



Buiten de (richt)lijnen, een onderzoek

In dit artikel bespreken de auteurs hun bevindingen van ambulante groepspsychotherapie gecombineerd met lichaamsgerichte psychotherapie bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Cliënten die deelnemen aan deze groepspsychotherapie, volgen aanvullend geen enkele andere behandeling of ondersteuning. Daarmee wordt afgeweken van de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen.

Door **Barbara Bresser, Irma Huijbrechts, Mathijs Deen, Edith van Niel, Adriaan de Bruin en Robert Vroon**

Correspondentie: B. Bresser, GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, Scelta (GGNet) Expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, locatie Den Haag, b.bresser@ggnet.nl

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn mensen met ingewikkelde karakters die ingewikkelde levens leiden, ingewikkelde relaties met anderen hebben en waarbij ook de behandelingen ingewikkeld zijn. Bijvoorbeeld door vroegtijdige drop-out, al dan niet met latere her-aanmelding, wisselingen in therapietrouw en moeizame interacties die het opbouwen van een werkzame therapeutische relatie tot een uitdaging maken (Hellinga, 1999). De behandelingen zijn dan ook langdurend, intensief en duur (Wetzelaer et al, 2016). Een van de punten die de behandeling ingewikkeld maken is de ambivalente motivatie tot verandering, oftewel weerstand. Inhoudelijk valt de moeite om zich open te stellen voor oude herinneringen en gevoelens onder het (bredere) begrip weerstand. De moeite erkenning te geven aan de nare jeugdervaringen heeft als gevolg dat diepgaand begrip voor het ontstaan van de huidige patronen bemoeilijkt wordt, waardoor het moeilijker wordt om deze patronen te veranderen. Het omgaan met weerstand wordt beschreven in verschillende psychotherapievormen voor persoonlijkheidsproblematiek. Van Genderen en Arntz (2005) hebben dit bijvoorbeeld de afstandelijke beschermmodus genoemd in hun aangepaste schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Bateman en Fonagy (2004)

spreken in hun *mentalization based treatment* (MBT) over een tijdelijk verlaagd mentaliserend vermogen. En in de kortdurende dynamische therapie van McCullough (2003) wordt weerstand als een emotiefobie beschreven. In psychotherapeutische behandelingen wordt aandacht besteed aan het ontstaan van huidige problematische patronen, door met cliënten terug te kijken naar hun kindertijd.

Scelta is een onderdeel van GGNet, gespecialiseerd in het behandelen van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn verschillende locaties met tweedelijns of derdelijns zorg. De locatie in Den Haag is een tweedelijns polikliniek. De klinische indruk bij Scelta is dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek in meer of mindere mate moeite hebben om terug te kijken naar de ontstaansgeschiedenis van de huidige problematische patronen. Sommigen worden overspoeld door herinneringen en de emoties daarvan. Anderen weten op een rationeel niveau dat de omstandigheden als kind zwaar waren, maar kunnen zich moeilijk in de emoties van toen verplaatsen. Weer anderen weten ook op een rationeel niveau niet dat ze als kind narigheden hebben meegemaakt.

In de integratieve groepspsychotherapie zoals bij Scelta gegeven, wordt onder weerstand verstaan de angst om oude gevoelens uit de kindertijd te ervaren. Die angst komt tot uiting in het gedrag waarin oude patronen rigide worden herhaald in de interactie met anderen; in therapie zijn deze anderen de behandelaar of andere cliënten. Het uitgangspunt bij Scelta is dat mensen met persoonlijkheidsproblematiek beschouwd kunnen worden als competente

volwassenen die incompetent gedrag vertonen in de interactie met anderen, zoals beschreven door Dawson en MacMillan (1993). Daarom wordt in de behandeling het contact tussen cliënten en anderen centraal gesteld. Zodra cliënten in oude en incompetente patronen vervallen, nemen behandelaars niet deel aan zulke patronen, zodat cliënten kunnen oefenen met nieuw en competent gedrag. Om de gelegenheid tot interactie en contact te vergroten, wordt gebruikgemaakt van groepspsychotherapie. In vergelijking met individuele therapie is er in een groep meer interactie. Ook verhoogt het groepsproces de spanning bij cliënten, waardoor de weerstand sneller geactiveerd raakt en dus ook sneller bewerkt kan worden

Bij Scelta Den Haag wordt verbale psychotherapie met lichaamsgerichte psychotherapie gecombineerd. Bij beide vormen wordt de spanning bij cliënten geoptimaliseerd, waarmee wordt bedoeld dat zij genoeg angst voelen om eraan te werken, maar voorkomen wordt dat de spanning zo hoog oploopt dat bewerking niet haalbaar is. Dit wordt ook wel *window of tolerance* genoemd (Siegel, 1999), ofwel het ijzer smeden als het lauw is. Bij mensen met cluster B-problematiek is het ijzer vaak te heet en zijn (emotie)begrenzende technieken nodig; bij mensen met cluster C-problematiek is het ijzer vaak te koud en zijn (emotie)verdiepende technieken nodig.

Het toevoegen van lichaamsgerichte psychotherapie is ingegeven vanuit de ervaring dat veel van de cliënten verbaal sterk zijn en hierdoor in een verbale therapievorm hun weerstand en vermindering in stand kunnen houden, maar weinig contact met het eigen lichaam hebben en hierover moeilijk kunnen

verbaliseren. Hierin speelt mee de veelal vroegtijdige verwaarlozing of traumatisering die onze cliënten als kind hebben doorstaan. Soms zelfs al in een preverbale fase, waarbij een nonverbale ingang nodig is, omdat er geen woorden zijn. Maar ook de effecten van vroegkinderlijke verwaarlozing of traumatisering in latere ontwikkelingsfasen van de kindertijd hebben waarschijnlijk impact op

De ambivalente motivatie tot verandering maakt de behandeling ingewikkeld

de lichamelijke en neurobiologische ontwikkeling, zo wordt steeds meer duidelijk uit het werk van onder andere Perry (2007) en Van der Kolk (2014). Het gemis aan lichamelijke ervaringen met bevestigd, gerustgesteld en begrensd worden in de (vroeg) kindertijd, leidt tot een gemis om lichamelijke sensaties te kunnen waarnemen of te kunnen verwoorden. Bovendien hebben ze door hun voorgeschiedenis angst aangeleerd voor intermenselijk contact en kunnen zij dus ook bang zijn voor hun therapeut, wat de behandeling bemoeilijkt. De capaciteit van deze mensen om zichzelf emotioneel te reguleren via positieve relaties met anderen is beschadigd dan wel niet opgebouwd (Ogden, 2000). Ze maken minder onderscheid tussen gevoel en gedrag, maken de ander verantwoordelijk voor het eigen gevoel en hebben ook de ander nodig om zichzelf te begrenzen. Lichaamsgerichte psychotherapie biedt kansen om nieuwe (symbolische) lichamelijke ervaringen op te doen, zodat de mogelijkheid tot mentaliseren over ervaringen ont-

staat, ondanks de verbale weerstand. Het aan den lijve opdoen van positief corrigerende intermenselijke ervaringen is een belangrijk doel in het lichaamsgerichte onderdeel (Winette & Baylin, 2017).

Lichaamsgerichte psychotherapie verschilt van psychomotore therapie door actief te werken met de (leer)geschiedenis van cliënten. Bij psychomotore therapie is deze geschiedenis uiteraard aanwezig, maar wordt er geen expliciete aandacht aan gegeven. Omdat mensen met een dergelijke voorgeschiedenis een overactief stresssysteem hebben, komen ze sneller buiten hun window of tolerance. Psychomotore therapie kan worden toegepast om cliënten te leren hoe ze binnen de window of tolerance kunnen blijven, terwijl de oorzaak van de problematiek buiten beschouwing kan worden gelaten.

In de met lichaamsgerichte psychotherapie gecombineerde groepspsychotherapie werkt de lichaamsgerichte psychotherapeut samen met de verbale behandelaar. Het opdoen van nieuwe intermenselijke en lichamelijke ervaringen wordt gecombineerd met de betekenis daarvan in hun geschiedenis. Ook dit onderdeel heeft een integratief karakter: er wordt gestart met een korte lichaamsgerichte waarnemingsoefening, waarna cliënten inbrengen aan welke thema's zij willen werken. Deze worden vervolgens uitgewerkt met oefenvormen uit persootherapie (Winette & Baylin, 2017), dramatherapie van Moreno en integratieve bewegingstherapie van Petzold, gericht op de verbinding tussen de geschiedenis van de cliënt en hun gedrag in het heden. Groepsleden en therapeuten kunnen een rol spelen binnen de thema's, oude situaties worden in de ruimte gezet, onderzocht wordt wat nodig

was geweest en hoe het is om dit alsnog (symbolisch) te ervaren. Na dit werk volgt een ronde van *sharing*, waarin de anderen delen wat het werk raakt in henzelf en aan welke ervaringen zij dit kunnen verbinden.

Cliënten die deelnemen aan deze groepspsychotherapie (van tweeënhalf uur per week), volgen aanvullend geen enkele andere behandeling dan wel ondersteuning. Deze behandeling wordt dus aangeboden als monotherapie, waarmee afgeweken wordt van de richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos, 2008), waarin individuele ondersteuning naast ambulante groepstherapie juist wordt aangeraden. Deze keuze komt vanuit de overtuiging dat cliënten de kracht hebben om verantwoordelijkheid zelf te kunnen dragen als competente volwassenen (Dawson & Macmillan, 1993). Daarbij versterkt het de verbinding met groepsgenoten en wordt direct gewerkt aan de balans tussen zorgbehoefte en de wens tot autonomie. Meer individuele ondersteuning kan de nei-

Bij beide vormen wordt het ijzer gesmeed als het lauw is

ging tot incompetent gedrag soms juist versterken. Bij de indicatiestelling speelt de inschatting van draagkracht dan ook een belangrijke rol. In de klinische praktijk bij Scelta zijn zowel behandelaren als cliënten positief over deze vorm van therapie.

Dit onderzoek richt zich op informatie afkomstig van zelfrapportage-vragenlijsten bij

deze behandelvorm om de klinische indruk te onderbouwen. De verwachting is dat onze behandeling wél samengaat met uitkomsten zoals beschreven in de richtlijn behandeling persoonlijkheidsstoornissen:

- een afname in de ernst van persoonlijkheidsproblematiek;
- klachtenreductie;
- een toename in de kwaliteit van leven, waarbij ook wordt verwacht dat cliënten na deze behandeling succesvol met ontslag gaan, dat wil zeggen dat zij geen nazorg of doorverwijzing nodig hebben.

Methode

Bij elke proefpersoon werd herhaaldelijk volgens een bepaalde interval een meting uitgevoerd. De verschillen tussen deze metingen werden vervolgens geanalyseerd.

Deelnemers en setting

De onderzoeksperiode liep van 2013 tot en met 2017. Daarin zijn 77 cliënten geïncludeerd voor dit onderzoek, 49 vrouwen en 28 mannen. De leeftijd varieerde van 20 tot 55 jaar oud.

Alle cliënten hadden een persoonlijkheidsstoornis, vastgesteld door een intakegesprek met een psycholoog (GZ of KP), psychiatrisch onderzoek en bespreking door de intakestaf. Deze diagnose is niet bepalend voor deelname, dat wil zeggen dat elke diagnose in de groep behandeld kan worden. In de praktijk blijken dit vooral cluster B- en C-persoonlijkheidsstoornissen en gemengde vormen hiervan. De samenstelling in de groep is dus gemengd wat betreft diagnose. Een aantal cliënten kwam direct vanuit de intakeprocedure in deze behandeling, anderen volgden eerst een individueel traject,

een gestructureerde groepsbehandeling of een combinatie hiervan. Het merendeel van onze cliënten heeft elders al behandeling ondergaan, ofwel van resistent gebleken klinische stoornissen, maar ook al vanwege persoonlijkheidsproblematiek. De inclusie- en exclusiecriteria voor het onderzoek waren gelijk aan die van de groepspsychotherapie: geen comorbide As I-stoornissen die behandeling vergen, en voldoende vaardigheden tot emotieregulatie.

Procedure

Bij de start van de behandeling werd de eerste meting per e-mail afgenomen. De vragenlijsten werden vervolgens eens per drie maanden per e-mail toegestuurd. Voor dit onderzoek gold de eerste meting tijdens de groepsbehandeling als nulmeting. De uitslagen werden eens per zes maanden groepsgewijs besproken tijdens de behandel-evaluatie. Indien cliënten de vragenlijsten niet invulden, werden ze hier in de groep op aangesproken door de behandelaren; eventueel werden ze gebeld. Dit is slechts in enkele gevallen nodig gebleken.

Behandeling

Het betreft een open groepsbehandeling, er is instroom en uitstroom mogelijk terwijl de therapie doorloopt. De uitstroom wordt bepaald tijdens de halfjaarlijkse evaluatie aan de hand van de in het behandelplan gestelde doelen. De groepspsychotherapie bestaat uit een verbaal (45 minuten) en een lichaamsgericht onderdeel (90 minuten), met daartussen een kwartier pauze. Bij beide onderdelen zijn twee behandelaren; bij het verbale deel is minimaal één behandelaar een klinisch psycholoog of psychotherapeut, bij het lichaamsgerichte onderdeel is minimaal

een van de behandelaren een lichaamsgerichte psychotherapeut, dan wel een academisch geschoolde psychomotore therapeut.

Om te bepalen of de deelnemers succesvol met ontslag gaan, bekeken zowel de onderzoeker als een collega die niet betrokken is bij de behandeling de ontslagbrieven uit het elektronisch patiëntendossier. Indien geen overeenkomst werd gevonden, beoordeelde een andere onafhankelijke collega. Met de term succesvol ontslag wordt bedoeld dat de behandeldoelen behaald zijn of dat de persoonlijkheidsstoornis dusdanig is afgenomen in ernst dat verdere behandeling niet nodig is.

Instrumenten

Voor dit onderzoek werden drie vragenlijsten gebruikt, die verandering door behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek meten.

OQ-45: de *Outcome Questionnaire* is een vragenlijst die is ontwikkeld om verandering van klachten te meten gedurende een behandeling (Lambert e.a., 1996, 2004). De vragenlijst bestaat uit 45 items die gescoord worden op een 5-punts antwoordschaal van 'nooit' tot 'bijna altijd'. Het functioneren van de cliënt wordt in kaart gebracht op drie subschalen:

1. symptomen (waaronder angst, depressie, middelengebruik);
2. interpersoonlijk functioneren/interpersoonlijke problemen (relaties met partner, familie en vrienden);
3. functioneren in sociale rollen/maatschappelijk functioneren (school, werk en vrije tijd). Een hogere schaalscore duidt op meer symptomen, slechtere interpersoon-

lijke relaties of slechter maatschappelijk functioneren in de afgelopen week. Onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de OQ-45 wijst uit dat de betrouwbaarheid en validiteit voldoende tot goed is (Lambert et al., 1996, De Beurs et al. 2005, De Jong 2007). De resultaten worden weergegeven ten opzichte van Nederlandse normscores. De Nederlandse *cut-off score* voor klinisch disfunctioneren is groter of gelijk aan 55 en een verandering van minimaal veertien punten op de OQ wordt gezien als een betrouwbare verandering, met andere woorden een significante verandering (De Jong e.a. 2007). In dit onderzoek werd de totaalscore gebruikt om het klachtenniveau zo volledig mogelijk te meten.

STIPP-SF: De *Severity indices of personality problems-short form* is een zelfrapportagevragenlijst die structurele veranderingen in de persoonlijkheid meet. Het is de verkorte vorm van de SIPP-118 (Feenstra et al., 2011) die belangrijke componenten van persoonlijk functioneren meten, verdeeld in zestien facetten, die te passen zijn in vijf klinisch te interpreteren overstijgende domeinen:

1. zelfcontrole: het vermogen om emoties en impulsen te tolereren, te gebruiken en te controleren;
2. identiteitsintegratie: het vermogen om zichzelf en zijn/haar leven als stabiel, geïntegreerd en zinvol te beschouwen;
3. verantwoordelijkheid: realistische doelen kunnen stellen en het vermogen om deze doelen te bereiken in lijn met de verwachtingen die hij/zij heeft opgewekt bij anderen;
4. relationele functies: het vermogen om oprecht om anderen te geven en zich

gewaardeerd te voelen door anderen, persoonlijke ervaringen te delen met anderen, naar anderen te luisteren en zich te binden aan anderen;

5. sociale concordantie: het vermogen om de identiteit van een ander te waarderen, om agressieve impulsen jegens anderen achterwege te laten en samen te kunnen werken met anderen.

Deze domeinen scoren goed op zowel convergerende, discriminerende en voorspellende validiteit. De betrouwbaarheid is voldoende, evenals de sensitiviteit voor verandering (Verheul et al., 2008). In het onderzoek werden deze schalen gebruikt om de ernst van de persoonlijkheidskenmerken te meten.

WHOQoL-Bref: de *World health organization quality of life Bref* is een verkorte vorm van de WHOQoL 100 (WHO, 1994), waarin de kwaliteit van leven wordt gedefinieerd als de perceptie van het individu van zijn positie in het leven, rekening houdend met hun cultuur en bijkomende set van normen en waarden, ten opzichte van hun doelen, verwachtingen, normen en zorgen. Onderzoek van de WHOQoL groep heeft uitgewezen dat de vragen te verdelen zijn over vier domeinen: omgeving, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en sociale relaties. In het onderzoek werden deze schalen gebruikt om de kwaliteit van leven te meten. Een lagere schaalscore wijst op een lager ervaren kwaliteit op het betreffende domein.

Statistische analyses

SPSS 25 werd gebruikt voor de uitvoering van de statistische analyses.

Er werden beschrijvende analyses gedaan om de onderzoeksgroep in kaart te brengen. De dataverzameling betrof een geselecteerde

groep, namelijk cliënten die deelnemen aan de beschreven behandeling.

Van de 77 deelnemers zijn achttien cliënten vroegtijdig met hun behandeling gestopt. De redenen hiervoor waren verschillend, evenals de behandelduur waarna gestopt werd. Drie cliënten zijn gestopt vanwege een verkeerde diagnose, die in de groepsbehande-

Van de deelnemers heeft 69% de therapie met succes afgesloten

ling duidelijk werd (tweemaal waren er sterke aanwijzingen voor een autismespectrumstoornis, eenmaal voor een dissociatieve-identiteitsstoornis). Drie cliënten kozen ervoor om vanwege een toename in lichamelijke klachten of een problematische gezinsituatie te stoppen. Twaalf cliënten stopten met de groep nadat zij waren aangesproken op therapie-ondermijndend gedrag in of buiten de groep (agressie, middelenmisbruik, passiviteit), ofwel op eigen initiatief ofwel op initiatief van de behandelaren. De gegevens van alle deelnemers, inclusief deze dropouts werden meegenomen in dit onderzoek.

Bij dit onderzoek werden herhaalde metingen gebruikt waarbij de hoeveelheid metingen en de tijdstippen van de metingen verschilden per cliënt. Bij herhaalde metingen is het waarschijnlijk dat twee metingen van dezelfde persoon meer op elkaar lijken dan twee metingen van verschillende personen. De metingen binnen dezelfde persoon zijn dan niet onafhankelijk, bovendien zijn er verschillen in het tijdstip waarop de metin-

gen zijn ingevuld en de maat van de intervallen tussen twee metingen. Om met al deze variaties om te gaan is gekozen voor multilevelanalyse.

Deze analyses zijn gebruikt om per schaal of domein per vragenlijst te onderzoeken hoe de uitkomsten gedurende de behandeling veranderen. Hierbij is Akaike's Information Criterion (AIC; Akaike, 1974) gebruikt als modelfitmaat. Hoe lager de AIC, des te beter het model bij de data past. De AIC is asymptotisch equivalent aan kruisvalidatie, wat inhoudt dat de getrokken conclusie zich het best laat vertalen naar data die zich buiten de steekproef bevinden (Fang, 2010). Allereerst werd gekeken of een model met een fixed lineair tijdseffect beter is dan een model zonder dit effect. Hieraan werden respectievelijk toegevoegd (1) een random effect voor tijd, (2) een fixed kwadratisch tijdseffect, (3) een random kwadratisch tijdseffect, (4) een hoofdeffect voor geslacht, (5) een interactie-effect voor geslacht en lineaire tijd, (6) een hoofdeffect voor leeftijd en (7) een interactie-effect voor leeftijd en lineaire tijd. Wanneer bij een bepaalde stap de AIC verlaagde, werd het toegevoegde effect meegenomen naar het volgende model. Zo niet, dan werd deze verwijderd.

Resultaten

Van de 77 deelnemers hebben 53 cliënten (69%) de groepspsychotherapie met succes afgesloten. Twee cliënten hebben als nazorg maximaal vijf individuele gesprekken gekregen. Vier cliënten hebben zich na twee jaar opnieuw bij ons aangemeld, waarvan drie een kortdurende individuele behandeling kregen ter opfrissing en één opnieuw deelnam aan de groepsbehandeling.

De behandelduur varieerde van één maand tot 37 maanden, waarbij 22 maanden de meest voorkomende behandelduur was en 17,7 de gemiddelde behandelduur. Van de 77 deelnemers zijn achttien cliënten vroegtijdig met hun behandeling gestopt zoals hierboven beschreven, dat is 23%. Een percentage drop-out van 37% is veelvoorkomend bij groepstherapie voor persoonlijkheidsproblematiek (Mc Muran, Huband & Overton, 2010).

De OQ-45 laat een verbetering zien op groepsniveau, met een zeer lichte kwadratische afzwakking (zie tabel 2). Er is sprake van klachtreductie, waarbij de mate van afname van de klachten met de tijd steeds wat kleiner wordt.

De SIPP-SF laat een verbetering zien op groepsniveau voor elk domein (tabel 3 tot en met 7). Op het domein Identiteitsintegratie is hierbij sprake van een effect voor geslacht: mannen verbeteren meer (tabel 3), bij het domein Verantwoordelijkheid geldt dit ook voor de factor geslacht, maar verbeteren mannen relatief minder (tabel 6).

De WHOQoL-BREF laat een verbetering zien op groepsniveau op alle domeinen (tabel 8 en 9). Op het domein Lichamelijke gezondheid verbeteren mannen relatief sneller en meer dan vrouwen (tabel 8). Op het domein Omgeving is er een kwadratische afzwakking, dat wil zeggen dat de mate en snelheid van verbetering op dit domein afzwakt met de tijd (tabel 8). Op het domein Psychologische gezondheid verbeteren mannen relatief meer dan vrouwen (tabel 9).

Tabel 1. *Beschrijvende statistische gegevens van de metingen*

		Meting	N	Min.	Max.	Mean	SD
OQ totaal		T 0	502	27,00	138,00	82,3	22,56
		T eind		9,00	133,00	57,78	28,00
SIPP-SF	Identiteitsintegratie	T 0	489	31,85	76,61	52,58	11,12
		T eind		35,80	79,25	63,54	12,68
	Relationele functies	T 0		29,94	71,26	51,40	11,04
		T eind		29,49	75,06	59,48	11,01
	Sociale concordantie	T 0		26,60	68,58	52,08	10,24
		T eind		23,71	68,58	56,00	9,21
	Verantwoordelijkheid	T 0		53,17	68,22	53,17	9,07
		T eind		36,07	68,22	58,25	8,70
Zelfcontrole	T 0		32,94	70,56	53,50	9,74	
	T eind		30,51	70,56	61,21	9,77	
WHOQoL-BREF	Lichamelijke gezondheid	T0	483	6,29	18,86	12,87	3,03
		T eind		5,71	19,43	14,55	3,50
	Omgeving	T0		8,00	19,50	14,28	2,52
		T eind		10,00	20,00	15,78	2,60
	Psychologische gezondheid	T0		6,00	17,33	10,65	2,67
		T eind		6,00	19,33	13,46	3,05
	Sociale relaties	T0		4,00	20,00	11,82	3,88
		T eind		5,33	20,00	13,92	2,80

Tabel 2. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyse m.b.t. de OQ-45 totaalscore

OQ totaalscore			
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	81,93	2,62	< 0,001
Tijd	-0,31	0,07	< 0,001
Tijd*Tijd	0,0007	< 0,001	0,18
(Co)variantie			
	(Co)variantie	SE	
Random effects			
Intercept	403,26	85,96	
Tijd	0,19	0,06	
Tijd*Tijd	< 0,001	< 0,001	
Intercept + Tijd	-2,33	1,88	
Intercept + Tijd*Tijd	0,02	0,01	
Tijd + Tijd*Tijd	-0,001	< 0,001	
Level-1 residual	192,81	15,13	

Tabel 4. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyses voor het domein Relationale functies van de SIPP-SF

Relationale functies			
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	52,233314	1,16755	< 0,001
Tijd	0,101681	0,019194	< 0,001
Tijd*Tijd	-0,000322	< 0,001	0,02
Geslacht (m)			
(Co)variantie			
	(Co)variantie	SE	
Random effects			
Intercept	83,910536	15,968293	
Tijd	0,002775	0,0014	
Tijd*Tijd			
Intercept + Tijd	-0,103331	0,109242	
Intercept + Tijd*Tijd			
Tijd + Tijd*Tijd			
Level-1 residual	31,970777	2,454423	

Tabel 3. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyses voor het domein Identiteitsintegratie van de SIPP-SF

Identiteitsintegratie			
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	53,217616	1,532859	< 0,001
Tijd	0,073633	0,038733	0,062
Tijd*Tijd	0,000234	< 0,001	0,395
Geslacht (m)	3,436063	2,30494	0,14
(Co)variantie			
	(Co)variantie	SE	
Random effects			
Intercept	97,72	20,29	
Tijd	0,07	0,02	
Tijd*Tijd	< 0,001	< 0,001	
Intercept + Tijd	-1,05	0,49	
Intercept + Tijd*Tijd	0,008	0,003	
Tijd + Tijd*Tijd	-0,0004	< 0,001	
Level-1 residual	38,88	3,1	

Tabel 5. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyses voor het domein Sociale concordantie van de SIPP-SF

Sociale concordantie			
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	52,42704	1,104165	< 0,001
Tijd	0,05022	0,016849	< 0,01
Tijd*Tijd	-0,000181	< 0,001	0,13
Geslacht (m)			
(Co)variantie			
	(Co)variantie	SE	
Random effects			
Intercept	77,884532	14,507014	
Tijd	0,00264	0,001149	
Tijd*Tijd			
Intercept + Tijd	-0,233832	0,102733	
Intercept + Tijd*Tijd			
Tijd + Tijd*Tijd			
Level-1 residual	23,925273	1,830236	

Tabel 6. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multilevelanalyses voor het domein Verantwoordelijkheid van de SIPP-SF

	Verantwoordelijkheid		
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	54,615003	1,174477	< 0,001
Tijd	0,045707	0,012054	< 0,001
Tijd*Tijd			
Geslacht (m)	-3,940915	1,790583	0,03
(Co)variantie SE			
Random effects			
Intercept	61,547361	11,782956	
Tijd	0,006167	0,001946	
Tijd*Tijd			
Intercept + Tijd	-0,258586	0,120631	
Intercept + Tijd*Tijd			
Tijd + Tijd*Tijd			
Level-1 residual	21,176571	1,641896	

Tabel 7. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyses voor het domein Zelfcontrole van de SIPP-SF

	Zelfcontrole		
	B	SE	p
Fixed effects			
Intercept	54,320788	1,12122	< 0,001
Tijd	0,094173	0,026732	0,001
Tijd*Tijd	-0,00021	< 0,001	0,26
Geslacht (m)			
(Co)variantie SE			
Random effects			
Intercept	80,921333	15,571685	
Tijd	0,029293	0,008407	
Tijd*Tijd	< 0,001	< 0,001	
Intercept + Tijd	-0,924775	0,306746	
Intercept + Tijd*Tijd	0,005397	0,002047	
Tijd + Tijd*Tijd	-0,00016	< 0,001	
Level-1 residual	22,331262	1,782787	

Tabel 8. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken voor de multi-levelanalyses voor de domeinen Lichamelijke gezondheid en Omgeving van de WHOQoL-BREF

	Lichamelijke gezondheid			Omgeving		
	B	SE	p	B	SE	p
Fixed effects						
Intercept	12,72	0,41	< 0,001	14,36	0,26	< 0,001
Tijd	0,02	0,01	< 0,001	0,02	< 0,01	< 0,001
Tijd*Tijd	-0,0001	< 0,001		-0,0001	< 0,001	0,025
Geslacht (m)	0,59	0,66	0,38			
Geslacht*Tijd	0,01	0,01	0,14			
(Co)variantie SE						
Random effects						
Intercept	6,41	1,27		4,19	0,78	
Tijd	< 0,001	< 0,001		0,0001	< 0,001	
Tijd*Tijd						
Intercept + Tijd	-0,01	0,01		-0,001	0,01	
Level-1 residual	3,13	0,24		1,46	0,11	

Tabel 9. Regressieparameters en bijbehorende teststatistieken van de domeinen Psychologische gezondheid en Sociale relaties van de WHOQoL-BREF

	Psychologische gezondheid			Sociale relaties		
	B	SE	p	B	SE	p
Fixed effects						
Intercept	10,54	0,37	< 0,001	12,17	0,40	< 0,001
Tijd	0,03	0,01	< 0,001	0,01	< 0,01	0,001
Tijd*Tijd	-0,0001	< 0,001	0,03			
Geslacht (m)	1,00	0,58	0,09			
Geslacht*Tijd						
	(Co)variantie	SE		(Co)variantie	SE	
Random effects						
Intercept	4,99	1,06		10,27	1,98	
Tijd	< 0,001	< 0,001		< 0,001	< 0,001	
Tijd*Tijd						
Intercept + Tijd	-0,0001	< 0,01		-0,04	0,02	
Level-1 residual	3,18	0,25		4,47	0,34	

Samenvatting van de resultaten: de met lichaamsgerichte psychotherapie gecombineerde groepspsychotherapie gaat samen met afname van klachten, vermindering van ernst van persoonlijkheidspathologie en verbetering van kwaliteit van leven. Van de deelnemers sluit 69% succesvol de behandeling af, met een drop-outpercentage van 23%.

Discussie

Dit onderzoek heeft als doel om een specifieke groepspsychotherapie gegeven bij Scelta Den Haag aan cliënten met persoonlijkheidsstoornissen wetenschappelijk te onderbouwen. De met lichaamsgerichte psychotherapie gecombineerde groepspsychotherapie is in de klinische praktijk ontstaan uit klinische ervaring, gezond verstand en klinische intuïtie, oorspronkelijk als

aanvulling op een reeds bestaande verbale groepspsychotherapie. De multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos, 2008) wordt niet gevolgd. Wel is sprake van een duidelijk behandelkader, aandacht voor de kwaliteit van de therapeutische

*Deze therapie is ontstaan
uit klinische ervaring,
gezond verstand
en klinische intuïtie*

relatie en actief behandelen zoals beschreven in de Geïntegreerde richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen (Hutsebaut en Kaasenbrood, 2015). In de klinische praktijk lijken de uitkomsten van deze behandeling goed; zowel behandelaren, cliënten als ver-

wijzers zijn enthousiast. In de afgelopen zes jaar is deze behandeling dan ook jaarlijks met een parallelgroep uitgebreid, inmiddels lopen er zeven van deze groepen parallel. Deze behandeling lijkt bovendien kosteneffectief: er zijn negen deelnemers die naast deze behandeling geen individuele contacten met een hulpverlener hebben; het kost

Het onderscheid tussen lichaamsgerichte psychotherapie en psychomotorische therapie is toch wat vaag

tweeënhalf uur per week, wat het voor cliënten mogelijk maakt om deel te nemen aan het maatschappelijk leven en ook voor de behandelaren is de tijdsinvestering beperkt. Echter, enthousiasme en een positieve klinische indruk wil nog niet zeggen dat deze behandeling ook zinvol is. Met dit onderzoek is een start gemaakt om dit te onderbouwen. Een start, omdat er een belangrijke tekortkoming aan dit onderzoek is: er ontbreekt een controlegroep of een groep met een reeds bewezen behandelmethodede. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen niet causaal verbonden worden met de lichaamsgerichte methode gebruikt in deze behandeling. Het is fijn dat de uitkomsten positief zijn, maar of dit komt door deze behandeling kan niet worden vastgesteld. En er kan al helemaal niet gezegd worden of deze behandeling beter of slechter is dan reeds bewezen behandelingen, want er is geen mogelijkheid tot vergelijking. Hooguit kan

gezegd worden dat deze behandelvorm samengaat met positieve uitkomsten. Het betreft een integratieve psychotherapievorm, waardoor moeilijk vast te stellen is welke elementen wanneer toegepast worden. Het huidig onderzoek is hier ook niet op gericht, toch zou het interessant zijn te weten wat nou precies werkt en vooral: welk percentage daarvan kan worden toegeschreven aan de toevoeging van het lichaamsgerichte psychotherapie deel. Het is dan ook aan te bevelen om in vervolgonderzoek de beschreven behandelvorm te vergelijken met alleen een verbale groepspsychotherapie. Bovendien is het onderscheid tussen lichaamsgerichte psychotherapie en psychomotorische therapie toch wat vaag en zou het interessant zijn om dit helderder te krijgen. Herhaaldelijk rondvragen bij collega's leverde weinig concrete aanwijzingen op en ook in de literatuur is hier weinig over te vinden; in een enkel artikel blijken er vooral verschillen te zijn in naamgeving afhankelijk van de geografische ontstaansgeschiedenis (Probst et. al, 2010). Het maken van beeldopnames om deze op interventies te analyseren, en het liefst ook te vergelijken met beeldopnames van groepspsychomotorische therapie, zou hierop wat meer licht kunnen laten schijnen.

Een ander methodologisch punt betreft het ontbreken van formele vaststelling van het soort persoonlijkheidsstoornis in dit onderzoek. De intakeprocedure bij Scelta maakt over het algemeen geen gebruik van meetinstrumenten bij het diagnosticeren en blijkt solide genoeg in de praktijk: er hoeft weinig te worden bijgesteld aan de diagnose in de loop van de behandelingen bij Scelta. Evengoed is dit te mager voor wetenschappelijke doeleinden, de diagnose is niet objectief

vastgelegd en hierdoor kunnen ook geen uitspraken worden gedaan over de samenstelling in de groep of hoe de verschillende soorten persoonlijkheidsstoornissen op elkaar inwerken. Ook kan niks gezegd worden over de verdeling van persoonlijkheidsstoornissen per geslacht. Uit de resultaten blijkt een effect van geslacht op de ernst van de persoonlijkheidskenmerken: mannen verbeteren meer op het gebied van het zichzelf kunnen zien als stabiel, geïntegreerd en zelfbeeld (domein Identiteitsintegratie SIPP-SF), maar minder dan vrouwen op het gebied van het stellen van realistische doelen en zich aan de afspraken te houden bij het bereiken van deze doelen (domein Verantwoordelijkheid SIPP-SF). Of hierin (ook) een effect is van persoonlijkheidsstoornis in relatie tot geslacht zou interessant zijn om te weten.

De ambitie van de onderzochte behandeling is om tot dusdanig herstel van persoonlijkheidsstoornissen te komen, dat doorverwijzing of latere behandeling (door terugval)

Een controlegroep of een groep met een al bewezen behandelmethode ontbreekt

niet nodig zijn. De cijfers zien er gunstig uit, maar om echt te weten of cliënten zich niet elders aanmelden, zou dit nagevraagd moeten worden. Echter, er is aan cliënten geen toestemming gevraagd om na ontslag contact met hen op te nemen. Helaas is dus onbekend of ze daadwerkelijk succesvol met ontslag zijn gebleven. In dit onderzoek

is bij de dataverzameling uitgegaan van veronderstelde toestemming, voor gebruik om interne kwaliteit bij onze instelling te verbeteren. Zeker gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen omtrent persoonsgegevens en de discussies over het gebruik van ROM data, zou bij een vervolgstudie het passender zijn om expliciete toestemming te verkrijgen.

Uit dit onderzoek komen aanwijzingen dat deze afwijkende behandelvorm samengaat met positieve uitkomsten. Dat is een eerste argument om deze behandelvorm voort te zetten. Des te belangrijker om te vervolgen met een onderzoek waarin de methodologische tekortkomingen van dit onderzoek worden opgelost en uitgezocht kan worden of de positieve uitkomsten door deze behandelvorm komt en hoe dit precies werkt.

Conclusie

In Scelta Den Haag is gekozen voor een groepspsychotherapie gecombineerd met lichaamsgerichte groepspsychotherapie bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. In deze behandeling staat het contact met cliënten centraal vanuit de veronderstelling dat er sprake is van competente personen die incompetent gedrag vertonen. In de groep wordt gewerkt met optimale spanning (*window of tolerance*) en het lichaamsgerichte deel biedt de mogelijkheid om verbale weerstand te omzeilen. Ook de vroegkinderlijke verwaarlozing en traumatisering in de voorgeschiedenis van cliënten wordt gericht behandeld door toevoeging van lichaamsgerichte psychotherapie. Door middel van herhaalde metingen is onderzocht of deze behandelvorm samen gaat met klachtenreductie, vermindering

van ernst van persoonlijkheidsproblematiek en een toename in de kwaliteit van leven, bij 77 cliënten in de periode van 2013 tot en met

2017. Dit blijkt inderdaad het geval. Van de cliënten sluit 69% succesvol de behandeling af, met een drop-out van 23%.

Literatuur

Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716-723.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based treatment*. Oxford: University press.

Dawson, D. & MacMillan, H.L. (1993). *Relationship management of the borderline patient*. New York: Brunner/Mazel.

Fang, Y. (2011). Asymptotic equivalence between cross-validations and Akaike information criteria in mixed-effects models. *Journal of Data Science*, 9(1), 15-21.

Genderen, van, H. & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie voor borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

Gerhardt, S. (2009). *Waarom liefde zo belangrijk is. Hoe de liefde voor je baby zijn hersenen vormt*. Schiedam: Scriptum.

Hellinga, G. (1999). *Lastige lieden, een inleiding over persoonlijkheidsstoornissen*. Amsterdam: Boom.

Hutsebaut, J. & Kaasenbrood, A. (2015). Geïntegreerde richtlijnbehandeling persoonlijkheidsstoornissen I. *PsyXpert*, 1, 63-68.

Kolk, van der B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind and body in the healing of trauma*. New York: Penguin.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis* (2008). Utrecht: Trimbos-Instituut.

Leijssen, M. (2001). Lichaamsgerichte interventies in de psychotherapeutische hulpverlening: waardevol en ethisch verantwoord? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 3, 195-217.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C.L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York: Guilford Press.

McMuran, M., Huband, N. & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: a systematic review of correlates, consequences and interventions. *Clinical Psychological Review*, 30(3), 277-287.

Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, volume VI (3), 149-173.

Perry, B. & Szalavitz, M. (2007). *The boy who was raised as a dog: and other stories from a child psychiatrist's notebook*. New York: Basic books.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.

Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.

Wetzelaer, P., Lokkerbol, J., Arntz, A., Van Asselt, A. & Evers, S. (2016). Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen; een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, (58)10, 717-727.

Winette, P. & Baylin, J. (2017). *Working with traumatic memories to heal adults with unresolved childhood trauma: Neuroscience, attachment theory and psycho motor psychotherapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

.....