

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Behandeling van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek: groep versus individuele behandeling

*Arthur de Jong<sup>1</sup>, Colin van der Heiden<sup>2</sup> en Mathijs Deen<sup>3</sup>*

## SAMENVATTING

Het verschil in effectiviteit tussen groepsbehandeling versus een individuele behandeling is al vaak onderwerp van onderzoek geweest. Over het algemeen tonen de resultaten geen verschil tussen de beide condities. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek zijn niet eerder systematisch onderzocht. Terwijl beargumenteerd kan worden dat juist deze groep bij uitstek zou kunnen profiteren van een groepsbehandeling. Het doel van deze studie is om te onderzoeken of er een verschil is tussen de behandeling van patiënten in een groep versus een individuele behandeling. Er zijn 56 patiënten met persoonlijkheidsproblematiek semi random toegewezen aan (a) groepstherapie of (b) individuele therapie. De resultaten tonen geen significante verschillen in uitkomst tussen beide condities. Een uitzondering is tevredenheid over de behandeling. Patiënten die zijn behandeld in de groepssetting waren significant minder tevreden over hun therapie dan patiënten die individueel zijn behandeld.

## INLEIDING

Het verschil in effectiviteit tussen een groepsbehandeling en individuele behandeling staat in de psychotherapeutische literatuur in toenemende mate in de aandacht. Ook in de klinische praktijk is het een actueel onderwerp. Ten

*1 Klinisch psycholoog, Manager Zorg PsyQ Spijkenisse en Psychodiagnostisch Centrum Rijnmond*

*2 GZ-psycholoog- psychotherapeut, hoofd Wetenschappelijk Onderzoek en Zorginnovatie en Hoofdopleider Cognitieve Gedragstherapie PsyQ Rijnmond*

*3 Statisticus/methodoloog bij Parnassia Academie, Parnassia Groep, Den Haag en Onderzoeker bij Sectie Methoden en Technieken, Instituut Psychologie, Universiteit Leiden*

*Correspondentieadres: Arthur de Jong, Malawistraat 17, 2622 LC DELFT, A.dejong2@psyq.nl / tel 0614345522*

gevolge van toenemende wachtlijsten en de noodzaak tot bezuiniging in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) wordt groepstherapie steeds vaker gezien als een mogelijkheid om meer mensen in minder tijd te behandelen. De conclusie dat groepstherapie kosten-effectiever is dan individuele therapie is overigens niet eenduidig te trekken (Tucker & Oei, 2007). Over het verschil in effectiviteit tussen de twee settings lijken wel duidelijke conclusies mogelijk. In meta-analyses wordt keer op keer geen verschil in effectiviteit gevonden (McRoberts, Burlingame & Hoag, 1998; Tillitski, 1990; Toseland & Siporin, 1986). Ook wanneer gekeken wordt naar studies die vergelijkend onderzoek doen bij specifieke categorieën psychische stoornissen worden in verreweg de meeste studies geen verschil in effectiviteit gevonden (Tucker & Oei, 2007). Folkers, Van Rijn en Appelo (2007) concluderen op basis van een literatuurstudie dan ook dat groepsgewijze cognitieve gedragstherapie (CGT) bij vrijwel alle onderzochte psychische stoornissen – met uitzondering van sociaal fobische klachten en pijnklachten – net zo effectief is als individuele CGT. Wel blijkt er bij groepsgewijze CGT een grotere kans op uitval dan bij individuele CGT.

In het literatuuroverzicht van Folkers, Van Rijn en Appelo (2007) zijn geen studies opgenomen die zich specifiek richten op persoonlijkheidsproblematiek. Bij nadere bestudering van de literatuur blijkt dat – hoewel persoonlijkheidsproblematiek toch veelvuldig voorkomt in de GGZ – deze categorie niet eerder systematisch onderzocht is op een verschil tussen een groeps- en een individuele therapie. Dit terwijl in de literatuur wordt beargumenteerd dat nu juist deze groep patiënten zou kunnen profiteren van groepstherapie. Het gaat immers om een categorie patiënten die bij uitstek gekenmerkt wordt door interpersoonlijke en interactionele problemen en dus veel baat zou kunnen hebben bij de algemene voordelen die aan groepen worden toegeschreven zoals groepscohesie, interpersoonlijk leren en de mogelijkheid tot het *in vivo* oefenen van alternatieve gedragsstrategieën (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Toseland & Spiron, 1986;). Budman, Demby et al. (1996) stellen dat een groepsbehandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek kan fungeren als een model van de ‘echte wereld’ waarin zij niet alleen worden geconfronteerd met hun dagelijkse problematiek maar waar hen ook de mogelijkheid geboden wordt om effectievere en meer aangepaste interactionele gedragspatronen te ontwikkelen. Empirische steun voor het argument dat groepstherapie een zinvolle toevoeging is op een individuele behandeling van persoonlijkheidsproblematiek lijkt indirect te worden geleverd door het onderzoek van Farrell, Shaw en Webber (2009). Zij onderzochten het effect van het toevoegen van een 30 sessies durende schemagerichte groepstherapie aan een reguliere individuele behandeling bij borderline patiënten. Zij vonden grote effecten in termen van afname van psychiatrische symptomen en het verbeteren van het algemeen functioneren. Aan het eind van de behandeling voldeed 94 procent van de patiënten in de zogenoemde ‘treatment as usual’ (TAU) plus groepstherapie-conditie niet meer aan de criteria van de borderline persoonlijkheids-

stoornis tegenover 16 procent in de TAU conditie. Hoewel deze bevindingen er op wijzen dat groepstherapie werkzaam zou kunnen zijn, ontbreekt gecontroleerd onderzoek waarin de effectiviteit van een groepsbehandeling direct wordt vergeleken met een individuele behandeling. Er is dan ook een duidelijke behoefte aan dergelijk vergelijkend onderzoek, om te kunnen beoordelen of patiënten met persoonlijkheidsproblematiek inderdaad meer baat hebben bij een groepsbehandeling dan een individuele therapie.

De in dit artikel besproken studie is specifiek opgezet om de hypothese te toetsen dat groepstherapie in vergelijking tot individuele therapie bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek op een aantal relevante therapeutisch uitkomstmaten een significant grotere verandering teweeg brengt. Om deze hypothese te onderzoeken is gebruik gemaakt van een behandelprotocol dat zowel in de individuele als in een groepstherapie kan worden gehanteerd (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). Dit protocol is gebaseerd op de schemagerichte therapie van Young (1994), een methode die in eerste effectstudies veelbelovende resultaten heeft geboekt (Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nordahl & Nysaeter, 2005) en in de klinische praktijk in toenemende mate wordt toegepast bij de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. Uitgangspunt van schemagerichte therapie zijn zogenaamde schema's, die door Young (1994) gedefinieerd worden als vroeg gevormde cognitieve en affectieve structuren die pervasieve thema's bevatten over de eigen persoon en over relaties met anderen. Deze schema's worden verondersteld het individu gevoelig te maken voor allerlei vormen van persoonlijkheidspathologie. Zo kan een gebeurtenis die (gedeeltelijk) doet herinneren aan vroege ervaringen een schema activeren met als gevolg allerlei psychologische klachten zoals bijvoorbeeld angst, depressie, destructieve relaties en/ of zelfdestructief gedrag. Schematherapie richt zich dan ook niet zozeer op de aanpak van de psychologische klachten zelf, als wel op modificatie van de schema's die ten grondslag liggen aan die klachten.

## METHODE

### *Participanten en procedure*

Deelnemers zijn semi gerandomiseerd toegewezen aan één van de twee condities (groep of individueel). Dit is gedaan door aangemelde deelnemers afwisselend in bepaalde tijdsperiodes ofwel uitsluitend aan de groepstherapie ofwel uitsluitend aan de individuele conditie toe te wijzen. In beide condities is inhoudelijk hetzelfde programma gevolgd. Het programma bestond uit 18 wekelijkse sessies. De groepsessies duurden anderhalf uur, de individuele sessies driekwartier. De groepsbehandelingen werden uitgevoerd door twee therapeuten. De groepen bestonden uit 7 tot 9 deelnemers. Metingen werden verricht aan het begin van de therapie, na 10 sessies en aan het eind van de behandeling (na 18 sessies).

Deelnemende patiënten zijn geworven binnen de behandelprogramma's persoonlijkheidsproblematiek en depressie van PsyQ Rijnmond, een ambulante tweedelijns GGZ instelling. Patiënten zijn ingelicht over het onderzoek en akkoord gegaan met deelname. Inclusiecriteria waren: (a) een hoofddiagnose op As-II van de DSM-IV-TR (APA, 2000) (b) geen aanwijzingen voor suicidaliteit, psychose en/ of agressiedoorbraken (c) geen andere vormen psychologische behandeling gedurende het onderzoek. In totaal zijn er 56 patiënten voor het onderzoek geïncludeerd. Deze groep bestond uit 8 mannen (14,3%) en 48 vrouwen (85,7%) met een gemiddelde leeftijd van 33,4 jaar ( $SD = 8,9$ ; range: 20-55).

### *Meetinstrumenten*

*Schema-vragenlijst* Als primaire uitkomstmaat is in deze studie de totaalscore op de Schema-Vragenlijst (Sterk & Rijkeboer, 1997) gebruikt. De Schema-Vragenlijst is een Nederlandse vertaling van de Schema-Questionnaire van Young en Brown (1994). Deze zelfrapportagevragenlijst bestaat uit 205 items die gescoord worden op een zespuntsschaal lopend van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. Er worden zestien schalen onderscheiden die vroeg in het leven ontstane disfunctionele schema's beogen te meten (Young, 1994). De totaalscores lopen uiteen van 205 tot 1230. De resultaten van het onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de Schema-Vragenlijst zijn bemoedigend (Rijkeboer & Van den Bergh, 2006; Rijkeboer, Van den Bergh, & Van den Bout, 2005).

*Symptom Check List 90 (SCL-90)* Als secundaire uitkomstmaten werd gebruik gemaakt van de Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003) en de subschaal Klanttevredenheid van de 4 K's (Huijbrechts, Appelo, Korrelboom, van der Heiden, & Bos, 2009). De SCL-90 is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 90 items om de aanwezigheid van 9 domeinen van mentale en/of fysieke klachten in kaart te brengen. Patiënten wordt gevraagd op een vijfpunts Likertschaal, lopend van 1 ('helemaal niet') tot 5 ('heel erg'), aan te geven in hoeverre de klachten zich in de afgelopen week hebben voorgedaan. De totaalscores lopen uiteen van 90 (geen psychopathologie) tot 450 (zeer ernstige psychopathologie). De SCL-90 beschikt over goede psychometrische kwaliteiten.

*4 K's* De 4 K's is een zelfrapportagevragenlijst die bestaat uit 25 vragen om vier domeinen in kaart brengen: klachten, kwaliteit van leven, klanttevredenheid en kosten. De psychometrische kwaliteiten lijken adequaat, maar onderzoek is nog zeer beperkt (Huijbrechts et al., 2009). In het huidige onderzoek is alleen gebruik gemaakt van de subschaal Klanttevredenheid, om na te gaan of er een verschil in tevredenheid is tussen de twee settings. Items van deze subschaal worden gescoord op een schaal van 1 tot 10.

### *Behandeling*

Het behandelprotocol van Van Vreeswijk en Broersen (2006) start met een individuele inventarisatiegesprek (ook in de groepsconditie). Hierin worden kernschema's met behulp van de Schema-Vragenlijst (Schema-Vragenlijst, Sterk & Rijkeboer, 1997) geïdentificeerd en wordt de behandeling uitgelegd. Uitgelegd wordt dat de schema's de focus van de behandeling zullen gaan vormen en dan met name de drie schema's waarop de patiënten de hoogste score hebben. In deze fase wordt zoveel mogelijk de verbinding gelegd tussen schema's enerzijds en klachten, problemen en gebeurtenissen uit het dagelijks leven van patiënten anderzijds. Na het inventarisatiegesprek volgt de individuele dan wel groepsbehandelfase.

In sessie 1 t/m 3 staan kennismaking en psycho-educatie ten aanzien van schema's en copingsstrategieën centraal. In sessie 4 t/m10 staat het aanleren van schema-uitdagingstechnieken centraal. Na een tussentijdse evaluatie (sessie 11) wordt in sessie 12 t/m18 gewerkt aan het anders leren omgaan met schema-activatie. Dit houdt in dat de patiënt leert het met disfunctionele schema's samenhangende gedrag te veranderen. In plaats van in bepaalde situaties te reageren met oud disfunctioneel en aan het schema gerelateerd gedrag wordt geoefend met alternatief, gezonder gedrag. Doel is kort samengevat het ontkrachten van disfunctionele schema's en het komen tot aangepaste, functionele gedrags- en gedachtenpatronen.

### *Therapeuten*

In totaal hebben 10 therapeuten van de deelnemende afdelingen Persoonlijkheidsproblematiek geparticipeerd in het onderzoek (8 vrouwen en 2 mannen). Negen van hen waren geregistreerd als gezondheidszorgpsycholoog. Een van hen was basispsycholoog en werd bij de behandeling door een ervaren gezondheidszorgpsycholoog begeleid. De gemiddelde leeftijd was 32 jaar. Gemiddeld hadden zij 7 jaar klinische ervaring (range 2-10). Zes therapeuten zijn zowel in de individuele conditie als in de groepssetting ingezet, de overige vier slechts in één conditie (twee in de individuele- en twee in de groepsconditie).

### *Data analyse*

De parameters voor scheefheid en gepiekttheid zijn onderzocht en lieten geen aanzienlijke deviaties van normaliteit zien. Met een Chi-kwadraattoets is onderzocht of er een verschil was in distributie van uitval (drop-out) tussen de individuele en groepsconditie. De baseline variabelen zijn vergeleken met een T-toets om zodoende na te kunnen gaan of de semirandomisatie was gelukt. Om de hoofdaanname te onderzoeken zijn er variantie-analyses met herhaalde metingen (ANOVA's) verricht. De analyses zijn uitgevoerd op de patiënten die de behandeling hebben afgerond (*completers*) en vervolgens herhaald voor completers en dropouts (*intention-to-treat*) waarbij missende waarden

werden geïmputeerd volgens het *lastobservationcarriedforward* principe. Alle analyses zijn uitgevoerd met SPSS (versie 17) en effecten zijn onderzocht op het niveau van  $p < .05$ .

## RESULTATEN

In totaal hebben 56 patiënten deelgenomen aan deze studie. Daarvan werden er 23 toegewezen aan de individuele conditie en 33 aan de groepsconditie. In de individuele conditie zijn 5 patiënten gedurende het behandeltraject uitgevallen (22%). In de groepsconditie hebben 10 patiënten de behandeling voortijdig beëindigd (30%). Een chi-kwadraattoets (met *Continuity Correction*) toonde aan dat er geen verschil is in distributie van drop-out tussen de individuele en groepsconditie ( $\chi^2(1) = 0.16; p = .69$ ). Ook werden er voorafgaand aan de behandeling geen significante verschillen gevonden op de Schema-Vragenlijst, de SCL-90 en de subschaal Klanttevredenheid van de 4K's. In Tabel 1 worden de gemiddelden en standaarddeviaties van de uitkomstmaten weergegeven op de drie verschillende meetmomenten. Op de primaire uitkomstmaat, de Schema-Vragenlijst, werd een significant hoofdeffect gevonden voor tijd ( $F[2, 38] = 23.31, p < .01$ ) met een groot effect (*partial*  $\eta^2 = 0.55$ ) tussen de meting voorafgaand aan de behandeling (meting 1) en de meting bij afsluiting van de behandeling (meting 3). Er werd geen significante interactie tussen groep en tijd gevonden ( $F[2, 38] = 0.47, p > .05$ ) en ook een hoofdeffect voor groep was niet aanwezig ( $F[1, 39] = 3.06, p > .05$ ). Een hoofdeffect voor tijd werd ook gevonden tussen meting 1 en 2 ( $F[1, 39] = 18.70, p < .001, r = .57$ ) en tussen meting 2 en 3 ( $F[1, 39] = 45.75, p < .001, r = .73$ ).

Op de secundaire uitkomstmaten werd wat betreft de algemene psychopathologie (SCL-90) een significant hoofdeffect gevonden voor tijd ( $F[2, 38] = 10.31, p < .01$ ) met een groot effect (*partial*  $\eta^2 = .35$ ). Er werd ook hier geen significante hoofdeffect voor groep ( $F[1, 39] = 2.23, p > .05$ ) en geen interactie-effect tussen groep en tijd ( $F[2, 38] = 0.18, p > .05$ ) gevonden. Wanneer apart werd gekeken naar het verschil tussen de tijdsintervallen, werd er een hoofdeffect voor tijd gevonden, zowel tussen meting 1 en 2 ( $F[1, 39] = 15.57, p < .001, r = .53$ ) als tussen meting 2 en 3 ( $F[1, 39] = 16.33, p < .001, r = .54$ ).

Op de subschaal Klanttevredenheid van de 4 K's was geen hoofdeffect voor tijd ( $F[2, 38] = 0.905, p > .05$ ) maar wel een significant groep x tijd interactie-effect ( $F[2, 38] = 3.34, p = .046$ ) met een groot effect (*partial*  $\eta^2 = .15$ ). Ook is er sprake van een hoofdeffect wat betreft groep ( $F[1, 39] = 18.33, p < .001, \textit{partial} \eta^2 = .32$ ). Patiënten in de individuele conditie waardeerden hun therapie significant meer en zijn hun therapie significant meer gaan waarderen dan patiënten uit de groepsconditie. Wanneer apart werd gekeken naar het verschil tussen de tijdsintervallen, bleek er een interactie-effect tussen groep en tijd aanwezig te zijn, zowel tussen meting 1 en 2 ( $F[1, 39] = 5.97, p < .05, r = .36$ ) als tussen meting 2 en 3 ( $F[1, 39] = 4.28, p < .05, r = .31$ ).

**Tabel 1.** Gemiddelde scores (SD) en Samenvatting ANOVAS voor Herhaalde Metingen (completer-steekproef)

<i>Uitkomstmaat</i>	<i>Meetmoment</i>	<i>Groeps-behandeling</i>	<i>Individuele behandeling</i>	<i>Tijd</i>	<i>Tijd x Groep</i>
Schema-Vragenlijst	Baseline	696.5 (138.9)	630.5 (141.2)	$F_{2,38} = 23.31^{**}$	$F_{2,38} = 0.47$
	10 sessies	645.8 (162.8)	551.8 (190.3)		
	18 sessies	589.8 (166.6)	491.7 (195.3)		
Symptom Checklist	Baseline	218.7 (61.1)	194.6 (46.4)	$F_{2,38} = 10.31^{**}$	$F_{2,38} = 0.18$
	10 sessies	196.0 (63.4)	165.5 (68.9)		
	18 sessies	182.8 (66.3)	156.3 (66.4)		
Klanttevredenheid	Baseline	7.1 (0.8)	7.7 (1.4)	$F_{2,38} = 0.65$	$F_{2,38} = 3.34^*$
	10 sessies	6.7 (1.5)	8.5 (1.1)		
	18 sessies	6.7 (1.6)	8.5 (1.2)		

Noot. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .001$ .

Uit een herhaling van de analyses voor de intent-to-treat-steekproef kwamen vergelijkbare resultaten naar voren (tabel 2).

**Tabel 2.** Gemiddelde scores (SD) voor alle uitkomstmaten intent-to-treat-steekproef: resultaten uit herhaalde metingen ANOVA'S

<i>Uitkomst</i>	<i>Meetmoment</i>	<i>Groep</i>	<i>Individueel</i>	<i>Tijd</i>	<i>Tijd x Groep</i>
SVL	Baseline	700.5 (139.7)	641.0 (156.5)	$F_{2,53} = 20.83^{**}$	$F_{2,53} = 0.22$
	10 sessies	654.6 (162.4)	579.4 (199.3)		
	18 sessies	605.0 (168.1)	532.4 (210.7)		
SCL-90	Baseline	214.7 (63.4)	194.4 (50.2)	$F_{2,53} = 8.64^{**}$	$F_{2,53} = 0.32$
	10 sessies	199.8 (64.4)	171.6 (68.3)		
	18 sessies	190.6 (67.2)	164.4 (67.2)		
Klanttevredenheid	Baseline	7.2 (1.0)	7.4 (1.4)	$F_{2,53} = 0.20$	$F_{2,53} = 4.4^*$
	10 sessies	6.7 (1.4)	8.0 (1.4)		
	18 sessies	6.7 (1.5)	8.0 (1.5)		

Noot. \*  $p < .05$  \*\*  $p < .001$ . SVL = Schemavragenlijst; SCL-90 = Symptom Checklist.

Voor de algemene psychopathologie (scl-90) zijn *reliable change indexes* bepaald op basis van de handleiding van Arrindell en Ettema (2003). Vervolgens is aan de hand van de methode van Jacobson en Truax (1991) voor iedere deelnemer berekend of deze een klinisch significante verbetering heeft laten zien. Het verschil tussen de twee groepen in proportie klinisch significant verbeterde deelnemers is hierna getoetst met een chi-kwadraattoets die niet significant bleek:  $\chi^2(1) = 0.16$ ;  $p = .69$ .

Wat betreft de analyse op de primaire uitkomstmaat is een post hoc power-analyse gedaan, waaruit is gebleken dat de studie een power had van .75. Voor



een power ( $1 - \beta$ ) van .80 was een steekproefgrootte nodig geweest van 395, om statistisch significante resultaten (bij  $p < .05$ ) te kunnen vinden.

## DISCUSSIE

De resultaten van dit onderzoek tonen in zowel de groepsbehandeling als in de individuele behandeling een afname op het niveau van ernst van dysfunctionele kernschema's (Schema-Vragenlijst) en algemene psychopathologie (SCI-90). Er worden daarbij geen betekenisvolle verschillen gevonden tussen de twee condities op deze uitkomstmaten. Wel wordt er een significant verschil gevonden in de mate van klanttevredenheid (4KS): Patiënten in de individuele conditie waarderen aan het eind van de behandeling hun therapie significant beter dan patiënten uit de groepsconditie. De hypothese dat groepstherapie bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek effectiever is dan een individuele behandeling dient in deze studie op basis van de resultaten te worden verworpen. Deze bevinding sluit aan bij de resultaten uit eerder onderzoek naar verschillen in effectiviteit tussen groeps- en individuele behandeling bij as-I stoornissen. Een belangrijke kanttekening die moet worden gemaakt is dat het ontbreken van een significant verschil niet perse hoeft te betekenen dat beide vormen even effectief zijn. Het kan bijvoorbeeld ook te wijten zijn geweest aan een te kleine steekproef die subtiele verschillen niet heeft kunnen opsporen.

Hoe nu de resultaten te duiden in het licht van de hypothese? Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het gehanteerde behandelprotocol in deze studie in onvoldoende mate inspeelt op de curatieve factoren die aan groepstherapie worden toegeschreven. Het protocol van Van Vreeswijk en Broersen (2006) richt zich per sessie op welomschreven cognitief gedragstherapeutische technieken en veel minder op experiëntiële technieken en interventies die zich specifiek richten op het optimaliseren van het groepsklimaat. Het protocol speelt daarmee mogelijk onvoldoende in op de curatieve factoren die aan groepen worden toegeschreven zoals het gevoel tot een groep te behoren en het zich door anderen geaccepteerd en gevalideerd weten. Het toevoegen van deze elementen aan een behandelprotocol zou kunnen leiden tot een beter therapieresultaat en een grotere mate aan klanttevredenheid. Deze hypothese zou nader onderzocht moeten worden.

De onderzoeksbevindingen hebben wellicht een aantal implicaties voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek in een ambulante tweedelijns GGZ instelling. Zo lijkt op therapeutische variabelen (ernst disfunctionele schemata en algemene psychopathologie) groepstherapie een goed alternatief voor individuele behandeling. Mogelijk is een dergelijke groepsaanpak ook kosteneffectiever, maar daarover kunnen op basis van dit onderzoek geen uitspraken gedaan worden. Wel dient men dan aandacht te hebben voor het feit dat een groepsbehandeling door patiënten minder goed wordt gewaar-

deerd. Dit zou ook de (niet-significante) hogere dropout in de groepsconditie kunnen verklaren. Kwalitatief vervolgonderzoek is nodig om meer inzicht te krijgen in de aard van de ontevredenheid en het eventuele verband met dropout, en om tot aanbevelingen te komen om een groepsbehandeling beter verdraagbaar te maken.

Er dienen een aantal beperkingen van dit onderzoek te worden opgemerkt. Een belangrijke tekortkoming is dat er geen gebruik is gemaakt van semigestructureerde diagnostische interviews, waardoor er geen uitspraken gedaan kunnen worden over de validiteit en betrouwbaarheid van de diagnoses. Daarnaast is het om praktische redenen niet mogelijk geweest om tot een zuivere randomisatie te komen. Er is voor gekozen om aangemelde deelnemers afwisselend in bepaalde periodes ofwel uitsluitend aan de groepstherapie ofwel uitsluitend aan de individuele conditie toe te wijzen. Het feit dat er geen significante verschillen werden gevonden op de uitkomstmaten tussen de twee groepen op de baseline meting kan worden beschouwd als een aanwijzing dat de semi-randomisatie succesvol is verlopen. Verder is maar een deel van de therapeuten werkzaam geweest in beide condities waardoor niet gegarandeerd kan worden dat variabelen die samenhangen met de persoon van de therapeut een rol hebben gespeeld in het onderzoeksresultaat. Er heeft geen zogeheten 'integrity check' plaatsgevonden waardoor niet vastgesteld kan worden hoe nauwkeurig het behandelprotocol in beide condities is gevolgd. Tenslotte ontbreekt het in deze studie aan een follow-up meting waardoor er geen uitspraken te doen zijn over de mate van effectiviteit op de lange termijn.

Ondanks de genoemde methodologische tekortkomingen en de kanttekening dat de resultaten niet per definitie betekenen dat de beide vormen van therapie even effectief zijn, lijkt in deze verkennende studie de conclusie gerechtvaardigd dat patiënten met persoonlijkheidspathologie evenveel profiteren van een schemagerichte groepsbehandeling als van een individuele schematherapie. Daarbij wordt individuele therapie als prettiger ervaren.

#### SUMMARY

##### *Group versus individual treatment of personality disorders*

The efficacy of group versus individual treatment has been the subject of numerous studies. Overall, the results indicate that there is no difference between both treatment conditions. However, patients with personality disorders have not been systematically studied. The aim of this study was to investigate the difference in efficacy between treating patients with personality disorders in a group or individual setting using a schema-focused treatment format. Therefore, 56 patients with personality disorders were semi-randomly allocated to (a) group treatment or (b) individual treatment. Results showed no significant differences in outcome between the two conditions. One exception was treatment satisfaction.

Patients who had been treated in the group setting were significantly less satisfied about their treatment than patients who had been treated individually.

*Key words:* personality disorders, group treatment, individual treatment

#### LITERATUUR

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). SCL-90. Symptom Checklist.
- Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets Test Publishers
- Budman, S.H., Demby, A., Soldz, S., & Merry, J. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, *46*, 357-377.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., & Webber, M.W. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Therapy & Experiential Psychiatry*, *40*, 317-328.
- Folkers, K., Rijn van, J., & Appelo, M. (2007). Literatuurstudie naar de effectiviteit van individuele versus groepsgewijze cognitieve gedragstherapie. *Gedragstherapie*, *40*, 177-199.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.
- Huijbrechts, I., Appelo, M., Korrelboom, K., Heiden, C. van der, & Bos, E. (2009). Routine Outcome Measurement binnen PsyQ: normering van de 4 K's. *Directieve therapie*, *29*, 243-253.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Lange, A., Schrieken, B. Ven, J.P., van de, & Blankers, M. (2000). De Korte Klachtenlijst (KKL). *Directieve therapie*, *4*, 20-25.
- McRoberts, C., Burlingame, G.M., & Hoag, M.J. (1998). Comparative efficacy of individual and Group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory Research and Practice*, *2*, 101-117.
- Nordahl, H.M., & Nysaeter, T.F.P.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, *36*, 254-264.
- Rijkeboer, M.M., & Bergh, H. van den (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, *20*, 263-278.
- Rijkeboer, M.M., & Bergh, H. van den, & Bout, J. van den (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 129-144.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M.M. (1997). Schema-Vragenlijst. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Tillitski, L. (1990). A meta-analysis of estimated effect sizes for Group versus individual versus control treatments. *International Journal of Group Psychotherapy*, *40*, 215-224.
- Toseland, R., & Siporin, M. (1986). When to recommend Group treatment: A review of the clinical and the research literature. *International Journal of Group Psychotherapy*, *36*, 171-201.

- Tucker, M., & Oei, T.P.S. (2007). Is Group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 77-91.
- Vreeswijk, M.F. van, & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen. Cognitieve groepspsychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota Florida: Professional Resource Press.
- Young, J.E., & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2e ed.). In: J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (pp. 63-76). Sarasota, Florida: Professional Resource Press.

