



Universiteit Utrecht

De invloed van Dissociatie op Mentaliseren Bevorderende Therapie

Marjoleine R.B. Fokkert

Master thesis 2014

Klinische en gezondheidspsychologie

Studentennummer: 3593517

Supervisor: Marleen Rijkeboer

Faculteit Sociale Wetenschappen

Universiteit Utrecht

Januari 2015

Samenvatting

INTRODUCTIE. Mentaliseren bevorderende therapie (MBT) is een bewezen effectieve behandeling voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis en er zijn eveneens gunstige effecten gevonden bij patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen. Een deel van de patiënten met persoonlijkheidsstoornissen ervaart dissociatieve klachten. Er zijn onderzoeken die uitwijzen dat een hoge mate van dissociatie interfereert met leren en aldus het effect van bepaalde behandelingen negatief beïnvloedt. Dit is echter nog nooit onderzocht voor MBT. METHODE. Bij 43 patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen die deelnemen aan een groepsbehandeling MBT zijn, alvorens te beginnen aan de therapie, vragenlijsten afgenomen om hun klachtenniveau (totaalscore SCL-90) en mate van dissociatie te meten (schaal Borderline Personality Disorder Severity Index; BPDSI). Aan de hand van de dissociatieschaal zijn de patiënten onderverdeeld in twee groepen, een groep met een hoge mate van dissociatie en een groep met een lage mate van dissociatie. Na zes tot negen maanden MBT heeft er een tweede meting van het klachtenniveau plaatsgevonden. RESULTATEN. Bij de totale steekproef was er een afname van de klachten te zien na zes tot negen maanden MBT. De groepen verschilden bij baseline significant op de variabelen leeftijd en GAF-score, deze variabelen zijn meegenomen als co-variaten. Er was geen significant verschil in klachtenafname tussen patiënten met een hoge mate van dissociatie en patiënten met een lage mate van dissociatie. CONCLUSIE. Patiënten met een hoge mate van dissociatie profiteerden evenveel van deze behandeling als patiënten met een lage mate van dissociatie en hoeven niet uitgesloten te worden van MBT. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de invloed van andere patiëntkenmerken.

Abstract

OBJECTIVE. Mentalization based treatment (MBT) is an effective treatment for patients with borderline personality disorder and probably for patients with other personality disorders as well. Some of the patients with personality disorders experience dissociative complaints. There are studies that indicate that a high degree of dissociation interferes with learning and treatment effects. However, this has never been studied for MBT. METHOD. At the start of the MBT group treatment 43 patients with severe personality disorders filled out questionnaires to measure their level of complaints (overall score SCI-90) and their degree of dissociation (scale Borderline Personality Disorder Severity Index [BPDSI]). Depending on their score of dissociation, the participants were placed in the high dissociation group or the low dissociation group. After six to nine months of MBT the level of complaints was measured again. RESULTS. After six to nine months the total test sample showed a significant decrease in level of complaints. Since the low and high dissociation groups, at baseline, varied significant on the variables age and GAF-score, these variables were controlled for in the analyses. There was no significant difference in decrease in level of complaints between patients with a high degree of dissociation and patients with a low degree of dissociation. CONCLUSIONS. Patients with a high degree of dissociation didn't profit more from this treatment than patients with a low degree of dissociation, hence they are not to be excluded. Future research could aim to determine the influence of other patient traits.

Inleiding

Mentaliseren bevorderende therapie (MBT) is initieel ontwikkeld voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), maar wordt tegenwoordig eveneens toegepast bij andere persoonlijkheidsstoornissen, depressies, eetstoornissen en verslavingen (Bateman & Fonagy, 2012). . Hoewel bij deze therapie in de praktijk ruime inclusiecriteria worden gehanteerd, is voor zover ons bekend nog niet onderzocht of MBT eveneens effectief is voor patiënten die, naast hun persoonlijkheidsstoornis, kampen met specifieke klachten zoals dissociatie. Doel van de huidige studie is te onderzoeken of er na zes tot negen maanden groepsgewijze MBT voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen een verschil in klachtenafname is tussen degenen met een lage mate van dissociatieve klachten bij aanvang van de therapie en patiënten met een hoge mate van dissociatieve klachten

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen lopen vaak op meerdere gebieden van hun leven vast. Een persoonlijkheidsstoornis is een duurzaam patroon van cognities, affecten, impulsbeheersing en sociaal functioneren wat afwijkt van de in de cultuur heersende norm. Dit patroon uit zich in verschillende persoonlijke en sociale situaties en is tenminste vanaf de vroege volwassenheid aanwezig (Sadock & Sadock, 2007). De DSM-IV-TR kent tien specifieke persoonlijkheidsstoornissen en een restcategorie (persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven). BPS is, na de vermijdende persoonlijkheidsstoornis, de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornis (Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). BPS wordt gekenmerkt door een diepgaand patroon van instabiliteit op verschillende gebieden in iemands leven. Patiënten met BPS vertonen verlatingsangst, instabiliteit in sociale relaties, identiteitsproblemen, impulsiviteit, (para)suïcidaal gedrag, affectlabiliteit, een chronisch gevoel van leegte, woedeaanvallen en paranoïde ideeën of dissociatieve verschijnselen (American Psychiatric Association, 2010). Niet elke persoon met BPS vertoont al deze symptomen, er is een grote variëteit aan samenstellingen van de persoonlijkheid binnen deze stoornis (Sadock & Sadock, 2007).

Er zijn verscheidene onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van diverse behandelmethoden voor persoonlijkheidsstoornissen, met name naar de borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze stoornis werd lange tijd als onbehandelbaar gezien, maar hier is de laatste jaren verandering in gekomen. Psychotherapie wordt geïndiceerd als voorkeursbehandeling voor patiënten met BPS (Landelijke stuurgroep voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Er zijn verschillende therapievormen effectief gebleken, waaronder mentaliseren bevorderende therapie (MBT; Bateman & Fonagy, 2003). Het doel van deze therapie is om het mentaliserend vermogen van patiënten te vergroten (Bateman & Fonagy, 2008). Dit is het vermogen om het eigen gedrag en dat van anderen op te vatten als zijnde met een bedoeling, betekenis of intentie. Bij deze therapie leren mensen met BPS om zich te verplaatsen in de gedachtegang van anderen om zo aan te kunnen voelen

wat anderen bedoelen met hun gedrag. Ook leren zij om hun eigen motieven en gevoelens te onderzoeken. Het vergroten van het mentaliserend vermogen levert op dat de relaties met anderen verbeteren, maar ook dat iemand zichzelf beter weet te beïnvloeden (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). Individuen met een goed ontwikkeld mentaliserend vermogen vertonen meer veerkracht in stressvolle omstandigheden en zijn vaak in staat om de positieve effecten van tegenspoed op hun leven in te zien (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994). Wanneer patiënten begrijpen waarom zij zelf iets doen of voelen, zijn zij beter in staat om daar -zo nodig- veranderingen in aan te brengen.

Kinderen leren op jonge leeftijd al te mentaliseren.. Zij leren dit door te zien hoe anderen over hen mentaliseren. Een veilige hechting is hiervoor een voorwaarde. Er is sprake van een veilige hechting als een kind zijn ouder als een betrouwbare basis ziet van waaruit hij de wereld kan ontdekken (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1979). Wanneer een kind onveilig gehecht is, zal deze minder goed leren mentaliseren. Dit blijkt onder meer uit onderzoek waarbij kinderen van elf maanden met een veilige gehechtheid, op vier- en vijfjarige leeftijd een significant beter mentaliserend vermogen hadden ten opzichte van bij elf maanden onveilig gehechte kinderen (Meins, Fernyhough, & Russell, 1998). Mensen met BPS zijn vaak onveilig gehecht in hun kindertijd, wat kan leiden tot een gebrekkig mentaliserend vermogen (Fonagy, 2000).

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van MBT is gedaan door de ontwikkelaars van deze therapie, namelijk Fonagy en Bateman. In een studie van hen werden 44 patiënten met BPS willekeurig ingedeeld in een specialistische mentalisatie bevorderende behandeling of een andere gangbare behandeling. Beide groepen boekten vooruitgang, maar de mentalisatie bevorderende behandeling werkte significant beter. Deze resultaten bleven aanhouden tot 36 maanden na afloop van de behandeling (Bateman & Fonagy, 2001). Een follow-up onderzoek na 8 jaar liet zien dat de verbetering en het verschil tussen de twee groepen nog steeds aanwezig was, tot uiting komend in verschillen in het aantal suïcidepogingen en opnames, sociaal functioneren en het hebben van werk, ten voordele van de groep die MBT had gekregen (Bateman & Fonagy, 2008). In een ander onderzoek met meer participanten werd MBT vergeleken met Structural Clinical Management (SCM). De 134 patiënten werden gerandomiseerd toegewezen aan de SCM-behandeling ($n=63$) en de MBT-behandeling ($n=71$). Beide groepen ontvingen wekelijks 50 minuten individuele behandeling en 1,5 uur groepstherapie, waarvoor een gedetailleerde handleiding bestond. Beide behandelingen boden ondersteuning, structuur, uitdaging van zelfbeschadigende patronen, geprotocolleerde medicatie en crisis management. De MBT-behandeling omvatte basismentaliseratie, interpretatieve mentalisatie interventies en het mentaliseren van de therapeutische relatie. Bij de SCM-behandeling lag de focus op emotionele steun, sociale steun, steun voor werkgerichte activiteiten en inter-persoonlijke en persoonlijke probleemoplossingsstrategieën. De behandelingen duurden 18 maanden. Na afloop vertoonden de patiënten die MBT kregen significant minder parasuïcidale gedragingen dan de patiënten die SCM-behandeling kregen, terwijl de baseline gelijk was bij beide groepen. Ook het

algemene en inter-persoonlijke functioneren, alsmede de psychiatrische symptomen waren significant meer verbeterd in de MBT-groep dan in de SCM-groep (Bateman & Fonagy, 2013). In Nederland is eveneens onderzoek gedaan naar de effecten van MBT. Er werd een MBT-behandeling van 18 maanden gegeven aan 45 mensen met ernstige BPS en een hoog aantal co-morbide as-1 en as-2 stoornissen. Symptoomstress, inter-persoonlijk functioneren, persoonlijk functioneren en persoonlijkheidspathologie verbeterden significant. Ook was er minder sprake van suïcidepogingen, zelfbeschadigend gedrag en zorgconsumptie dan bij de baseline (Bales, van Beek, Smits, Willemsen, Busschbach, Verheul, & Andrea, 2012). Deze resultaten dienen echter met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd, aangezien er geen controlegroep was.

Kortom, de effectiviteit van MBT bij patiënten met BPS wordt door diverse onderzoeken ondersteund. Wat echter nog niet is onderzocht, is of specifieke patiëntkenmerken van invloed zijn op de effectiviteit van MBT. Er zijn tot nu toe geen contra-indicaties voor MBT geformuleerd en onderzocht. Het is echter voorstelbaar dat het ervaren van een hoge mate van dissociatieve symptomen de effectiviteit van MBT kan beïnvloeden. Dissociatie is één van de DSM-IV-TR criteria voor BPS en wordt omschreven als ‘voorbijgaande, aan stress gebonden ernstig dissociatieve verschijnselen’ (American Psychiatric Association, 2010). Dissociatie komt niet bij iedereen met BPS voor en ook niet uitsluitend bij mensen met BPS, het kan ook voorkomen bij psychisch gezonde mensen (Ball, Robinson, Shekhar, & Walsh, 1997; Oedegaard, Neckelmann, Benazzi, Syrstad, Akiskal, & Fasmer, 2008; Watson, Wu, & Cutshal, 2004). Dissociatie wordt gekenmerkt door een desintegratie van perceptie, bewustzijn, identiteit en geheugen (Simeon, Guralnik, Schmeidler, Sirof, & Knutelska, 2001). Zo werd in een onderzoek gevonden dat BPS patiënten met een hoge mate van dissociatieve klachten slechter functioneerden in verschillende neuro-psychosociale domeinen, zoals het werkgeheugen en het verbale lange termijn geheugen, in vergelijking tot een gezonde controlegroep en BPS patiënten met weinig dissociatie klachten (Haaland & Landrø, 2009). Door het verstoorde bewustzijn en verstoorde geheugen is het goed mogelijk dat dissociatie het leren in de weg staat en een negatieve invloed heeft op therapieën die berusten op leren. In een onderzoek met patiënten met paniekstoornis en agorafobie was de mate van dissociatie positief gecorreleerd aan de mate van psychopathologie direct na cognitieve-gedragstherapie en een jaar na de behandeling (Michelson, June, Vives, Testa, & Marchione, 1998). Hetzelfde werd gevonden bij patiënten met obsessieve compulsieve stoornis (Rufer, Held, Cremer, Fricke, Moritz, & Peter, 2006). In onderzoek naar de behandeling van patiënten met een brede variatie aan non-psychotische stoornissen, zoals depressie, fobieën, angststoornissen en eetstoornissen, was een hoge mate van dissociatie een voorspeller van een lagere psychotherapierespons (Spitzer, Barnow, Freyberger & Grabe, 2007). In ander onderzoek waarbij mensen met BPS werd aangeleerd een automatische respons te veranderen, lukte dit niet bij BPS patiënten met een hoge mate van dissociatie en wel bij de gezonde controlegroep en BPS patiënten met weinig dissociatieklachten (Ebner-Priemer, Mauchnik, Kleindienst, Schmahl, Peper, & Rosenthal, 2009). Barnicot et al. (2012)

hebben een meta-analyse uitgevoerd naar diverse factoren die de uitkomsten van dialectische gedragstherapie bij BPS kunnen voorspellen. Zij vonden drie studies met tegengestelde effecten van dissociatie op de verbetering van algemene psychiatrische symptomen tijdens en na de behandeling. In één studie werd een positieve associatie tussen de mate van dissociatieve klachten en de verbetering van psychiatrisch symptomen gevonden (Braakman, Ludewig, Milde, Stiglmayr, Hüppe & Sipos 2007). In een tweede studie werd echter een negatieve associatie gevonden (Kleindienst, Limberger, Ebner-Priemer, Keibel-Mauchnik, Dyer, Berger, Schmahl & Bohus, 2011). In een laatste studie in deze meta-analyse werd geen effect gevonden van de ernst van de dissociatie op de vermindering van zelfbeschadiging van patiënten met BPS na dialectische gedragstherapie (Harned, Jackson, Comtois & Linehan, 2010).

Het meeste onderzoek lijkt erop te wijzen dat dissociatieve klachten een negatieve invloed hebben op het behandelresultaat bij de behandeling van diverse stoornissen. De invloed van dissociatieve klachten op het effect van MBT bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is nog niet onderzocht. Het is denkbaar dat een hoge mate van dissociatieve klachten een negatieve invloed heeft op de effectiviteit van MBT. Bij MBT moet er namelijk een ideale mate van gevoelsbeleving zijn, die niet al te hoog, maar zeker wel aanwezig is (Eurelings-Bontekoe, Verheul & Snellen, 2009). Deze gevoelsbeleving wordt opgeroepen door emotionele gebeurtenissen te bespreken en de therapeut moet ervoor zorgen dat de gevoelsbeleving niet te sterk wordt, door de patiënt –waar nodig- te pauzeren in zijn verhaal. Een te hoge mate van gevoelsbeleving kan patiënten, die hier gevoelig voor zijn, in een dissociatieve staat brengen, waarna de patiënt niet meer goed in staat is om te leren van de therapie. Anderzijds kan een te lage mate van gevoelsbeleving eveneens niet bevorderend werken voor MBT. Dit gebeurt wanneer mensen in een dissociatieve staat binnenkomen, bijvoorbeeld door dingen die buiten therapie zijn gebeurd.

In dit onderzoek wordt het effect van een hoge mate van dissociatieve klachten bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen op het behandelresultaat na zes tot negen maanden MBT onderzocht. Er is gekozen voor deze periode, omdat de grootste verbetering bij MBT na ongeveer zes maanden plaats zou vinden (Bales, Van Beek & Bateman, 2009). De verwachting is dat er een significante daling van klachten plaatsvindt na zes tot negen maanden MBT, maar dat patiënten met een hoge mate van dissociatieve symptomen minder baat zullen hebben bij MBT dan mensen met een lage mate van dissociatieve symptomen.

Methoden

Participanten

Voor dit onderzoek zijn er twee participantengroepen gebruikt. De eerste participantengroep is de groep voor de completersanalyse, deze bevat 20 patiënten die in de periode van februari 2009 tot en met oktober 2013 met de MBT behandeling binnen een Functie Assertive Community Treatment (FACT) team voor persoonlijkheidsstoornissen zijn gestart. Tevens hebben zij minstens 6 maanden

behandeling gehad. De tweede participantengroep is de groep voor de intention-to-treat analyse. Deze groep bevat dezelfde patiënten als uit de eerste groep plus de patiënten die gestopt zijn binnen 6 maanden, de drop-outs, en bestaat uit 33 patiënten.

De eerste participantengroep bestond uit 18 (90%) vrouwen en 2 (10%) mannen met een gemiddelde leeftijd van 44.15 jaar ($SD = 9.52$; $Range = 27-62$). Zij zijn gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis ($n = 11$; 55%), persoonlijkheidsstoornis NAO ($n = 6$; 30%) of een andere persoonlijkheidsstoornis ($n = 3$; 15%). Voor de analyses zijn de patiënten opgedeeld in 2 groepen, bestaande uit een groep met een lage mate van dissociatie ($n = 11$; 55%) en een groep met een hoge mate van dissociatie ($n = 9$; 45%). De participanten zijn op basis van het gemiddelde op de schaal dissociatie/paranoïdie van de BPDSI onderverdeeld.

De tweede participantengroep bestond uit 28 (85%) vrouwen en 5 (15%) mannen. Zij hadden een gemiddelde leeftijd van 43.67 jaar ($SD = 9.18$; $Range = 19-62$). Hiervan waren 15 (46%) participanten gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis, 14 (42%) participanten met een persoonlijkheidsstoornis NAO en 4 (12%) participanten met een andere persoonlijkheidsstoornis. Van deze participantengroep waren 13 (39%) participanten drop-out. De groep patiënten met een lage mate van dissociatie bevatte 20 (61%) participanten en de groep patiënten met een hoge mate van dissociatie 13 (39%) participanten. De demografische kenmerken van beide participantengroepen zijn weergegeven in Tabel 1.

Participanten van beide groepen betroffen patiënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek die zijn vastgelopen binnen het regulier GGZ behandelaanbod. Zij zijn allen gediagnosticeerd met een As2 stoornis als hoofddiagnose. Daarnaast zijn een aanzienlijk aantal participanten gediagnosticeerd met diverse As1 en As 4 diagnoses. De diagnoses zijn overgenomen uit het bestaande dossier van de patiënten. Deelname aan de MBT behandeling was op aanraden van de therapeut, maar voor de patiënt geheel vrijwillig en naar eigen keuze. Er waren geen exclusiecriteria.

Tabel 1. Demografische gegevens opgesplitst naar participantengroep en mate van dissociatie.

	Participantengroep Completersanalyse			Participantengroep Intention-to- treatanalyse		
	Lage dissociatie	Hoge dissociatie	Totaal	Lage dissociatie	Hoge dissociatie	Totaal
Aantal, <i>n</i> (%)	11(55%)	9 (45%)	20	20 (61%)	13 (39%)	33
Man, <i>n</i> (%)	0 (0%)	2 (22%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (23%)	5 (15%)
Vrouw, <i>n</i> (%)	11 (100%)	7 (78%)	18 (90%)	18 (90%)	10 (77%)	28 (85%)
Leeftijd, <i>M</i> (<i>SD</i>)	49,27 (7,12)	40,11 (10,01)	44,15 (9,52)	46,75 (10,06)	38,92 (10,20)	43,67 (9,18)
Aantal As1- diagnoses, <i>M</i> (<i>SD</i>)	1,09 (.70)	1,33 (1,12)	1,20 (.90)	1,30 (1,03)	1,33 (.95)	1,30 (.85)
Soort As2-diagnose						
BPS, <i>n</i> (%)	7 (64%)	4 (45%)	11 (55%)	11 (55%)	4 (31%)	15 (46%)
NAO, <i>n</i> (%)	3 (27%)	3 (33%)	6 (30%)	7 (35%)	6 (46%)	14 (42%)
Overig, <i>n</i> (%)	1 (9%)	2 (22%)	3 (15%)	2 (10%)	3 (23%)	4 (12%)
GAF-score, <i>M</i> (<i>SD</i>)	52,73 (13,11)	42,22 (9,05)	48,00 (12,40)	52,25 (13,11)	43,46 (9,66)	48,79 (10,68)
Drop-out, <i>n</i> (%)	/	/	/	9 (45%)	4 (31%)	13 (39%)

Meetinstrumenten

Borderline Personality Disorder Severity Index.

De groepen zijn verdeeld aan de hand van hun score op de schaal dissociatie/paranoïdie op de Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI IV NL; Arntz, 1999). Dit is een semigestructureerd interview naar de ernst van kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis. De volgende onderwerpen worden gemeten: angst voor verlating, inter-persoonlijke relaties, identiteit, impulsiviteit, (para)suïcidaal gedrag, affectieve instabiliteit, leegte, woede, dissociatie/paranoïdie. Bij elk item moet de patiënt aangeven hoe vaak of in welke mate iets de afgelopen 3 maanden is voorgekomen. Dit interview dient afgenomen te worden door een klinisch geschoolde interviewer, omdat een klinisch oordeel in de score noodzakelijk is. De totaalscore loopt van 0 tot 90 en is een dimensionale score voor de ernst van de borderline symptomatologie. De BPDSI beschikt over goede

psychometrische kwaliteiten (Arntz, Van den Hoorn, Cornelis, Verheul, Van den Bosch & De Bie, 2003).

De schaal dissociatie/paranoïdie bevat 8 items welke vragen naar dissociatieve amnesie, depersonalisatie en derealisatie en paranoïde. De patiënt moet aangeven hoe vaak bepaalde symptomen de afgelopen 3 maanden zijn voorgekomen, waarna de interviewer dit op een 10 punts Likertschaal noteert (0 = nooit, ..., 10 = dagelijks). De betrouwbaarheid van deze schaal, $\alpha = .80$, is goed (Arntz, Van den Hoorn, Cornelis, Verheul, Van den Bosch & De Bie, 2003).

Symptom Checklist-90.

Het klachtenniveau is gemeten met de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986). Dit is een zelfbeoordelingvragenlijst die lichamelijke en psychische klachten meet ten behoeve van het screenen van psychopathologie (Derogatis, Lipman & Covi, 2003; Hafkenscheid, Maassen & Veeninga, 2007). Deze vragenlijst bestaat uit negentig beschrijvingen van klachten, waarbij aangegeven moet worden in hoeverre de klachten op iemand van toepassing zijn de afgelopen week. De antwoorden worden gegeven op een 5 punts Likert-schaal (0 = helemaal niet, ..., 5 = heel erg). Naast het algehele klachtenniveau heeft de SCL-90 acht subschalen, namelijk agorafobie, angst, depressie, somatische klachten, insufficiëntie van denken en handelen, wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, hostiliteit en slaap die als afzonderlijke schalen gescoord kunnen worden, maar eveneens gehanteerd kunnen worden naast de totale schaal (Arrindell & Ettema, 2003). Voor alle schalen geldt dat hoe hoger de score is, hoe ernstiger de klachten zijn. De SCL-90 heeft een gunstige COTAN-beoordeling (Egberink, Vermeulen & Frima, 2002). 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 Cronbachs alfa voor de totaalscore kan als zeer goed worden geclassificeerd. De betrouwbaarheid voor de afzonderlijke schalen is goed tot zeer goed (Evers, Braak, Frima, & van Vliet-Mulder, 2009).

Procedure

Bij aanvang van de behandeling is er een voormeting (T1) geweest waarbij de BPDSI en diverse vragenlijsten zijn afgenomen, waaronder de SCL-90. Deze testbatterij was onderdeel van een groter onderzoek en diende 6 maanden na aanvang van de behandeling (T2) nogmaals afgenomen te worden.

Resultaten

Beschrijvende statistiek Participantengroep Completersanalyse

De mogelijke verschillen bij baseline (T1) tussen de hoge en lage dissociatie groep in sekse, leeftijd, aantal drop-outs, aantal maanden behandeling tussen T1 en T2, aantal gediagnosticeerde As1 stoornissen, type gediagnosticeerde As2 stoornis en GAF-score zijn onderzocht door middel van onafhankelijke t-toetsen en Fischer's Exact Testen. Er is ervoor gekozen om de uitschieters op de factoren leeftijd, aantal gediagnosticeerde As1 stoornissen en GAF-score mee te nemen in de analyses, omdat ook deze kenmerkend zijn voor de doelgroep.

De verdeling in sekse, het aantal gediagnosticeerde AS1 stoornissen van de DSM en de soort diagnose op As2 van de DSM verschilden niet significant tussen de groepen. Er was wel een significant verschil tussen de groepen in leeftijd, $t(19) = -2.39, p < .05$, waarbij de lage dissociatie groep ($M = 49.27, SD = 7.12$) gemiddeld ouder was dan de hoge dissociatie groep ($M = 40.11, SD = 10.01$). De GAF-score verschilde eveneens significant, $t(19) = -2.04, p < .10$, waarbij de lage dissociatie groep ($M = 52.73, SD = 13.11$) een hogere GAF-score had dan de hoge dissociatie groep ($M = 42.22, SD = 9.05$), wat inhoudt dat de lage dissociatie groep een beter algemeen functioneren heeft. Om voor deze verschillen te controleren zijn leeftijd en GAF-score meegenomen als covariaten in de hoofdanalyse.

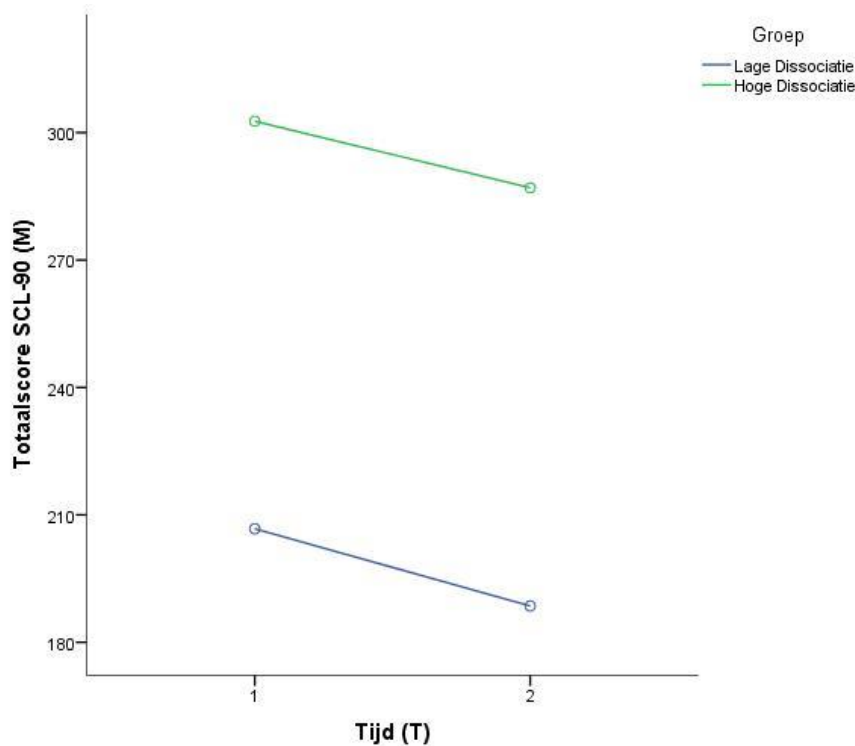
Completers analyse

Allereerst zijn de diverse assumpties over de data, nodig voor betrouwbare variantie-analyses, onderzocht. Om de assumptie van normaliteit te testen is de Shapiro-Wilk test gedaan, deze was niet significant, dus de assumptie is niet geschonden. Om de assumptie van homogeniteit van variantie te testen is de Fmax berekend, hieruit is gebleken dat deze assumptie niet geschonden is.

Onderstaande analyses zijn uitgevoerd met participanten voor wie data beschikbaar was op beide meetmomenten, een zogenoemde completers analyse. Omdat er een kleine steekproef was, is de kans op het maken van een fout van type II relatief groot (McKillup, 2012). Om deze kans te verkleinen, is er gekozen voor een alpha van .1.

Om te onderzoeken of er een vermindering van klachten is opgetreden tussen T1 en T2 in de gehele steekproef is een gepaarde t-toets gebruikt. De gemiddelde totaalscore op de SCL-90 van de totale steekproef was significant lager bij T2 ($M = 232.85, SD = 80.20$) dan bij T1 ($M = 249.90, SD = 66.72$), $t(19) = 2.41, p < .05$.

Er is eveneens een gepaarde t-toets uitgevoerd om de klachtenafname tussen T1 en T2 voor de lage dissociatie groep en voor de hoge dissociatie groep te onderzoeken. In de lage dissociatie was er een significante daling van de totaalscores op de SCL-90 tussen T1 ($M = 206.73, SD = 53.53$) en T2 ($M = 188.55, SD = 57.47$), $t(10) = 3.09, p < .05$. In de hoge dissociatie groep was er geen significante afname in de totaalscores op de SCL-90 tussen T1 en T2, zie figuur 1.



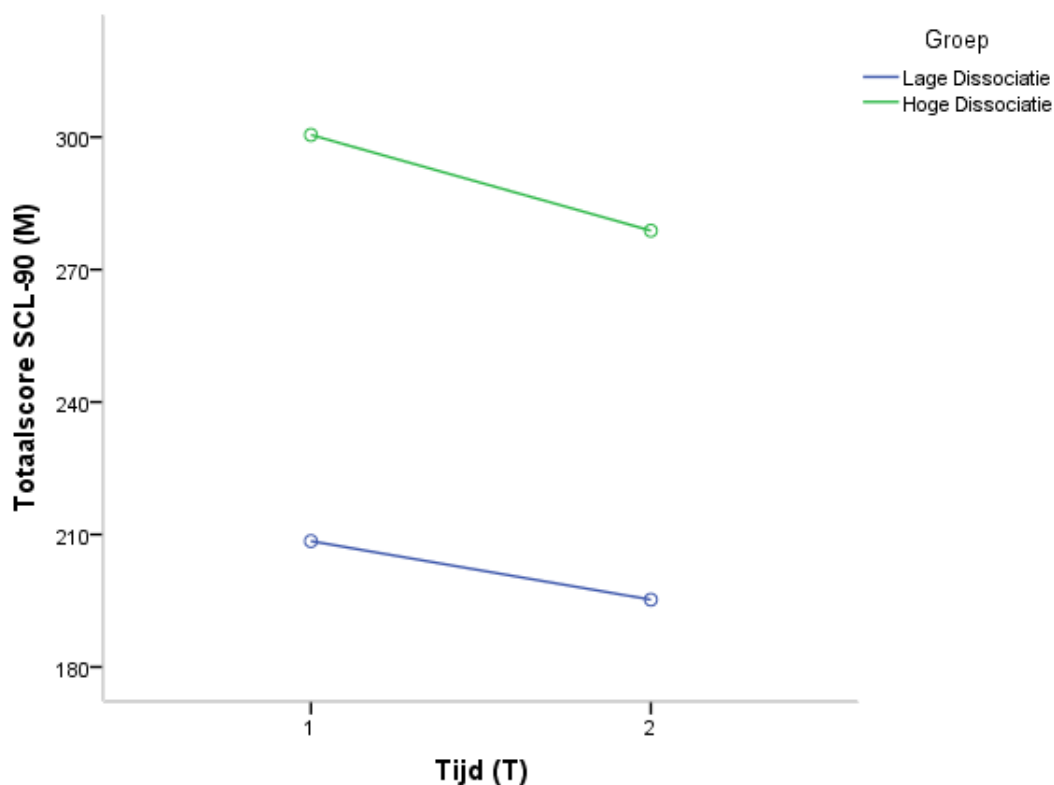
Figuur 1. Afname van de gemiddelde totaalscores op de SCL-90 tussen T1 en T2 van de hoge dissociatie groep en lage dissociatiegroep.

Het hoofdeffect van groep en tijd op klachtenafname en de interactie tussen groep en tijd zijn berekend met een 2 (T1 vs. T2) x 2 (hoge dissociatie vs. lage dissociatie) herhaalde metingenanalyse, waarbij leeftijd en GAF-score als co-variaten zijn meegenomen.

Er is geen hoofdeffect gevonden van tijd. Dit betekent dat er geen significante verbetering in klachten heeft plaatsgevonden na 6 tot 9 maanden behandeling wanneer de co-variaten leeftijd en GAF-score meegenomen worden in de analyse.

Wel is er een significant hoofdeffect gevonden van groep, $F(1,15) = 9.08, p < .05, \eta_p^2 = .36$, wat een groot effect is (Gray & Kinnear, 2012), waarbij de hoge dissociatie groep gemiddeld hoger scoort op de SCL-90 dan de lage dissociatiegroep. Dit betekent dat de hoge dissociatiegroep gemiddeld meer klachten ervaart dan de lage dissociatiegroep.

Tot slot is er geen significant interactie-effect tussen tijd en groep op de score van de SCL-90 gevonden, zie figuur 2. Dit betekent dat de mate van dissociatie geen effect heeft op de klachtenafname na 6 tot 9 maanden MBT wanneer leeftijd en GAF-score mee worden genomen als co-variaten in de analyses. Voor een samenvatting van al deze resultaten zie Tabel 2.



Figuur 2. Verschil in scores in gemiddeldes op de SCL-90 tussen T1 en T2 en hoge dissociatie groep en lage dissociatiegroep. Leeftijd en GAF-score zijn meegenomen als co-variaten.

Beschrijvende statistiek Participantengroep Intention-to-treat analyse

De mogelijke verschillen bij baseline (T1) tussen de hoge en lage dissociatie groep in sekse, leeftijd, aantal drop-outs, aantal maanden behandeling tussen T1 en T2, aantal gediagnosticeerde As1 stoornissen, type gediagnosticeerde As2 stoornis en GAF-score zijn onderzocht door middel van onafhankelijke t-toetsen en Fischer's Exact Testen.

Er was een significant verschil tussen de groepen in leeftijd, $t(32) = 2.60, p < 0.01$, waarbij de lage dissociatie groep ($M = 46.75, SD = 10.06$) gemiddeld ouder is dan de hoge dissociatie groep ($M = 38.92, SD = 10.20$). De verdeling in seksen verschilde niet significant tussen de groepen, evenals het aantal drop-outs, alsmede het aantal maanden behandeling tussen T1 en T2. Ook werd er geen verschil tussen de groepen gevonden voor wat betreft het aantal gediagnosticeerde AS1 stoornissen en de soort diagnose op As2. De GAF-scores verschilden significant tussen de groepen, $t(32) = 2.49, p < 0.01$, waarbij de lage dissociatie groep ($M = 52.25, SD = 9.13.11$) een hogere GAF-score had dan de hoge dissociatie groep ($M = 43.46, SD = 9.66$), wat inhoudt dat de lage dissociatie groep een beter algemeen functioneren heeft. De GAF-score en leeftijd zijn meegenomen als co-variaten in de analyses, omdat de groepen hier significant op verschilden.

Intention-to-treat analyse

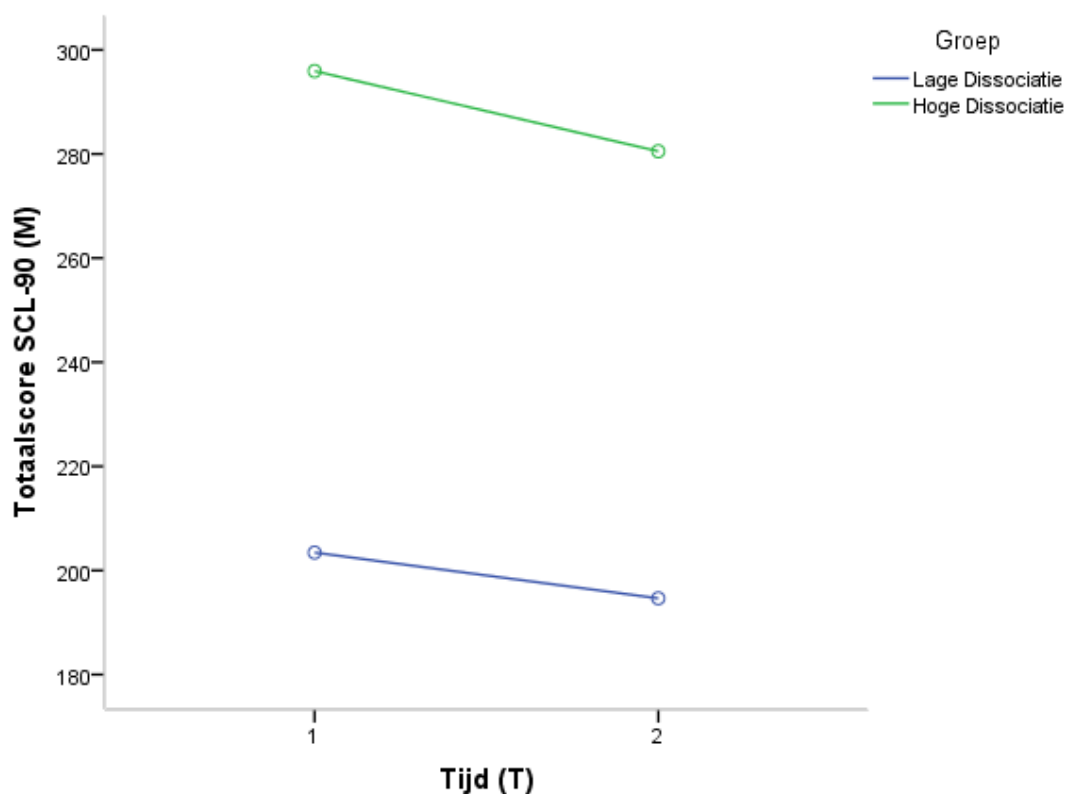
Er is een intention-to-treat analyse uitgevoerd. Hierbij zijn de drop-outs ($n = 13$), meegenomen in de analyse. Deze analyse weerspiegelt daardoor beter het effect van de behandeling in de dagelijkse praktijk. In deze analyse worden de missende waarden op T2 vervangen door de waarden van T1, ook wel de ‘last observation carried forward’ methode genoemd (Committee on National Statistics, 2001), daarbij ervan uitgaande dat deze mensen hetzelfde klachtenniveau hebben behouden. Om de kans op het maken van een fout van type II te verkleinen, is er bij deze analyses eveneens gekozen voor een alpha van .1.

Met een gepaarde t-toets is de klachtenafname tussen T1 en T2 van de totale steekproef, de lage dissociatie groep en de hoge dissociatie groep onderzocht. De gemiddelde totaalscore op de SCL-90 van de totale steekproef was bij T2 significant lager ($M = 233.14$ $SD = 77.79$) dan bij T1 ($M = 244.90$, $SD = 69.03$), $t(32) = 2.33$, $p < .05$. Bij de lage dissociatie groep was de gemiddelde totaalscore op de SCL-90 eveneens significant lager bij T2 ($M = 190.00$, $SD = 58.70$) dan bij T1 ($M = 202.50$, $SD = 56.49$), $t(19) = 2.75$, $p < .05$. Bij de hoge dissociatie was er geen significant verschil in de gemiddelde totaalscore op de SCL-90 tussen T1 en T2.

Het hoofdeffect van dissociatiegroep en tijd op klachtenafname en de interactie tussen deze twee variabelen is berekend met een herhaalde metingenanalyse, hierbij zijn leeftijd en GAF-score als co-variaten zijn meegenomen.

Er is geen hoofdeffect gevonden van tijd wanneer leeftijd en GAF-score mee worden genomen in de analyses als co-variaten. Bij de variabele groep is er wel een hoofdeffect gevonden, $F(1,28) = 14.29$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .36$, wat een groot effect is (Gray & Kinnear, 2012). Hierbij scoorde de hoge dissociatie groep gemiddeld hoger op de SCL-90 dan de lage dissociatiegroep.

Er was wederom geen significant interactie-effect tussen tijd en groep op de score van de SCL-90 gevonden, zie figuur 3. Dus ook bij deze participantengroep heeft de mate van dissociatie geen effect op de klachtenafname na 6 tot 9 maanden MBT wanneer de covariaten GAF-score en leeftijd meegenomen worden in de analyse. Voor een overzicht van al deze bevindingen zie Tabel 2.



Figuur 3. Verschil in scores in gemiddeldes op de SCL-90 tussen T1 en T2 en hoge dissociatie groep en lage dissociatiegroep inclusief drop-outs waarbij de laatste observatie naar voren is geschoven. Leeftijd en GAF-score paranoia zijn meegenomen als co-variaten.

Tabel 2. Resultaten van de gepaarde t-toetsen en de herhaalde metingen analyse van de completers analyse en de intention-to-treat analyse.

	Completers	Intention-to-treat
Klachtenafname		
Lage Dissociatie (<i>t</i>)	3,09*	2,75*
Hoge Dissociatie (<i>t</i>)	1,08	1,08
Totaal (<i>t</i>)	2,41*	2,33*
Hoofdeffect Tijd (<i>F</i>)	,54	1,28
Hoofdeffect Groep (<i>F</i>)	9,08*	14,29*
Interactie-effect tijd x groep (<i>F</i>)	,23	,33

Noot * $p < .05$

Discussie

In het huidige onderzoek is het verschil onderzocht in de effectiviteit van MBT tussen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die een lage van dissociatieve klachten ervaren en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die hoge mate van dissociatieve klachten ervaren. Allereerst is er gekeken naar de klachtenafname van de totale steekproef die 6 tot 9 maanden MBT hebben voltooid, een zogenoemde completers analyse. Zoals verwacht, was er een significante daling in klachten te zien. Daarna is er gekeken naar de klachtenafname na 6 tot 9 maanden MBT bij de groep patiënten met een lage mate van dissociatie en de groep met een hoge mate van dissociatie. Het absolute verschil in afname van de klachtenscore tussen T1 en T2 verschilde weinig tussen de groepen. De hoge dissociatie groep had gemiddeld wel een hogere klachtenscore dan de lage dissociatie groep, waardoor de daling in klachten wel significant was in de lage dissociatie groep, maar niet in de hoge dissociatie groep. Vervolgens is onderzocht of dit verschil in klachtenafname *tussen* de groepen significant is, met andere woorden of er een significant interactie-effect was. Bij deze analyses werd er gecontroleerd voor de variabelen leeftijd en GAF-score, omdat de groepen op deze variabelen bij baseline significant verschilden. Aan de hand van de literatuur werd er verwacht dat de lage dissociatie groep een grotere daling in klachten zou laten zien dan de hoge dissociatie groep. De resultaten lieten echter een ander beeld zien. Er werd geen significant interactie-effect gevonden. Ook werd er gevonden dat er, wanneer er gecontroleerd werd voor de bovengenoemde variabelen, geen hoofdeffect van tijd was. Dit betekent dat er geen significante afname in klachten plaatsvond voor de totale steekproef tussen T1 en T2 wanneer er gecontroleerd wordt voor de variabelen leeftijd en GAF-score. Wel was er een significant hoofdeffect voor groep. Er is een verschil gevonden in de gemiddelde hoogte van de klachten per groep, waarbij de hoge dissociatie groep meer klachten ervoer dan de lage dissociatie groep.

Dezelfde resultaten zijn gevonden bij de intention-to-treat analyses, waarbij ook de drop-outs meegenomen werden in de analyses.

Het belangrijkste resultaat is dat de hoge dissociatie groep evenveel lijkt te profiteren van de MBT na 6 tot 9 maanden als de lage dissociatie groep. Dit resultaat is anders dan er verwacht werd. Een verklaring zou kunnen zijn dat de hoge dissociatie groep eventueel ernstigere problematiek had dan de lage dissociatie groep. Wanneer dit zo is, is er ook meer om aan te werken en om te verminderen. Er zou dus sprake kunnen zijn van regressie naar het gemiddelde (Gravetter & Wallnau, 2009). Uit eerder onderzoek is dit ook gebleken. Daar in kwam naar voren dat patiënten met ernstigere problematiek niet minder profiteerden van de behandeling dan patiënten met mildere problematiek, en dat zij zelfs betere resultaten kunnen behalen (Barnicot et al., 2012). De groepen in het huidige onderzoek verschilden inderdaad bij baseline op bepaalde variabelen die de mate van ernst weergeven. Er is echter voor deze variabelen gecontroleerd, dus de verklaring van een regressie naar het gemiddelde zal niet opgaan voor het huidige onderzoek.

Een andere verklaring zou in de aard van de aangeboden therapie gevonden kunnen worden. Patiënten die last hebben van dissociatieve symptomen raken veelal in een dissociatieve staat wanneer de emoties te hoog oplopen (Ebner-Priemer et al., 2009). Bij MBT wordt de gevoelsbeleving constant gecontroleerd door de therapeut. Wanneer de gevoelsbeleving dreigt te intens te worden, stopt de therapeut zijn patiënt in zijn verhaal en laat deze eerst tot rust komen alvorens verder te gaan (Eurelings-Bontekoe et al., 2009). Dit gebruik van gevoelsbeleving werd eerder benoemd als verklaring waarom MBT voor patiënten met een hoge mate van dissociatie niet goed zou werken. Wanneer de therapeut zijn patiënten echter pauzeert voordat ze in een dissociatieve staat raken, zijn zij toch nog in staat om van de therapie te leren; zij krijgen aldus een emotieregulatie strategie aangereikt.

Er is eveneens gevonden dat er een significante klachtenafname was voor de hele steekproef is na zes tot negen maanden MBT. Omdat er echter geen controlegroep was, kunnen hieruit geen verregaande conclusie getrokken worden. Bovendien viel dit resultaat weg toen de co-variaten leeftijd en GAF-score bij de berekeningen betrokken werden, dus kan een deel van dit effect ook te maken hebben met deze co-variaten.

Krachten en beperkingen

Het huidige onderzoek heeft plaatsgevonden in een naturalistische context. De participanten kregen een ambulante behandeling bij een reeds bestaande afdeling van een GGZ-instelling. De patiënten hadden verschillende co-morbide stoornissen en daginvullingen. Dit is eveneens zo in de dagelijkse praktijk. Er zijn bovendien ruime inclusiecriteria gehanteerd. Vrijwel alle patiënten die in behandeling waren bij de afdeling van deze instelling zijn uitgenodigd om deel te nemen aan de MBT. In eerder onderzoek waren de inclusiecriteria minder ruim (Fonagy & Bateman, 1999; Fonagy & Bateman, 2009), wat de dagelijkse praktijk minder repliceert. Door bovengenoemde factoren zijn de resultaten goed generaliseerbaar naar de praktijk. De naturalistische context is echter ook een beperking van het onderzoek. De participanten verschilden op veel gebieden van elkaar, bijvoorbeeld voor wat betreft hun behandelgeschiedenis en het aantal één-op-één contacten dat zij hadden met hun behandelaar. Er zijn daarom veel variabelen waarvoor niet gecontroleerd kon worden en die dus mogelijk invloed hebben gehad op de resultaten.

Er is, voor zover bekend, nog niet eerder onderzoek gedaan naar de invloed van specifieke patiëntenkenmerken op de behandeluitkomst van MBT. Juist omdat er in de praktijk ruime inclusiecriteria worden gehanteerd, is onderzoek hiernaar belangrijk. Wanneer een patiëntenkenmerk de behandelresultaten ernstig negatief beïnvloed, kan dit kenmerk getracht veranderd te worden alvorens aan de MBT te beginnen.

In het huidige onderzoek is er geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Hierdoor kunnen geen duidelijke uitspraken worden gedaan over of de klachtenafname veroorzaakt wordt door de MBT. Op de afdeling wordt gewerkt volgens het FACT- model. De vermindering van klachten zou

ook te danken kunnen zijn aan deze werkwijze. Ook bestaat er nog geen psychometrisch kwalitatief meetinstrument om het mentaliserend vermogen te meten. Er kan niet onderzocht worden of MBT inderdaad helpt bij het vergroten van het mentaliserend vermogen van patiënten.

Door de instabiliteit van de doelgroep en onregelmatigheden in personeel zijn de metingen niet exact na zes maanden afgenomen. Om dit te ondervangen is er een tijdsinterval genomen van zes tot negen maanden tussen de voormeting en de tweede meting. Er was echter geen verschil tussen beide groepen in de gemiddelde tijdsduur tussen T1 en T2. Omdat slechts de SCL-90 en de BPDSI consistent zijn afgenomen, was er geen additionele informatie beschikbaar over de kwaliteit van leven, de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek, de relatie met de hulpverlener en overige klachten. De geringe omvang van de steekproef was eveneens een beperking. Dit maakt de resultaten alsnog moeilijker generaliseerbaar.

Implicaties en toekomstig onderzoek

De resultaten van het huidige onderzoek tonen dat patiënten met een hoge mate van dissociatie evenveel profiteren van MBT als patiënten met een lage mate van dissociatie. Er is dus geen reden om patiënten met een hoge mate van dissociatie uit te sluiten van de therapie of hiervoor veranderingen binnen de therapie aan te brengen.

Voor toekomstig onderzoek is het belangrijk om te kijken of deze resultaten de hele therapie voortduren of dat er veranderingen in behandelingseffect tussen de groepen optreden naarmate de therapie voortduurt. De therapie duurt bij de onderzochte instelling gemiddeld 24 maanden. De periode van zes tot negen maanden van behandeling waarna de tweede meting in het huidige onderzoek heeft plaatsgevonden, is slechts een gedeelte van de totale therapie. Ondanks dat de grootste klachtenreductie volgens onderzoek plaats vindt na de eerste zes maanden (Bales, Van Beek & Bateman, 2009), is het interessant om de klachtenreductie aan het einde van de MBT te vergelijken met de baseline.

Ook is het interessant om dit onderzoek te herhalen met een controlegroep van patiënten die wel in behandeling zijn bij het FACT team persoonlijkheidstoornissen, maar niet deelnemen aan de MBT. Daarnaast zijn er nog meerdere patiëntenkenmerken waarvan de invloed op de behandeluitkomst van MBT onderzocht kunnen worden. Zo werd simultaan, door een andere onderzoeker, in deze zelfde steekproef onderzoek gedaan naar de invloed van de mate van woede op de behandelresultaten van MBT.

MBT is een veelbelovende efficiënte therapie met veel voordelen voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Het is echter een nog relatief onbekende therapie en meer informatie en onderzoek is wenselijk. Ook over de benodigdheid van exclusiecriteria is weinig bekend. Uit het huidige onderzoek kan geconcludeerd worden dat in ieder geval een hoge mate van dissociatieve klachten niet hoeft te leiden tot exclusie uit de MBT.

Literatuur

- Allen, J., Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Ainsworth, M. C., Blehar, M. C. Waters, E., & Wall, S. (1979). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association (2010) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Hartcourt Book 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.
- Ball, S., Robinson, A., Shekhar, A., & Walsh, K. (1997). Dissociative symptoms in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 755–760.
- 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. (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.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 411-430.
- 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.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 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. (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. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*, 595-613.

- Braakman, D., Ludewig, S., Milde, J., Stiglmayr, C. M., Hüppe, M., & Sipos, V. (2007).
Dissoziatieve Symptome im verlauf der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung.
Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, *57*, 154–160
- Committee on National Statistics. (2001). *The prevention and treatment of missing data in clinical trials*. Washington, D.C.: The National Academics Press.
- Ebner-Priemer, U., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., & Rosenthal, Z. M. (2009).
Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *Journal of
Psychiatry and Neuroscience*, *34*, 214–222.
- Egberink, I.J.L., Vermeulen, C.S.M., & Frima, R.M. (2002). *Klachtenlijst, SCL-90-R, 1981 – 2003*.
Geraadpleegd op http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=116.
- Eurelings-Bontekoe, E., Verheul, R., & Snellen, W. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*.
Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994), Theory and practice of resilience.
Child Psychology and Psychiatry, *35*, 231–257.
- Fonagy, P. (2002). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American
Psychoanalytic Association*, *48*, 1129-1146.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, van R., Spinhoven, P., Tilburg, van W., Dirksen, C., Asselt, van T., Kremers,
I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality
disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused
psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-659.
- Gravetter, F.J., & Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for the Behavioral Sciences, 8th ed.* Boston:
Thomson Cengage Publishing.
- Gray, C.D., & Kinnear, P.R. (2012). *IBM SPSS Statistics 19 made simple*. East Sussex; Psychology
Press.
- Haaland, V. Ø., & Landrø, N. I. (2009). Pathological dissociation and neuropsychological
functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*, 383–392.
- Harned, M. S., Jackson, S. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior
therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with
borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *23*, 421–429.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M.,
Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral
therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality
Disorders*, *25*, 432–447.
- Landelijke stuurgroep voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008).
Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 63, 757-766.
- McKillup, S. (2005). *Statistics explained: an introductory guide for life scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meins, E., Fernyhough, C., & Russell, J. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7, 1-24.
- Michelson, L., June, K., Vives, A., Testa, S., & Marchione, N. (1998). The role of trauma dissociation in cognitivebehavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1011–1050.
- Oedegaard, K. J., Neckelmann, D., Benazzi, F., Syrstad, V. E., Akiskal, H. S., & Fasmer, O. B. (2008). Dissociative experiences differentiate bipolar-II from unipolar depressed patients: The mediating role of cyclothymia and the Type A behaviour speed and impatience subscale. *Journal of Affective Disorders*, 108, 207–216.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., & Peter, H. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 40–46.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplans & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 682–687.
- Watson, D., Wu, K. D., & Cutshall, C. (2004). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to dissociation. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 435–458.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of dsm-iv personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911-1918.