. Door het inzetten van bovengenoemde middelen is geprobeerd om de generaliseerbaarheid van resultaten te vergroten. Overigens was de ontbrekende data willekeurig ('Missing Completely at Random'), waardoor de resultaten uit de herhaalde metingen ANOVA robuust zijn (Howell, 2012). De missende data zorgt dus niet perse voor een beperking in de generaliseerbaarheid. Er kunnen echter geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van MBT bij specifieke persoonlijkheidsstoornissen. De persoonlijkheidsstoornissen die vielen onder de overige PS groep konden niet opgesplitst worden in aparte groepen, aangezien de omvang van deze groepen dan te klein zou worden. Tevens ontbrak door het gebruik van intervallen een duidelijke indicatie van het moment van klachtenafname, waardoor het tijdstip van significante klachtendaling bij benadering moet worden bepaald. Vervolgonderzoek dient zich dus te richten op de effectiviteit van MBT bij afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen en op specifieke tijdstippen.

Tevens ontbreekt een controlegroep, waardoor conclusies over de effectiviteit van MBT beperkt zijn. Het testinstrumentarium in het huidige onderzoek kent bovendien geen vragenlijst dat mentaliseren

meet. Door het ontbreken van een controlegroep en een maat voor mentaliseren is het niet duidelijk of de gevonden klachtenafname het resultaat is van een toenemend mentaliserend vermogen ten gevolge van de MBT behandeling. Te meer daar binnen het team ook FACT wordt aangeboden, wat een mogelijke verklaring kan zijn voor de gevonden effecten. Het is dus onduidelijk of psychodynamische therapie de essentiële component was. Er zijn grotere, gecontroleerde trials nodig die de kernaspecten van de behandeling bevatten en meten, om vervolgens vast te stellen of MBT kan worden beschouwd als een evidence-based behandeling (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen, 2008).

Daarnaast werden diagnoses vastgesteld op basis van klinisch oordeel. Onderzoek heeft uitgewezen dat een gestructureerde klinische interview (bv. SCID-II) betrouwbaarder en meer valide is dan een klinisch oordeel. Met name persoonlijkheidsstoornissen zijn moeilijk te diagnosticeren voor klinici (Fridell & Hesse, 2006). Dit is dan ook een zwak punt in de klinische praktijk van de afdeling en in het huidige onderzoek. Een juiste diagnose is daarbij erg belangrijk voor een goede start van de behandeling.

Het onderzoek kent echter grote externe validiteit en klinische bruikbaarheid. Het betreft immers een naturalistisch onderzoek uitgevoerd door een onafhankelijke onderzoeksgroep binnen een ambulatorium in Nederland. Tevens is dit het eerste onderzoek dat de effectiviteit van MBT op uiteenlopende persoonlijkheidsstoornissen heeft onderzocht. In dit geval biedt het onderzoek dan ook vele nieuwe inzichten in de behandeling van cliënten die normaliter als niet geschikt worden bevonden voor curatieve behandeling (Koekkoek & van Hutschemakers, 2007). Er werden tevens geen exclusie criteria gehanteerd. Cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en veel comorbiditeit werden in het onderzoek betrokken. Dit in tegenstelling tot andere studies, waarin resultaten mogelijk zijn geoptimaliseerd door het excluseren van de meest ernstige psychiatrische patiënten, zoals cliënten met een opiaten verslaving, psychose, bipolaire stoornis en/of een verstandelijke beperking (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2009; Bales et al., 2012). De gerapporteerde resultaten van deze onderzoeken kunnen waarschijnlijk slechts gegeneraliseerd worden naar een beter functionerende BPS populatie, terwijl het huidige onderzoek zowel te generaliseren is naar de gehele populatie met een uiteenlopende persoonlijkheidsstoornis als naar ernstiger psychiatrische patiënten.



## Referenties

- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review Of Psychiatry*, 12, 94-104.  
doi: 10.1080/10673220490447218
- Alden, E., Wiggins, S., & Pincus, A.L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55, 521-536.  
doi:10.1080/00223891.1990.9674088
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2012). *Proposed criteria for Personality Disorders*. Verkregen 1 juni, 2013, via <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=577>
- Ames, D.R., & Kammrath, L.K. (2004). Mind-Reading and Metacognition: Narcissism, not Actual Competence, Predicts Self-Estimated Ability. *Journal of Nonverbal Behavior*, 28, 187–209.  
doi:10.1023/B:JONB.0000039649.20015.0e
- Arntz, A. (1999). *Borderline Personality Disorder Severity Index, version IV*. Revision of Weaver & Clum, 1993. Maastricht: Department Medical, Clinical and Experimental Psychology, University of Maastricht.
- Arntz, A., & Veen, G. (2001). Evaluations of Others by Borderline Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 513-521. doi: 0022-3018/01/1898–513
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie indicator*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalisation-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*, 26, 568-582. doi: 10.1521/pedi.2012.26.4.568
- Barkham, M., Hardy, G.E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35.  
doi: 10.1111/j.20448260.1996.tb01159.x
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of Partial Hospitalization in the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *The 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. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 160, 169-171. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.169
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638. doi:10.1176/appo.ajp.2007.07040636
- 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. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blom, J., & Colijn, S. (2012). Klinische variant van mentaliserenbevorderende therapie voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 377-382.
- Brook, R., Rabin, R., & de Charro, F. (2003). *The Measurement and Valuation of Health Status Using EQ 5D: A European Perspective: Evidence from the EuroQol\_BIO MED Research Programme*. Kluwer Academic Publishers.
- Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Choi-Kan, L.W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081360
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Covi, L. (2003). *Symptom Checklist-90 (SCL-90)*. Pearson education, Inc.
- Dolan, M., & Fullam, R. (2004). Theory of mind and mentalization ability in antisocial personality disorders with and without psychopathy. *Psychological Medicine*, 34, 1093-1102 doi: 10.1017/S0033291704002028
- Eisenberg, N. & Strayer, J. (1987). *Empathy and its Development*. Cambridge University Press: Cambridge, UK.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., & Snellen, W.M. (2009) *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M., & van Vliet-Mulder, J.C. (2009). *COTAN Documentatie*. Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Fonagy, P. (1999). Male Perpetrators of Violence Against Women: An Attachment Theory Perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

- Fridell, M., & Hesse, M. (2006). Clinical Diagnosis and SCID-II Assessment of DSM-III-R Personality Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 104–108.  
doi:10.1027/10155759.22.2.104
- Hermens, M.L.M., Splunteren, P.T., van, Bosch, A., van den, & Verheul, R. (2011). Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in The Netherlands. *Psychiatric Services*, 62, 1381-1383. doi: 10.1176/appi.ps.62.11.1381
- Howell, D.C. (2012). *Treatment of Missing data*. Verkregen 28 mei, 2013, via [http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More\\_Stuff/Missing\\_Data/Missing.html](http://www.uvm.edu/~dhowell/StatPages/More_Stuff/Missing_Data/Missing.html)
- Knapen, S. (2013). FACT voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen: Ervaringen met de combinatie met Mentalization Based Treatment. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 68, 20-28.
- Koekkoek, B., Meijel, B., van, Hutschemaekers G. (2010). Community mental health care for patients with severe personality disorder: a narrative review. *The Psychiatrist*, 34, 24-30.  
doi:10.1192/pb.bp.108.022426
- Lachin, J.M. (1981). Introduction to sample size determination and power analysis for clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 2, 93-113. doi: 10.1016/0197-2456(81)90001-5
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V.J., Hanssen, N., Vermeersch, D., Clause, G., & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn (2008). *Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimboos-instituut.
- Lenzenweger, M.F., Lance, M.C., Loranger, A.W., & Kessler, R.C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62, 553-564.  
doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Levine, T.R., & Hullett, C.R. (2002). Eta squared, partial eta squared, and misreporting of effect size in communication research. *Human Communication Research*, 28, 612-625.  
doi:10.1111/j.1468-2958.2002.tb00828.x
- Luteijn, F., & Kok, A.P. (1985). *Herziene Handleiding NVM*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, H. van (1985). *Handleiding bij de NPV*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, H. van (2000). *Tweede herziene handleiding bij de NPV*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J. & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7, 1-24.  
doi: 10.1111/1467-9507.00047
- Nakash-Eisikovits, O., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1111-1123. doi: 10.1097/01.CHI.0000020258.43550.BD

- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (Mansa). *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 7-12.  
doi: 10.1177/002076409904500102
- Ritter, K., Dziobek, I., Preißler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich T., ... Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241-247.  
doi:10.1016/j.psychres.2010.09.013
- Soeteman, D.I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V (2008). The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259–265.
- Soeteman, D., Verheul, R., & Busschbach, J.J.V. (2008). The Burden of Disease in Personality Disorders: Diagnosis-Specific Quality of Life. *Journal of Personality Disorders*, 22, 259-268.  
doi:10.1521/pepi.2008.22.3.259
- Stewart-Williams, S., Podd, J. (2004). The Placebo Effect: Dissolving the Expectancy Versus Conditioning Debate. *Psychological Bulletin*, 130, 324-340. doi: 10.1037/0033-2909.130.2.324
- Verheul, R., Andrea, H., Berghout, C.C., Dolan, C., Busschbach, J.J.V., Van der Kroft, P.J.A., Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2008). Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118): Development, Factor Structure, Reliability, and Validity. *Psychological Assessment*, 20, 23-34.  
doi:10.1037/1040-3590.20.1.23
- Westen, D., Nakash, O., Cannon, T., & Rebekah, B. (2006). Clinical Assessment of Attachment Patterns and Personality Disorder in Adolescents and Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1065-1085. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1065
- Williams P. Psychotherapeutic treatment of cluster A personality disorders.(2008) In: Clarkin, J.F., Fonagy, P., Gabbard, G.O. (2010). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: a clinical handbook*. Arlington: American Psychiatric Publishing
- Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18. doi:10.1192/bjp.172.1.11