

De effectiviteit van re-integratietraining versus boostersessies na kortdurende klinische psychotherapie: een gerandomiseerd klinisch onderzoek

M.M THUNNISSEN, H. J. DUIVENVOORDEN, J. VAN BUSSCHBACH, L. HAKKAART-VAN ROIJEN, W. VAN TILBURG, R. VERHEUL, W. TRIJSBURG†

ACHTERGROND Uit standaardevaluatieonderzoek in een groot aantal Nederlandse instellingen voor klinische psychotherapie, al dan niet in deeltijd, blijkt er een significante reductie in klachten tussen opname en follow-up na een jaar. De arbeidssituatie van ex-patiënten verandert echter nauwelijks en een aanzienlijke groep patiënten blijft in psychotherapie.

DOEL Onderzoeken van de effectiviteit van een speciaal opgezette re-integratietraining.

METHODE De deelnemende 128 patiënten kregen aselect hetzij re-integratietraining, gericht op verbeterd functioneren in werk en relaties, hetzij boostersessies. Uitkomstmaten waren symptomen, werkstatus, ziekteverzuim en verdere psychotherapie.

RESULTATEN Na twee jaar bleef het aantal patiënten met betaald werk in de re-integratietraining gelijk (76%), in de boostersessies steeg het van 67 naar 87%. Bovendien was de deelname aan de boostersessies groter. In de overige uitkomstmaten was er geen verschil.

CONCLUSIE De re-integratietraining was niet effectiever dan de boostersessies. Onze hypothese is dat continuïteit van zorg wat betreft therapeuten en programma de betere resultaten van de boostersessies verklaart.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)2, 75-86]

TREFWOORDEN effectiviteit, klinische psychotherapie, nabehandeling, persoonlijkheidsstoornissen

In een aantal studies wordt de effectiviteit aangetoond van langdurige ambulante of dagklinische psychotherapie (een jaar of langer) bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Bateman & Fonagy 2001; Høglend 1993; Leichsenring & Leibling 2003; Perry e.a. 1999; Stevenson & Meares 1992; Winston e.a. 1991). Ook kortdurende dagbehandeling of klinische behandeling (vier of vijf maanden) blijkt effectief, vooral wat betreft symptoma-

tische verbetering (Friis 1995; Piper e.a. 1993). Om structurele veranderingen in afweerstijl (Piper e.a. 1993) en sociaal functioneren (Perry e.a. 1999) te bewerkstelligen lijkt langerdurende behandeling nodig.

In Nederland is ruime expertise opgebouwd met (dag)klinische psychotherapie, die bovendien protocollair consistent wordt geëvalueerd, op dit moment in 33 afdelingen van 15 ggz-instellingen

(Nugter e.a. 1998; SWOPG 1997; 1999; 2002). Uit dit standaardevaluatieonderzoek blijkt dat een jaar na kortdurende klinische psychotherapie (behandelduur 3-4 maanden) 76% van de patiënten een afname van klachten vertoonde; echter: slechts 30% had werk, en 88% was nog in psychotherapie (SWOPG 2002). Een van de oorzaken hiervan zou kunnen zijn een te abrupte overgang van de intensieve klinische behandeling naar de maatschappij (Thunnissen e.a. 2000) en te weinig aandacht voor maatschappelijke re-integratie. Wij vroegen ons af of een re-integratietraining, specifiek gericht op werkhervatting en relationeel functioneren, deze uitkomsten zou kunnen verbeteren.

Om de effectiviteit van re-integratietraining aan te kunnen tonen, hebben wij deze vergeleken met de gebruikelijke nabehandeling van twee terugkomdagen (boostersessies). Onze hypothese was ten eerste: wij verwachtten geen verschil in effectiviteit tussen beide vormen van nabehandeling wat betreft symptomatische verbetering. Ten tweede verwachtten wij wel dat de re-integratietraining effectiever zou zijn dan de boostersessies wat betreft het hebben van betaald werk, het verminderen van werkverzuim en van belemmeringen in het werk door klachten en wat betreft het nodig hebben van voortgezette psychotherapie (Thunnissen 2006).

METHODE

Patiënten Gemiddeld wordt 50% van de patiënten die zich aanmeldt op de afdeling Kortdurende Klinische Psychotherapie (KKP) van Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong aangenomen na een intensieve intakeprocedure. Selectiecriteria zijn: langdurige persoonlijkheidsproblemen en niet-geslaagde eerdere psychotherapeutische behandeling(en). Exclusiecriteria zijn: middelenmisbruik, psychose in de voorgeschiedenis en andere ernstige as I-stoornissen die mogelijk interfereren met het behandelprogramma.

Om een indruk te geven van de situatie van patiënten en van onze therapeutische aanpak, beschrijven wij eerst een casus.

Casus Patiënte is een 38-jarige vrouw die acht jaar eerder cervixcarcinoom had gehad; sindsdien was zij bang voor de dood. Zij leed aan gevoelens van onzekerheid, faalangst en aan stemmingswisselingen. In haar relatie waren er, sinds zij kanker had gehad, seksuele problemen. Patiënte was de jongste van twee kinderen; haar broer had als kind ernstige gedragsproblemen vertoond, waarop patiënte had gereageerd met angst en zich terugtrekken; zij voelde zich vaak verwaarloosd door haar ouders. Zij had haar universitaire opleiding niet afgemaakt en werkte sindsdien ver onder haar niveau als schoonmaakster en in een winkel; op het moment van aanmelding had zij geen werk. Eerdere psychotherapie had onvoldoende effect gehad. Als diagnose werd gesteld: een gegeneraliseerde angststoornis bij een vrouw met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis.

Primaire behandeling: kortdurende klinische psychotherapie Alle patiënten nemen deel aan de kortdurende klinische psychotherapie. Het behandelprogramma bestaat uit psychodynamische groepspsychotherapie volgens de methodes van de transactionele analyse, verschillende vormen van non-verbale therapie, en sociotherapie in een ontdekkend psychotherapeutisch milieu (Thunnissen e.a. 2000). Aan het begin van de behandeling wordt een kernconflict vastgelegd in een individueel behandelcontract; aan het einde van de behandeling wordt geëvalueerd of dit kernconflict geheel of deels verdwenen is. De behandelgroepen bestaan uit acht patiënten en zijn halfopen: elke zes weken vertrekken vier patiënten en worden er vier nieuwe patiënten per groep opgenomen.

Vervolg casus Het behandelcontract van deze patiënte was erop gericht om haar vermijdende copingstijl te veranderen, haar gevoelens te ervaren in plaats van ze om te zetten in lichamelijke klachten en intimiteit te ondervinden met anderen. In het begin was zij vaak wantrouwend en angstig en vonden groepsleden haar dwingend

en overactief. Vooral in de non-verbale therapieën ontdekte zij hoezeer zij haar angst overdekte met dit gedrag. Zij besprak haar doodsangst sinds de diagnose kanker acht jaar geleden, en welke invloed deze diagnose had op intimiteit met haar partner en met vrienden. Thuis had zij nooit geleerd om steun te zoeken, maar had zij afwijzing ervaren als zij haar problemen wilde bespreken, met als gevolg haar habituele gedrag om zich terug te trekken. Uiteindelijk beëindigde zij de behandeling met een vervuld contract; zij durfde meer intimiteit toe te laten in haar relatie en besloot te gaan samenwonen. Zij werd ingeloot in de re-integratietraining en volgde vijf van de zes middagen. Haar ervaring met deze training was niet zo positief; zij vond deze te algemeen en vond het jammer dat er alleen ingegaan werd op werkgerelateerde problemen en niet op de onderliggende oorzaken.

Bij follow-up, drie jaar na het afsluiten van de behandeling, bleek dat zij een tijdlang minder klachten had gehad. Er was een terugval toen zij met haar partner in een therapie ging die gericht was op hun seksuele problemen; deze had echter niet veel effect. Zij deed op dat moment vrijwilligerswerk met kinderen en gaf cursussen kunstgeschiedenis, maar hoopte in de toekomst betaald werk te vinden; ze had trouwplannen en had veel minder last van haar angsten of van lichamelijke klachten.

Ten tijde van het schrijven van dit artikel, acht jaar na afsluiten van de behandeling, was zij getrouwd en had een goede relatie, al waren de seksuele problemen niet opgelost. Zij werkte als freelancevertaler, wat haar uitstekend beviel. Zij had gemerkt dat ze meer vooruitgang door problemen te accepteren en niet altijd meer iets te willen veranderen; zij had wel nog steeds last van angsten, die zij niet meer zo diep wegstopte, maar die niet overgingen. De instrumenten die zij in de therapie geleerd had, hadden daarop geen vat.

Re-integratietraining De re-integratietraining bestond uit zes geprotocolleerde middagen van drie uur, maandelijks in de drie tot negen

maanden na de klinische behandeling. De training was gericht op het versterken van het probleemoplossende vermogen en werd uitgevoerd door trainers die de patiënt niet eerder behandeld hadden. Een ervaren gezinstherapeut verzorgde de eerste, tweede en zesde sessie. Doel was de integratie van het in de kliniek geleerde in de sociale relaties daarbuiten. De behandelde onderwerpen waren: terugkeer naar de eigen sociale omgeving, veranderingen in relaties ten gevolge van de klinische behandeling, financiën, vrije tijd en woonsituatie. Patiënten mochten een 'belangrijke ander' meenemen gedurende twee van de drie sessies. Een trainer, ervaren in arbeidsre-integratie, verzorgde de derde, vierde en vijfde sessie. Onderwerpen waren: loopbaanontwikkeling, sollicitatietraining en persoonlijke effectiviteit in het werk. Voor de continuïteit begeleidde een maatschappelijk werker alle sessies.

Boostersessies De boostersessies bestonden uit twee terugkomdagen, drie en negen maanden na het einde van de klinische behandeling. De boostersessies bevatten dezelfde onderdelen en werden begeleid door hetzelfde behandelteam als de klinische behandeling: een psychiater of psychotherapeut, twee sociotherapeuten en een non-verbaal werkende therapeut. In aanwezigheid van het hele behandelteam begon elke dag met het inventariseren van zaken waaraan de patiënten wilden werken gedurende de dag. Daarna volgde een sessie creatieve therapie, sociotherapie, psychotherapie en ten slotte een evaluatie.

Uitkomstvariabelen Klachten en symptomen werden gemeten met de *Symptom Check List* (SCL-90, Derogatis 1977; vertaald door Arindell & Ettema 1981). De betrouwbaarheid van de SCL-90 is goed (Cronbachs alfa: 0,97, test-hertestbetrouwbaarheid varieert van 0,78 tot 0,91, afhankelijk van de steekproef).

Het aantal gewerkte uren, werkverzuim en belemmeringen tijdens het werk door gezondheidsproblemen werden nagegaan met de Vragenlijst over Ziekte en Werk (Hakkaart-van Roijen e.a.

1996; 2002), een gevalideerd instrument om kosten door productieverlies te meten. Verzuim van het werk door ziekte werd gemeten in halve dagen gedurende de twee weken vóór het invullen van de vragenlijst. Als belemmeringen tijdens het werk werden gedefinieerd: concentratiestoornissen, in een langzamer tempo moeten werken, zich moeten afzonderen, problemen bij het nemen van beslissingen, werk laten overnemen door anderen of andere problemen. Deze werden als volgt gescoord: 0 = (bijna) nooit; 1 = soms; 2 = vaak; 3 = (bijna) altijd.

De zwaarte en de frequentie van psychotherapeutische behandeling(en), zowel in de twee jaar voor de klinische behandeling als in de twee jaar daarna, werden via zelfrapportage geregistreerd.

Biografische gegevens en opleidingsniveau werden via zelfrapportage geregistreerd bij de intake. Persoonlijkheidsstoornissen werden gemeten met het Gestructureerd Interview voor DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen (SIDP-IV, Pfohl e.a. 1995, vertaald door De Jong e.a. 1996). As 1-stoornissen werden tijdens de intake in een klinisch interview vastgesteld.

Opzet en procedure In de eerste week van de klinische behandeling gaven patiënten schriftelijke toestemming voor deelname aan de studie. Na de klinische behandeling werden patiënten aselekt verdeeld over ófwel de re-integratietraining ófwel de boostersessies. Omdat de groepen tijdens de klinische behandeling halfopen waren, werden de patiënten gerandomiseerd in groepjes van vier (gerandomiseerd blokdesign). Elke nabehandelingsgroep bestond uit twee blokken van vier patiënten. Meetmomenten waren: start van de klinische behandeling, na 3 maanden (einde klinische behandeling), na 6 maanden (begin nabehandeling), na 12 maanden (einde nabehandeling) en na 24 maanden (follow-up).

Statistische analyse Het verschil in effectiviteit tussen de twee condities van nabehandeling werd gemeten op vier uitkomstvariabelen; bovendien werd gemeten aan hoeveel sessies de

ex-patiënten deelnamen. Omdat het aantal sessies voor de twee condities verschilde, werd het percentage daarover berekend. Voor de binaire uitkomstvariabelen werd logistische-regressie-analyse toegepast. Deze variabelen waren het hebben van betaald werk (0 = nee; 1 = ja), werkverzuim (0 = geen verzuim; 1 = elk verzuim van minimaal een halve dag) en belemmeringen in het werk (0 = geen enkele belemmering; 1 = soms tot bijna altijd belemmering). Hierbij werd de oddsratio (OR) gebruikt als maat voor de grootte van het effect.

Voor de continue uitkomstvariabelen, te weten de deelname aan de nabehandeling en de symptomatische verbetering, werd gebruikgemaakt van t-toetsen voor twee onafhankelijke steekproeven. Bij de uitkomstvariabele voortgezette psychotherapie werd een indeling gemaakt in categorieën (geen psychotherapie, minder dan 15 sessies, 15-30 sessies of (dag)klinische behandeling) en werd gebruikgemaakt van een χ^2 -toets voor onafhankelijke waarnemingen.

Het nominale significantieniveau (α -fout) voor de drie binaire uitkomstvariabelen gezamenlijk werd gefixeerd op 0,05 (eenzijdige toetsing) en de β -fout op 0,20. Er werd een effect van gemiddeld 5% verwacht voor de boostersessies en van 20% voor de re-integratietraining. Om een dergelijk verwacht verschil te kunnen detecteren, was een steekproefomvang van 60 patiënten vereist in elke conditie.

Alle analyses werden gedaan volgens het 'Consolidated Standards of Reporting Trials Statement' of CONSORT-verklaring (Moher e.a. 2001), waarbij onder meer het principe van 'intention to treat' werd aangehouden.

Wij kozen ervoor om per meetmoment te toetsen, omdat wij vooral geïnteresseerd waren in de vergelijking tussen de beide condities van nabehandeling op elk meetmoment.

Teneinde verschillen tussen re-integratietraining en boostersessies op een valide wijze statistisch te toetsen werd de invloed, voor zover die er was, uitgeschakeld voor de volgende variabelen: sekse, type persoonlijkheidsstoornis, deelname

aan de nabehandeling en de uitgangswaarde van de corresponderende uitkomstvariabele. Voor deze correctie werd in geval van binaire uitkomstvariabelen gebruikgemaakt van multiële logistische regressieanalyse. Wanneer niet gecorrigeerd werd, werd gebruikgemaakt van t- en χ^2 -toetsen.

RESULTATEN

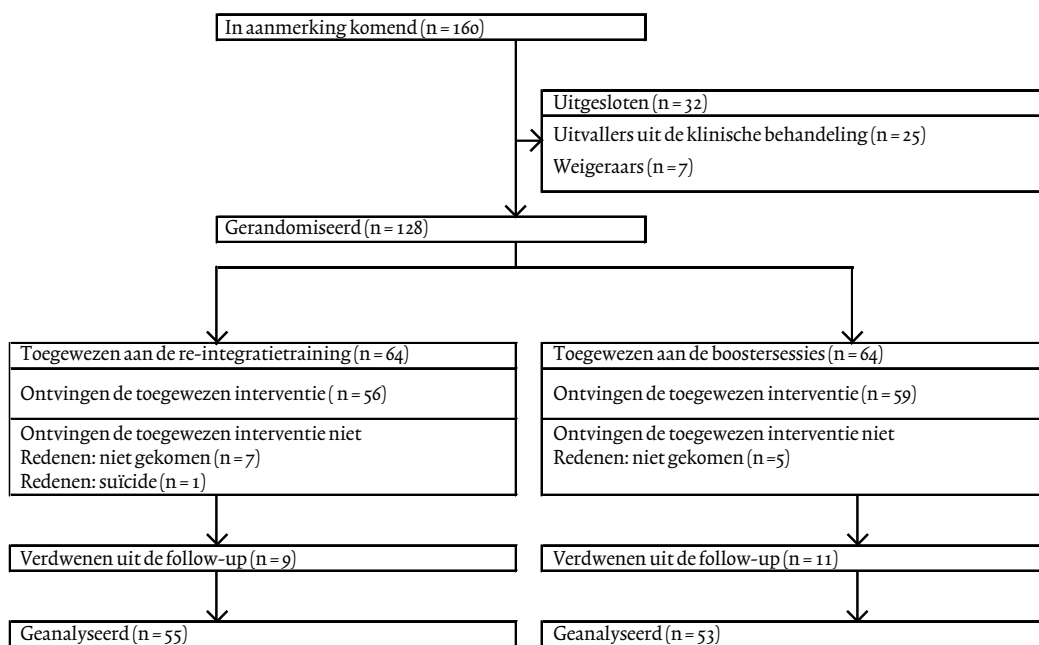
Alle patiënten die tussen mei 1999 en december 2001 werden opgenomen ($n = 160$), werd gevraagd deel te nemen. Er weigerden 7 patiënten toestemming en 25 patiënten hadden de klinische behandeling voortijdig beëindigd; uiteindelijk namen 128 patiënten deel aan de studie. Het stroomdiagram van de studie staat in figuur 1.

Een vergelijking tussen de 25 uitvallers en de 128 patiënten uit de onderzoeksgroep toonde aan dat er bij de uitvallers meer mannen waren (68,0%) dan in de onderzoeksgroep (34,4%; $\chi^2 = 9,86$; $p < 0,01$) en dat de leeftijd hoger was: 40,3 (SD: 9,6) jaar tegen 35,6 (SD: 8,1) jaar in de onderzoeksgroep ($t = 2,6$; $df = 151$; $p < 0,01$, tweezijdig).

Deelname Gemiddeld woonde 64,6% van de deelnemers de zes sessies in de re-integratietraining bij; de deelname nam af van 78,1% in de eerste naar 56,3 in de vijfde en 64,1% in de zesde sessie. Bij de boostersessies nam 90,6% van de patiënten deel aan de eerste en 76,6% aan de tweede dag (gemiddeld 83,6%). De deelname was significant hoger in de boostersessies ($t = 3,2$; $df = 126$; $p = 0,002$, tweezijdig).

Kenmerken van de patiënten bij aanvang De onderzoeksgroep bestond uit 44 (34,4%) mannen en 84 (65,6%) vrouwen (zie tabel 1). De gemiddelde leeftijd was 35,6 (SD: 8,1; uitersten: 20-53) jaar. Van de patiënten had 90,6% minstens één as-I stoornis en 98% minstens één as-II-stoornis, vooral cluster C, B en niet anderszins omschreven (NAO). Van de patiënten had 93,0% psychotherapeutische behandeling gehad in de twee jaar voor opname; 9,4% klinisch en 3,9% in dagbehandeling. Van de patiënten had 71,1% werk; 50,0% woonde samen met anderen en 19,5% had kinderen.

FIGUUR 1 Stroomdiagram van de studie, gebaseerd op CONSORT-aanbevelingen (Moher et al. 2001)



TABEL 1 Kenmerken bij opname van 128 patiënten die aselect re-integratietraining of boostersessies kregen		
	Re-integratietraining; n (%)	Boostersessies; n (%)
Seks		
Vrouw	47 (73,4)	37 (57,8)
Man	17 (26,6)	27 (42,2)
As I-stoornis*		
As I-stoornis aanwezig	60 (93,8)	56 (87,5)
Dysthyme stoornis NAO	28 (43,7)	20 (31,3)
Gegeneraliseerde angststoornis/sociale fobie	17 (26,6)	10 (15,6)
Depressieve stoornis/cyclothyme stoornis	10 (15,6)	15 (23,4)
Somatoforme stoornis/hypochondrie	10 (15,6)	1 (1,6)
Identiteitsprobleem	2 (3,1)	8 (12,5)
Aanpassingsstoornis	3 (4,7)	6 (9,4)
Middelenmisbruik in remissie	1 (1,6)	6 (9,4)
Aantal as I-stoornissen		
0	3 (4,7)	7 (10,9)
1	40 (62,5)	34 (53,1)
2	14 (21,9)	16 (25,0)
3	6 (9,4)	6 (9,4)
Onbekend	1 (1,6)	1 (1,6)
As II-stoornissen**		
Cluster A	9 (14,1)	7 (10,9)
Cluster B	9 (14,1)	12 (18,8)
Cluster C	40 (62,5)	26 (40,6)
NAO	5 (7,8)	17 (26,6)
Geen as II-stoornis	1 (1,6)	2 (3,1)
Eerdere behandeling (in afgelopen 2 jaar)		
Alleen huisarts	6 (9,4)	3 (4,7)
Ambulante psychotherapie		
Aantal sessies = 15	20 (31,3)	17 (26,6)
Aantal sessies 16-30	14 (21,9)	18 (28,1)
Aantal sessies > 30	16 (25,0)	17 (26,6)
Deeltijdbehandeling	1 (1,6)	4 (6,3)
Klinische behandeling	7 (10,9)	5 (7,8)
Opleidingsniveau		
Lager	4 (6,3)	4 (6,3)
Middelbaar	25 (39,0)	29 (45,3)
Hoger	35 (54,7)	31 (48,4)
Werkloos	16 (25,0)	21 (31,8)
Samenlevingsvorm		
Alleen	30 (46,9)	34 (53,1)
Samen met ander(en)	34 (53,1)	30 (46,9)
Kinderen	11 (17,2)	14 (21,9)

NAO = niet anderszins omschreven.
 *Weinig voorkomende diagnoses (minder dan 7 patiënten, zoals seksuele stoornis, eetstoornis, posttraumatische stressstoornis) zijn weggelaten. Door overlap is het percentage > 100%.
 **Gemeten met het Gestructureerd Interview voor DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen.

TABEL 2 Symptoomniveau, gemeten met Symptom Check List (SCL-90)*, door de tijd, bij patiënten die aselect re-integratietraining of boostersessies kregen

	Re-integratiegroep		Boostergroep		Verschil	Cohens d
	n	Gem. (SD)	n	Gem. (SD)		
Start klinische behandeling	64	1,28 (0,57)	64	1,22 (0,52)	0,06	0,11
Einde klinische behandeling (3 maanden)	64	0,53 (0,47)	64	0,47 (0,46)	0,06	0,13
Start nabehandeling (6 maanden)	61	0,56 (0,41)	61	0,60 (0,60)	-0,04	-0,08
Einde nabehandeling (12 maanden)	59	0,49 (0,39)	56	0,40 (0,34)	0,09	0,25
Follow-up (24 maanden)	55	0,44 (0,40)	53	0,40 (0,43)	0,04	0,10

*Schaal van 0 tot 4; 4 = extreme symptomen.

De patiënten in de nabehandelingcondities verschilden in enkele opzichten: sekse (meer mannen in de boostersessies) en as II-stoornissen (meer patiënten met een cluster C-stoornis in de re-integratietraining en meer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis NAO in de boostersessies); voor deze verschillen werd gecorrigeerd.

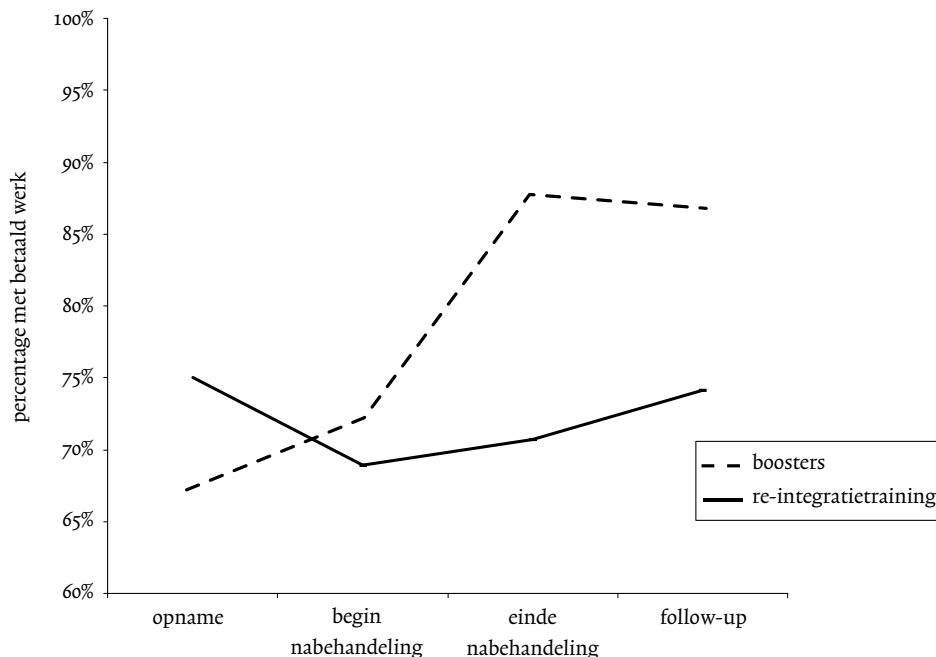
Symptomen Tabel 2 laat zien dat het niveau van symptomen substantieel daalde tussen het begin en het einde van de klinische behandeling (Cohens $d = 2,00$ in de re-integratietraining en $2,01$ in de boostersessies). Deze effectgrootte duidt op een bijzonder sterk behandel-effect, dat

bereikt werd gedurende de klinische behandeling van drie maanden en stabiel bleef gedurende de periode van nabehandeling en bij follow-up.

Het hebben van betaald werk Bij opname werkten de patiënten die een baan hadden gemiddeld 32,7 (5-40) uur per week; twee jaar later bij follow-up was dat gemiddeld 30,0 (5-40) uur.

Uit figuur 2 blijkt dat het percentage mensen met betaald werk voor opname en bij follow-up hetzelfde bleef in de re-integratietraining (beide keren 75,9%) en toenam in de boostersessies van 67,2 naar 86,8%. Het verschil tussen beide condities was niet significant aan het begin van de nabehan-

FIGUUR 2 Effect van nabehandeling op het hebben van betaald werk bij patiënten die aselect re-integratietraining of boostersessies kregen



deling. Wanneer de invloed van de beginmeting werd uitgeschakeld, bleek de re-integratietraining het bij follow-up significant slechter te doen (OR: 0,21; 95%-BI: 0,06-0,72). Dat effect veranderde nauwelijks, ook niet als de invloed van sekse, leeftijd en het type cluster persoonlijkheidsstoornis werd uitgeschakeld (OR: 0,13; 95%-BI: 0,03-0,63).

Werkverzuim of belemmeringen in het werk Het werkverzuim door ziekte daalde significant tussen de aanvangsmeting en de follow-up (zie figuur 3) van 46,3% (re-integratietraining) en 51,9% (boostersessies) naar respectievelijk 7,4 en 11,5% (mcnemartoets: $p < 0,001$ tweezijdig). Er was geen significant verschil tussen de twee condities op enig meetmoment.

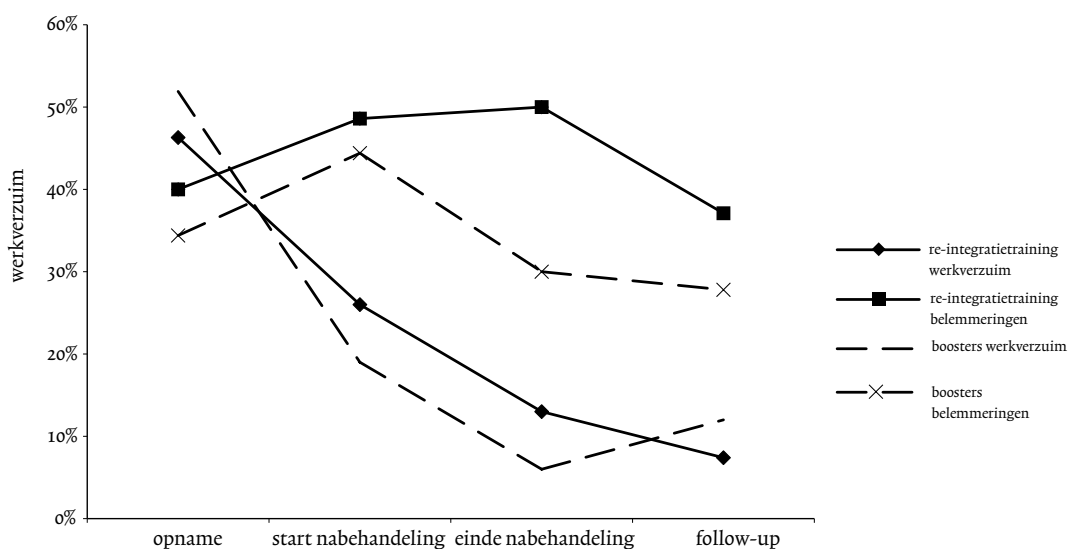
Bij aanvang ervoer 40,0% (re-integratietraining) en 34,4% (boostersessies) van de patiënten belemmeringen tijdens het werk door gezondheidsproblemen (zie figuur 3). Aan het begin van de nabehandeling steeg dit tot 48,6% (re-integratietraining) en 44,4% (boostersessies) en daalde bij follow-up tot 37,1% (re-integratietraining) en 27,8% (boostersessies).

Logistische analyse betreffende werkverzuim door ziekte liet zien dat, met correctie voor beginmeting, er geen significant effect van re-integra-

tietraining was (begin klinische behandeling–follow-up: ruwe OR = 1,57; 95%-BI = 0,24-10,3, $p = 0,64$; start nabehandeling–follow-up: ruwe OR = 4,89, 95%-BI = 0,46-51,86; $p = 0,19$). Correctie ook voor leeftijd en type cluster persoonlijkheidsstoornissen veranderde daar niets aan (respectievelijk gecorrigeerde OR = 0,59; 95%-BI = 0,06-5,63; $p = 0,65$, en gecorrigeerde OR = 2,50; 95%-BI = 0,14-46,29, $p = 0,54$). Ditzelfde gold voor de bevindingen betreffende belemmeringen tijdens het werk (begin klinische behandeling–follow-up: ruwe OR = 1,22; 95%-BI = 0,35-4,24; $p = 0,75$; gecorrigeerde OR = 1,01; 95%-BI = 0,26-3,97; $p = 0,99$; start nabehandeling–follow-up: ruwe OR = 1,47, 95%-BI = 0,41-5,30; $p = 0,56$; gecorrigeerde OR = 1,99; 95%-BI = 0,31-12,68; $p = 0,47$).

Psychotherapeutische hulp Er was een duidelijke afname in de hoeveelheid en de intensiteit van psychotherapeutische hulp voor patiënten in de twee jaar na de KKP vergeleken met de twee jaar voor opname. Het aantal patiënten zonder psychotherapeutische hulp steeg van 9,4 naar 32,7% bij patiënten uit de re-integratietraining en van 4,7 naar 39,2% bij patiënten uit de boostersessies. Het aantal mensen dat, al dan niet in deeltijd, klinisch behandeld werd, daalde van

FIGUUR 3 Werkverzuim of belemmeringen bij het werk door ziekte bij patiënten die aselect re-integratietraining of boostersessies kregen



12,5 naar 7,2% in de re-integratietraining en van 14,1 naar 2,0% in de boostersessies. Er was geen significant verschil tussen de twee condities van nabehandeling.

DISCUSSIE

Zoals wij verwachtten, was er geen verschil in symptomatische verbetering tussen beide vormen van nabehandeling. De effecten van de klinische behandeling hierop zijn meer dan substantieel te noemen.

In tegenstelling tot onze verwachtingen waren de boostersessies effectiever dan de re-integratietraining wat betreft het hebben van betaald werk: het percentage mensen met betaald werk nam toe in de boostersessies en bleef hetzelfde in de re-integratietraining. In werkverzuim, belemmeringen door klachten en voortgezette psychotherapie was er geen verschil tussen beide condities.

Dit betekent dat de hypothese dat re-integratietraining effectiever is dan boostersessies, moet worden verworpen. Wat kan hiervan de verklaring zijn? De twee condities verschilden van elkaar in opzet en wat betreft de persoon van de therapeuten.

Opzet van de nabehandeling De opzet van de boostersessies was gebaseerd op eerder onderzoek naar nabehandeling (Emmelkamp 2004; Hollon & Beck 2004; Kopelowicz e.a. 1998; Whisman 1990). Het merendeel van de 30 klinische trials die Whisman bespreekt, betreffen een cognitief-gedragstherapeutische primaire behandeling gevolgd door cognitief-gedragstherapeutische boostersessies. In ons onderzoek werd in de boostersessies dezelfde methode als in de primaire behandeling gevolgd.

Bij de re-integratietraining was uitgegaan van het idee dat het bestendigen van verandering andere mechanismen vereist dan het initiële veranderingsproces, namelijk het versterken van zelfredzaamheid, het consolideren van copingvaardigheden en het uitbreiden van het in de therapie

geleerde naar de eigen omgeving (Lambert & Bergin 1994; Whisman 1990). Echter, de verandering in behandelingsmethode was wellicht niet overeenkomstig de behoeften en verwachtingen van de deelnemers. Dit lijkt in overeenstemming met het feit dat de deelname aan de re-integratietraining lager was dan in de boostersessies en afnam tussen de eerste sessie en de laatste sessie.

Een andere verklaring voor deze geringere deelname is wellicht het feit dat driekwart van de patiënten betaald werk had; dit maakte de re-integratietraining minder relevant. Bovendien is het bijwonen van zes middagen dan lastiger dan het deelnemen aan twee terugkomdagen. Door hun geringere opkomst profiteerden de deelnemers aan de re-integratietraining ook minder van deze training. Telefonische interviews met 19 van de 23 patiënten uit de re-integratietraining die drie keer of minder waren geweest, bevestigden dit: 14 van de 19 patiënten hadden werk, en voor 7 van hen was dit een reden om niet te komen.

Ten slotte waren de therapeuten van de boostersessies niet blind voor de researchhypothese, en dit zou kunnen betekenen dat de twee condities minder verschilden dan het protocol suggereerde.

De persoon van de therapeut Dat de patiënten van de boostersessies met therapeuten van doen hadden die zij reeds tijdens de klinische behandeling hebben leren kennen, zou wel eens van doorslaggevende betekenis geweest kunnen zijn. Zij hoefden niet te wennen aan therapeuten, dit in tegenstelling tot de patiënten in de re-integratietraining, die te maken kregen met nieuwe behandelaars.

Lash (1998) toonde aan dat deelname aan nabehandeling toenam als de therapeuten met de patiënten kennismaakten gedurende het klinische programma. De Leon (1991) concludeerde dat discontinuïteit in de hulpverlening leidt tot ineffectief gebruik van nabehandeling. Uit een studie bij patiënten met overgewicht concluderen Hall e.a. (1975, in Whisman 1990) dat continuïteit van therapeuten gedurende de nabehandeling positief bijdraagt aan het therapieresultaat. Eysenck (1963,

in Whisman 1990) benadrukte dat incidenteel contact met dezelfde therapeut gedurende het hele leven van het individu kan helpen om de behandoelens te consolideren.

Over het algemeen is de invloed van patiënt-therapeutvariabelen bij het effect van psychotherapie voldoende aangetoond (Crits-Christoph e.a. 1991; Lambert & Bergin 1994) en dit geldt waarschijnlijk ook voor nabehandeling. Dit blijkt ook uit het feit dat 10 van de 19 aan de telefoon geïnterviewde patiënten aangaven dat onbekendheid met de trainers voor hen een reden was om niet deel te nemen aan de re-integratietraining.

Onze conclusie is dat patiënten de voorkeur gaven aan de boostersessies zowel vanwege de persoon van de therapeuten als vanwege het programma. Omdat al zoveel patiënten werk hadden, werd de re-integratietraining nog minder aantrekkelijk. Dat het aantal patiënten met werk toenam in de boostersessies en gelijkbleef in de re-integratietraining hangt, naast het feit dat meer mensen deelnamen aan de boostersessies, wellicht ermee samen dat ook in de boostersessies de therapeuten aandacht besteedden aan de werksituatie van de patiënten.

Mogelijk zou een nabehandeling van dezelfde therapeuten met aandacht voor de specifieke behoeften van patiënten, bijvoorbeeld voor werk bij diegenen zonder baan, nog effectiever zijn dan de boostersessies.


Arbeidsituatie De cijfers in onze studie over het aantal mensen dat werkt, wijken substantieel af van de tot nu toe bekende gegevens, van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Psychotherapeutische Gemeenschappen (SWOPG) (1997; 1999; 2002). De oorzaak hiervan ligt naar onze mening in de gehanteerde meetmethode. In het SWOPG-onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen: uitsluitend gewerkt hebben, gedeeltelijk ziek/werkloos zijn, en geheel ziek of werkloos zijn; voor opname valt 63% in de categorie gedeeltelijk ziek/werkloos en bij follow-up 62% (Nugter e.a. 1998). In onze studie werd geïnventariseerd of, en zo ja, voor hoeveel uur mensen betaald werk-

ten en daarnaast hoeveel uur ze verzuimden wegens ziekte. Dan blijkt dat een veel grotere groep patiënten dan eerder gedacht betaald werk heeft, en ziek thuis is. Sinds 2004 wordt overigens ook in het SWOPG-onderzoek gebruikgemaakt van deze vragenlijsten.

Generalisatie van de resultaten De patiëntengroep in deze studie bestaat uit mensen die zich aanmelden voor kortdurende klinische psychotherapie nadat andere behandelingen onvoldoende effectief waren. Zij zijn gemotiveerd voor deze intensieve behandeling en vormen daarmee wellicht geen adequate afspiegeling van alle patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die een (deeltijd) klinische behandeling nodig hebben. Voorts kwamen onder de uitvallers relatief veel mannen voor, alsmede relatief veel ouderen.

KLINISCHE IMPLICATIES

Een niet-intensieve nabehandeling met dezelfde opzet en dezelfde therapeuten als in de primaire behandeling is effectiever dan een nabehandeling met ervaren, maar voor de patiënten onbekende trainers. In de re-integratietraining bleef het aantal patiënten met betaald werk gelijk (75,9%), in de boostersessies steeg het van 67,2 naar 86,8%. In beide condities nam de hoeveelheid psychotherapeutische hulp duidelijk af. Omdat continuïteit van behandeling met dezelfde therapeuten belangrijk lijkt voor een succesvolle nabehandeling, zou het systematisch introduceren van de thema's werk en relaties door de eigen therapeuten in de boostersessies wellicht nog effectiever zijn. Omdat beide vormen van nabehandeling niet werden vergeleken met een controleconditie zonder behandeling blijft onduidelijk of nabehandeling een beter effect heeft dan geen nabehandeling.

 De onderzoeksafdeling van de Viersprong VISPD, in het bijzonder E. Havermans, droeg bij aan het verzamelen van de data. Deze studie werd financieel gesteund door Psychotherapeutisch Centrum de Viersprong in Halsteren en GGZ WNB in Bergen op Zoom.

LITERATUUR

- Arrindell, W.A., & Ettema, H. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Check List (SCL-90); gegevens gebaseerd op een fobische en een 'normale' populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 36, 77-108.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Crits-Christoph, P., Baranachie, K., Kurcias, J.S., e.a. (1991). Meta analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Derogatis, L.L. (1977). *SCL-90 administration, scoring and procedure manual*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 393-446). New York: Wiley.
- Friis, S. (1995). Day treatment of patients with personality disorders: what do we know about outcome? In Abraham, R.E. (Red.), *Klinische Psychotherapie: De stand van zaken*, (pp. 1-14). Leiden: Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde.
- Hakkaart-van Rooijen, L., Essink-Bot, M.L., Koopmanschap, M.A., e.a. (1996). Labor and health status in economic evaluation of health care. The Health and Labor Questionnaire. *International Journal of Technology Assessment and Health Care*, 12, 405-415.
- Hakkaart-van Rooijen, L., van Straten, A., & Donker, M. (2002). *Manual Trimbos/iMTA Questionnaire for Costs associated with Psychiatric Illness (TiC-P)*. Rotterdam: iMTA.
- Høglend, P. (1993). Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 7, 168-181.
- Hollon, S.D., & Beck, A.T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M.J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, (pp. 447-492). New York: Wiley.
- Jong, C. de, Derks, F., van Oel, C., e.a. (1996). *SIDP-IV gestructureerd interview voor de DSM IV persoonlijkheidsstoornissen* (vert. St.Oedenrode: De Jong).
- Kopelowicz, A., Wallace, C.J., & Zarate, R. (1998). Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services*, 49, 1313-1316.
- Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4de druk), (pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lash, S. (1998). Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 31-36.
- Leichsenring, F.D., & Leibing, E.D. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Leon, G. de (1991). Aftercare in therapeutic communities. *The International Journal of the Addictions*, 25, 1225-1237.
- Moher, D., Schulz, K.F., & Altman, D.G. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *The Lancet*, 357, 1191-1194.
- Nugter, A., van Bragt, P., & Kumeling, I. (1998). Uitkomsten van (deeltijd)klinische psychotherapie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 861-874.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1995). *Structured interview for DSM IV personality SIDP IV*. Iowa City, IA: Pfohl.
- Perry, J.C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., e.a. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 757-763.
- Stevenson, J., & Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- SWOPG (1997). *Resultaatonderzoek in de Klinische Psychotherapie 1993-1994-1995*. Op basis van het Standaard Evaluatie Project STEP. Noordwijkerhout: DrunoDruk.
- SWOPG (1999). *Resultaatonderzoek in de Klinische Psychotherapie 1995-1996-1997*. Op basis van het Standaard Evaluatie Project STEP. Noordwijkerhout: DrunoDruk.
- SWOPG (2002). *Resultaatonderzoek in de Klinische Psychotherapie 1997-2000*. Op basis van het Standaard Evaluatie Project STEP. Noordwijkerhout: DrunoDruk.
- Thunissen, M.M. (2006). *Long-term prognosis and aftercare in short-term inpatient psychotherapy of personality disorders. A randomised clinical trial of two methods of aftercare* (proefschrift). Halsteren: DWB marketing.
- Thunissen, M.M., Duivenvoorden, H.J., & Trijsburg, R.W. (2000). Hoe verder? Ervaringen van patiënten na kortdurende klinische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 26, 233-244.

- Whisman, M.A. (1990). The efficacy of booster maintenance sessions in behaviour therapy: review and methodological critique. *Clinical Psychology Review*, 10, 155-170.
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., e.a. (1991). Brief psychotherapy of personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 188-193.

AUTEURS

M.M. THUNNISSEN is als psychiater en A-opleider werkzaam bij Psychiatrisch Ziekenhuis GGZWNB, Bergen op Zoom.

H.J. DUIVENVOORDEN is methodoloog-biostatisticus bij Erasmus Medisch Centrum (EMC) en Institute for Health Sciences, Rotterdam.

J. VAN BUSSCHBACH is als psycholoog verbonden aan het Viersprong Institute for Studies on Personality Disorders (VISPD), Halsteren en EMC, Rotterdam.

L. HAKKAART-VAN ROIJEN is gezondheidseconoom bij het Institute for Medical Technology Assessment, EMC, Rotterdam.

W. VAN TILBURG is emeritus hoogleraar Psychiatrie, Valeriuskliniek, Amsterdam.

R. VERHEUL is psycholoog en hoogleraar Persoonlijkheidsstoornissen, VISPD, Halsteren en Universiteit van Amsterdam.

W. TRIJSBURG† was psycholoog en hoogleraar, EMC en Institute for Health Sciences, Rotterdam en Universiteit van Amsterdam.

Correspondentieadres: dr. M.M. Thunnissen, A.Cuypstraat 32, 4625 AM Bergen op Zoom.

E-mail m.thunn@xs4all.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-6-2008.

SUMMARY

A randomised clinical trial on the effectiveness of a re-integration training after short-term inpatient psychotherapy – M.M. Thunnissen, H.J. Duivenvoorden, J. van Busschbach, L. Hakkaart-van Roijen, W. van Tilburg, R. Verheul, W. Trijsburg† –

BACKGROUND Standardised evaluation studies performed in the Netherlands in a large number of inpatient and day-treatment hospitals providing psychotherapy have shown significant symptomatic improvements in patients between the date of entry to the studies and follow-up after one year. However, the work situation of ex-patients hardly changed and a large number of patients were still receiving psychotherapy.

AIM To examine the effectiveness of a specifically designed course of re-integration training.

METHOD A group of 128 patients were assigned randomly either to a re-integration training course aimed at improved functioning at work and improved relationships, or to booster sessions. Outcome measures were symptom level, work status, absence from work, and further psychotherapy.

RESULTS After two years the number of patients in paid employment remained the same (76%) in the re-integration training course and increased from 67 to 87% in the booster sessions. Attendance was significantly higher in the booster sessions than in the re-integration training. There were no differences in the other outcome measures.

CONCLUSION We conclude that re-integration training was no more effective than the booster sessions. Our hypothesis is that continuity of care (therapists plus programme) explains the favourable result of the booster sessions.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)2, 75-86]

KEY WORDS aftercare, effectiveness, inpatient psychotherapy, personality disorder