

“De verandering in schemamodi en klachten in een klinische schemagerichte behandeling bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen”.

Student: Karin Timmerman

Studentnummer: s1239813

Universiteit Twente, Master Psychologie.

Afstudeerrichting: Geestelijke Gezondheidsbevordering.

Datum: 24 februari 2014.

1e begeleider: G. Westerhof

2e begeleider: E. de Kleine.

Samenvatting.

Aanleiding: De prognose voor behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (PS) werd lange tijd als slecht gezien. Schematherapie is ontwikkeld om PS pathologie te behandelen.

Effectonderzoek in de individuele en ambulante setting laat zien dat schematherapie een goed effect heeft op meerdere aspecten van PS. Omdat een deel van de cliënten vanwege complexe PS baat kan hebben bij klinische behandeling is het van belang onderzoek te doen naar de effecten van schematherapie in deze klinische setting. Voor deze cliënten met complexe problematiek heeft Young binnen schematherapie de schemamodi ontwikkeld. Dat maakt dat deze modi focus zijn van dit onderzoek.

Doel: Het vernieuwende aan dit onderzoek is dat het de verandering in modi en klachten na schematherapie in een klinische setting onderzoekt. De onderzoeksvraag of disfunctionele modi en klachten afnemen en de functionele modi toenemen na schematherapie in de klinische setting wordt beantwoord. Daarnaast wordt er gekeken of deze verandering juist in de tweede helft van de

behandeling plaatsvindt zoals in literatuur wordt verondersteld. **Methode:** Dit onderzoek is onderdeel van een groter onderzoek. Binnen de afdeling voor klinische psychotherapie van Mediant, De Wieke, wordt gewerkt met schematherapie in de behandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (PS) en of persoonlijkheidsproblematiek. Data voor dit onderzoek wordt bij deze cliënten (N=44)

verzameld door middel van de zelfrapportage vragenlijsten de Schema Mode Inventory en de Brief Symptom Inventory bij aanvang, na een half jaar en bij ontslag af te nemen. Door middel van gepaarde t toetsen zijn de onderzoeksvragen met deze data beantwoord.

Resultaten: De totale disfunctionele modi en klachten namen significant af en de totale functionele modi namen significant bij vergelijking van de voor- en de nameting. De effectgrootte was groot tot zeer groot. De specifieke disfunctionele modi de onthechte beschermer, het kwetsbare kind en de straffende ouder namen alledrie significant af. De effectgrootte van de afname van de onthechte beschermer was groot en van de andere twee modi zeer groot. De gezonde volwassene en het blijde kind, namen ook individueel significant toe en er werd een zeer groot effect gemeten. De disfunctionele modi namen alleen in de tweede helft significant af en de functionele modi namen ook alleen in de tweede helft significant toe, zoals voorspeld. **Conclusie/**

Discussie: De uitkomst van dit onderzoek is dat schematherapie mogelijk ook een groot tot zeer groot effect in de klinische setting heeft. Dat betekent dat cliënten significant lager scoren op modi en klachten na schematherapie op De Wieke. Dit is hoopgevend voor de cliënten met een PS voor wie de behandelprognose eerder als slecht werd gezien. Vervolgonderzoek is aanbevolen om de gevonden resultaten te kunnen onderbouwen en meer generaliseerbaar te maken. Aanbevelingen zijn een grotere (homogene) steekproef, gebruik van een controlegroep en meer controle op de verschillende werkende elementen in de klinische setting. Verder kwamen in dit onderzoek een aantal nieuwe gezichtspunten naar voren ten aanzien van specifieke modi die mogelijk de moeite waard zijn verder te onderzoeken omdat deze kunnen bijdragen aan de verdere theorievorming van schematherapie.

Abstract.

Objective: The prognosis for clients with a personality disorder (PD) is supposed to be poor. Schema-focussed therapy was developed especially for the treatment of PD. In effect research in individual and ambulatory settings schemafocussed therapy appears to have a positive effect on several aspects of PD. A part of the population with complex PD can be best treated within a clinical setting and therefore research the efficacy of schemafocussed therapy in a clinical setting is highly valuable and relevant. Young developed the schemamodes especially for clients with complex PD and this will be the focus of this research. **Purpose:** The innovative aspect of this research lies within the clinical setting in which schemafocussed therapy is given and the measuring of the effects in symptoms and schemamodes. The research question whether there is a significant change in schemamodes and symptoms after clinical treatment with schemafocussed therapy will be answered as well as the question if these changes in schemamodes especially appear in the second half of the treatment, as predicted in the literature. **Method:** This research is part of a larger ongoing research project. Within the unit for clinical treatment of Mediant, De Wieke, schemafocussed therapy is used in the treatment of clients with PD or personality problems. The data was collected with the clients of De Wieke (N=44) by the use of self-report questionnaires Schema Mode Inventory and the Brief Symptom Inventory at the beginning of the treatment, after 6 months and at the ending of the treatment. By the use of paired sample t tests the research questions were answered. **Results:** All of the dysfunctional schemamodes and symptoms decreased significantly and the functional schemamodes increased significantly when pre- and posttest were compared. The effectsizes were large to very large. The specific dysfunctional schemamodes the detached protector, the vulnerable child and the punitive parent all decreased significantly. The effectsize of the change of the detached protector was large and for the other two the effectsize was very large. The functional schemamodes both increased significantly and there was a very large effect size for both schemamodes. All functional schemamodes increased and for most of the dysfunctional schemamodes the increase was only significant in the second half of the treatment, as predicted. **Conclusion:** This study can lead to the conclusion that schemafocussed therapy has a strong effect in the clinical setting. Clients show significantly lower scores at dysfunctional schemamodes and symptoms after treatment at De Wieke. This raises hope for clients diagnosed with PD for whom the prognosis of treatment is usually assumed to be bad. More research is recommended to support these results and to make it possible to generalise the conclusions. Recommendations pertain a larger (homogenic) sample size, the use of a control group and controlling the different elements of the clinical treatment. Furthermore a few new viewpoints with regard to further developing schema theory, regarding specific schemamodes will be given. These can be relevant for further research.

Inhoudsopgave

<u>Inleiding.....</u>	<u>5</u>
Persoonlijkheidsstoornissen.....	5
Schematherapie.....	7
Schemamodi.....	8
Effecten van schematherapie.....	10
Effecten van schematherapie en specifieke modi.....	11
Effecten van schematherapie en de relatie met klachten.....	12
Onderzoeksvragen.....	13
<u>Methode.....</u>	<u>14</u>
Onderzoeksdesign.....	14
Participanten.....	14
Steekproef.....	15
Setting.....	16
Procedure.....	16
Meetinstrumenten.....	17
Analyse.....	18
<u>Resultaten.....</u>	<u>20</u>
Schemamodi.....	20
Tweede helft.....	21
Klachten.....	22
<u>Conclusie/ Discussie.....</u>	<u>24</u>
<u>Literatuurlijst.....</u>	<u>29</u>

Inleiding.

Deze studie betreft een onderzoek naar de verandering in schemamodi en klachten na schematherapie in een klinische setting. Schematherapie is nog niet eerder onderzocht in de klinische setting maar wordt in deze setting wel steeds meer toegepast (van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008).

Schematherapie is een relatief nieuwe integratieve vorm van psychotherapie die cognitieve, gedragsmatige, experientiele technieken combineert en door Jeffrey Young is ontwikkeld voor cliënten met (complexe) persoonlijkheidsproblematiek omdat cognitieve gedragstherapie tekortschoot in de behandeling van deze doelgroep (van Vreeswijk et al., 2008). Het is voor de ontwikkeling van de behandeling voor deze cliëntpopulatie van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van schematherapie.

Voorafgaand aan dit onderzoek zijn er reeds meerdere onderzoeken naar de effectiviteit van schematherapie bij deze doelgroep met persoonlijkheidsstoornissen (PS) gedaan. Deze onderzoeken laten zien dat schematherapie een goed effect heeft op meerdere aspecten van PS (Renner et al., 2013; Sempértegui, Karreman, Arntz & Bekker, 2013; van Vreeswijk et al., 2008). Deze onderzoeken betreffen vooral de ambulante setting en individuele behandelingen. Een deel van de cliënten met PS hebben echter meer baat hebben bij klinische behandeling vanwege de complexiteit van hun problematiek (van Vreeswijk et al., 2008). Daarom is het van belang om de effecten van schematherapie in een klinische setting te onderzoeken en dat is het doel van dit onderzoek.

Binnen de afdeling voor klinische psychotherapie van Mediant, De Wieke, wordt gewerkt met schematherapie in de behandeling van cliënten met persoonlijkheidspathologie. De data voor dit onderzoek wordt bij deze cliënten verzameld.

Persoonlijkheidsstoornissen

Schematherapie betreft de behandeling van persoonlijkheidspathologie. Volgens Vandereyken, Hoogduin en Emmelkamp (2008) verwijst een PS naar een duurzaam en rigide patroon van persoonlijkheidsaspecten die duidelijk afwijken van de heersende culturele norm. De domeinen waar dit patroon zich in uit zijn cognities, affect, interpersoonlijk functioneren en impulscontrole. De stoornis bevindt zich op tenminste twee van deze domeinen en brengt significant persoonlijk lijden en functionele beperkingen in werk en/ of relaties met zich mee (Vandereyken et al., 2008). In de DSM-4 wordt er van uitgegaan dat een PS zich ontwikkelt op basis van een combinatie van genetische factoren en omgevingsinvloeden zoals hechting en traumatische gebeurtenissen (Vandereyken et al., 2008). Schattingen geven aan dat ongeveer 12% van de Nederlandse bevolking aan de criteria van tenminste een PS voldoet (Vandereyken et al., 2008). Een PS is een veelvoorkomende stoornis die ernstige beperkingen en persoonlijk lijden met zich meebrengt.

Comorbiditeit van PS met andere stoornissen is veelvoorkomend. Het risico op as 1

stoornissen is voor mensen met een PS hoger dan voor mensen zonder een PS (Renner et al., 2013). Het gaat vooral om angst en stemmingsstoornissen en middelenmisbruik (Vandereyken et al., 2008). Schattingen geven aan dat meer dan 50 % van de mensen met een PS ooit een as 1 een stoornis heeft gehad en dat meer dan 25 % ook aan de criteria van nog een andere PS voldoet (Vandereyken et al., 2008). Tevens is bekend dat cliënten met een PS een groter beroep doen op de GGZ dan mensen met alleen een as 1 stoornis en dat deze behandeling van PS complexer en langduriger is dan de behandeling van alleen een as 1 stoornis (Vandereyken et al., 2008). Concreet worden de kosten voor behandeling en bijkomende kosten voor cliënten met een borderline PS (BPS) geschat op 16.852 euro ten opzichte van 3.200 euro voor een cliënt met algemene psychiatrische problematiek (van Vreeswijk, et al., 2008). Vanwege de ernst van de problematiek en de complexiteit en de duur van de behandeling is het zowel van economisch als inhoudelijk belang om onderzoek te doen naar de effectiviteit van behandeling.

Er zijn een aantal behandelvormen mogelijk meer effectief dan andere voor de behandeling van PS. Uit onderzoek blijkt dat psychofarmaca, zoals antidepressiva, en cognitieve gedragstherapie (CGT) niet toereikend zijn om een PS te kunnen behandelen en genezen (Bamber, 2004; Farrel, Shaw & Webber, 2009; Kellog & Young; Sempértegui et al., 2013; Vandereyken et al., 2008). Mede daardoor zijn er in de afgelopen jaren een aantal psychotherapeutische behandelvormen ontwikkeld voor de behandeling van PS, die in onderzoek effectief lijken te zijn (Farrel et al., 2009; Sempértegui et al., 2013; Vandereyken, et al., 2008; van Vreeswijk et al., 2008). Deze vormen van evidence based psychotherapie voor cliënten met een PS zijn schematherapie, Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentalisation Based Treatment (MBT) en Transference Focussed Psychotherapy (TFP) (Keijsers, van Minnen & Hoogduin, 2011; Sempértegui et al., 2013; Vandereyken et al., 2008). Dat maakt dat de behandelprognose van PS is verbeterd.

Deze evidence based behandelvormen verschillen qua inhoud en effectiviteit van elkaar. DGT en MBT zijn specifiek ontwikkeld voor BPS en gericht op het ontwikkelen van vaardigheden. Daarentegen richten schematherapie en TFP zich meer op het behandelen van PS problematiek in het algemeen omdat het zich richt op de onderliggende persoonlijkheidsfactoren (Keijsers et al., 2011; Sempértegui et al., 2013; Vandereyken et al., 2008; van Vreeswijk et al., 2008). Uit onderzoek is gebleken dat DGT, MBT en TFP vooral effect hebben op bepaalde delen van PS (Farrel et al., 2009; Sempértegui, et al., 2013). Zo is DGT vooral effectief in het behandelen van destructief gedrag (Keijsers et al., 2011; Sempértegui, et al., 2013). MBT draagt vooral bij aan het leren mentaliseren van de eigen mentale toestanden en die van anderen en doet op die manier symptomen afnemen, maar lijkt qua kosteffectiviteit niet effectief (Sempértegui, et al., 2013). De focus van TFP is de integratie tot een geheel van de gefragmenteerde persoonlijkheid, maar heeft niet veel effect op impulsiviteit en de algemene psychopathologie en het globale functioneren (Sempértegui et al., 2013). Schematherapie

lijkt een breder algeheel effect te hebben op alle onderdelen van BPS en PS (Farrel et al., 2009; Sempértegui et al., 2013; Vandereyken et al., 2008). Schematherapie lijkt zich te onderscheiden door een breder effect op alle onderdelen van PS in het algemeen en dat maakt het zinvol en relevant om de effectiviteit van schematherapie bij PS verder te onderzoeken.

Schematherapie

Schematherapie is een integratieve vorm van psychotherapie. De 4 werkende mechanismen in de behandeling van schematherapie zijn cognitieve herstructurering, gedragsmatige patroon doorbreking en, voor een emotioneel doorvoelde verandering, experiëtiële technieken en de therapeutische relatie (Bamber, 2004; Farrel et al., 2009; Kellog & Young, 2006; van Vreeswijk et al., 2008). Deze 4 mechanismen zijn onderbouwd in de schematheorie.

Het eerste werkende mechanisme van schematherapie is cognitieve herstructurering. Van cliënten met een PS is bekend dat hun cognitieve structuren meer rigide zijn (Vandereyken et al., 2008). Deze cognitieve structuren worden binnen schematherapie vroege onaangepaste schema's (VOS) genoemd. VOS zijn vroeg gevormde cognitieve en affectieve structuren die doordringende thema's bevatten over de eigen persoon en de relaties met anderen (Bamber, 2004; Hoffart & Sexton, 2002; van Vreeswijk et al., 2008). VOS zijn een product van hoe er is omgegaan met de basisbehoeften van de persoon in de kindertijd in combinatie met het temperament van het kind en belangrijke gebeurtenissen (van Vreeswijk et al., 2008). Deze VOS worden verondersteld het individu gevoelig te maken voor diverse vormen van persoonlijkheidspathologie (Eurelings-Bontekoe, Luyten, Ijssennagger, van Vreeswijk & Koelen, 2010; de Jong, van der Heiden & Deen, 2013; Kellog & Young, 2006; Nordahl & Nysæter, 2005; Thimma, 2010; Vandereyken et al., 2008). Door middel van de cognitieve herstructurering in schematherapie worden de rigide cognitieve structuren die horen bij PS, de VOS, uitgedaagd en veranderd. Daarom wordt de cognitieve herstructurering beschouwd als een belangrijk mechanisme van schematherapie.

Het tweede werkende mechanisme van schematherapie is gedragsmatige patroon doorbreking. De VOS beïnvloeden naast het denken ook het gedrag van een cliënt (van Vreeswijk et al., 2008). Vanuit vroege ervaringen en de VOS heeft de cliënt maladaptieve coping-stijlen, ook wel overlevingsstrategieën, ontwikkeld (Kellog & Young, 2006). Het zijn deze coping-stijlen die in het volwassen leven vaak tot klachten en problemen in relatie tot anderen leiden (Kellog & Young, 2006). Deze coping-stijlen zijn vermijding, overcompensatie en overgave en maken dat VOS worden bekrachtigd en blijven voortbestaan (Sempértegui et al., 2013; van Vreeswijk et al., 2008). Om schema's te veranderen is, naast de cognitieve herstructurering, het doorbreken van gedragsmatige patronen een belangrijk mechanisme van schematherapie.

De experiëtiële technieken zijn het derde werkende mechanisme van schematherapie. Deze

experiëntiële technieken zijn erop gericht om emoties die gekoppeld zijn aan de VOS te ervaren en te uiten. Deze technieken zijn toegevoegd om naast de cognitieve en gedragsmatige verandering de verandering ook op emotioneel vlak te laten plaatsvinden. Dit is nodig omdat is gebleken dat verandering op cognitief vlak niet voldoende is voor deze doelgroep met een PS (Bamber, 2004). Cliënten weten (cognitief) vaak wel dat de VOS disfunctioneel zijn, maar de VOS voelen (emotioneel) dan nog wel functioneel (van Vreeswijk et al., 2008). Dit kan te maken hebben met het ontstaan van de VOS. Volgens de schematheorie ontstaan deze VOS vanuit vroegkinderlijke ervaringen, vaak op een moment waarop het kind nog niet in staat is om ervaringen te verbaliseren (van Vreeswijk et al., 2008). De experiëntiële technieken sluiten daarom mogelijk beter aan bij wat de cliënt voelt en (nog) moeilijk kan verbaliseren.

Tot slot kan als vierde mechanisme van schematherapie de therapeutische relatie worden genoemd. De specifieke vormgeving van de therapeutische relatie wordt binnen schematherapie gezien als onderdeel van de experiëntiële technieken. In schematherapie is de attitude van de therapeut actief, steunend en authentiek (Farrel et al., 2009). Dit geeft veiligheid en ruimte om de gemiste kritieke basisbehoeften deels alsnog te vervullen (zoals hechting, autonomie en eigenwaarde) dit wordt beperkt ouderschap genoemd (Bamber, 2004; Farrel et al., 2009; van Vreeswijk et al., 2008). Daarmee wordt aangegeven dat de therapeutische relatie een belangrijk en specifiek onderdeel is van schematherapie.

Schemamodi

Binnen de schematherapie wordt ook gewerkt met het schemamodi-model, vooral bij cliënten met complexe PS. Het schemamodi-model is door Young speciaal ontwikkeld voor deze doelgroep met complexe PS en lijkt effectief te zijn binnen de schematherapie met deze doelgroep (Lobbestael et al., 2005; Nordahl & Nysæter, 2005; van Vreeswijk et al., 2008). De verschillende schemamodi, ook wel kortweg modi genoemd, geven het gedrag en de affecten van PS weer (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2008; Renner, et. al, 2013). Modi zijn een gecombineerd patroon van denken, voelen en handelen gebaseerd op een set van VOS en coping-stijlen en is afgescheiden van andere modi (Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005; Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles & O’Kane, 2009). Het schemamodi-model lijkt daarmee een zinvolle aanvulling op het schematherapie model.

Bij een normale ontwikkeling kan een individu gemakkelijk en geleidelijk wisselen tussen modi en zich bewust zijn van meerdere modi tegelijkertijd (Bamber, 2004). Een normaal ontwikkeld individu heeft de beleving dat het zelf een geheel is dat bepaalde transities gemakkelijk doormaakt (Bamber, 2004). Bij cliënten met een complexe PS zijn de modi minder geïntegreerd en meer gefragmenteerd (Bamber 2004; van den Broek, Keulen-de Vos & Bernstein, 2011; Eurlings-Bontekoe et al., 2010; Lobbestael et al., 2005).

Verdeeld over 4 categorieën zijn er in totaal 14 schemamodi in het schemamodi-model. Er zijn 3

categorieën disfunctionele modi en 1 categorie functionele modi (Lobbestael et al., 2008). Cliënten met een PS scoren veel en hoog op de disfunctionele modi en laag op de functionele modi (Lobbestael et al., 2008). Het doel van schematherapie om de disfunctionele modi te verminderen en het laten toenemen van de functionele modi (Farrell et al., 2009; Kellogg & Young, 2006; van Vreeswijk, 2008).

De eerste categorie bevat de disfunctionele kindmodi. Deze disfunctionele kindmodi ontstaan als resultaat van onbevredigde basisbehoeften als kind en betreffen het voelen, denken en doen op een kinderlijke manier (van den Broek, et al., 2011; Lobbestael et al., 2008). De kindmodi zijn het kwetsbare kind, het woedende kind, het razende kind, het impulsieve kind en het ongedisciplineerde kind (van Vreeswijk et al., 2008).

De tweede categorie zijn de disfunctionele copingmodi. Dit betreffen pogingen van de client om zichzelf te beschermen tegen pijn en corresponderen met een overmaat aan vechten, vluchten of bevriezen als copingstijl (van den Broek et al., 2011; Lobbestael et al., 2008). Deze copingmodi zijn de willoze inschikkelijke, de onthechte beschermer, de onthechte zelfsusser, zelfverheerlijker en pest en aanval (van Vreeswijk et al., 2008).

De derde categorie zijn de disfunctionele oudermodi en deze betreffen de geïnternaliseerde disfunctionele ouder (van den Broek et al., 2011; Lobbestael et al., 2008). De ouder modi zijn de straffende ouder en de veeleisende ouder (van Vreeswijk et al., 2008).

De vierde categorie zijn de functionele modi. De twee functionele modi, de gezonde volwassen en het blij kind, betreffen gezonde vormen van emotionele expressie en aanpassing (van den Broek et al., 2011; Lobbestael et al., 2008). De gezonde volwassene voedt, valideert en bevestigt het kwetsbare kind, stelt grenzen voor de woedende, razende en impulsieve kind-modi, biedt alternatieven voor de maladaptieve copingmodi en neutraliseert de maladaptieve oudermodi (van Vreeswijk et al., 2008). Het streven binnen schematherapie is deze functionele modi toe te laten nemen.

Er wordt verondersteld dat wanneer er op veel modi gescoord wordt dit in algemene zin iets zegt over de mate van psychopathologie op as 1 en as 2. Er is in meerdere onderzoeken gevonden dat de aanwezigheid van disfunctionele modi significant toe nam van 'gezonde proefpersonen' (controlegroep) naar mensen met een as 1 stoornis naar mensen met een as 2 stoornis (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Lobbestael et al., 2008; Lobbestael et al., 2010). Dit werkte ook de andere kant op voor de functionele modi, die waren het hoogst bij de gezonde proefpersonen (Lobbestael et al., 2010). Het aantal disfunctionele modi lijkt dus op te lopen met de ernst van de problematiek.

Op welke modi wordt gescoord zegt mogelijk ook iets over de aard van de problematiek. Zo werd in onderzoek duidelijk dat cliënten met BPS op meer modi scoren van cliënten met een andere PS (Arntz et al., 2005). Verder zijn er aanwijzingen dat elke PS een eigen specifiek patroon van modi heeft (Lobbestael et al., 2008; van Vreeswijk, et al., 2008). De modi die op de voorgrond staan 'kleuren' als het ware de aard van de problematiek. Dus zowel de hoeveelheid disfunctionele modi als

de aard van disfunctionele modi waar iemand op scoort zegt iets over de aard en de ernst van de problematiek.

Effecten van schematherapie.

In verschillende onderzoeken kwam er een grote tot zeer grote effectmaat naar voren bij de behandeling van cliënten met een PS door middel van schematherapie. Een effectgrootte wordt berekend door Cohen's d en wanneer deze groter is dan 1.3, is het effect zeer groot te noemen en een effectgrootte van 0.80 tot 1.29 geeft een groot effect weer (Cohen, 1992). In de review van Sempértegui et al. (2013) komt in verschillende onderzoeken naar schematherapie bij BPS een zeer grote effectmaat naar voren, het gaat om effectgroottes tussen 1.55 en 3.08. Daarbij gaat het om zowel individuele als groepsgerichte schematherapie, allemaal in de ambulante setting.

De effecten van schematherapie worden zichtbaar op verschillende gebieden. Bij cliënten met BPS werd gevonden dat op het gebied van impulsiviteit, identiteitsontwikkeling, dissociatie, verlatingsangst, suicidaliteit en op kwaliteit van leven en relaties een groot positief effect waar te nemen was wanneer voor en na meting met elkaar werden vergeleken en dat deze effecten blijvend waren bij de follow-up (Nordahl & Nysæter, 2005; Sempértegui et al., 2013). In onderzoek van Renner et al. (2013) naar het effect van schematherapie bij cliënten met PS in het algemeen namen de VOS en dysfunctionele coping-stijlen significant af na een kortdurende schemagerichte groepsbehandeling met grote effectmaten, respectievelijk 0.88 en 0.98. Een effectgrootte is middelgroot als deze tussen 0.50 en 0.79 valt (Cohen, 1992). De afname in disfunctionele modi was met een effectgrootte van 0.56 een middelgroot effect te noemen en de toename in functionele modi had slechts een kleine effectgrootte met 0.40, omdat deze effectgrootte tussen de 0.20 en 0.49 valt, het interval voor kleine effectgrootte (Cohen, 1992; Renner et al., 2013). In dit onderzoek van Renner et al. (2013) wordt aangegeven dat de modi mogelijk minder afnemen omdat de vorm van schematherapie die is gebruikt meer gericht was op de cognitieve en gedragsmatige verandering. Voor de verandering van modi, de meer emotionele constructen binnen de schematherapie, zijn mogelijk de experientiele technieken van belang.

Bij vergelijking van schematherapie met andere gebruikelijke behandelvormen in de behandeling bij PS (TAU) lijkt schematherapie een breder en groter effect te hebben dan TAU. Schematherapie geeft een breder algeheel effect op alle onderdelen van PS dan TAU, zoals bijvoorbeeld TFP (Renner et al. 2013; Sempértegui et al., 2013; van Vreeswijk et al., 2008). Vanuit de review van Sempértegui et al. (2013) komt naar voren dat cliënten met BPS die schematherapie hebben gevolgd minder symptomen hebben na behandeling dan cliënten die TFP of TAU hebben gevolgd, en dat dit effect blijvend werd gevonden bij de follow-up na 1 jaar.

Schematherapie komt qua de kosten-effectiviteit ook beter naar voren dan TFP. Bij vergelijkend onderzoek werd gevonden dat de kosten voor de maatschappij over 4 jaar bijna 9.000

euro minder waren bij schematherapie dan bij TFP (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010; Sempértegui et al., 2013; Vreeswijk, van, et al., 2008). Schematherapie is daarmee mogelijk een te prefereren behandeling vanwege zowel de positieve effecten op PS pathologie als vanwege de kosteneffectiviteit.

Er lijkt geen verschil te zijn tussen individuele schematherapie en groepsgerichte schematherapie. In verschillende onderzoeken werd gevonden dat groepsgerichte schematherapie net zo effectief is als individuele schematherapie (Farrel et al., 2009; de Jong et al., 2013). Dit kan nog verder bijdragen aan de kosten-effectiviteit van de behandeling van mensen met een PS, omdat er in de groep meer cliënten tegelijk behandeld kunnen worden.

Qua drop outs lijkt schematherapie het ook beter te doen dan TFP. In vergelijkend onderzoek waren er bij de schematherapie conditie minder drop outs heeft dan bij de TFP conditie (Sempértegui et al., 2013). Het hebben van drop outs is algemeen bekend in de behandeling bij PS, maar lijkt dus lager te zijn bij schematherapie (Sempértegui et al., 2013). Volgens Spinhoven, van Dyck, Giesen-Bloo, Kooiman en Arntz (2007) maakt schematherapie door het kader die de VOS en de modi geven, dat zowel de therapeut als de cliënt beter begrijpen waarom bepaald gedrag zich voordoet en waar het vandaan komt. Dit zou invloed kunnen hebben op de lagere drop outs.

Effecten van schematherapie en specifieke modi.

Vanuit het schematherapie model worden een aantal modi die belangrijk zijn voor de behandeling specifiek genoemd. Verandering vindt plaats door contact met het kwetsbare kind en deze te kunnen voeden en troosten als gezonde volwassene (Kellog & Young 2006). De onthechte beschermer voorkomt het voelen van emoties en het hechten aan anderen en is vaak actief, deze zal dus moeten afnemen om verandering te kunnen laten plaatsvinden (Arntz et al., 2005; Kellog & Young 2006; Lobbestael et al., 2005). Ook wordt er vanuit gegaan dat cliënten met een PS vaak hoog scoren op de bestraffende ouder (Bamber 2004; Eurlings- Bontekoe et al., 2010), mogelijk heeft deze modus ook een belangrijke rol in het voortbestaan van problematiek. Volgens het theoretisch kader zouden de onthechte beschermer, het kwetsbare kind en de bestraffende ouder bij behandeling met schematherapie af moeten nemen en de gezonde volwassene moeten toenemen.

Er zijn aanwijzingen dat de verandering in modi vooral in de tweede helft van de behandeling plaatsvindt. Renner et al. (2013) heeft in onderzoek naar het effect van schematherapie in groepsbehandeling met jong volwassenen met PS pathologie gevonden dat de disfunctionele modi meer afnamen in de tweede helft van de behandeling. Volgens de theorie kunnen de disfunctionele modi zelfs toenemen in de eerste helft (als afweer) om daarna af te nemen (Renner et al., 2013). Door in dit onderzoek te kijken naar de verandering in modi in zowel de eerste als de tweede helft zou dit aanvullende of bevestigende informatie kunnen geven aan de reeds bestaande onderzoeksresultaten.

Effecten van schematherapie en de relatie met klachten.

Er zijn redenen om aan te nemen dat er een associatie is tussen VOS, PS en klachten. Welburn et al. (2002) toonde correlaties aan tussen bepaalde VOS en de klachtenscalen op de Brief Symptom Inventory (BSI). Dat maakt dat het effect van schematherapie mogelijk is waar te nemen in de afname van klachten. Daarnaast is het bekend dat het hebben van VOS vaak voorkomt in combinatie met klachten op zowel as 1 als as 2 (Thimma, 2010). Zo kan een gebeurtenis die iemand (gedeeltelijk) doet herinneren aan vroege ervaringen een VOS activeren en dat kan als gevolg psychologische klachten als angst, depressie, destructieve relaties en/of zelfdestructief gedrag veroorzaken (de Jong et al., 2013; Thimma, 2010; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan, 2002). De schematheorie ziet VOS als de kern van deze as 1 en as 2 problematiek (Kellog & Young, 2006; Lobbstaël et al., 2008). Het doel van de behandeling is het versterken van de capaciteit tot gezonde zelfreflectie, de modus de gezonde volwassene en om disfunctionele schemamodi te vervangen door positieve coping en functionele modi (van den Broek et al., 2011; Renner et al., 2013). Schematherapie richt zich niet op het verminderen van klachten maar op het modificeren van deze VOS en disfunctionele modi die ten grondslag liggen aan de klachten vanuit het idee dat als deze VOS en disfunctionele modi afnemen de klachten ook zullen afnemen (Farrel et al., 2009). In eerder onderzoek is deze afname in klachten na schematherapie ook aangetoond (Farrel et al., 2009; Nordahl & Nysæter, 2005; Renner et al., 2013). Dat maakt de afname in klachten mogelijk een goede manier om het effect van schematherapie te meten.

De schalen van de BSI zijn vaker gebruikt in effect onderzoek. Uit onderzoek is bekend dat bepaalde symptomen mogelijk meer gevoelig zijn voor therapie-effect (de Beurs, 2011). Het therapie-effect is gemeten na behandeling middels CGT bij angst of interpersoonlijke psychotherapie (IPT) bij depressie. De subschalen depressie (DEP) en angst (ANG) zijn daarbij gevoelig gebleken voor therapie-effect en de subschalen fobische angst (FOB), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), psychoticisme (PSY) en paranoïde gedachten (PAR) kwamen als minder gevoelig naar voren (de Beurs, 2011). De therapie-effecten op DEP en ANG kunnen ook komen doordat de behandeling op angst en depressie gericht waren (de Beurs, 2011). In hoeverre schematherapie de subschalen zou kunnen beïnvloeden is nog niet bekend. Mogelijk geeft dit onderzoek daar meer informatie over.

Het belang van dit onderzoek is ten eerste dat schematherapie in de klinische setting wordt onderzocht, dit is nog niet eerder gedaan. In de ambulante setting zijn de effecten van schematherapie erg veelbelovend. Omdat in de klinische setting vooral cliënten zijn geïndiceerd met complexe PS pathologie is het voor deze doelgroep van belang om te weten of deze effecten ook in deze setting gevonden worden. Dit geeft de relevantie van dit onderzoek aan.

Young heeft het modi-model voor cliënten met complexe PS problematiek ontwikkeld. Er is

tot nu toe weinig onderzoek gedaan naar het effect van schematherapie op modi. Het tweede belang van dit onderzoek is daarom om te kijken naar het verschil in de score op de verschillende modi en klachten tussen de voormeting en de nameting.

Het derde belang is het bevestigen of ontkrachten van de eerdere bevinding dat de verandering in modi vooral in de tweede helft van de behandeling met schematherapie plaatsvindt.

Onderzoeksvragen.

Vanuit het theoretische kader wordt gesteld dat door schematherapie de disfunctionele modi afnemen en de functionele modi toenemen. Om dit te kunnen toetsen met dit onderzoek zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

*In hoeverre nemen disfunctionele modi af en functionele modi toe na behandeling op de ten opzichte van voor de behandeling?

Omdat er bepaalde specifieke disfunctionele modi genoemd worden die belangrijk zijn voor schematherapie worden deze onderzocht in dit onderzoek. Daarom zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld.

*In hoeverre nemen de onthechte beschermer, het kwetsbare kind, de straffende ouder af en de gezonde volwassene toe na behandeling ten opzichte van voor de behandeling?

Mogelijk is het zo dat de afname van disfunctionele modi en de toename van functionele modi meer gebeurt in de 2e helft van de behandeling, dat willen we toetsen met dit onderzoek en daarom zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld.

*Neemt de disfunctionele modi meer af en functionele modi meer toe in de tweede helft van de behandeling ten opzichte van de eerste helft van de behandeling?

De effectiviteit van de behandeling is te meten aan de mate waarin de klachten afnemen na de behandeling ten opzichte van voor de behandeling. Daarvoor is de volgende onderzoeksvraag opgesteld.

*In hoeverre verminderen de klachten na behandeling ten opzichte van voor de behandeling?

Methode

Onderzoeksdesign.

In dit onderzoek gaat het om een pre-test/ post-test design welke in een praktijkcontext wordt uitgevoerd, zonder controlegroep, door middel van scores op de Schema Mode Inventory (SMI) en Brief Symptom Inventory (BSI), en is onderdeel van een groter, reeds lopend onderzoek.

Participanten.

De participanten zijn cliënten die schematherapie volgen in een klinische setting bij Mediant, afdeling klinische psychotherapie “De Wieke”. De Wieke is onderdeel van Mediant, een regionale GGZ instelling in Overijssel. De participanten zijn geworven in het kader van een reeds lopend onderzoek en hebben toestemming gegeven voor het gebruik van hun geanonimiseerde testresultaten.

Op het moment van dit onderzoek waren 44 van de deelnemers reeds met ontslag gegaan en hadden meting 1 en 3 ingevuld. Van de participanten zijn 34 vrouw en 10 man en ligt de leeftijd tussen de 18 tot 43 jaar.

Van deze 44 zijn 21 (47.7%) participanten eerder gestopt met de behandeling en deze participanten werden daarom als drop out beschouwd. Omdat zij representatief zijn voor de populatie en wel een beginmeting hebben gehad zijn zij voor de demografische gegevens wel meegenomen in het onderzoek.

Voor dit onderzoek is de data van 23 mensen die de behandeling hebben afgerond bruikbaar om iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van deze behandeling. De duur van een afgeronde behandeling lag tussen de 6 en 17 maanden en duurde gemiddeld 10.78 maanden met een standaarddeviatie van 2.43 maanden. Omdat niet elke participant aan alle metingen heeft voldaan bij zowel de BSI en de SMI kleiner is dat terug te zien in de verschillende steekproefgroottes. (zie 'steekproef')

De participanten hebben een PS of lopen vast in meerdere levensgebieden. Een groot deel van de participanten heeft ook een as 1 diagnose. Voor de specifieke verdeling zie tabel 1.

Het valt op dat de participanten die de behandeling hebben afgerond vaker een stemming- of angststoornis en een PS NAO hebben dan de groep die drop out is. Bij de drop outs lijkt naar voren te komen dat er meer participanten met specifieke PS (BPS, ontwijkende PS) in deze groep voorkwamen.

De participanten hebben vaak al eerder uitgebreide behandeling gevolgd. Zie tabel 2. De groep die drop out lijkt vaker al eerder een crisisopname of een klinische behandeling te hebben gevolgd dan de cliënten die de behandeling hebben afgerond.

Tabel 1.

Verdeling as 1& as 2 stoornissen onder de drop outs en de participanten die de behandeling hebben afgerond.

Stoornissen	Drop outs (percentage) N=21	Afgerond (percentage) N=23	Totaal (percentage) N=44
Stemmingstoornis	7 (33.3 %)	14 (60.9 %)	21 (47.7 %)
Identiteitsproblematiek	6 (28.6 %)	6 (26.9 %)	12 (27.3%)
Angststoornis	2 (9.5 %)	5 (21.7 %)	7 (15.9 %)
Eetstoornis	4 (19 %)	3 (13 %)	7 (15.9 %)
Middelenafhankelijkheid	1 (4.8 %)	3 (13 %)	4 (9.3%)
Dissociatieve stoornis	2 (9.5 %)	1 (4.3 %)	3 (6.8 %)
Impulscontrole problematiek	1 (4.8 %)	0 (0 %)	1 (2.3 %)
Borderline PS	6 (28.6 %)	4 (17.4 %)	10 (22.7 %)
Ontwijkende PS	4 (19.0 %)	1 (4.8 %)	5 (11.4 %)
Afhankelijke PS	3 (14.3 %)	3 (13 %)	6 (13.6 %)
PS niet anders omschreven	5 (23.8 %)	10 (43.5 %)	15 (34.1 %)
PS	16 (76.2 %)	18 (78.3 %)	34 (77.3 %)

Tabel 2.

Verdeling behandelgeschiedenis onder de drop outs en de participanten die de behandeling hebben afgerond.

Behandelingen	Drop outs (percentage) N=21	Afgerond (percentage) N=23	Totaal (percentage) N=44
Ambulante behandeling	19 (90.5 %)	19 (82.6 %)	38 (86.4 %)
Deeltijdbehandeling	12 (57.1 %)	12 (52.2 %)	24 (54.5 %)
Crisisopname (< 3mnd)	7 (33.3 %)	4 (17.4 %)	11 (25 %)
Klinische opname (> 3mnd)	10 (47.6 %)	8 (34.8 %)	18 (40.9 %)

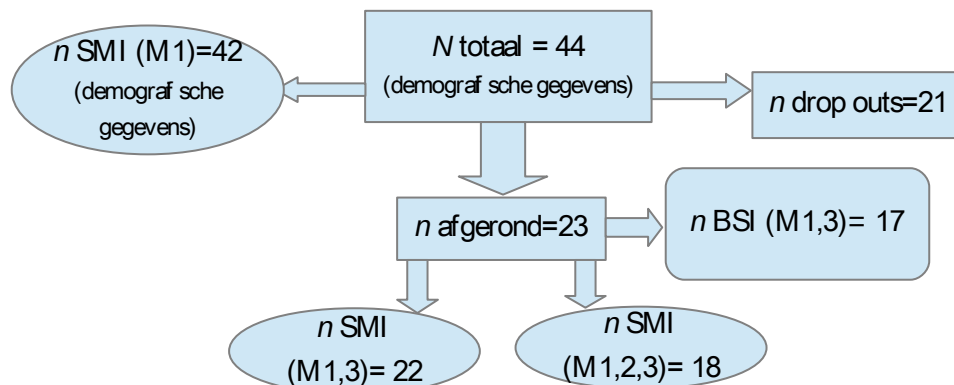
De scores op alle schemamodi van de groep drop outs zijn vergeleken met de scores op de schemamodi van de groep die de behandeling heeft afgerond door middel van een onafhankelijke t-toets om te kijken of deze groepen qua scores op de modi van elkaar verschillen. Daaruit komt naar voren dat de scores bij de beginmeting op de meeste modi voor de groep drop outs niet van de groep participanten die de behandeling hebben afgerond verschillen. Voor de totale disfunctionele modi is er tussen de groep drop outs ($M=3.03$, $SD=0.53$) en de groep die de behandeling heeft afgemaakt ($M=3.05$, $SD=0.38$) geen verschil waargenomen; $t(39)=0.08$, $p=.93$. Hetzelfde geldt voor de totale functionele modi, ook daar is er geen verschil gevonden tussen de groep drop outs ($M=2.86$, $SD=0.48$) en de groep die de behandeling heeft afgerond ($M=2.94$, $SD=0.52$); $t(40)=0.52$, $p=.61$.

Er was een significant verschil op de scores op de modus de willoze inschikkelijke tussen de groep drop outs ($M=3.40$, $SD=0.85$) en de groep die de behandeling heeft afgerond ($M=4.01$, $SD=0.68$); $t(40)=2.58$, $p=.014$. Dit gold ook voor de modus het impulsieve kind bij vergelijking van de groep drop outs ($M=2.58$, $SD=0.73$) en de groep die de behandeling heeft afgerond ($M=2.37$, $SD=0.71$);

$t(40) = -2.14, p = .04$. De groep drop outs ($M = 1.90, SD = 0.57$) scoren ook hoger op het razende kind in vergelijking met de groep die de behandeling heeft afgerond ($M = 1.52, SD = 0.53$); $t(40) = -2.23, p = .03$.

Steekproef.

Alle cliënten van De Wieke die toestemming hebben gegeven die in behandeling zijn gekomen zijn participant. Omdat niet alle participanten aan alle metingen hebben voldaan is de verdeling van de participanten voor dit onderzoek weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Steekproef, de verdeling van de participanten.

Setting.

De behandeling op De Wieke betreft schematherapie. In alle onderdelen wordt de schematherapie als therapeutisch kader gebruikt. Doelen van de behandeling zijn het behandelen van PS en klachten, het (weer) op gang brengen van gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling en de ontwikkeling van autonomie. In deze klinische setting zijn meerdere elementen te onderscheiden, naast het schematherapie kader, die behoren tot de werkende elementen: het therapeutisch milieu en de behandelgroep, de verschillende therapieën en modules die worden aangeboden in het programma. De schematherapie vindt plaats binnen een groep in een klinische setting. Dat betekent dat er gebruik wordt gemaakt van het interpersoonlijke aspect in het therapeutisch milieu. Het multidisciplinaire team bestaat uit klinisch psychologen, zij werken voornamelijk op het cognitieve en experiëntiële vlak, sociotherapeuten, die op het gedragsmatige vlak werken, en de vaktherapeuten, die binnen het experiëntiële vlak werken (van Vreeswijk et al., 2008). De behandelduur op De Wieke is in principe drie maanden tot een jaar en kan op indicatie worden verlengd.

Procedure.

Voor het reeds lopende onderzoek wordt een beginmeting gedaan bij aanvang van de behandeling, een tussenmeting na een half jaar, bij ontslag een eindmeting en een follow-up meting een half jaar na ontslag. Bij deze metingen worden onder andere de Schemamode Inventory (SMI) en de Brief

Symptom Inventory (BSI) afgenomen. Voor dit onderzoek wordt data die verzameld is voor het reeds lopende onderzoek gebruikt om de onderzoeksvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, de data van de follow-up meting wordt niet gebruikt.

Er is dossieronderzoek uitgevoerd door (GZ)psychologen, al dan niet in opleiding, van De Wieke. Dit is gedaan om de demografische gegevens, de behandelgeschiedenis en de gestelde diagnoses van de participanten in kaart te brengen.

De participanten hebben grotendeels bij alle meetmomenten de volgende vragenlijsten ingevuld :de SMI, de BSI, de Young Schema Inventory (YSL), de Mental Health Continuum-ShortForm (MSH-SF), de Young- Rygh Avoidance Inventory (YRAI), de Young Compensation Inventory (YCI) en de Young Parenting Inventory (YPI). Alleen de data van de SMI en de BSI en de demografische gegevens zijn gebruikt voor dit onderzoek. Soms was het niet mogelijk een tussenmeting te doen, dat is terug te zien in de verschillende n bij de SMI.

De afname van bijna alle vragenlijsten is gedaan door (GZ)psychologen, al dan niet in opleiding, werkzaam bij De Wieke. De BSI is voor een groot deel afgenomen door de sociotherapeuten van De Wieke omdat dit onderdeel uitmaakt van de ROM (Routine Outcome Procedure) van Mediant. De cliënten hebben steeds een persoonlijke terugkoppeling gehad van hun scores op de meetinstrumenten.

Meetinstrumenten.

Schema Mode Inventory (SMI).

Om te meten hoeveel schemamodi, zowel de disfunctionele als de functionele modi, de participanten hebben op de verschillende meetmomenten is de SMI, de nederlandse versie, gebruikt. De SMI is een zelfrapportage vragenlijst en is ontwikkeld door Young om de schemamodi van een client te inventariseren (van Vreeswijk et al., 2008). De SMI bevat 124 items en wordt door middel van een 6 puntschaal op frequentie (van nooit, naar altijd) over het algemeen geantwoord. Per schaal wordt een gemiddelde score berekend, hoe hoger de score hoe hoger de modus (van Vreeswijk et al., 2008). Deze schaa scores worden gebruikt voor het onderzoek.

Psychometrische studie geeft aan dat de SMI past bij het 14 factor model vanuit de schemamodi-model van Young omdat middels factoranalyse de 14 schalen, de 14 schemamodi, bevestigd werden (van Vreeswijk, et al., 2008) Er werden goede interne consistenties gevonden voor de verschillende subschalen. Daarmee lijkt een werkbare betrouwbaarheid te zijn aangetoond. Verder waren de intercorrelaties tussen de subschalen middelmatig tot hoog, de construct validiteit was redelijk en de test-hertest validiteit was goed te noemen. De subschalen geven een goede discriminatieve validiteit en een middelmatige convergente validiteit (Lobbestaal et al., 2010; Lobbestaal et al., 2008). Dat betekent dat de psychometrische kwaliteit van de SMI voldoende tot goed is.

Brief Symptom Inventory (BSI).

De BSI, de nederlandse versie, wordt gebruikt in dit onderzoek gebruikt om de mate van klachten te meten. De BSI wordt vaker gebruikt om iets te kunnen zeggen over het therapie-effect (de Beurs, 2011). De BSI is een zelfrapportage vragenlijst die symptomen van psychopathologie meten. Het is afgeleid van de SCL-90 en bevat 53 items, verdeeld over 9 schalen, die met een 5 puntschaal (van helemaal geen, naar heel veel) te beantwoorden zijn voor de afgelopen week (de Beurs, 2011). Voor alle schalen zijn de scores de gemiddelden van de items per schaal (de Beurs, 2011). Deze schalen zijn gebruikt in dit onderzoek.

De schalen van de BSI geven weer welke klachten de cliënt heeft ervaren en samen geven ze maat voor de gemiddelde ernst van de aanwezige symptomen (EAS), een maat van algemene psychische gezondheid door de gemiddelde score op alle items (TOT) en alle aanwezige symptomen (AAS). De 9 schalen zijn somatische klachten (SOM), cognitieve problemen (COG), interpersoonlijke gevoeligheid (INT), depressieve stemming (DEP), angst (ANG), hostiliteit (HOS), fobische angst (FOB), paranoïde gedachten (PAR) en psychoticisme (PSY) (de Beurs, 2011; Welburn et al., 2002). De scores op de schalen zijn de mate waarin iemand deze symptomen in de afgelopen week heeft ervaren.

Voor de psychometrische gegevens van de BSI is gekeken naar de handleiding van de BSI van de Beurs (2011). Daarin wordt beschreven dat factoranalyse heeft aangegeven dat de 9 dimensies van de subschalen grotendeels aparte factoren zijn, waarmee de construct-validiteit lijkt aangetoond. De interitemcorrelaties geven voldoende samenhang aan tussen de items waarmee een voldoende interne consistentie werd aangetoond. Tevens werd er een goede test-hertest betrouwbaarheid aangetoond. De convergente validiteit van de BSI is goed en de divergente validiteit voldoende. Vanuit bovenstaande bevindingen is aan te nemen dat de BSI over voldoende psychometrische kwaliteiten beschikt.

Analyse.

Allereerst worden de frequenties van de diagnoses, leeftijd en eerdere behandelingen, de modi van de participanten berekend vanuit de data van de totale groep participanten, onderverdeeld in de groep drop outs en de groep die de behandeling helemaal hebben afgerond. Deze geven algemene informatie over de de participanten.

De data is normaal verdeeld gebleken en daarom is er gekozen om parametrische testen te gebruiken om de significantie van de verschillen te berekenen. De waarnemingen zijn niet onafhankelijk van elkaar omdat de metingen zijn gedaan bij dezelfde mensen, voorafgaand aan de behandeling, tijdens en na afronden van de behandeling. Daarom wordt gebruik gemaakt van gepaarde t-toetsen om de verschillen tussen de gemiddelden met elkaar te vergelijken. De voor- en nameting van

de SMI en BSI worden met elkaar vergeleken. Er zijn verschillende datasets gecreëerd omdat bij de dataverzameling niet elke participant aan alle metingen heeft voldaan bij zowel de BSI en de SMI. Met de dataset van de complete voor-, tussen- en nameting van de SMI (1, 2 en 3) worden de gemiddelden van meting 1 en 2 met elkaar vergeleken en vervolgens worden meting 2 en 3 ook op deze wijze met elkaar vergeleken. Er wordt middels een MANOVA analyse onderzocht of de behandeling, door de gemeten verandering in de verschillende metingen, een significant effect heeft op een eventueel lineair verband tussen deze 3 metingen.

Omdat er veel gepaarde t toetsen gedaan worden wordt er een bonferroni correctie uitgevoerd, α (.05) wordt dan gedeeld door het aantal t-toetsen die worden uitgevoerd. De uitkomst van deze bonferroni correctie geeft een nieuwe bovengrens, zoals α , weer dat als 'nieuwe' significantiegrens beschouwt wordt.

De effectgrootte voor alle vergelijkingen wordt berekend door Cohen's d te berekenen met de formule $d = (m1 - m3) / s$. Bij de interpretatie wordt uitgegaan van de verdeling van Cohen (1992) die in de inleiding reeds is aangegeven.

Resultaten

Modi

Om de vraag te beantwoorden in hoeverre de disfunctionele modi afnamen en de functionele modi toenamen na behandeling op de Wieke ten opzichte van voor de behandeling is een gepaarde t toets gedaan waarin meting 1 en 3 op de SMI met elkaar zijn vergeleken.

Deze gepaarde t-toetsen geven aan dat er na de behandeling significant lager wordt gescoord op de totale disfunctionele modi en significant hoger op de totale functionele modi (p is bij beide $< .001$).

Tabel 3 laat een overzicht zien van de analyse van de data. Daarnaast is de effectgrootte voor beide variabelen is zeer groot te noemen. De verwachting dat de disfunctionele modi zouden afnemen en de functionele modi zouden toenemen na behandeling is daarmee uitgekomen.

Tabel 3.

De gemiddelden en standaarddeviaties van meting 1 en 3, de gepaarde t toetsen tussen meting 1 en 3 en Cohen's d van de scores op de SMI, N=22.

Modus	m1 (sd)	m3 (sd)	t 21(1-3)	d(1-3)
Totaal disfunctionele modi	3.07 (0.39)	2.18 (.058)	6.88*	1.81
Totaal functionele modi	2.93 (0.54)	4.10 (0.70)	-7.63*	1.88
Kwetsbare kind	3.94 (0.74)	2.39 (0.96)	5.97*	1.82
Onthechte Beschermers	3.13 (0.85)	2.15 (0.99)	4.57*	1.06
Straffende Ouder	3.09 (0.78)	1.95 (0.97)	6.74*	1.30
Gezonde Volwassene	3.24 (0.56)	4.31 (0.54)	-6.59*	1.94
Blij kind	2.61 (0.69)	3.90 (0.95)	-6.86*	1.56
Woedende kind	3.21 (0.86)	2.44 (0.72)	4.47*	0.98
Razende kind	1.55 (0.55)	1.22 (0.38)	3.22*	0.70
Impulsieve kind	2.41 (0.72)	1.88 (0.58)	3.45*	0.82
Ongedisciplineerde kind	3.28 (0.90)	2.47 (0.67)	5.32*	1.03
Willoze Inschikkelijke	3.97 (0.69)	2.41 (0.61)	7.08*	2.40
Onthechte Zelfsusser	3.92 (0.72)	2.45 (0.89)	5.46*	1.81
Zelfverheerlijker	2.63 (0.81)	2.17 (0.74)	3.52*	0.59
Veeleisende Ouder	3.95 (0.81)	3.10 (0.82)	3.77*	1.06
Pesten & Aanval	1.77 (0.54)	1.54 (0.73)	1.44	0.36

Bonferroni correctie (.05/16) geeft een 'nieuwe' p waarde van .003 voor significantie.* $p < .003$.

Vervolgens is er gekeken naar de afname in de specifieke disfunctionele modi de onthechte beschermers, het kwetsbare kind, de straffende ouder na behandeling ten opzichte van voor de behandeling en naar de toename van de functionele modus de gezonde volwassene en het blij kind door middel van gepaarde t toetsen (zie tabel 3). De disfunctionele modi de onthechte beschermers, het kwetsbare kind en de straffende ouder, gemeten met de SMI, nemen alledrie significant ($p < .001$) af

na behandeling ten opzichte van voor de behandeling, waarmee de gestelde verwachting wordt bevestigd. De functionele modi, de gezonde volwassene en het blij kind, gemeten met de SMI, namen volgens verwachting in dit onderzoek significant ($p < .001$) toe. De effectgrootte van het kwetsbare kind, de straffende ouder, de gezonde volwassene en het blij kind zijn zeer groot. Van de onthechte beschermer is het effect groot.

Bij vergelijking door middel van gepaarde t toetsen tussen de voor- en nameting komt naar voren dat alle disfunctionele modi ook afzonderlijk significant afnemen. Er is slechts een modus die niet significant afnam en dat is pesten en aanval. Kijkend naar de gemiddelden van deze modus is te zien dat deze modus, evenals de modus het razende kind, bij aanvang al niet zo hoog worden gescoord als de andere modi. Het razende kind neemt echter wel significant af tussen meting 1 en 3.

Tweede helft van de behandeling.

Om te onderzoeken of de disfunctionele modi meer afnemen en de functionele modi meer toenemen in de tweede helft van de behandeling is zijn er gepaarde t toetsen gedaan tussen de voor- en tussenmeting en de tussen- en de nameting. Tabel 4 laat een overzicht zien van de analyse van de data.

Tabel 4.

De gemiddelden en standaarddeviaties van meting 1, 2 en 3, de gepaarde t toetsen tussen meting 1, 2 en 2, 3 en Cohen's d van de scores op de SMI, N=18.

Modus	m1(sd)	m2(sd)	m3(sd)	t17(1-2)	t17(2-3)	d(1-2)	d(2-3)
Totaal disfunctionele modi	3.07(0.34)	2.70(0.54)	2.21(0.57)	3.12	6.03*	0.84	0.88
Totaal functionele modi	3.00(0.51)	3.53(0.74)	4.14(0.68)	-3.24	-4.45*	0.83	0.86
Kwetsbare kind	3.89 (0.65)	3.39 (.99)	2.38(0.82)	1.66	6.21*	0.59	1.11
Onthechte Beschermer	3.04(0.74)	2.67(0.98)	2.16(0.96)	1.96	3.66*	0.43	0.53
Straffende Ouder	2.99(0.45)	2.64(0.88)	1.84(.67)	1.66	4.91*	0.50	1.03
Gezonde Volwassene	3.32(0.56)	3.88(0.70)	4.317(0.54)	-3.91*	-3.19	0.88	0.69
Blij kind	2.68(0.63)	3.18(0.85)	3.79(0.90)	-2.44	-4.85*	0.65	0.91
Willoze Inschikkelijke	3.90(0.50)	3.10(0.70)	2.41(0.58)	3.65*	5.17*	1.30	1.09
Onthechte Zelfsusser	3.90(0.67)	3.36(0.68)	2.54(0.90)	2.79	4.26*	0.81	1.03
Ongedisciplineerde kind	3.32(0.85)	2.78(0.71)	2.41(0.71)	3.96*	3.50	0.52	0.68
Veeleisende Ouder	3.91(0.73)	3.78(0.63)	3.06(0.65)	0.65	4.26*	0.1	1.12
Woedende kind	3.19(0.90)	2.92(.80)	2.42(0.73)	1.70	3.31	0.31	0.64
Razende kind	1.62(0.56)	1.34(0.38)	1.26(0.41)	2.91	1.61	0.57	0.23
Impulsieve kind	2.54(0.68)	2.08(0.59)	1.99(0.57)	2.68	1.03	0.72	0.16
Zelfverheerlijker	2.71(0.85)	2.55(0.96)	2.55(0.96)	1.33	2.70	0.17	0.35
Pesten & Aanval	1.88(0.53)	1.72(0.89)	1.57(0.77)	0.837	2.55	0.23	0.18

Bonferroni correctie (0.05/33) geeft een 'nieuwe' p waarde van 0.002 voor significantie. * $p < 0.002$

Uit de analyses komt naar voren dat alleen de verschillen tussen meting 2 en 3, voor de totale disfunctionele modi en de totale functionele modi, significant zijn. Dat bevestigt de verwachting dat de afname van de disfunctionele modi en de toename van de functionele modi groter is in de tweede helft. Echter, de effectgrootte is groot voor zowel de eerste als de tweede helft voor de afname van de totale disfunctionele modi en de toename totale functionele modi. Dat maakt dat mogelijk dat de verandering in modi in de eerste helft ook aanwezig is.

Om te onderzoeken of de verandering in modi lineair is en er dus mogelijk geen verschil is in de verandering tussen de eerste en de tweede helft werd de MANOVA analyse gedaan. Daaruit komt naar voren ($F(1,16) = 36.91$, $p < .001$) dat er geen lineair verband is tussen de verschillende metingen ten aanzien van de totale disfunctionele modi. Hetzelfde geldt voor de totale functionele modi ($F(1,16) = 53.19$, $p < .001$), ook daar is geen lineair verband waargenomen. Daarmee wordt duidelijk dat het effect echt anders is in de tweede helft. De veronderstelling dat de totale dysfunctionele modi meer afnemen en de totale functionele modi meer toenemen in de tweede helft wordt daarmee aangetoond.

Kijkend naar de verschillen tussen de eerste en de tweede helft van de behandeling van afzonderlijke disfunctionele modi vallen vooral de eerder genoemde specifieke modi op. Het kwetsbare kind, de onthechte beschermer, de straffende ouder nemen alledrie alleen significant af in de tweede helft. De functionele modus het blijde kind neemt ook alleen in de tweede helft significant toe. Anders dan verwacht neemt de modus de gezonde volwassene juist alleen in de eerste helft significant toe.

Andere modi, die niet specifiek genoemd zijn, die opvallen zijn de onthechte zelfsusser en de willoze inschikkelijke. Deze beide modi lijken in beide helften sterk af te nemen, dat is te zien in de grote tot zeer grote effectgrootten voor zowel de eerste als de tweede helft. Voor de willoze inschikkelijke wordt dit ook aangetoond in de gepaarde t toetsen ($p < .001$). Tot slot vallen de veeleisende ouder en het ongedisciplineerde kind op omdat deze in een specifieke helft significant afnemen. De overige modi nemen niet significant af in een specifieke helft.

Klachten.

Om de afname van klachten na behandeling te kunnen onderzoeken is er gekeken naar de verschillen tussen de voor- en nameting op de BSI door middel van gepaarde t toetsen (zie tabel 5). De gemiddelden van de gemiddelde scores op alle items (TOT), het gemiddelde aantal symptomen (AAS) en de gemiddelde ernst van die symptomen (EAS) namen, volgens de verwachting, allemaal significant af ($p < .001$). Het effect op TOT en op EAS was zeer groot. De effectgrootte van de afname van AAS door de behandeling was groot.

Behalve op de subschaal HOS nemen alle subschalen significant af. De effectgrootte is voor

alle schalen groot tot zeer groot. De subschalen INT, DEP, FOB, PSY en de restschaal laten een zeer groot effect zien. Zoals verwacht zijn de schalen ANG en DEP gevoelig geweest voor therapie effect, te zien aan een respectievelijk groot en zeer groot effect. Tot slot vallen de sterke afname van INT, FOB, PSY en PAR op, dit omdat vanuit de handleiding van de BSI naar voren kwam dat deze schalen minder gevoelig waren voor therapie effect (de Beurs, 2011).

Tabel 5.

De gemiddelden en standaarddeviaties van meting 1 en 3, de gepaarde t toetsen tussen meting 1 en 3 en Cohen's d van de scores op de BSI, N=17.

Schaal	m1(sd)	m3(sd)	t16 (1-3)	d(1-3)
TOT (gemiddelde op alle items)	1.77(0.55)	.84(0.51)	6.21*	1.75
AAS (aantal aanwezige sympt.)	40.77(7.18)	29.00(12.38)	4.73*	1.16
EAS (ernst aanwezige sympt.)	2.28(0.55)	1.44(0.41)	6.22*	1.73
Somatische klachten	1.56(0.88)	0.78(0.62)	3.68*	1.03
Cognitieve problemen	2.15(1.03)	1.19(0.94)	3.77*	0.98
Interpersoonlijke gevoeligheid	2.03(0.94)	0.97(0.62)	4.62*	1.33
Depressieve stemming	2.34(0.76)	0.92(0.66)	7.69*	2.00
Angst	2.09(0.82)	1.11(0.71)	3.54*	1.28
Hostiliteit	0.80(0.53)	0.34(0.34)	3.23	1.03
Fobische angst	1.24(0.62)	0.45(0.55)	5.03*	1.34
Paranoïde gedachten	1.68(0.94)	0.82(0.67)	3.34*	1.05
Psychoticisme	1.84(0.73)	0.84(0.64)	4.70*	1.45
Rest	1.88(0.72)	0.91(0.59)	7.00*	1.47

Bonferroni correctie (0.05/13) geeft een 'nieuwe' p waarde van 0.004 voor significantie. *p <0.004.

Conclusie/ Discussie.

Dit onderzoek betreft de verandering in schemamodi en klachten na schematherapie behandeling in een klinische setting bij cliënten met PS pathologie. Het belang hiervan ligt in een bredere behoefte aan evidence based behandelingen voor cliënten met PS (Vandereyken et al., 2008; van Vreeswijk et al., 2008). Er is eerder onderzoek gedaan naar schematherapie in de ambulante setting, veelal door de verandering in VOS te analyseren, waarin veelbelovende effecten van schematherapie naar voren kwamen (Farrel et al., 2009; de Jong et al., 2013; Nordahl & Nysæter, 2005; Sempértegui, et al., 2013). Mogelijk zijn deze effecten vooral waar te nemen in de tweede helft van de behandeling, dit werd in eerder onderzoek van Renner et al. (2013) gevonden. Het is belangrijk om te kijken of dergelijke grote effecten ook binnen de klinische setting gevonden kunnen worden, en of deze ook op een bepaalde moment van de behandeling plaatsvinden, omdat dit nog niet eerder is aangetoond. Omdat de schemamodi specifiek zijn ontwikkeld voor een cliëntpopulatie met complexe problematiek en omdat er nog weinig effectonderzoek in de afname van modi beschikbaar zijn de modi focus van dit onderzoek (van Vreeswijk et al., 2008). Schematherapie in de klinische setting heeft in dit onderzoek geleid tot significante veranderingen in modi en klachten, vooral in de tweede helft van de behandeling. Dit geeft aan schematherapie goed lijkt te werken, ook in een klinische setting en dat is voor het eerst aangetoond.

Het theoretisch kader van schematherapie stelt dat het doel van de behandeling is om de disfunctionele modi te verminderen en het laten toenemen van de functionele modi (Farrell et al., 2009; Kellogg & Young, 2006; van Vreeswijk et al., 2008). De resultaten van dit onderzoek naar schematherapie in een klinische setting bevestigen wat er in theorie wordt gesteld. Sterker nog: de effectgrootte voor beide variabelen is zeer groot. Ook in de resultaten ten aanzien van de verandering in klachten werd in dit onderzoek een groot tot zeer groot effect gevonden. Bijna alle klachten namen significant af bij vergelijking van de voor- en nameting met een grote tot zeer grote effectmaat. Alleen de subschaal hostiliteit haalde het significantie niveau niet, maar had wel een grote effectmaat.

In vergelijking met andere effectonderzoeken, waar werd gekeken naar verandering in VOS, waarin zeer grote effecten gevonden werden, komen de effecten ten aanzien van de modi in dit onderzoek overeen (Sempértegui et al., 2013). Dat betekent dat schematherapie in dit onderzoek in de klinische setting een zeer groot effect laat zien. Dit was een belangrijk focus van dit onderzoek.

Concreet betekenen de gemiddelde scores op de modi, voor en na de behandeling, dat de cliënten na de behandeling aangeven 'zelden' last te hebben van alle disfunctionele modi, daar waar ze bij aanvang nog aangaven 'af en toe' last te hebben van alle disfunctionele modi. Van het kwetsbare kind, de willoze inschikkelijke en de onthechte zelfsusser geven de cliënten bij aanvang gemiddeld aan er 'regelmatig' last van te hebben en dat is na behandeling nog maar 'zelden'. Voor wat betreft de functionele modi geven de cliënten gemiddeld bij aanvang aan 'af en toe' deze modi te ervaren, waar ze

na behandeling gemiddeld aangeven 'regelmatig' de functionele modi te ervaren. Dat betekent in de praktijk een grote verbetering, zeker omdat schemamodi als relatief stabiel worden beschouwd (Renner et al., 2013). Voor de cliënten betekent het dat ze vaker gebruik maken van de gezonde volwassene en mogelijk anders met de disfunctionele modi kunnen omgaan. Dit is een belangrijk doel van de schematherapie omdat ervan uitgegaan wordt dat de gezonde volwassene het kwetsbare kind valideert en bevestigt, grenzen stelt voor de andere kindmodi, alternatieven kan bieden voor de maladaptieve copingmodi en de maladaptieve oudermodi kan neutraliseren en dat lijkt bereikt te worden in dit onderzoek (van Vreeswijk et al., 2008).

De grote effectmaat ten aanzien van de modi in dit onderzoek is groter dan bij eerder onderzoek van Renner et al. (2013). In dat onderzoek namen de disfunctionele modi met een middelgroot effect af en de functionele modi slechts met een klein effect toe na een kortdurende gestructureerde groepsgerichte schematherapie. In het onderzoek van Renner et al. (2013) namen de klachten met een grote effectgrootte af waar in dit onderzoek de effectgrootte groot tot zeer groot was, daarin is een verschil te zien. Bij de Wieke wordt minder gestructureerd gewerkt, is er een focus op autonomie ontwikkeling, is de behandeling langer en intensiever en wordt er meer gebruik gemaakt van experiëntiële technieken. Deze genoemde factoren hebben mogelijk dus een positief effect op de verandering in modi en klachten. Verder onderzoek is aanbevolen om helder te krijgen welke factoren heeft meeste effect hebben op de verandering in modi.

Gemiddeld geven de cliënten bij aanvang aan 'nogal' last te hebben van gemiddeld 40 symptomen. Na behandeling geven de cliënten gemiddeld nog van 29 symptomen aan nog maar 'een beetje' last te hebben. De effectgroottes ten aanzien van de afgenomen klachten zijn groot tot zeer groot. Dat is een aanzienlijke verbetering. De cliënten hadden bij aanvang vaak stoornissen op as 1, zoals angst- en stemmingstoornissen, de grote vermindering in scores op DEP en ANG geven mogelijk aan dat deze klachten zijn verminderd na behandeling met schematherapie in klinische setting.

Van DEP en ANG was eerder gevonden dat deze mogelijk gevoelig zijn voor therapie-effect na CGT (de Beurs, 2011). Van INT, FOB, PSY en PAR werd juist genoemd dat deze minder gevoelig waren voor therapie-effect, na CGT, en dat maakte dat in de resultaten van dit onderzoek deze subschalen juist opvielen (de Beurs, 2011). Het effect op deze schalen was namelijk groot tot zeer groot. Het kan zijn dat eerder genoemde factoren (minder structuur, langere en intensievere behandeling en de toevoeging van experiëntiële technieken) deze positieve effecten hebben veroorzaakt. Dit sterkt de aanbeveling om de factoren van invloed verder te onderzoeken.

Voor een effectieve schematherapie behandeling is vanuit het theoretisch kader gesteld dat de modi de onthechte beschermer, het kwetsbare kind, de bestraffende ouder na de behandeling zouden moeten zijn afgenomen en de gezonde volwassene zou moeten zijn toegenomen (Arntz et al., 2005; Bamber 2004; Eurlings- Bontekoe et al., 2010; Kellog & Young 2006; Lobbestael et al., 2005).

Dit onderzoek bevestigt deze theorie. Mogelijk geeft dit onderzoek nog aanvullingen vanuit opvallende resultaten. De willoze inschikkelijke en de onthechte zelfsusser namen nog sterker af dan de modi vanuit de theorie. De onthechte zelfsusser is sterk gecorreleerd aan de onthechte beschermer en dit kan dit effect hebben beïnvloedt (Lobbestael et al., 2010). Beiden refereren aan het onthechten van emoties, maar op een verschillende manier. De onthechte beschermer behelst het niet voelen, of gevoelens van leegte, en robotachtig gedrag, terwijl de onthechte zelfsusser het actief iets doen omvat om zichzelf te sussen en niet te voelen, zoals (over)eten of alcohol drinken (Lobbestael et al., 2010). De gevonden resultaten impliceren mogelijk wel hetzelfde effect, namelijk dat het onthechten van gevoelens afneemt en het toestaan van gevoelens om er aan te kunnen werken toeneemt, en onderschrijven daarmee alsnog de theorie.

De sterke afname van de modus de willoze inschikkelijke lijkt wat meer buiten de theorie te staan. Deze modus betekent dat de client zich overgeeft aan de wil van anderen en dat de client eigen behoeften onderdrukt (van Vreeswijk et al., 2008). Het ontwikkelen van autonomie is een belangrijk doel van de behandeling in De Wieke, dat staat haaks op de willoze inschikkelijke en kan er mee te maken hebben dat deze modus zo sterk afneemt. Dat maakt dat dit mogelijk een zeer relevant resultaat is voor de praktijk omdat de focus binnen deze instelling duidelijk terug lijkt te komen in de effecten van onderzoek.

Het gevonden effect ten aanzien van de willoze inschikkelijke kan beïnvloedt zijn doordat de participanten die de behandeling hebben afgerond bij aanvang hoger scoorden op de willoze inschikkelijke dan de drop outs. Mogelijk sluit de focus op de ontwikkeling van de autonomie juist sterk aan bij de doelgroep van De Wieke. Anderzijds kan het zo zijn dat de verandering in de modus de willoze inschikkelijke belangrijk is voor het effect van schematherapie en dat de gevonden effecten bij kunnen dragen aan de theorievorming over de werking van schematherapie. Dat maakt dat nader onderzoek is aanbevolen waarbij gekeken wordt naar de rol van de willoze inschikkelijke in schematherapie, ook in andere settingen.

In eerder onderzoek van groepsbehandeling door middel van schematherapie met jong volwassenen met PS pathologie werd gevonden dat de disfunctionele modi vooral afnemen in de tweede helft van de behandeling (Renner et. al, 2013). Dit gegeven werd opnieuw gevonden in dit onderzoek. De totale disfunctionele modi namen alleen in de tweede helft significant af en de totale functionele modi namen alleen in de tweede helft significant toe. Dit gold ook voor de specifieke disfunctionele modi het kwetsbare kind, de onthechte beschermer en de straffende ouder. Voor de functionele modus het blijde kind werd aangetoond dat deze alleen significant toenam in de tweede helft. De modus de gezonde volwassene nam alleen in de eerste helft significant toe. Ook was er bij alle modi in de tweede helft een grotere effectmaat, dan in de eerste helft, behalve bij de gezonde volwassene. Dat betekent mogelijk dat de modus de gezonde volwassene vooral in de eerste helft

wordt versterkt en dat daarna pas de disfunctionele modi afnemen.

Vanuit de resultaten komt naar voren dat, zoals verwacht de grootste verandering in modi in de tweede helft van de behandeling lijkt plaats te vinden. Mogelijk is dit inherent aan schematherapie. Renner et al. (2013) beschreven dat de eerste helft van de behandeling vaak is gericht op het identificeren van de modi en dat de disfunctionele copingmodi mogelijk juist hoger worden in de eerste helft omdat deze geactiveerd worden in de behandeling (Renner et al., 2013). In dit onderzoek nemen de modi niet toe in de eerste helft als er gekeken wordt naar de gemiddelden, maar een eventuele toename in modi bij enkele cliënten kan ervoor hebben gezorgd dat de gemiddelde modi van alle cliënten samen niet zo sterk is afgenomen. Binnen de Wieke is de eerste helft van de behandeling gericht op het identificeren van de VOS en modi waar iemand last van heeft. Het lijkt er in ieder geval op dat de eerste helft mogelijk voorwaardenscheppend is voor de verandering die na de tweede helft zichtbaar wordt en dus wel belangrijk is voor de totale behandeling.

Bij vergelijking van de scores op de modi bij aanvang kwam naar voren dat er op sommige modi bij aanvang al minder hoog wordt gescoord dan op andere, zoals bij pesten en aanval en het razende kind. Bij deze twee modi gaat het om onder andere agressie, controleverlies ten aanzien van woede, beschadiging van spullen en anderen (van Vreeswijk, 2008). In onderzoek van Lobbestael et al. (2008) werd gevonden dat beide modi vooral naar voren kwamen bij cliënten met de antisociale PS. Daarnaast correleerde de modus pesten en aanval positief met de narcistische PS en het razende kind positief met de paranoïde PS en de BPS (Lobbestael et al., 2008). Dat er op deze modi laag is gescoord kan te maken hebben met dat de PS die correleren met deze modi ook niet waren gediagnosticeerd bij aanvang bij de participanten. Het kan ook te maken hebben met dat Lobbestael, Arntz, Lobbes & Cima (2009) in onderzoek vonden dat cliënten mogelijk bij bepaalde modi, zoals onder andere de zelfverheerlijker en pesten en aanval, lager scoren dan dat de modi mogelijk daadwerkelijk aanwezig zijn. De reden kan een gebrek aan introspectie zijn of mogelijk de neiging om de zelfrapportage vragenlijst sociaal wenselijk in te vullen bij minder algemeen geaccepteerde modi (Lobbestael et al., 2009). Dit is mogelijk terug te zien in de lage scores op de subschaal HOS van de BSI, de schaal die symptomen van boosheid en vijandigheid aangeven, tevens nam de HOS schaal als enige niet significant af (de Beurs, 2011). Dat er laag wordt gescoord op subschalen die met boosheid te maken hebben dus mogelijk met problematiek van de participanten te maken en meer met de doelgroep van de Wieke.

In dit onderzoek komt naar voren dat er in de klinische setting van De Wieke een specifieke doelgroep met succes lijkt te worden behandeld. Ondanks dat er in eerder onderzoek was aangetoond dat er bij schematherapie significant minder drop outs waren werd dat in dit onderzoek niet gevonden (Sempértegui et al., 2012). Een groot deel van de participanten viel uit voordat ze de behandeling hebben afgerond. Er is geen controlegroep gebruikt dus het is niet duidelijk of het aantal drop outs

relatief hoog of laag is. Het onderzoeken van mogelijke andere factoren die invloed hebben op het wel of niet afronden van de behandeling zijn voor vervolgonderzoek interessant, omdat deze informatie het aantal drop outs kan verminderen.

Dat er nu wel een hoog drop out percentage werd gevonden kan in algemene zin inherent zijn aan de klinische setting die erg intensief is en het feit dat voor deze setting alleen mensen met complexe problematiek worden geïndiceerd (van Vreeswijk et al., 2008). Ook is het mogelijk dat de groep die de behandeling afrond een andere is dan de groep die uitvalt qua problematiek. Vooraf werd duidelijk dat de groep drop outs significant hoger scoorden op de modi het impulsieve kind en het razende kind en significant lager op de willoze inschikkelijke dan de groep die de behandeling heeft afgerond. Dit zou zo'n verschil kunnen zijn dat belangrijk is. De relevantie van deze informatie is dat settingen als De Wieke aan de hand daarvan mogelijk specifieke interventies ter preventie van drop out zouden kunnen ontwikkelen en aanbieden en het zou een belangrijke rol kunnen spelen in de intakeprocedure. Vervolgonderzoek zou daarom het predictieve karakter van bepaalde modi voor drop out of afronding kunnen onderzoeken.

De gevonden resultaten in dit onderzoeken geven een sterke indicatie dat schematherapie een groot effect heeft in de klinische behandeling van cliënten met PS pathologie. Dat is hoopgevend voor de behandeling van cliënten met deze complexe problematiek, omdat eerder werd gedacht dat de behandelprognose voor cliënten met (complexe) PS pathologie slecht was (van Vreeswijk et al., 2008). Het onderzoek geeft daarom een serieuze aanleiding om deze effecten verder te onderzoeken. Het gaat in dit onderzoek om een kleine steekproef en de gevonden gegevens zijn daarom nog niet generaliseerbaar. Het repliceren van dit onderzoek met gebruik van een controlegroep kan meer informatie over de generaliseerbaarheid van de gevonden effecten geven. Een aanbeveling daarbij is het controleren van de factoren die de behandeling kunnen beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld het gebruik maken van een meer homogene doelgroep en van een controlegroep die bijvoorbeeld ook in een klinische setting wordt behandeld met een andere methode.

Literatuurlijst.

Arntz, A., Klokman, J. & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 226–239. doi:10.1016/j.jbtep.2005.05.005.

Bamber, M. (2004). The good, the bad and the defenseless Jimmy’—A Single Case Study of Schema Mode Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 425–438. doi:10.1002/cpp.422.

de Beurs, E. (2011). Brief Symptom Inventory -BSI-, Brief Symptom Inventory 18, -BSI 18-, Handleiding herziene editie 2011. NCS Pearson, Inc. Nederlandse vertaling; PITS B.V., Leiden. ISBN

Broek, van den, E., Keulen-de Vos, M. & Bernstein, D.P. (2011). Arts therapies and Schema Focused therapy: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 325–332. doi:10.1016/j.aip.2011.09.005.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 122(3), 155-159. doi:10.1037/003-2909.112.1.155.

Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Luyten P., Ijssennagger, M., van Vreeswijk M. & Koelen, J. (2010). Relationship between personality organization and Young’s cognitive model of personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 49, 198–203. doi:10.1016/j.paid.2010.03.034.

Farrel, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317–328. doi:10.1016/j.jbtep.2009.01.002.

Hoffart, A. & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 611–623. doi:10.1016/S0005-7967(01)00027-4.

Johnston, C., Dorahy, M.J., Courtney, D., Bayles, T. & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 40, 248–255. doi:10.1016/j.jbtep.2008.12.002.

de Jong, A., Heiden, C. van der & Deen, M. (2013). Behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek: groep versus individuele behandeling. *Gedragstherapie*, 46, 77-88.

Keijsers, G., van Minnen, A., & Hoogduin, K. (2011). *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten*. Uitgeverij Boom, te Amsterdam. ISBN 978 94 6105 7709.

Kellogg, S.H. & Young, J.E., (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445–458. doi: 10.1002/jclp.20240.

Lobbestael, J., Arntz, A. & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 240–253. doi:10.1016/j.jbtep.2005.05.006.

Lobbestael, J., Vreeswijk, van, M.F. & Arntz, A.(2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854– 860. doi:10.1016/j.brat.2008.03.006.

Lobbestael, J, Arntz, A., Lobbes, A. & Cima, M. (2009). A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 571–579. doi:10.1016/j.jbtep.2009.08.001.

Lobbestael, J., Vreeswijk, van M., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A.(2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458. doi:10.1017/S1352465810000226.

Nordahl, H.M. & Nysæter, T.E., (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254–264. doi:10.1016/j.jbtep.2005.05.007.

Renner, F., Goor, van M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492 . doi:10.1016/j.brat.2013.05.011.

Sempértegui, G.A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M.H.J (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 426–447.

doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006.

Spinhoven, P., van Dyck, R., Giesen-Bloo, J., Kooiman, K., Arntz, A., (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference- Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (1), 104–115.
doi: 10.1037/0022-006X.75.1.104.

Thimma, J. C. (2010) Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective . *Journal of Behavioral Therapie & Experimental Psychiatry*, 41, 373- 380.
doi:10.1016/j.jbtep.2010.03.009.

Vandereyken, W., Hoogduin, C. & Emmelkamp, P. (2008). Handboek psychopathologie, deel I, basisbegrippen, vierde herziene druk, 2008. Hoofdstuk 14: Persoonlijkheidsstoornissen. Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 978 90 31353095.

Vreeswijk, van, M., Broersen, J & Nadort, M. (2008). Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek. Bohn Stafleu en Loghum, te Houten. ISBN 978 90 313 5304 0.

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. and Jordan, S., (2002). The Schema Questionnaire Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519–530. doi: 0147-5916/02/0800-0519/0.