

27-04-2017

## Masterthese

### Drop-out onder patiënten met persoonlijkheidsstoornissen; Voorspellers uit de voorgeschiedenis

*Faculteit: Behavioural, Management and Social  
Sciences*

*Vakgroep: Psychologie, Gezondheid en Technologie*

*Master: Positieve Psychologie en Technologie*

Onderzoeker: R.J. Kamerling, s1542966

1<sup>e</sup> begeleider: Dr. F. Chakhssi

2<sup>e</sup> begeleider: Dr. P. Meulenbeek

# Voorwoord

---

Voor u ligt de masterthese 'Drop-out onder patiënten met persoonlijkheidsstoornissen; Voorspellers uit de voorgeschiedenis'.

Deze these maakte onderdeel uit van mijn afstuderen van de master Positieve Psychologie en Technologie aan de universiteit Twente. De opdrachtgever voor deze thesis was GGNet afdeling Scelta te Apeldoorn.

Graag zou ik mijn afstudeerbegeleider Dr. F. Chakhssi willen bedanken voor de ondersteuning in het opstellen van mijn onderzoek. Hij heeft mij geholpen om gestructureerd te blijven werken, iets wat mij nog niet altijd makkelijk afging. Hij heeft mij geholpen om kritisch te blijven en mij op weg geholpen wanneer dit nodig was. Verder wil ik mijn tweede begeleider Dr. P. Meulenbeek bedanken voor zijn feedback gedurende mijn afstuderen.

Als laatst wil ik mijn medestagiaires binnen Scelta bedanken. Zij dienden als klankkast op momenten dat ik vast liep binnen mijn onderzoek. Daarbij creëerde het een mogelijkheid om elkaar te ondersteunen en kennis met elkaar te delen.

Ik wens u veel lees plezier toe.

Met vriendelijke groet,

Revo Jorg Kamerling

# Samenvatting

---

**Achtergrond:** Het onderzoek naar uitval van behandeling is zich de laatste jaren gaan focussen op factoren die mogelijk drop-out voorspellen. Binnen het huidige onderzoek wordt onderzocht of aspecten uit de voorgeschiedenis van een patiënt predictieve validiteit bevatten voor drop-out. Het onderzoek naar drop-out voorspellers heeft tot nu toe meestal binnen ambulante settings plaatsgevonden. De huidige studie bouwt kennis op over de aanwezigheid van voorspellers binnen een klinische setting. Onderzoek naar drop-out voorspellers kan helpen patiënten die vatbaar zijn voor uitval eerder op te sporen. Hiermee kunnen diverse gevolgen van drop-out mee voorkomen worden. De volgende onderzoeksvraag is geformuleerd: “ Welke aspecten uit de voorgeschiedenis van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bevatten predictieve validiteit voor drop-out binnen een klinische setting?”

**Methode:** Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is er gebruik gemaakt van correlatie analyses en logistische regressieanalyses. Hiermee is gekeken welke aspecten voorspellend waren voor drop-out en/of het moment van drop-out.

**Resultaten:** Het aantal voorgaande behandelingen vertoonde samenhang met het moment van drop-out. Zo neigde patiënten met minder eerdere behandelingen eerder te behoren tot de vroege uitvalgroep (korter dan 3,56 maanden). Verder werden er geen significante voorspellers gevonden voor drop-out onder de doelgroep persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische setting.

**Discussie:** Op basis van de huidige studie kan er gesteld worden dat er geen voorspellende factoren uit de voorgeschiedenis voor drop-out gevonden zijn. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op andere domeinen die mogelijk drop-out kunnen verklaren. Verder vertoonde het aantal behandelingen dat een patiënt had gehad wel samenhang met het moment van uitval. Patiënten met minder behandelingen zouden beter voorbereid kunnen worden op de patiëntrol door een voortraject in te stellen.

# Abstract

---

**Background:** Research regarding dropout from psychological treatment has taken a turn towards predictors of said dropout. The current study focuses on demographic characteristics, treatment history and childhood abuse and neglect as possible predictors of dropout. So far research towards dropout predictors has taken place within outpatient settings. The current study aims to gain knowledge about predictors within an inpatient setting. Research regarding dropout predictors could help indicate which patients might be more prone to dropout. With this knowledge multiple consequences of dropout could be prevented. The following research question was stated: “Which aspects of a patients history contain predictive validity for dropout within an inpatient setting among patients with a personality disorder?”

**Method:** To answer the research question correlation and logistic regression analyses were performed. These were used to conclude whether researched aspects contained any predictive value towards dropout or the moment of dropout.

**Results:** The number of treatments followed before participation to a treatment within the current setting was related to the moment of dropout. Patients that had followed fewer previous treatments tended to be early dropouts (less than 3,56 months). Other aspects didn't show any correlation with dropout and none of the factors studied contained predictive value for dropout.

**Discussion:** Based on the current study no predictors of dropout were found. Future studies should aim to research a wider area of possible predictors. The number of previous treatments did show a correlation with the moment of dropout. Patients with fewer treatments tended to dropout earlier. A clinical implication could be to better prepare patients for what's expected of them during inpatient treatment.

# Inhoudsopgave

---

<b>Inleiding</b> .....	<b>6</b>
Persoonlijkheidsstoornissen.....	6
Drop-out bij persoonlijkheidsstoornissen .....	6
Health Service Utilization model .....	8
Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen .....	8
Voorspellers van drop-out .....	9
Huidige studie.....	9
<b>Methode</b> .....	<b>11</b>
Respondenten .....	11
Dataverzameling.....	11
Definitie mishandeling en verwaarlozing.....	11
Analyses.....	12
Ernstscore (totaal score).....	13
Procedure .....	13
<b>Resultaten</b> .....	<b>14</b>
Respondentengroep.....	14
Correlatie met drop-out.....	16
Correlatie met vroege versus late drop-out.....	17
Logistische regressie analyse.....	18
Ernst score.....	18
<b>Discussie</b> .....	<b>19</b>
Drop-out.....	19
Predictieve validiteit.....	19
Verschil tussen vroege en late drop-out.....	20
Overige variabelen.....	20
Suggesties voor verder onderzoek .....	21
Praktische aanbevelingen.....	22
Concluderend .....	23
<b>Bronnenlijst</b> .....	<b>24</b>

# Inleiding

---

Drop-out van behandeling vormt een prominent probleem binnen de patiëntengroep gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek laat zien dat variabelen uit de voorgeschiedenis mogelijk drop-out kunnen voorspellen (Arntz et al., 2015). Deze scriptie richt zich op meer inzicht krijgen in deze variabelen. Inzicht in deze variabelen kan helpen om patiënten die risico lopen om uit te vallen van behandeling eerder op te merken. Deze groep heeft meer hulp, voorbereiding en ondersteuning nodig om een behandeling wel af te ronden (McMurran, Huband, & Overton, 2010). Het onderzoek naar drop-out voorspellers heeft zich tot nu toe met name gefocust op ambulante zorgsettings. Binnen dit onderzoek wordt gekeken of gevonden voorspellers hun predictieve validiteit behouden binnen een klinische setting.

## Persoonlijkheidsstoornissen

Een persoonlijkheidsstoornis (PS) staat voor een duurzaam patroon van gedachten, gevoelens en gedragingen die duidelijk afwijken van de sociale en culturele norm (American Psychiatric Association, 2000). Een belangrijk aspect van deze diagnose is dat het pathologisch, persistent en pervasief is. Wat betekent dat de problemen volhardend zijn, zich uiten in meerdere persoonlijke en sociale situaties en dat zij beperkingen en lijden veroorzaken.

Binnen een recente studie in een tweedelijns GGZ instelling was de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen 80% gevonden onder 100 nieuwe aangemelde patiënten, waarbij 45% voldeed aan minstens twee persoonlijkheidsstoornissen. Deze studie gaf een indicatie van de prominentie en aanwezig van persoonlijkheidsstoornissen binnen de geestelijke gezondheidszorg (Kate, Eurelings-Bontekoe, Muller, & Spinhoven, 2007).

## Drop-out bij persoonlijkheidsstoornissen

Onder de doelgroep persoonlijkheidsstoornissen wordt vaker geconstateerd dat patiënten hun behandeling niet volledig afronden (McMurran, Huband, & Overton, 2010). Deze patiënten die uitvallen worden drop-out genoemd, uitval van de behandeling voordat de optimale duur en/of het optimale effect van behandeling bereikt is. Deze drop-out is een belangrijk aspect van onderzoek richting patiënten met persoonlijkheidsproblematiek geworden (Cornelissen, Poppe, & Ouwens, 2010; McMurran et al., 2010; Arntz et al., 2015).

Binnen een recente systematische review naar drop-out onder persoonlijkheidsstoornissen werd drop-out gedefinieerd als: het voortijdig afbreken van een behandeling, het niet afmaken van een behandeling en/of patiënt uitval (McMurran et al., 2010). Waarbij het belangrijkste kenmerk was dat een patiënt de behandeling beëindigde voor de gestelde einddatum. Een brede definitie werd gehanteerd vanwege de verschillende definities die onderzoekers er vaak op nahouden. Voor drop-out werden verschillende redenen gegeven waaronder: patiënt gerelateerde uitval en instelling gerelateerde uitval. Patiënt gerelateerde uitval kon als reden hebben: ontevredenheid met de behandeling, andere prioriteiten hebben dan behandeling, praktische problemen hebben met aanwezigheid voor de behandeling of het gevoel hebben niet genoeg effect te ervaren van behandeling. Instelling gerelateerde drop-out kon als reden hebben dat de patiënt niet genoeg aanwezig was, groep ontregelend gedrag vertoonde en/of geen commitment aanging.

Binnen deze systematische review naar drop-out werd onder 25 studies een drop-out percentage range van 15 – 80% gevonden, met een gemiddelde drop-out van 37,5% voor individuele behandeling en 37% voor groepsbehandelingen (McMurran et al., 2010). De respondentengroep

binnen deze review bestond uit een heterogene groep waarbij er zowel sprake was 5-daagse klinische behandeling als 1 therapie uur per week. Binnen de groep hing drop-out samen met de duur van de behandeling: Zo werd een daling van 6,5% drop-out geconstateerd wanneer de behandeling toenam van korter dan 6 maanden naar 1 tot 2 jaar. Een negatieve samenhang stond hier tegenover waarbij een stijging naar 45,5% werd gevonden als de behandeling 2 tot 3 jaar duurde.

De omgeving van de behandeling, ook wel setting genoemd, zou mogelijk ook in verband staan tot drop-out (Barett et al., 2008). Tot nu toe wordt er veel variatie gevonden in de drop-out percentages binnen studies. Ambulante settingen voor dialectische gedragstherapie toonden een drop-out percentage van 19% - 51,8% (Linehan et al, 1999; Linehan et al., 2006, Landes, Chalker, & Comtois, 2016). Voor klinische vormen van DGT werd een drop-out percentage van rond de 33% gevonden (Rüsch et al., 2008; Cornelissen et al., 2010; Bosch, Sinnaeva, & Nijs, 2013). Voor Schematherapie werd voor ambulante settingen een drop-out percentage van 20 - 21% gevonden (Zorn et al., 2008; Nadort et al., 2009), welke steeg naar 35% voor een klinische setting van schematherapie (Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016). Een mogelijke reden voor deze verschillen in drop-out is de manier waarop drop-out binnen de studies/behandelingen gedefinieerd wordt. Bij dialectische gedragstherapie wordt gesproken van drop-out als een patiënt 4 opeenvolgende sessies mist, waar bij andere behandelingen als Schematherapie wordt gesproken van drop-out als de patiënt niet het programma afrondt (Linehan et al., 1999). Daarbij vormen ook mogelijk de inclusiecriteria een belangrijke rol, waar er bij sommige studies alleen borderline patiënten worden meegenomen en andere studies ook andere persoonlijkheidsstoornissen (Landes et al., 2016).

Onder de patiënten die uitvallen lijken verschillende groepen te bestaan, namelijk late en vroege drop-out. Dit onderscheid wordt vaak onderbelicht binnen onderzoek, maar zou van invloed kunnen zijn op de gevonden resultaten (Salmoiraghi & Sambhi, 2010). Patiënten die vroeg uitvallen zouden veel verschillen van patiënten die hun behandeling regulier afronden. Deze patiënten zouden complexere problematiek en heftigere sociale belemmeringen hebben (Pekarik, 1992; Salmoiraghi & Sambhi, 2010). Voorbeelden van complexere problematiek zou met name verwijzen naar de intensiteit van de stoornis. Zo zijn bijvoorbeeld zowel depressie kenmerken en de ernst van obsessieve compulsieve klachten beide in relatie tot drop-out gebracht tijdens behandeling voor een obsessieve compulsieve stoornis (Aderka et al., 2011). Ook de intensiteit en kenmerken van borderline problematiek zijn al vaker in verband gebracht met drop-out (McMurrin et al, 2010). Voor de late drop-out patiënten geldt dat zij in vergelijking tot patiënten die de behandeling afronden weinig tot niet zouden verschillen (Jensen et al., 2014).

De uitval van patiënten heeft invloed op meerdere domeinen. Zo leidde drop-out tot demoralisatie van medepatiënten en behandelend personeel (Reis & Brown, 1999; Defife, Conklin, Smith, & Poole, 2010; Werner-Wilson & Winter, 2010), was er een toename in onveilige gevoelens en afname van groepscohesie binnen groepsbehandeling (Kooiman, 2008; Chiesa, Drahorad, & Longo, 2000). Daarbij kan drop-out zorgen voor een vertekend beeld van de effectiviteit van een behandeling (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007; Baekeland & Lundwall, 1975). Dit laatste is met name zorgzaam vanwege de richtlijn binnen Nederland die stelt dat er *evidence based* behandeld moet worden (Everdingen, 2003). Een vertekend beeld van de effectiviteit van een behandeling zou een behandeling als niet effectief kunnen doen ogen, waar deze dat in werkelijkheid wel is. Verder zorgt drop-out er voor dat de zorgkosten van de drop-out patiënt voor de maatschappij hoog blijven. Waar deze patiënt hoogstwaarschijnlijk meerdere behandelingen zal ondergaan maar deze niet optimaal benut (Cornelissen et al., 2010).

### Health Service Utilization model

Het *Health Service Utilization* model biedt inzicht in welke factoren er meespelen bij het gebruik van gezondheidsvoorzieningen door patiënten en hiermee indirect ook drop-out (Andersen, 1968). Dit model benoemt factoren die voorspellend zouden zijn voor het gebruik van voorzieningen. Factoren die invloed hebben zijn: *predisposing factors*, *enabling factors* en *need factors*. *Predisposing factors* zijn demografische factoren en sociale structuren. *Enabling factors* stellen de patiënt in staat om gebruik te maken van de voorziening, hiermee worden bijvoorbeeld inkomsten en beschikbaarheid van de voorziening bedoeld. Onder *need factors* worden factoren beschreven die het gebruik van voorzieningen motiveert of demotiveert. Hiermee worden bijvoorbeeld geestelijke- en lichamelijke gezondheid, of aspecten van de diagnose bedoeld. Dit model is eerder gebruikt voor psychiatrische problematiek, waar het tot aanbevelingen leidde voor het werkveld (Barrett et al., 2008). Zo zouden psycho-educatie voor begin van de behandeling, het aanpakken van ambivalente gevoelens jegens behandeling, een behandel-service model en feedback van de therapeut over het behandelproces drop-out verminderen.

Het model is ook specifiek toegepast voor voorspellers van drop-out binnen de doelgroep persoonlijkheidsstoornissen (McMurrin et al., 2010). Binnen deze review is het model gebruikt om gevonden drop-out voorspellers te structureren aan de hand van de categorieën benoemt binnen het model. De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek worden verderop besproken.

### Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen

Binnen het Health Service Utilization model vormt de behandelvorm een deelaspect. Voorbeelden van behandelingen ontworpen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn Schematherapie en Dialectische gedragstherapie (Young, Klosko, & Weishaar, 2003; Linehan, Kanter, & Comtois, 1999). Beide vormen van behandeling dienen als voorkeur voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en zijn bewezen effectief (Budge et al., 2013). Schematherapie onderscheidt zich van de traditionele cognitieve gedragstherapie door een focus op zelsaboterende patronen van gedachten, gevoelens en gedrag die hun oorsprong vinden in de kindertijd. Deze patronen beïnvloeden het dagelijks leven door het individu er van te weerhouden om te voldoen aan zijn/haar emotionele basisbehoefte. Schematherapie helpt door patiënten bewust te maken van deze patronen. Het uiteindelijke doel van schematherapie is om de patiënt te leren te voldoen aan zijn/haar emotionele basisbehoefte en te herstellen van emotionele schade die is opgelopen in het verleden (Bernstein, 2005). De dialectische gedragstherapie (DGT) is met name ontwikkeld voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De DGT richt zich op impulsief en destructief gedrag. Het helpt de patiënt om nieuwe vaardigheden aan te leren en deze in te zetten wanneer de drang tot destructief handelen opkomt. Hiernaast vindt ook ondersteuning plaats in maatschappelijke re-integratie (Linehan et al., 1999).

Voor zowel DGT als Schematherapie is een relatie gevonden met minder drop-out (Linehan et al., 2006; Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014). De acceptatie-gerichte aanpak van DGT wordt als mogelijke verklaring geopperd voor vermindering in drop-out percentages. Daarbij zouden de cognitieve gedragsaspecten van de DGT ook inspelen op mogelijke comorbide stoornissen en hiermee drop-out voorkomen (Robins & Chapman, 2004). Schematherapie zou depressieklachten verminderen en het sociaal functioneren verbeteren, hierbij toonde een lager drop-out percentage een mogelijke grotere acceptatie vanuit de patiënt van de behandelvorm. Verder werd het opbouwen van een therapeutische relatie als medeverklaring voor de daling in drop-out benoemd (Bamelis et al., 2014).



## Voorspellers van drop-out

Een recente systematische review heeft een groot aantal onderzoeken naar *Dropout predictors* onder patiënten die in behandeling zijn voor een PS gebundeld (McMurran et al., 2010). Deze review was gestructureerd aan de hand van het eerdergenoemde *Health services utilization model*. De gevonden *predictors* van deze review kunnen in een aantal categorieën gespecificeerd worden (Arntz et al., 2015): *Biographical variables, treatment history, Borderline personality disorder features, defense mechanisms and personality organization, axis-II comorbidity, negative emotional problems, childhood abuse and neglect* en *others*.

De conclusie van deze studie was dat behandelingen meer gericht moeten worden op de responsiviteit van de kenmerken van hun doelgroep. Onder demografische kenmerken waren met name jongere leeftijd, lager educatieniveau en lager beroepsniveau belangrijke voorspellers van uitval. Deze variabelen waren consistent met ander onderzoek naar uitval van psychotherapie (Wierzbicki & Pekarik, 1993) en toonden dat behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen rekening dienen te houden met jongere patiënten met mogelijke minder ontwikkelde verbale capaciteiten en zelfinzicht. Verder was het aantal behandelingen dat een patiënt had doorlopen ook een belangrijke voorspeller van drop-out. Patiënten die minder ervaring hebben met psychotherapie zouden meer ondersteund moeten worden in hun voorbereiding voor therapie (McMurran et al., 2010).

De drop-out voorspellers gevonden binnen de systematische review van McMurran, Huband en Overton (2010) zijn onderwerp geworden van een nieuwe studie (Arntz et al., 2015). Het doel van deze studie was de gevonden samenhang van de voorspellers met drop-out te repliceren. Daarbij nam zij mannelijk geslacht, student zijn en alleenstaand of gescheiden zijn ook mee als mogelijke voorspellers. Het onderzoek maakte gebruik van data afkomstig uit een *randomized control trial* die Schematherapie vergeleek met Transference Focused Psychotherapy (TFP) binnen ambulante settings. De doelgroep binnen de RCT bestond uit 86 respondenten met als hoofddiagnose borderline PS.

Uit de resultaten kwamen alleen fysieke mishandeling uit de kindertijd en vijandigheid bij start van de therapie als significante voorspellers van uitval naar voren (Arntz et al., 2015). Fysieke mishandeling uit de kindertijd zou in strijd zijn met eerdere studies, waarbij emotionele verwaarlozing echter wel als voorspeller naar voren kwam (Perry, Bond, & Roy, 2007). Onderscheid tussen mishandelvormen is lastig vanwege de correlatie die vaak tussen de verschillende vormen gevonden wordt (Lobbestael et al., 2009). Conclusies trekken over welke vorm van mishandeling specifiek uitval voorspelt zou dan ook met enige voorzichtigheid gedaan moeten worden.

Andere voorspellers die terug gevonden zijn binnen de literatuur, maar niet meegenomen zijn binnen bovenstaande studies, waren praktische zaken zoals schulden, een langere reisafstand tot behandeling en het niet hebben van een zorgverzekering (Bados et al., 2007; Edlund et al., 2002; Gunderson et al., 1989).

## Huidige studie

Het doel van de huidige studie is om de resultaten vanuit eerder onderzoek (Arntz et al., 2015; McMurran et al., 2010) te reproduceren binnen een klinische setting voor persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij met een specifieke focus op voorspellers uit de voorgeschiedenis van een patiënt. Dit betekent dat de *predisposing factors* en *enabling factors* uit het health service utilization model worden aangehouden (Andersen, 1968). De *need factors* worden binnen dit onderzoek niet meegenomen, aangezien er een parallelonderzoek loopt binnen dezelfde instelling waar deze worden onderzocht onder dezelfde patiëntengroep. De hoofdcategorieën die worden

aangehouden zijn demografische kenmerken, behandelgeschiedenis en mishandeling en verwaarlozing uit de kindertijd. De laatste categorie is uitgebreid naar alle vormen van mishandeling en verwaarlozing door de eerder vernoemde correlatie tussen de soorten. Aan de vormen van mishandeling is enkelvoudig en meervoudig toegevoegd. Dit om te kijken of er mogelijk onderscheid is tussen patiënten die meervoudig mishandeld/verwaarloosd zijn en patiënten waarbij er sprake is van een eenmalig incident. De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Welke aspecten uit de voorgeschiedenis van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen bevatten predictieve validiteit voor drop-out binnen een klinische setting?”.

Er wordt een drop-out percentage rond de 33% verwacht, welke in de range valt van eerdere onderzoeken naar klinische vormen van DGT en schematherapie (Bosch et al., 2013; Cornelissen et al., 2010; Schaap et al., 2016). Van de variabelen wordt verwacht dat in ieder geval leeftijd, opleidingsniveau en beroepsniveau drop-out voorspellen onder de respondentengroep, dit in overeenstemming met de belangrijkste bevinden uit McMurrin et al. (2010). Verder wordt verwacht dat fysieke mishandeling in de kindertijd ook drop-out voorspelt (Arntz et al., 2015). Daarbij wordt verwacht dat ook andere vormen van mishandeling en verwaarlozing uit de kindertijd een voorspellende karakter voor drop-out hebben, vanwege de gevonden samenhang tussen mishandelvormen (Lobbestael et al., 2009). Voor de overige variabelen zijn geen specifieke verwachtingen. Dit vanwege de tegenstrijdige gegevens gevonden binnen de literatuur (McMurrin et al., 2010; Arntz et al., 2015; Cornelissen et al., 2010). Het niet hebben van een zorgverzekering wordt niet meegenomen binnen dit onderzoek. Patiënten binnen de instelling zijn aangemeld vanuit een verwijzer, waarbij de zorgverzekeraar vast gesteld is voor deelname aan behandeling. Daarbij is het binnen Nederland bij wet verplicht een zorgverzekering te hebben, wat maakt dat het hoogst onwaarschijnlijk is dat één van de respondenten geen zorgverzekering zal hebben (Rijksoverheid, z.d.).

Verder wordt er van alle variabelen die een samenhang vertonen met drop-out een totale ernstscore gemaakt. Hiermee kan gekeken worden of naarmate er meer voorspellers bij een patiënt aanwezig zijn deze eerder geneigd is om uit te vallen dan een patiënt waarbij minder voorspellers van drop-out aanwezig zijn.

De patiënten die worden meegenomen binnen het onderzoek waren toegewezen aan ofwel klinische groepsbehandeling in de vorm van Dialectische gedragstherapie of klinische groepsbehandeling in de vorm van Schematherapie. Binnen dit onderzoek wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de behandelvormen. Dit wordt gedaan omdat verschil tussen de behandelvormen geen onderwerp van deze studie is.

# Methode

---

## Respondenten

Het onderzoek vond plaats bij een instelling voor de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen genaamd Scelta te Apeldoorn. De respondentengroep bestond uit 195 patiënten die in behandeling zijn geweest bij Scelta van 2013 tot en met 2015. Hierbij vormden de respondenten die hun behandeling regulier hadden afgerond de controle groep (n=97), ten opzichte van de drop-out groep (n=98). De respondentengroep bestond uit twee groepen patiënten waarvan alle patiënten waren gediagnosticeerd met minimaal 1 persoonlijkheidsstoornis. Beide groepen ontvingen een andere vorm van therapie. De eerste groep ontving een klinische groepsvorm van dialectische gedragstherapie (programma 1) en de tweede groep ontving een klinische groepsvorm van Schematherapie (programma 2). Binnen de respondentengroep waren meerdere comorbide stoornissen gediagnosticeerd waaronder stemmingsstoornissen, angststoornissen, post traumatische stressstoornis en/of middelen misbruik en afhankelijkheid.

## Dataverzameling

Voor de dataverzameling is er gebruik gemaakt van het elektronische patiëntenbestand van Scelta. De data is verzameld vanuit de elektronische patiëntendossiers, welke beschikbaar zijn voor de medewerkers binnen Scelta die rechten hebben om deze dossiers in te kijken. Voor de benodigde informatie is er gekeken naar het intakeverslag, de intakevragenlijst en de ontslagbrief van de patiënt. Uit het intakeverslag en de intakevragenlijst zijn geslacht, inkomstenbron/beroep, woonadres/reisafstand tot behandeling, relatiestatus, leeftijd, opleidingsniveau, behandelgeschiedenis, strafrechtelijke veroordelingen op jonge leeftijd, of de ouders van de patiënt gescheiden zijn, hoe oud patiënt was toen ouders gingen scheiden, of patiënt de meeste tijd alleen doorbrengt of samen, of patiënt ooit gescheiden is, of patiënt schulden heeft en of patiënt is mishandeld/verwaarloosd in de kindertijd gehaald. Reisafstand tot de kliniek is berekend door de kortste reisafstand met auto te plannen door middel van Google Maps. Uit de ontslagbrief is de reden voor ontslag en de totale duur van de behandeling gehaald, hierbij ook of er sprake was van drop-out. Door te beperken tot 3 documenten kon de dataverzameling gestructureerd verlopen. De gegevens zijn na verzameling geanonimiseerd in het databestand. De benodigde gegevens waren al bekend binnen Scelta, om deze reden hoefde er geen contact met de patiënten te worden opgenomen en bleef de invasiviteit van het onderzoek beperkt. Het onderzoek is goed gekeurd door de ethische commissie van faculteit *Behavioural, Management and Social Sciences* aan de universiteit Twente.

## Definitie mishandeling en verwaarlozing

De definities die worden aangehouden bij de dataverzameling komen overeen met Arntz et al. (2015), zij baseerden zich op de *Interview for Traumatic Events in Childhood (ITEC)*. Hierbij was er sprake van mishandeling/verwaarlozing in de kindertijd als de respondent jonger dan 18 was ten tijde van het incident. Seksuele mishandeling beschreef een poging tot of seksueel contact tussen een volwassene of oudere persoon met een kind jonger dan 18, tegen de wil van het kind in. Fysieke mishandeling verwees naar lichamelijke mishandeling door een volwassene of ouder persoon waarbij er sprake was van risico op of daadwerkelijke lichamelijke schade. Emotionele mishandeling verwees naar kleinerend of beschamend gedrag gericht op een kind door een volwassene en

emotionele/fysieke verwaarlozing verwees naar het tekort schieten van een verzorger in de emotionele/fysieke behoefte van een kind (Lobbestael et al., 2009).

## Analyses

Er is gebruik gemaakt van een retrospectief onderzoekdesign. De meeste variabelen waren van kwantitatieve aard met als uitzondering de reden van drop-out. De reden van drop-out wordt alleen beschreven en niet meegenomen in de analyses. De variabelen zijn verwerkt met SPSS 24, een statistiek programma voor sociale wetenschappen.

De ratiovariabelen zijn ter behoeve van de samenhanganalyses omgezet in ordinale variabelen. Per variabele zijn de percentielen achterhaald en 4 groepen gevormd waarbij binnen elke groep 25% van de respondentengroep vertegenwoordigd werd. Dit is gedaan voor de variabelen leeftijd, aantal eerdere behandelingen en reisafstand. De percentielen staan vermeld in tabel 1. Voor de categorische variabelen opleidingsniveau en inkomstenbron zijn de categorieën uitgesplitst in nieuwe variabelen. Dit hield in dat er voor inkomstenbron 6 variabelen zijn aangemaakt, waarbij elke categorie een individuele variabele vormde. Een respondenten kon wel (1) of niet (0) op de betreffende categorie scoren. Voor opleidingsniveau is een soortgelijke mutatie uitgevoerd. Bij opleidingsniveau is er sprake van een ordinaal meetniveau. Bij de uitsplitsing zijn categorieën samen genomen die een soortgelijk niveau beschreven. Dit betekende dat basisschool de categorie laag vormde, alle middelbare school opleidingsniveaus (vmbo, havo en vwo) categorie midden vormden en alle opleidingsniveaus van het hoger onderwijs (mbo, hbo en wo) categorie hoog vormden. Hierna zijn de 3 categorieën opgesplitst in individuele variabelen ter behoeve van de correlatie analyses.

**Tabel 1 Percentiel verdeling ratiovariabelen**

	<b>Percentiel 1</b>	<b>Percentiel 2</b>	<b>Percentiel 3</b>	<b>Percentiel 4</b>
<b>Leeftijd</b>	0 - 21	21 - 24	25 - 29	30 - rest
<b>Reisafstand</b>	0 - 28	28,1 – 49,1	49,2 – 72	72,1 - rest
<b>Aantal eerdere behandelingen</b>	0 - 2	3 - 4	5	6 - rest

Binnen het onderzoek is er niet voor normaliteit gecontroleerd te worden. Dit vanwege het gebruik van een afhankelijke variabele die gemeten was op nominaal meetniveau (drop-out). Bij correlatie analyses dient er rekening te worden gehouden met de variabele van het laagste meetniveau. Om deze reden is er gebruik gemaakt van non-parametrische toetsen, waarbij de normaliteitsassumptie er niet meer van toepassing is (Ellis, 2003).

Met een meervoudige logistische regressieanalyse is gekeken of er een verband tussen de variabelen gevonden kon worden met de afhankelijke variabele drop-out. De covariaten in deze analyse waren: Geslacht, leeftijd, behandelduur, reisafstand tot behandeling, aantal eerdere behandelingen, eerdere opname, medicatiegebruik bij begin behandeling, inkomstenbron, opleidingsniveau, momenteel student, ouders gescheiden, relatie, emotionele verwaarlozing kindertijd, emotionele mishandeling kindertijd, fysieke mishandeling kindertijd, fysieke verwaarlozing kindertijd en seksuele mishandeling kindertijd. Er is gekozen voor een meervoudige logistische regressie analyse, vanwege het dichotome meetniveau van drop-out (wel of niet drop-out).

Vanwege het aantal variabelen is eerst gecontroleerd of genoemde variabelen een correlatie vertoonden met drop-out. Wanneer de correlatie minimaal 0.20 was is deze meegenomen binnen het voorspellingsmodel. Hier is voor gekozen om bij de correlatie minimaal van een klein effect te

kunnen spreken (Cohen, 1969). Verder wordt een significantie niveau van 0.05 aangehouden. In de correlatie analyses is voor elke individuele variabele een correlatie berekend met drop-out. Vanwege het nominale meetniveau van drop-out (wel of niet) is er gebruik gemaakt van Cramer's V voor variabelen met meerdere nominale groepen en Phi voor dichotome variabelen.

Alle variabelen waarbij voldaan werd aan een minimaal effect van 0.20 en een significantieniveau  $<0.05$  zijn meegenomen binnen de meervoudige logistische regressie analyse. Hierna zijn één voor één de variabelen met de hoogste p waarde uit het model verwijderd. Dit om tot het meest optimale voorspellingsmodel te komen.

Er is nog een extra logistische regressie analyse uitgevoerd. Ditmaal met vroege versus late drop-out als afhankelijke variabele. De variabele vroege/late drop-out is opgesteld door de mediaan na te gaan van behandelduur voor de drop-out groep. Deze kwam uit op 3,56 maanden. Geen van de respondenten scoorde op de mediaan. Zodoende is de vroege drop-out groep opgebouwd uit de respondenten die een behandelduur hadden tot en met 3,56 maanden en de late drop-out groep uit 3,57 maanden en langer.

### **Ernstscore (totaal score)**

Vanuit de voorspellers naar drop-out kwam een extra onderzoeksvraag naar voren. Deze onderzoeksvraag focuste zich op een ernstscore. De vraag was of naarmate er meer voorspellers van drop-out aanwezig zijn bij een patiënt, deze patiënt kwetsbaarder wordt voor drop-out en hierdoor sneller uitvalt. De manier waarop dit onderzocht werd is door de ratiovariabelen te muteren in dichotome variabelen, zoals omschreven bij de analyses. Deze variabelen zijn gesplitst in twee gelijken groepen. Van alle variabelen die een significante samenhang vertoonden met drop-out is een totaalscore berekend. De verwachting was dat naarmate de totaal score hoger is een patiënt sneller uitvalt. Voor deze analyse is er gebruik gemaakt van een Pearson toets. De totale behandelduur in maanden tot drop-out is afgezet tegen de totaalscore.

### **Procedure**

Tijdens de dataverzameling is het niet mogelijk geweest om van meerdere variabelen informatie te vinden. Hierdoor kan van deze variabelen geen predictieve validiteit worden vastgesteld. Het betreft de volgende variabelen: strafrechtelijke veroordelingen op jonge leeftijd, hoe oud patiënt was toen ouders gingen scheiden, of patiënt de meeste tijd alleen doorbrengt of samen, of patiënt ooit gescheiden is en of patiënt schulden heeft. Van meerdere variabelen was het niet mogelijk om vaststellen of deze aanwezig waren aangezien er bijvoorbeeld bij de afwezigheid van schulden dit niet vermeld werd in het dossier.

Voor de vormen van verwaarlozing en mishandeling is na afronding van de dataverzameling gekozen om alleen te scoren op aan- of afwezigheid. Dit is gedaan omdat het onderscheid tussen enkelvoudige of meervoudige mishandeling/verwaarlozing vaak niet te stellen was.

De covariaten zijn verzameld in 3 dagen, dit heeft plaats gevonden van 13 tot en met 15 februari 2017.

# Resultaten

## Respondentengroep

De respondentengroep bestond uit 195 patiënten. Waarvan 55,4% van de patiënten deelnamen aan het klinische DGT programma en 44,6% aan het klinische schematherapie programma. Onder de respondenten was er bij 50,3% sprake van drop-out. In tabel 2 worden de gegevens van de respondentengroep weergegeven.

**Tabel 2 Respondentengroep (n=195)**

	Aantal	Percentage
Klinische groep DGT*	108	55,4%
Klinische groep Schematherapie	87	44,6%
<b>Man</b>	24	12,3%
<b>Vrouw</b>	171	87,7%
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	26,1	-
<b>Wel drop-out</b>	98	50,3%
<b>Geen drop-out</b>	97	49,7%

\* Dialectische gedragstherapie

Van de patiënten die waren uitgevallen van behandeling werden de volgende redenen voor drop-out geconstateerd. Hierbij werd de meest prominente reden voor drop-out meegenomen.

**Tabel 3 Redenen van drop-out (n=98)**

Categorie	Aantal	Percentage
Crisisgedrag	4	4,3%
Verslaving	8	8,5%
Geen commitment	18	19,1%
Conflict met therapeuten/groepsleden	3	3,2%
Niet goed geïndiceerd	23	24,5%
Lichamelijke klachten	3	3,2%
Programma te intensief	31	33%
Overig	4	4,3%

Met name geen commitment hebben, niet goed geïndiceerd zijn en het programma te intensief vinden werden als reden voor uitval gegeven. Niet goed geïndiceerd zijn stond hierbij onder andere voor het op de voorgrond staan van andere problematiek dan persoonlijkheid problematiek. Voorbeelden hiervan waren eetstoornissen of ernstig middelenmisbruik. Gezamenlijk waren de genoemde categorieën door 76,6% van de drop-out patiënten als reden opgegeven bij uitval.

In tabel 4 en 5 staan overzichten van de aantallen/gemiddelden van de variabelen die gebruikt zijn voor de samenhanganalyses. Er is een splitsing gemaakt tussen categorische variabelen en ratiovariabelen.

Tabel 4 Aantallen van de categorische covariaten

Covariaten	Antwoordopties	Geen drop-out (n=97)		Wel drop-out (n=98)		
		Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	
<b>Geslacht</b>	Man	13	6,7%	11	5,6%	
	Vrouw	84	43,1%	87	44,6%	
<b>Eerder opgenomen</b>	Wel	41	21%	53	27,2%	
	Niet	56	28,7%	45	23,1%	
<b>Medicatiegebruik</b>	Wel	76	39%	81	41,5%	
	Niet	21	10,8%	17	8,7%	
<b>Student</b>	Wel	7	3,6%	8	4%	
	Niet	90	46,2%	90	46,2%	
<b>Ouders gescheiden</b>	Wel	38	19,5%	37	19%	
	Niet	59	30,3%	61	31,2%	
<b>Relatie</b>	Wel	20	10,3%	24	12,3%	
	Niet	77	39,5%	74	37,9%	
<b>Emotioneel verwaarloosd</b>	Wel	27	13,8%	23	11,8%	
	Niet	70	35,9%	75	38,5%	
<b>Emotioneel mishandeld</b>	Wel	9	4,6%	15	7,7%	
	Niet	88	45,1%	83	42,6%	
<b>Fysiek mishandeld</b>	Wel	14	7,2%	23	11,8%	
	Niet	83	42,5%	75	38,5%	
<b>Fysiek verwaarloosd</b>	Wel	7	3,6%	8	4%	
	Niet	90	46,2%	90	46,2%	
<b>Seksueel mishandeld</b>	Wel	22	11,2%	28	14,4%	
	Niet	75	38,5%	70	35,9%	
<b>Opleidingsniveau</b>	<b>Laag</b>	Basisschool	7	3,6%	10	5,2%
		<b>Midden</b>	Vmbo	18	9,2%	19
	Havo		21	10,9%	19	9,7%
	Vwo		7	3,6%	10	5,1%
	<b>Hoog</b>	Mbo	31	15,9%	31	15,9%
		Hbo	11	5,6%	8	4,1%
		Wo	2	1%	1	0,5%
<b>Inkomstenbron</b>	Werk	14	7,2%	9	4,6%	
	Ziektewet	26	13,3%	16	8,2%	
	WAO	1	0,5%	5	2,6%	
	Bijstand	9	4,6%	9	4,6%	
	WAJONG	20	10,3%	26	13,3%	
	Anders	27	13,8%	33	17%	

**Tabel 5 Gemiddelden van de ratiovariabelen**

Covariaten	Geen drop-out (n=97) Gemiddelde	Wel Drop-out (n=98) Gemiddelde
Leeftijd (in jaren)	26,71 (SD 6,71)	25,60 (SD 7,03)
Aantal eerdere behandelingen	3,57 (SD 1,99)	4,32 (SD 2,90)
Reisafstand (in km)	53,32 (SD 32,38)	54,98 (SD 39,84)

**Correlatie met drop-out**

Geen van de variabelen voldeed aan de gestelde effectsize en significantie eisen. Wanneer een waarde voldeed aan de gestelde eis is deze dikgedrukt weergegeven in de tabellen, waarbij de toetsingswaarde groter dan of gelijk aan 0.20 moest zijn en de significantie kleiner dan of gelijk aan 0.05. In tabel 6 staan de gevonden correlaties van de covariaten met drop-out beschreven.

**Tabel 6 Correlatiecoëfficiënten drop-out**

Variabele	Phi	Geschatte P-waarde
<b>Geslacht</b>	-0,03	0,64
<b>Eerder opgenomen</b>	0,11	0,10
<b>Medicatiegebruik</b>	0,05	0,45
<b>Student</b>	0,02	0,80
<b>Ouders gescheiden</b>	-0,02	0,84
<b>Relatie</b>	0,05	0,52
<b>Emotioneel verwaarloosd</b>	-0,05	0,49
<b>Emotioneel mishandeld</b>	0,09	0,20
<b>Fysiek mishandeld</b>	0,12	0,11
<b>Fysiek verwaarloosd</b>	0,02	0,80
<b>Seksueel mishandeld</b>	0,07	0,34
<b>Inkomstenbron</b>	-	-
- Werk	-0,08	0,26
- Ziektewet	-0,13	0,08
-WAO	0,12	0,10
-Bijstand	0,00	0,98
-WAJONG	0,07	0,33
-Anders	0,06	0,37
<b>Opleidingsniveau</b>	-	-
- Laag	0,05	0,46
- Midden	0,02	0,83
- Hoog	-0,05	0,52
	<b>Cramer's V</b>	<b>Geschatte P-waarde</b>
<b>Leeftijd</b>	0,17	0,14
<b>Aantal eerdere behandelingen</b>	0,12	0,42
<b>Reisafstand</b>	0,10	0,62



### Correlatie met vroege versus late drop-out

Bij het onderscheid tussen vroege en late drop-out voldoet het aantal eerdere behandelingen aan een klein tot gemiddelde effectsize. Daarbij is de gevonden correlatie significant met een geschatte p-waarde van 0,03 ( $p < 0,05$ ). Leeftijd voldeed aan een de minimale effectsize (0,20) maar voldeed niet aan een statistische significantie ( $p = 0,28$ ).

**Tabel 7 Correlatiecoëfficiënten vroege versus late drop-out**

Variabele	Phi	Geschatte P-waarde
Geslacht	0,10	0,34
Eerder opgenomen	-0,02	0,84
Medicatiegebruik	0,08	0,42
Student	0,00	1,00
Ouders gescheiden	0,02	0,84
Relatie	-0,05	0,64
Emotioneel verwaarloosd	-0,02	0,81
Emotioneel mishandeld	0,03	0,78
Fysiek mishandeld	-0,02	0,81
Fysiek verwaarloosd	0,00	1,00
Seksueel mishandeld	0,18	0,07
Inkomstenbron	-	-
- Werk	-0,11	0,29
- Ziektewet	0,06	0,59
-WAO	0,14	0,17
-Bijstand	-0,04	0,73
-WAJONG	-0,05	0,65
-Anders	0,02	0,83
Opleidingsniveau	-	-
- Laag	0,07	0,51
- Midden	0,00	1,00
- Hoog	-0,04	0,68
	<b>Cramer's V</b>	<b>Geschatte P-waarde</b>
Leeftijd	<b>0,20</b>	0,28
Aantal eerdere behandelingen	<b>0,31</b>	<b>0,03</b>
Reisafstand	0,16	0,46

Voor de variabele aantal eerdere behandelingen kwam naar voren dat de patiënten die 0 tot 2 eerdere behandelingen hadden ondergaan over het algemeen behoorde tot de vroege drop-out. Wanneer het aantal eerdere behandelingen toenam naar 3 tot 4 behoorden de patiënten over het algemeen tot de late drop-out groep. Voor verdere gegevens zie tabel 8.

**Tabel 8 Aantal eerder behandelingen en vroege versus late drop-out (n=98)**

	Aantal eerdere behandelingen							
	0 tot 2		3 of 4		5		6 of meer	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
<b>Vroege drop-out</b>	17	17,4%	14	14,3%	9	9,2%	9	9,2%
<b>Late drop-out</b>	6	6,1%	25	25,5%	6	6,1%	12	12,2%

### Logistische regressie analyse

Alleen voor het aantal eerdere behandelingen is een significante relatie gevonden met vroege en late drop-out. Binnen de logistische regressie analyse kwamen de volgende gegevens naar voren.

**Tabel 9 Logistische regressie analyse Aantal eerder behandelingen**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
<b>Aantal eerder behandelingen</b>	0,074	0,075	0,983	1	0,321	1,077

Met gevonden waardes kan gesteld worden dat het aantal eerder behandelingen geen significante voorspellende waarde voor vroege of late drop-out bezit binnen deze steekproef.

### Ernst score

De laatste onderzoeksvraag richtte zich op een totaalscore van alle variabelen die drop-out voorspelden. Binnen het onderzoek is voor maar 1 variabele een significante samenhang gevonden met de vroege en late drop-out groepen. Deze variabele toonde geen significante voorspeller te zijn van vroege of late drop-out. Om deze reden is er geen totaalscore opgesteld.

# Discussie

---

## Drop-out

Binnen de studie is een drop-out percentage van 50,3% gevonden. Dit percentage ligt hoger dan de verwachtte 33% en valt buiten de drop-out range van eerdere studies (Rüsch et al., 2008; Cornelissen et al., 2010; Bosch et al., 2013; Schaap et al., 2016). Een mogelijke verklaring voor deze verhoogde drop-out zijn de definiëring van drop-out en de in/exclusie criteria. Binnen de huidige studie zijn alle respondenten die voortijdig het programma hadden afgebroken meegenomen als drop-out. Binnen andere studies werden over het algemeen strenge criteria gehanteerd, waar bijvoorbeeld alleen respondenten die zelf de therapie beëindigde als drop-out werden gezien (Cornelissen et al., 2010). Verder werden binnen studies naar drop-out onder persoonlijkheidsstoornissen soms alleen patiënten met borderline PS meegenomen (Rüsch et al., 2008; Bosch et al., 2013; Landes et al., 2016). Binnen de huidige studie zijn alle vormen van persoonlijkheidsstoornissen meegenomen.

## Predictieve validiteit

Als gekeken wordt naar de onderzoeksvraag van deze studie kan geconcludeerd worden dat er geen predictieve validiteit valt vast te stellen voor variabelen uit de voorgeschiedenis. In tegenstelling tot wat er verwacht werd is er voor geen van de onderzochte variabelen een significante correlatie gevonden met drop-out. Bij controle voor verschillen tussen vroege en late drop-out werd de conclusie van Jensen et al. (2014) deels bevestigd. Het aantal behandelingen dat een patiënt had ondervonden, voor deelname aan een programma binnen Scelta, bleek een significante samenhang te hebben met vroege en late drop-out. Voor patiënten die minder behandelingen hadden ondervonden (0 tot 2) viel op dat zij eerder behoorden tot de vroege drop-out groep. Patiënten die meer dan 2 behandelingen hadden gehad behoorden eerder tot de late drop-out groep (3,57 maanden of langer). Dit komt overeen met de belangrijkste bevindingen van McMurrin, Huband en Overton (2010). Zij stelden al dat patiënten die minder ervaring hebben met psychologische behandelingen beter ondersteund moeten worden in de voorbereiding op behandeling.

Een mogelijke verklaring voor de gevonden relatie tussen het moment van uitval en eerdere behandelingen is dat patiënten niet bekend zijn met wat van hun verwacht wordt binnen een behandelsetting. Barret et al. (2008) benoemden dit binnen hun framework voor gebruik van geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Zij spraken over het voorbereiden van de patiënt op de patiëntrol. Dit zou leiden tot verminderde stress, een verbetering in de therapeutische relatie en minder uitval van behandeling.

Naast het aantal eerdere behandelingen werd voor seksuele mishandeling in de kindertijd ook bijna een significante correlatie gevonden met vroege versus late drop-out ( $p=0.07$ ,  $\Phi=0,18$ ). Alhoewel er statistisch gezien niet voldaan werd aan de gestelde effectsize en significantie eis, is de gevonden correlatie opvallend. Extreme invalidatie door de omgeving zou een belangrijke factor zijn in de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen (Linehan et al., 1999). Seksuele mishandeling wordt gezien als één van de meest extreme vormen hiervan. Dergelijke invalidatie heeft hoogstwaarschijnlijk impact op de vertrouwensrelatie die een individu kan aangaan en hierbij ook op de therapeutische relatie. Mogelijk vormt deze beperking in het aangaan van een relatie een verklaring voor de bijna gevonden correlatie. Het niet aangaan van een therapeutische relatie is al

eerder in relatie gebracht tot drop-out (Barrett et al., 2008; McMurrin et al., 2010). Vervolgonderzoek zal moeten uitwijzen of de bevinding gerepliceerd wordt.

### **Verskil tussen vroege en late drop-out**

Vroege en late drop-out toonde een correlatie met het aantal eerdere behandelingen. Verder kan binnen dit onderzoek het verschil tussen vroege en late drop-out niet worden voorspeld.

### **Overige variabelen**

Voor de overige variabelen is geen samenhang gevonden met drop-out. Een vergelijking tussen de twee studies die als leidraad hebben gediend voor de huidige studie, toont de diversiteit in voorspellers die gevonden zijn (McMurrin et al., 2010; Arntz et al., 2015). Binnen de systematische review werden meerdere voorspellers gevonden, waar de RCT die hier op volgde alleen fysieke mishandeling en vijandigheid bij aanvang van de therapie als voorspellers van drop-out vond. Dat er binnen de huidige studie geen voorspellers van drop-out worden geconstateerd kan meerdere dingen betekenen. Ten eerste zou het kunnen betekenen dat er binnen de populatie van Scelta een dermate diverse doelgroep is, waardoor er geen groepen geconstateerd kunnen worden die kwetsbaarder zijn voor drop-out. De problematiek waar patiënten tegen aanlopen is dermate divers binnen Scelta dat deze mogelijk niet representatief is voor de populatie persoonlijkheidsstoornissen. De studie van Arntz et al. (2015) onderzocht specifiek patiënten met borderline problematiek, waarbij McMurrin et al. (2010) zelf al sprak van een dermate heterogene groep aan studies. Het verschil in behandeling settingen en persoonlijkheidsstoornissen maakt het lastiger om een eenzijdige conclusie te trekken wat betreft drop-out voorspellers. Hierbij is een persoonlijkheidsstoornis opgebouwd uit meerdere aspecten, wat maakt dat er bij twee respondenten met dezelfde persoonlijkheidsstoornis sprake kan zijn van andere kernproblematiek. Een tweede reden voor de gevonden resultaten zou kunnen zijn dat er daadwerkelijk geen verband is tussen onderzochte variabelen en drop-out binnen klinische groepsvormen van DGT en Schematherapie.

De huidige studie kan met zijn omvang alleen iets zeggen over de populatie in een klinische groepsetting, waarbij er bij de huidige instelling geen significante voorspellers van drop-out zijn te constateren. Het framework van Barrett et al. (2008) nam ook kenmerken en intensiteit van stoornissen, percepties over de geestelijke gezondheidszorg en percepties/aannames wat betreft behandeling mee als mogelijke voorspellers van drop-out. Gevonden resultaten kunnen suggereren dat er binnen het huidige onderzoek niet binnen het juiste domein is gezocht. Verder is het van een aantal variabelen niet mogelijk geweest om data te verzamelen. Dit waren de manier waarop patiënt zijn/haar tijd doorbracht, of patiënt ooit gescheiden is, of patiënt schulden heeft en justitiële veroordelingen op jonge leeftijd. Onder deze variabelen had mogelijk wel een voorspeller voor drop-out gevonden kunnen worden, aangezien deze namelijk binnen voorgaand onderzoek wel predictieve validiteit bezaten (McMurrin et al., 2010).

### **Sterktes en zwaktes van het onderzoek**

Het huidige onderzoek had een aantal beperkingen die van invloed waren op de gevonden resultaten. Er is gebruik gemaakt van een retrospectief onderzoeksdesign, wat betekent dat er data is gebruikt die reeds verzameld was. Hierdoor kon er bij het ontbreken van gegevens geen navraag bij de respondent worden gedaan. Verder is er binnen de onderzoeken waar het huidige onderzoek op gebaseerd is, gebruik gemaakt van gestructureerde onderzoeksinstrumenten. Vergelijkbare instrumenten worden op het moment nog niet standaard afgenomen binnen Scelta, alleen wanneer

de casus van een patiënt vraagt om extra diagnostiek vanwege onduidelijkheid in de zorgvraag. Om deze reden is er gebruik gemaakt van minder gestructureerde informatie gerapporteerd door zowel patiënt als behandelaar. Het gebruik van gestructureerde vragenlijsten zal de validiteit en betrouwbaarheid van een onderzoek vergroten. Als laatst is er de eerder genoemde beperking in het onderzoek domein. Een bredere aanpak kan mogelijk nieuwe voorspellers aantonen. Hierbij was het van sommige variabelen niet mogelijk om data te verzamelen en was er zodoende sprake van missende data.

Een van de sterktes van dit onderzoek was onder andere de grote van de respondentengroep. Hoe groter de respondentengroep des te groter de representativiteit. Verder is er een begin gemaakt voor onderzoek binnen de klinische setting. Als laatst waren de benodigde middelen voor het onderzoek beperkt door het gebruik van retrospectief onderzoek. Er was geen noodzaak om de respondenten uit te nodigen voor de dataverzameling. Hierdoor zijn er weinig tot geen kosten gemaakt en heeft de dataverzameling minder tijd ingenomen.

### Suggesties voor verder onderzoek

Toekomstig onderzoek zou een bredere aanpak kunnen hanteren wat betreft onderzoeksdomeinen. Binnen de huidige studie zijn demografische kenmerken, behandelgeschiedenis en verwaarlozing/mishandeling in de kindertijd meegenomen. Als gebaseerd zou worden op het framework van Barrett et al. (2008), welke zich baseerde op het Health Service Utilization model (Andersen, 1968), zouden kenmerken en complexiteit van de stoornis, percepties over de geestelijke gezondheidszorg en percepties/aannames wat betreft behandeling ook mee moeten worden genomen. Een bredere inzet qua mogelijke voorspellers van drop-out vergroot de kans om predictieve validiteit voor drop-out onder de voorspellers te constateren. Maar hierbij vergoot het ook de kans op een type 1 fout, waarbij samenhang wordt gevonden die eigenlijk niet bestaat. Toekomstig onderzoek dient dan ook rekening te houden met de voor- en nadelen van een verbreding in domeinen.

Tijdens het onderzoek was een van de doelen om meer kennis op te doen over de invloed van mishandeling en verwaarlozing in de kindertijd. Door de beperktheid aan gestructureerde data was het helaas niet mogelijk om dit doel te bereiken. Werken met gestandaardiseerde vragenlijsten kan er voor zorgen dat er meer informatie verzameld kan worden wat betreft de aanwezigheid van mishandeling en verwaarlozing in het verleden van een patiënt. Een voorbeeld hiervan zou de *Interview for Traumatic Events in Childhood* zijn (Lobbestael et al., 2009). Door gebruik van vergelijkbare vragenlijsten/interviews wordt het mogelijk om meer te zeggen over de intensiteit en duur van mishandeling en verwaarlozing. Met deze gegevens kan er mogelijk gericht onderzoek worden gedaan naar de invloed van mishandeling en verwaarlozing op drop-out.

Verder zou toekomstig onderzoek, naast de genoemde domeinen van Barrett et al. (2008), zich op andere mogelijke voorspellers kunnen richten. Het onderzoek naar drop-out en de voorspellers hiervan lijkt nog niet klaar te zijn. De vraag blijft welke aspecten een patiënt vatbaarder maken voor uitval van een behandeling. Mogelijk zijn er domeinen die momenteel nog geen onderdeel zijn van het onderzoek naar voorspellers van drop-out. Toekomstig onderzoek dient dan ook een open kijk te houden voor mogelijke richtingen die deze onderzoeksrichting nog op kan gaan. Een manier waarop dit gedaan kan worden zou kwalitatief onderzoek kunnen zijn. Hierin kan de mening van de respondent en die van een clinicus wat betreft de reden van uitval meegenomen worden. Hierbij voegt het mogelijk een onderbouwing toe over de relatie tussen onderzoekvariabelen en drop-out. Huidige onderzoeken kunnen op hun best iets zeggen over de

aanwezigheid van een relatie, maar de reden waarom deze relatie aanwezig is wordt nog onderbelicht. Rondom deze relaties tussen voorspellers en drop-out dient nog meer theoretische basis opgebouwd te worden. Naast het vinden van predictieve validiteit dient er ook onderzocht te worden op welke manier de voorspellers drop-out beïnvloeden.

### Praktische aanbevelingen

Voor toekomstige patiënten zou Scelta zich kunnen richten op het traject dat een patiënt heeft afgelegd voordat hij of zij deelneemt aan een behandelprogramma. Het aantal behandelingen dat een patiënt had ondergaan voor deelname aan de nieuwe behandeling vertoonde samenhang met de tijd van drop-out. Patiënten die minder behandelingen hebben ervaren zouden mogelijk eerder uitvallen. Deze patiënten zouden beter voorbereid kunnen worden op behandeling door de aanbeveling uit Barrett et al. (2008) aan te houden, namelijk *role induction*. Voorbereiding van de patiënt op wat van hem of haar verwacht wordt tijdens behandeling. Een voortraject waarin een patiënt informatie krijgt over het reilen en zeilen van de behandeling kan een extra keuze moment voor de patiënt creëren om wel of geen commitment aan te gaan. Het huidige voortraject bestaat uit een korte kennismaking en zou mogelijk kunnen worden uitgebreid naar een afgezette periode van minimale deelname waarin expliciet wordt ingegaan op verwachtingen. Door dit te doen kan een patiënt vooraf constateren of het programma mogelijk te intensief is. Hierdoor zouden twee van de belangrijkste redenen van drop-out binnen het huidige onderzoek ook worden aangepakt, namelijk geen commitment aangaan en het programma te intensief vinden. De patiënt krijgt een extra kans en meer informatie om een weloverwogen keuze tot deelname te maken. Test en trial zou moeten uitwijzen hoe lang het voortraject in beslag moet nemen. Een te lang voortraject zou mogelijk weer tot andere complicaties kunnen leiden of het juist niet voelen/aangaan van commitment.

Een derde belangrijke reden voor uitval was niet goed geïndiceerd zijn. Dit betekende dat de problematiek van de patiënt niet aansloot bij het gekozen behandelprogramma. Een voortraject zou ook hierbij kunnen helpen. De patiënt krijgt namelijk gedetailleerde informatie over de behandeling die gevolgd gaat worden. Zodoende zal hij of zij zelf kunnen constateren of de behandeling mogelijk gaat aansluiten. Verder krijgt ook de behandelaar meer informatie over de patiënt en krijgt deze de kans om de problematiek van de patiënt, voor deelname aan een programma, te observeren door middel van kennismakingsgesprekken. Mogelijk kan tijdens het voortraject dan al geconstateerd worden of de behandeling aansluit op de patiënt en/of de patiënt wel gemotiveerd genoeg is voor de behandeling en commitment aan kan gaan. Diagnostisch onderzoek aan het begin van een traject zou het probleem van een verkeerde indicatie mogelijk ook kunnen verlichten. Hierbij dient het gekozen diagnostiek instrument aan te sluiten op de problematiek van de patiënt.

Wat betreft het aanbieden van een voortraject zijn er weinig recente onderzoeken (McMurrin, Huband, & Overton, 2010). De suggestie is dat zelfs kleine therapeutische interventies als het uitspreken van een kalmerende *self-statement* een positieve verandering teweeg kan brengen in deelname aan begin van een behandeling. Maar welke interventies het best geïmplementeerd kunnen worden is nog niet bekend. Hierbij is een dergelijk voortraject nog niet onderzocht onder de doelgroep persoonlijkheidsstoornissen, maar toont *role induction* een aspect te zijn dat uitval mogelijk kan verminderen (Barrett et al., 2008; McMurrin et al., 2010). Bij toepassing van een voortraject dient evaluatie een punt van aandacht te zijn, mocht Scelta deze aanbeveling/strategie toepassen. Periodieke controle van drop-out, drop-out redenen en aspecten verbonden aan *role Induction* kunnen aantonen of een voortraject invloed heeft op uitval en suggesties wekken voor verbetering. Ten tijde van dit onderzoek wordt er ook gewerkt aan een voortraject binnen de

klinische DGT groep. Evaluatiemomenten na start van dit voortraject kunnen aantonen of drop-out daadwerkelijk verminderd.

### Concluderend

Vanuit het onderzoek is er een basis gebouwd voor het onderzoek naar drop-out voorspellers onder patiënten met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische groepsbehandeling DGT en Schematherapie. De gevonden resultaten adviseren een voortraject voor patiënten waarin zij voorbereid worden op de behandeling. Hierin krijgen zowel de patiënt als de behandelaar tijd om commitment op te bouwen en zekerheid te verkrijgen over het aansluiten van de behandeling bij de problematiek van de patiënt. Evaluatie van een dergelijk voortraject en periodieke controles van drop-out percentages, drop-out redenen en aspecten verbonden aan *role induction* kunnen aantonen of er vermindering van drop-out plaats vindt.

# Bronnenlijst

---

- Aderka, I. M., Anholt, G. E., Balkom, A. J. van., Smit, J. H., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & Oppen, P. van. (2011). Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of anxiety disorders, 25*(7), 918-923.
- Andersen, R. (1968). *A behavioral model of families' use of health services*. Chicago, Illinois: Center for Health Administration Studies.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour research and therapy, 74*, 60-71.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive behavioral therapy and the problem of dropout. *Journal of clinical psychology, 63*, 585-592.
- Baekeland, f., & Lundwall, I. (1975). Dropping out of treatment: a critical Review. *Psychological bulletin, 82*, 738-783.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 305-322.
- Barrett, M. S., Chua, W. J., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*(2), 247.
- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. *Handbook of personology and psychopathology, 462-477*.
- Bosch, L.M.C. van den., Sinnaeva, R., & Nijs M. (2013). Kortdurende klinische dialectische gedragstherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis. Ontwerp van het programma en resultaten pilotstudie. *Tijdschrift Psychiatrie, 55*, 165-75.
- Budge, S. L., Moore, J. T., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Baardseth, T. P., & Nienhuis, J. B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bonafide treatments. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1057-1066.
- Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S. (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital. *The British Journal of Psychiatry, 177*(2), 107-111.
- Cohen, J. (1969). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (1st ed.). New York, NY: Academic Press.
- Cornelissen, A. J. T., Poppe, E., & Ouwens, M. A. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 52*(1), 17-27.
- Defife, J. A., Conklin, C. Z., Smith, J. M., & Poole, J. (2010). Psychotherapy appointment no-shows: rates and reasons. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(3), 413.
- Edlund, M.J., Wang, P.S., P.A., e.a. (2002). Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry, 159*, 845-851.
- Ellis, J.L. (2003). *Statistiek voor psychologie*. Amsterdam, Nederland: Boom Lemma uitgevers



- Everdingen, J. J. E. (2003). *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 38-42.
- Jensen, H. H., Mortensen, E. L., & Lotz, M. (2014). Dropout from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), 594-604.
- Kate, C. T., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Muller, N., & Spinhoven, P. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(9), 597.
- Kooiman, K. (2008). Drop-out onder patiënten in klinische psychotherapie voor persoonlijkheidspathologie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 34, 103-115.
- Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1), 9.
- 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(7), 757-766.
- Linehan, M. M., Kanter, J. W., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: Efficacy, specificity, and cost effectiveness. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 93-118). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Harkema-Schouten, P., & Bernstein, D. (2009). Development and psychometric evaluation of a new assessment method for childhood maltreatment experiences: the interview for traumatic events in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 33, 505-517.
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973.
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 379-387.
- Perry, J. C., Bond, M., & Roy, C. (2007). Predictors of treatment duration and retention in a study of long-term dynamic psychotherapy: Childhood adversity, adult personality, and diagnosis. *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 221-232.
- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(2), 123.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Zorgverzekering: Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld?*. Geraadpleegd op 28 april 2017,

van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/inhoud/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>

- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders, 18*(1), 73-89.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., ... & Bohus, M. (2008). Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(4), 497-503.
- Salmoiraghi, A., & Sambhi, R. (2010). Early termination of cognitive behavioural interventions: Literature review. *The Psychiatrist, 34*, 529–532.
- Schaap, G. M., Chakhsi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy, 53*(4), 402.
- Werner-Wilson, R. J., & Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out?. *Contemporary Family Therapy, 32*(4), 375-382.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Zorn, P., Roder, V., Soravia, L., & Tschacher, W. (2008). Evaluation der „Schemazentrierten emotiv-behavioralen Therapie“ (SET) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen: Ergebnisse einer randomisierten Untersuchung. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 58*(09/10), 371-378.