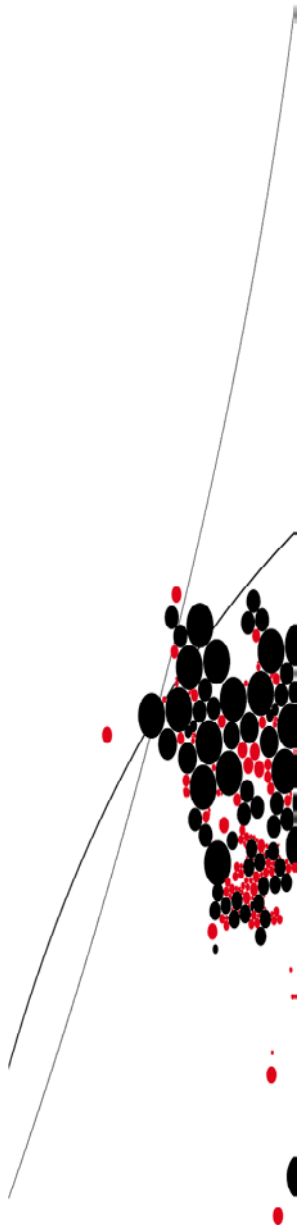




Masterthese

Schematherapie en de verandering in modi, de vermindering van psychische klachten en de bevordering van de positieve geestelijke gezondheid, binnen een klinische setting bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek.

Kwantitatief onderzoek



Nadia van Oosterhout

31 juli 2014

Begeleiding intern:

Peter Meulenbeek en Gerben Westerhof

Begeleiding extern:

Grietje Schaap

S 1216821

Samenvatting

Doel: Dit onderzoek richt zich op het effect van schematherapie binnen een klinische setting voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Dit onderzoek is vernieuwend, omdat het de verandering in modi en positieve geestelijke gezondheid onderzoekt binnen een klinische setting. Er wordt onderzocht of de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid toenemen aan het eind van de klinische schemagerichte groepsbehandeling en of de disfunctionele modi en de psychische klachten afnemen. Daarnaast wordt er gekeken naar de mate van effectgrootte rondom de evaluatie van de behandeling met schematherapie binnen een klinische groepssetting. Deze evaluatie is van groot belang omdat de doelgroep die het betreft al vele behandelingen heeft gehad met onvoldoende effect.

Methode: Voor de uitvoering van dit onderzoek is er gebruik gemaakt van drie zelfrapportagelijsten: de ' Schema Mode Inventory ' –SMI, de ' Brief Symptom Inventory' – BSI en de ' Mental Health Continuüm Short Form' –MHC-SF. Deze instrumenten zijn aan het begin en aan het eind van de behandeling afgenomen bij mannelijke en vrouwelijke cliënten tussen de 18 en 44 jaar oud, waarbij de gemiddelde leeftijd 27 jaar oud is. Om inzicht te krijgen in de verandering na de behandeling zijn er gepaarde t-toetsen uitgevoerd en is er een correlatieanalyse uitgevoerd om mogelijke samenhang tussen de verschillende variabelen waar te nemen. De effectmaat is berekend aan de hand van Cohen's *d*.

Resultaten: Er is een significante afname waargenomen in de disfunctionele modi en psychische klachten en een significante verbetering met betrekking tot de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid. De functionele modus laat de grootste verandering zien met betrekking tot "het blijde kind" en de grootste afname van de disfunctionele modi is zichtbaar bij "het kwetsbaar kind" en "de willoze inschikkelijke". Daarnaast laat depressie een grote vermindering zien bij de psychische klachten en is er een verbetering opgetreden op de subschaal psychologisch welbevinden.

Conclusie: De gevonden resultaten in dit onderzoek hebben aangetoond dat schematherapie binnen een klinische setting significante verbeteringen liet zien bij de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid en laat daarnaast een significante vermindering in psychische klachten en disfunctionele modi zien. De resultaten binnen een klinische setting zijn vernieuwend, wat ook geldt voor de positieve geestelijke gezondheid. Het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid kan in de toekomst een mogelijke preventieve werking hebben ter voorkomen van een eventuele terugval.

Abstract

Objective: this research focuses on the impact of schema therapy within a clinical setting for clients with personality problems. This research is innovative because it examines the change in modes and positive mental health within a clinical setting. It is examined whether the functional modes and will increase the positive mental health at the end of the targeted group treatment based on schema therapy or whether the dysfunctional modes and the complaints will decrease. In addition, we looked at the degree of effect sizes around the evaluation of the treatment based on schema therapy within a clinical group setting. This evaluation is very important because the concerning target group has had many treatments with insufficient effects.

Method: for the implementation of this research three self-report lists have been used: the ' Inventory ' Schema Mode – SMI, the ' Letter Symptom Inventory BSI and the Mental Health Continuum ' – Short Form '-MHC-SF. These instruments are used at the beginning and at the end of the treatment for male and female clients between the ages of 18 and 44 years old, with on average age of 27 years old. To understand the change after the treatment paired t-tests have been carried out and a correlation analysis has been carried out as well in order to observe possible coherence between the different variables. The effect size has been calculated using Cohen's d.

Results: a significant decrease has been observed in the dysfunctional modes and complaints and a significant improvement with respect to the functional modes and the positive mental health. The functional modes show the biggest change with regard to “the happy child” and the largest decrease in the dysfunctional modes is visible with “the vulnerable child and “the will-less lenient “. In addition, depression shows a large reduction in the complaints and a big change has occurred on the subscale of psychological well-being.

Conclusion: The results found in this study have shown that schema therapy in a clinical setting showed significant improvements in the functional modes and positive mental health, and allows a significant reduction in symptoms and dysfunctional modes show. The results within a clinical setting are innovative, which also applies to the positive mental health. Promoting positive mental health in the future may have a possible preventive effect on preventing a possible relapse.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	p. 5
	Positieve psychologie.....	p. 5
	Positieve geestelijke gezondheid.....	p. 6
	Persoonlijkheidsproblematiek.....	p. 7
	Schematherapie.....	p. 7
	Schema-modi.....	p. 9
	Focus in dit onderzoek.....	p. 11
	Onderzoeksvraag.....	p. 11
2	Methode.....	p. 13
	2.1 Design.....	p. 13
	2.2 Cliënten.....	p. 13
	2.3 Procedure.....	p. 18
	2.4 Instrumenten.....	P. 18
	2.5 Informed consent.....	p. 21
	2.6 Analyse.....	p. 21
3	Resultaten.....	p. 23
	Hypothese 1.....	p. 23
	Hypothese 2.....	p. 25
	Hypothese 3.....	p. 28
	Hypothese 4.....	p. 30
4	Conclusie & Discussie.....	p. 32
	Aanbevelingen.....	p. 35
5	Referentielijst.....	p. 37

1. Inleiding

Dit onderzoek richt zich op het effect van schematherapie binnen een klinische setting voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Schematherapie is ontwikkeld door Jeffrey Young voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Schematherapie is nog niet eerder onderzocht in de klinische setting en daarom is het belangrijk om de effectiviteit hiervan nader te onderzoeken (van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). In deze studie wordt gekeken naar de verandering in schemamodi, die centraal staan binnen de schematherapie, in vergelijking met verandering in psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek van de GGZ-instelling Mediant. Een belangrijke bijdrage is dat dit onderzoek zich ook richt op de positieve geestelijke gezondheid. Het twee-continua model is hierbij een belangrijk onderdeel, waarin gesteld wordt dat er pas van optimale gezondheid gesproken kan worden als mensen zowel geen stoornis hebben, als een hoge mate van geestelijke gezondheid (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De positieve psychologie, een nieuwe stroming binnen de psychologie, speelt hierbij een belangrijke rol.

Positieve psychologie

De positieve psychologie is een snelgroeïende stroming in de psychologie, die is gericht op veerkracht, optimaal functioneren en positieve gezondheid (Trimbos, 2013). Het is een stroming die nieuwe mogelijkheden biedt voor toepassingen in de geestelijke en algemene gezondheidszorg, het onderwijs en arbeidsorganisaties. Deze positieve psychologie wordt steeds meer toegepast binnen de geestelijke gezondheidszorg en hierbij wordt er breder gekeken dan alleen de afwezigheid van klachten (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De positieve geestelijke gezondheid bestaat uit het emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. Deze drie componenten omvatten de subjectieve ervaring van welbevinden (Lamers, 2012). Dit is overigens in lijn met de definitie van the World Health Organization (WHO, 2005, p.2) die geestelijke gezondheid omschrijft vanuit een positief perspectief als “ A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community”. Deze definitie omvat aspecten van zowel het hedonistisch als eudemonistisch perspectief. Een individu wordt als geestelijk gezond beschouwd, wanneer alle drie de componenten, emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden aanwezig zijn.

De positieve psychologie, ontwikkeld door Martin Seligman, definieert deze vorm van psychologie als volgt: “a science of positive subjective experience, of positive individual traits, and of positive institutions promises to improve the quality of life and also to prevent the various pathologies that arise when life is barren and meaningless (Seligman, & Csikszentmihalyi, 2000, p5). Daarnaast geeft Lazarus (2003) aan dat positieve emoties ook de aandacht verdienen, naast de negatieve emoties, omdat je beide emoties moeilijk los van elkaar kunt zien. Mensen die actief werken aan hun welbevinden, kunnen mogelijk minder vatbaar zijn voor ernstige psychische aandoeningen (Harringsma, n.d.). Positieve psychologische kennis zou bovendien gebruikt kunnen worden om een goed functionerende samenleving te bevorderen. Het welbevinden van een individu draagt tenslotte bij aan het welbevinden van een groep. Het bevorderen van welbevinden is noodzakelijk voor de maatschappij, omdat welbevinden beschouwd kan worden als het mentale kapitaal van de economie. Daarnaast stelt welbevinden ons in staat om te leren omgaan met snelle veranderingen in de samenleving (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg 2013).

Positieve geestelijke gezondheid

Het onderwerp van de positieve psychologie is het hele spectrum van gezond en optimaal functioneren en kijkt dus verder dan alleen naar de aan- of afwezigheid van ziekte. Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt vaak aangenomen dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid samengaan (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Keyes (2007) geeft aan dat de afwezigheid van een stoornis of het herstel daarvan, niet betekent dat iemand geen symptomen meer ervaart. Dit houdt in dat er vraagtekens gezet worden bij het gegeven dat wanneer iemand geen symptomen ervaart van een psychische stoornis, deze persoon ook helemaal geestelijk gezond is. Wanneer er uitgegaan wordt van een positieve visie binnen de psychologie, is het nog maar de vraag of het minimaliseren van het negatieve tegelijkertijd het maximaliseren van het positieve bewerkstelligt (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt immers vaak aangenomen dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid twee kanten van dezelfde medaille zijn (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Een alternatief model, het twee continua-model ontwikkelt door Keyes (2007), geeft aan dat we pas van complete gezondheid spreken als mensen zowel geen stoornis hebben als een hoge mate van positieve geestelijke gezondheid (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Binnen het twee continua-model zijn de positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie twee onderscheiden maar gerelateerde factoren (Bohlmeijer et al., 2013).

Er zijn mensen die aan een stoornis lijden, maar toch een relatief hoog niveau van welbevinden ervaren en er zijn mensen die laag scoren op welbevinden, maar toch weinig symptomen van psychopathologie ervaren (Bohlmeijer et al., 2013).

Onderzoek onder een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking toont aan dat verandering in welbevinden, de positieve geestelijke gezondheid, effect heeft op psychische klachten. Dit geeft aan dat welbevinden, een beschermende factor is voor psychopathologie (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, Ten & Keyes, 2011). Hiermee laat het twee continua-model zien dat investeren in de positieve geestelijke gezondheid een bijdrage aan preventie van psychische stoornissen kan leveren (Bohlmeijer et al., 2013). Ook Seligman en Csikszentmihaly (2000) gaven al aan dat positieve emotie en het bevorderen van welbevinden als barrières kunnen werken tegen mentale ziektes. Dit model geeft dus zowel het belang van het behandelen van de stoornissen als het bevorderen van welbevinden weer.

Persoonlijkhedsproblematiek

10 tot 15 procent in de algemene Nederlandse bevolking heeft een persoonlijkheidsstoornis en in de geestelijke gezondheidszorg is dit 40 tot 50 procent (GGZ Nederland, 2011). Het is een van de meest voorkomende problematiek bij volwassen patiënten binnen de geestelijke gezondheidszorg (Feenstra, Hutsebaut, Laurensen, Verheul, Busschbach & Soeteman, 2012). Bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek is er sprake van een hoge ziektelast en een afname van de kwaliteit van leven (GGZ Nederland, 2011). Deze kwaliteit van leven is van groot belang voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, omdat bekend is dat deze doelgroep een lage kwaliteit van leven ervaart (Feenstra et al., 2012). Deze lage kwaliteit van leven, beschrijven Feenstra en collega's (2012) als vergelijkbaar of zelfs erger dan een ernstige fysieke ziekte zoals bijvoorbeeld Parkinson. Daarnaast is het vanuit economisch perspectief ook belangrijk om aan persoonlijkheidsproblematiek te werken, omdat mensen met persoonlijkheidsproblematiek, minder productief zijn en een groot beroep doen op de zorg, wat hoge kosten met zich mee brengt (Feenstra et al., 2012).

Schematherapie

Schematherapie is een behandelvorm die de laatste decennia sterk aan populariteit heeft gewonnen en is bedoeld om patiënten met langdurige persoonlijkheidsproblematiek te behandelen (Bamelis, et al., 2013; Nordahl, Holthe & Hauhum, 2005). Schematherapie is ontwikkeld vanuit een breed scala van verschillende benaderingen die cognitieve

gedragsmatige technieken en elementen van interpersoonlijke en psychodynamische therapieën bevatten (Nordahl et al., 2005). Schematherapie beoogt inzichten uit de leertheorie, de cognitieve theorie, de cliënt-gerichte theorie, de psychodynamische theorie en de hechtingstheorie te integreren (van Vreeswijk et al., 2008). De schema's refereren naar het diepste niveau van cognitieve structuren en deze schema's worden gedefinieerd als een breed doordringend thema van de persoon zelf en de relaties met anderen (Nordahl et al., 2005). In de vroege kinderjaren worden de ervaringen fundamenteel vastgelegd in patronen en modellen over de persoon zelf en de wereld om hem heen (Saariaho, Saariaho, Karila & Joukamaa, 2009). Zij geven aan dat ieder kind veiligheid, liefde, begrip, acceptatie en voeding nodig heeft, indien dit mislukt en de behoeften van het kind worden genegeerd dan ontwikkelt het maladaptieve schema's voor de levenssituatie om daar mee om te gaan en te kunnen overleven. Deze schema's werken door in het leven van de persoon wat disfunctioneren tot gevolg kan hebben (Saariaho et al., 2009).

Effecten schematherapie

Recent onderzoek laat zien dat schematherapie een effectievere behandeling is voor persoonlijkheidsproblematieken dan gebruikelijke behandelvormen (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2013). Uit een Nederlandse studie bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis bleek schemagerichte cognitieve therapie net zo goed te werken als transference focused psychotherapie (Asselt, Dirksen, Arntz, Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Kremers, Nadort & Severens, 2008). Het ging om een RCT-onderzoek waarbij beide therapievormen, schemagerichte cognitieve therapie en transference focused therapie, een behoud van verandering en vermindering in psychische klachten na een jaar bleek te blijven bestaan. Daarnaast laat voorgaand onderzoek zien dat schematherapie ook succesvol zou kunnen zijn bij angst en stemmingsstoornissen (Hawke & Provencher, 2011). Een recente studie onder jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen, aan de hand van groeps-schematherapie, laat zien dat bij de nameting psychosomatische klachten significant verminderden in vergelijking met de beginmeting (Renner, Goor, Huibers, Arntz, Butz & Bernstein, 2013). Welburn, Corstine, Dagg, Pontefract en Jordan (2002) toonden aan dat vroege onaangepaste schema's samen hangen met psychische klachten op de Brief Symptom Inventory (BSI). Lichamelijk disfunctioneren gaat vaak gepaard met psychische klachten, vooral bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen (Farrel, Shaw & Webber, 2009). Uit een RCT-studie van Farrel en collega's (2009) is gebleken dat er een

klachtenvermindering optrad, op de totaalscore van de BSI, na behandeling met schematherapie. Welke subschalen beïnvloed kunnen worden door schematherapie is nog niet bekend. Uit onderzoek is wel naar voren gekomen dat de schalen depressie en angst gevoelig bleken voor therapie-effect (de Beurs, 2011). Hoffart en Sexton (2001) geven aan dat optimisme en geloof componenten zijn van de positieve geestelijke gezondheid en bijdragen aan een positieve uitwerking op de behandeling bij schematherapie. De rol van de positieve emoties en het ervaren van deze emoties, lijkt dus een belangrijke bijdrage te kunnen leveren bij het slagen van schematherapie.

Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar schematherapie, empirische ondersteuning voor de effectiviteit van schematherapie is echter nog schaars. In het bijzonder binnen een klinische setting en de behoefte aan meerdere studies is groot. Wellicht kan deze studie hier een bijdrage aan leveren.

Schemamodi

Young heeft aangegeven dat schematherapie en de focus binnen deze therapie op de disfunctionele schema's, niet altijd effectief was bij het behandelen van de wat meer complexe casussen (Bamber, 2004). Met deze complexe casussen worden individuen bedoeld met rigide vermijdingspatronen en overcompensatiestrategieën, die vaak erg kritisch zijn op zichzelf, kampen met interne conflicten en snel veranderingen ervaren in stemming en coping (Bamber, 2004). Het schemamodi-model is een belangrijke en zinvolle aanvulling op het schematherapie model. Deze modi, binnen schematherapie, zijn geïntroduceerd om de abrupte veranderingen te verklaren in gedachten, gevoelens en gedragingen bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Het begrijpen van het samenspel van verschillende modi helpt het irrationele gedrag duidelijk te verklaren (Kellog & Young, 2006). Schemamodi zijn de overheersende emotionele staat van zijn en coping responsen van een persoon die getriggerd worden door een situatie waar men overgevoelig voor is (Saariaho et al., 2009). Young, Klosko & Weishaar (2003) definiëren een disfunctionele modus als een blijvend facet van de persoon zelf, dat niet volledig geïntegreerd is met andere facetten van deze persoon. Zij beschrijven dat bij gezonde individuen de modi goed geïntegreerd zijn en dat een persoon vloeïend kan schakelen tussen verschillende modi, zoals een werkmodus, feestmodus of oudermodus (Young et al., 2003).

In essentie zijn er drie groepen van verschillende modi, "de kindmodi", "de oudermodi" en "de copingmodi". De categorie disfunctionele kindmodi ontstaan als er niet

voldaan is aan basisbehoeften van het kind (Lobbestael, Vreeswijk & Arntz, 2008). Hierdoor is vaak te zien dat volwassenen nog steeds voelen, denken en zich gedragen op een kinderlijke manier. De kindmodi die hieronder vallen zijn “het kwetsbare kind”, “het boze kind”, “het woedende kind”, “het impulsieve kind”, “het ongedisciplineerde kind” en “het blij kind” (van Vreeswijk et al., 2008). De modus “het blij kind” is hiervan de functionele modus. De tweede groep bevat de oudermodi, waarbij disfunctionele modi de geïnternaliseerde onaangepaste gedragingen omvatten (Lobbestael et al., 2008). De disfunctionele oudermodi zijn “de straffende oudermodus” en “de veeleisende oudermodus” (van Vreeswijk et al., 2008). De derde categorie bevat de copingmodi en omvat manieren van een persoon om zichzelf te beschermen tegen pijn of te kalmeren. De copingstrategieën die hierin centraal staan zijn vechten, vluchten of bevriezen (Lobbestael et al., 2008). De disfunctionele copingmodi zijn “de willoze inschikkelijke”, “de onthechte beschermer”, “de onthechte zelfsusser”, “de zelfverheerlijker” en “de pest en aanval” modus (van Vreeswijk et al., 2008). Tot slot is er sprake van de modus “gezonde volwassene”, die samen met de modus het “blij kind” onder de functionele modi wordt verstaan. Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek scoren vaak hoog op de verschillende disfunctionele modi en laag op de functionele modi (Lobbestael et al., 2008). Het ontwikkelen van de modus “de gezonde volwassene” is een van de doelen van schematherapie (Kellog & Young, 2006).

Effecten schema-modi model

Bamber (2004) geeft aan dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek vaak hoog scoren op de bestraffende oudermodus, een modus die niet functioneel is voor de cliënt. Deze modus zorgt ervoor dat de problematiek in stand blijft. Kellog en Young (2006) geven aan dat verandering plaats vindt wanneer het kwetsbare kind gevoed wordt door het bieden van troost, veiligheid en erkenning door de gezonde volwassene. Door het ontwikkelen van de gezonde volwassene gedurende schematherapie, kan er op een verantwoordelijke manier omgegaan worden met emoties, zoals boosheid, verdriet en teleurstelling (Kellog & Young, 2006). Uit het onderzoek van Kellog en Young (2006) is naar voren gekomen dat het gebruik van het schema-modimodel er voor kan zorgen dat de cliënt een “gezonde volwassenemodus” ontwikkelt, wat kan leiden tot emotionele stabiliteit, doelgericht gedrag en verbetering in het algemeen welbevinden. Daarnaast benadrukt de studie van Renner en collega's (2013) het belang van het werken met het schema-modimodel, omdat de modi

vaak de meest stabiele persoonlijkheidsproblematiek vertegenwoordigen. Het doel is om nieuwe copingstijlen aan te leren en disfunctionele schemamodi te veranderen, voor meer functionele schema modi. Uit de pilot studie van Renner en collega's (2013) kwam een effectgrootte van $d (= .40)$ naar voren. Dit is een matige effectgrootte die uit het onderzoek van Renner en collega's (2013) naar voren is gekomen bij de verandering in modi. Hierdoor kan verwacht worden dat deze effectgrootte het belang aangeeft van het schema modi model binnen schematherapie.

Focus in dit onderzoek

Dit onderzoek legt de focus op de effecten van schematherapie binnen een klinische setting en dan in het bijzonder op de schemamodi, de psychische klachten en de positieve geestelijke gezondheid. Het is belangrijk om eerst met de modi aan de slag te gaan, alvorens men met de schema's aan de slag kan gaan (Muste, Weertman & Claassen, 2009). Er wordt aangegeven dat wanneer er op de disfunctionele modi hoog gescoord wordt, dit over het algemeen iets kan zeggen over de mate van psychopathologie (Lobbestael et al., 2008). Er zal daarom gekeken worden of de disfunctionele modi en klachten afnemen na een klinische behandeling met schematherapie. Dit onderzoek is relevant, omdat onderzoek naar schemamodi nog in de kinderschoenen staat en het model verfijnd en gespecificeerd kan worden (van Vreeswijk et al., 2008). Dit geldt eveneens voor het effect op de positieve geestelijke gezondheid. Onderzoek naar schematherapie met betrekking tot de positieve geestelijke gezondheid is nauwelijks onderzocht en in dit onderzoek wordt gekeken of er een verbetering in deze positieve geestelijke gezondheid terug te zien is na behandeling met schematherapie. Het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid zou mogelijk een preventieve werking kunnen hebben op terugval (Seligman & Csikszentmihaly, 2000). De onderzoeksvraag en de daarbij behorende hypothesen die getoetst worden om antwoord te kunnen geven op deze vragen zijn:

Onderzoeksvraag

Is er verandering zichtbaar op de modi, de positieve geestelijke gezondheid en psychische klachten bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, na een klinische groepsbehandeling met behulp van schematherapie?

Hypothesen

1. Na behandeling van schematherapie, binnen een klinische setting, nemen de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid toe en verminderen de psychische klachten ten opzichte van de situatie voor de behandeling.
2. De verbetering in modi gaat samen met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid.
3. De verbetering in modi gaat samen met een vermindering van psychische klachten.
4. Een vermindering van psychische klachten gaat samen met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid.

2. Methode

2.1 Design

Dit onderzoek is een pre-post within subjects design dat uitgevoerd wordt in de praktijk bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische setting. Er wordt geen gebruik gemaakt van een controlegroep. Dit onderzoek is een onderdeel van een groter lopend onderzoek waarin schematherapie centraal staat. De behandeling duurt gemiddeld 12 maanden, dit gemiddelde is berekend onder de 34 ($N=34$) cliënten die de behandeling hebben afgerond. Beëindiging van de behandeling gaat in overleg met de hoofdbehandelaar, een klinisch en/of GZ-psycholoog. Wanneer een cliënt(e) ervoor kiest om zelf weg te gaan, om wat voor reden dan ook, dan wordt dit als drop-out gezien. Onder de drop-outs is de gemiddelde behandelduur 4 maanden met $N=27$. Om te kijken hoe groot de effectgrootte van de evaluatie van dit onderzoek is, is er een beginmeting afgenomen voor de start van de behandeling (T0) en een eindmeting (T1) na de behandeling. Bij deze evaluatie wordt onderzocht of schematherapie veranderingen teweegbrengt op de modi, de psychische klachten en de positieve geestelijke gezondheid na een klinische groepsbehandeling.

2.2 Cliënten

De cliënten zijn volwassen cliënten van een instelling voor de geestelijke gezondheidszorg bij de GGZ-organisatie Mediant afdeling, waar persoonlijkheidsproblematiek centraal staat. Deze cliënten worden verwezen naar het centrum voor klinische psychotherapie door een GZ- of klinisch psycholoog of psychiater uit een GGZ-instelling vanwege de persoonlijkheidsproblematiek.

Op dit moment worden er 21 cliënten behandeld in de kliniek. Het totaal aantal deelnemers van dit onderzoek bestaat uit 82 cliënten. De eerste cliënt(e) die mee deed aan het onderzoek, is gestart in 2011 en de laatste (82^e cliënt(e)) is gestart in 2014. Het gaat hierbij om een tijdsperiode van 3 jaar. Hiervan hebben 34 (41.5%) cliënten de behandeling afgerond, wat betekent dat zij een voor- en nameting hebben gehad. Daarnaast is er een drop-out zichtbaar van 27 (32.9%) cliënten en zijn 21 (25.6%) cliënten nog bezig met de behandeling. Voor dit onderzoek worden, in de analyses die betrekking hebben op de behandeling met schematherapie, de drop-outs niet meegenomen. Hier is voor gekozen omdat deze cliënten de behandeling vroegtijdig en zonder overeenstemming met de

hoofdbehandelaar hebben stopgezet. De drop-out van 30% heeft niet de gehele behandeling doorlopen en dus kunnen deze niet meegenomen worden, omdat er dan geen uitspraken gedaan kunnen worden over de werking en mogelijke veranderingen naar aanleiding van de behandeling. Het gaat hierbij om een exploratief onderzoek en daarom wordt de drop-out wel meegenomen voor de beschrijving van de demografische gegevens (N=61).

De gemiddelde behandelduur van de drop-out is 4 maanden, in tegenstelling tot een gemiddelde behandelduur van 12 maanden onder de cliënten die de behandeling hebben afgerond.

Om iets te kunnen zeggen over de substantiële groep drop-out van 32.9% is er een chi-kwadraattoets uitgevoerd, om te kijken of er verschillen aanwezig zijn op levensgebieden en demografische gegevens tussen de groep drop-out en de groep die de behandeling heeft afgerond. Deze chi-kwadraattoets is uitgevoerd onder N=61 cliënten, hiervan zijn 25 cliënten drop-outs, 34 cliënten die de behandeling hebben afgerond en 2 cliënten waarvan de gegevens rondom de levensgebieden ontbreken (missing 3.3%). De hypothesen die getoetst worden gaat over de vraag of er wel of geen verschillen gevonden zijn tussen de groep die de behandeling hebben afgerond en de groep drop-out. De groep cliënten die de behandeling heeft afgerond en gediagnosticeerd is met een stemmingsstoornis bedraagt 75.9% in vergelijking met de groep cliënten die de behandeling niet hebben afgerond (drop-out) en waarvan slechts 24.1% gediagnosticeerd is met een stemmingsstoornis. Het verschil uit deze beschrijvende statistiek is significant, want $p = 0.005$. Uit de chi-kwadraattoets is naar voren gekomen; $X^2_{(1)} = 7.766$; $P = 0.005$. Verder zijn er op andere levensgebieden geen verschillen gevonden tussen beide groepen en dit geldt eveneens voor demografische gegevens zoals leeftijd en geslacht.

De deelnemers binnen dit onderzoek zijn zowel mannen als vrouwen in de leeftijd tussen de 18 en 44 jaar oud. Het merendeel is vrouw met N= 72,1 % tegenover N= 27.9 % van de mannen. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 27 jaar oud.

Schematherapie is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen; het indicatiegebied voor schematherapie is echter in de loop der jaren verbreed naar As-1 stoornissen (Muste et al., 2009). Binnen mediant zijn stemmingsstoornissen met 47,5% de meest voorkomende as 1 problematiek.

Zie voor de exacte verdeling tabel 1. Het gaat hierbij om N=61 cliënten, dit betreft de groep drop-out en de groep cliënten die de behandeling hebben afgerond.

Tabel 1. *Overzicht van DSM-IV As 1 stoornissen onder de cliënten op de klinische afdeling binnen Mediant (Co-morbiditeit persoonlijkheidsproblematiek) N=61*

Stoornissen	N=61	Percentage
Stemmingsstoornis	29	47,5 %
Angststoornis	15	24,6 %
Identiteitsproblematiek	13	21,3 %
Eetstoornis	9	14,8 %
Middelenafhankelijkheid	7	11 %
Dissociatieve stoornis	3	4,9 %
Aandachtstekort stoornis	3	4,9 %
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1	1,6 %
Impulscontrole stoornis	1	1,6 %
Zwakbegaafdheid	1	1,6 %
Aanpassingsstoornis	1	1,6 %

Daarnaast is schematherapie geïndiceerd bij patiënten waarbij er geen sprake is van een formele persoonlijkheidsstoornisdiagnose, maar waarbij er wel sprake is van andere vormen van persoonlijkheidsproblematiek, aldus Muste en collega's (2009). Bij de cliënten is er wel sprake van persoonlijkheidsproblematiek, maar heeft niet iedereen per definitie een persoonlijkheidsstoornis. Wel is het zo dat de kern van de problematiek van de cliënten te maken heeft met lang bestaande, steeds terugkerende patronen van denken, voelen en handelen, die vaak te herleiden zijn tot de jeugd. Het merendeel is gediagnosticeerd met persoonlijkheidsproblematiek, 65,1%. Hierbij valt op dat 32,5% gediagnosticeerd is met een persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven. Dit geeft dus aan dat de kenmerken en problemen aanwezig zijn, maar een duidelijke diagnose omtrent de persoonlijkheid niet gesteld wordt. Daarnaast is 20,5% gediagnosticeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis, zie tabel 2.

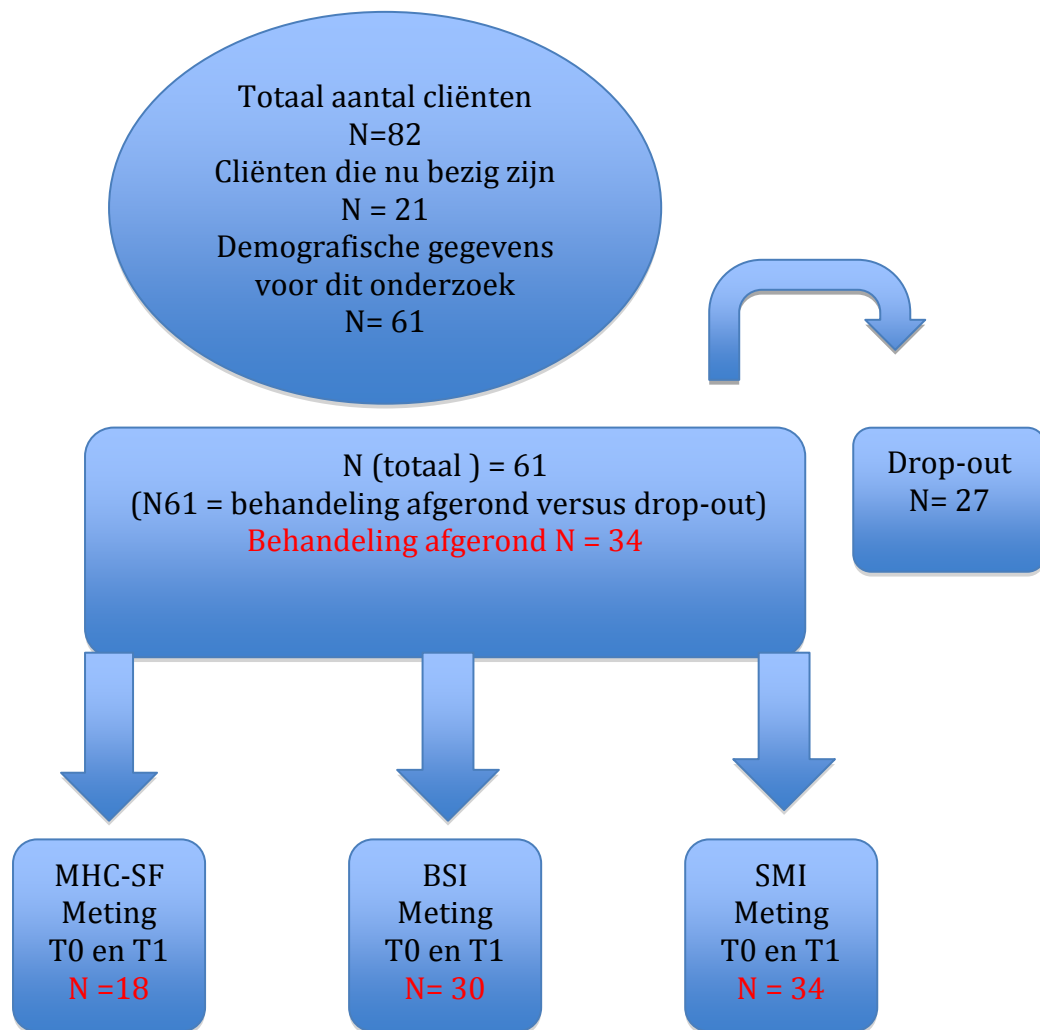
Tabel 2. *Overzicht DSM-IV As 2 persoonlijkheidsstoornissen onder de cliënten op de klinische afdeling binnen de GGZ instelling Mediant.*

Persoonlijkheidsstoornis	N= 61	Percentage
Persoonlijkheidsstoornis (PS)	46	75,4 % (aanwezig)

	13	21, 3% (niet aanwezig)
PS niet anders omschreven	22	36,1 %
Borderline PS	15	24,6 %
Ontwijkende PS	6	9,8 %
Afhankelijke PS	6	9,8 %
Antisociale PS	1	1,6 %
Narcistische PS	1	1,6 %

Steekproef omvang

Doordat er sprake is van missing data is de verdeling op de drie vragenlijsten (Schema Mode Inventory – SMI, Brief Symptom Inventory – BSI en de Mental Health Continuüm Short Form- MHC-SF) ongelijk. Voor de SMI geldt dat 46 respondenten de voor- en nameting hebben ingevuld, maar hierbij vallen 12 cliënten onder drop-outs, wat inhoudt dat 34 cliënten de behandeling hebben afgerond. Voor de BSI geldt dat 35 cliënten de voor- en nameting hebben ingevuld, maar dat 5 cliënten hiervan drop-out zijn en dus zijn er 30 cliënten die de behandeling hebben afgerond. Voor de MHC-SF geldt dat 24 cliënten de voor- en nameting hebben ingevuld, maar dat 6 cliënten onder de drop-out vallen en dat 18 cliënten de behandeling hebben afgerond. Deze steekproef beschrijving is hieronder weergegeven in figuur 1.



Figuur 1. Steekproef omvang cliënten

Setting

De respondenten binnen de GGZ instelling Mediant, zijn cliënten die schematherapie volgen in een klinische setting, binnen de afdeling psychotherapie. Cliënten verblijven intramuraal tot vrijdagmiddag en gaan in het weekend naar huis.

Schematherapie is een rode draad die als kader wordt gebruikt binnen de behandeling van de cliënten en komt in verschillende therapeutische blokken naar voren. Het doel van de behandeling is het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek, middels het verminderen van psychische klachten en het op gang brengen van de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling. Schematherapie vindt plaats in groepsverband en naast deze vorm van therapie staat de therapeutische werkrelatie met het multidisciplinaire team

centraal. Dit team bestaat uit klinisch en GZ-psychologen die werkzaam zijn op het cognitieve en experiëntiele vlak, sociotherapeuten die op het gedragsmatige aspect ingaan en de verschillende vaktherapeuten die experiëntieel werken. De duur van de behandeling is gemiddeld 12 maanden.

2.3 Procedure

Alle cliënten die verwezen worden voor een behandeling bij de GGZ instelling Mediant krijgen een oriënterend gesprek waarin informatie wordt verschaft over de behandeling. Na dit gesprek start een intakeprocedure. Vast onderdeel van deze procedure is dat de cliënt een psychologisch onderzoek krijgt, waarbij er standaard zeven vragenlijsten worden ingevuld. Het gaat hier om de Schema Mode Inventory, de Brief Symptom Inventory, de Mental Health Continuum-Short Form, de Young Schema Inventory, de Young-Rygh Avoidance Inventory, de Young Compensation Inventory en de Young Parenting Inventory (Young, Arntz, Atkinson, Lobbstaël, Weishaar & van Vreeswijk, 2007; Derogatis, 1993; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011; Young & Brown, 1994; Young & Rygh, 1994; Young, 1995; Young, 1999). Hierin worden psychische klachten, cognitieve schema's en de positieve geestelijke gezondheid gemeten. Voor dit onderzoek zijn alleen de data van de SMI, BSI en de MHS-SF gebruikt, samen met de demografische gegevens die naar voren zijn gekomen uit eerder uitgevoerd dossieronderzoek. Bij alle respondenten wordt een begin-, tussen-, eind- en follow-up- meting uitgevoerd gedurende de behandeling bij Mediant. Voor dit onderzoek wordt er alleen gebruik gemaakt van een begin- (T0) en een eindmeting (T1).

2.4 Instrumenten

De respondenten hebben verschillende vragenlijsten ingevuld, met de hand, voor, tijdens, aan het eind en zes maanden na de behandeling. Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van drie vragenlijsten, welke hieronder beschreven zijn. De vragenlijsten zijn een vast onderdeel bij het starten met een klinische behandeling binnen Mediant. De betrouwbaarheid en validiteit van deze drie vragenlijsten zijn voldoende tot goed. De vragenlijsten bestaan alle uit een aantal stellingen die door de respondent beoordeeld moeten worden.

- Short Schema Mode Inventory (SMI)

De SMI (Young, Arntz, Atkinson, Lobbestael, Weishaar & Vreeswijk, 2007) is een zelfrapportage-vragenlijst naar schemamodi. Een modus wordt gezien als een kortdurende gemoedstoestand (Young, Klokso & Weishaar, 2005). De SMI versie 1 bestaat uit 124 vragen, die beantwoord worden op een 6-puntsschaal (1= nooit of bijna nooit, 6 = altijd). Er worden veertien modi onderscheiden in vier categorieën. De eerste categorie betreft de kindermodi. Hieronder vallen “het kwetsbare kind”, “het woedende kind”, “het razende kind”, “het impulsieve kind”, “het ongedisciplineerde kind” en “het blijde kind”. De tweede categorie die wordt onderscheiden is de disfunctionele copingmodi (de beschermers). Dit betreft “de willoze inschikkelijke”, “de onthechte beschermer”, “de onthechte zelfsusser”, “de zelfverheerlijker” en “de pest- en aanval” modus. Disfunctionele oudermodi is de derde categorie en omvat “de veeleisende ouder” en “de straffende ouder”. De vierde categorie bestaat uit één modus; “de gezonde volwassene”.

Hoe hoger de score die gescoord wordt, hoe hoger de modus. Een psychometrische studie geeft volgens Lobbestael en collega's (2008) aan dat de SMI past bij het 14 factor model vanuit de schemamodi-model van Young, omdat aan de hand van de factoranalyse de 14 schalen en de 14 schemamodi bevestigd werden. Er zijn goede interne consistenties gevonden voor de verschillende subschalen. Deze versie van de schemamodus-inventarisatielijst heeft in de Nederlandse versie voldoende validiteit en betrouwbaarheid laten zien (Lobbestael, Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010).

Er wordt gebruik gemaakt van somscores, waarbij hogere scores aangeven dat men hoog scoort op een desbetreffende modus.

- Brief Symptom Inventory (BSI)

De BSI (Derogatis, 1993) is een zelfrapportage klachtenlijst, gericht op psychische klachten, van 53 vragen die gescoord worden op een 5-puntsschaal (1= helemaal niet, 5 = heel erg). Hierop worden negen typen psychische klachten geïnventariseerd: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast zijn er drie algemene indicatoren van de ernst van de psychopathologie: algemene psychische gezondheid (de BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De totaalscore geeft een indicatie van de ernst van de psychische klachten. Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de BSI (de Beurs, 2011).

De factoranalyse heeft aangetoond dat de 9 dimensies van de subschalen op de BSI grotendeels aparte factoren zijn, waarmee de constructvaliditeit lijkt aangetoond. Tevens werd er voldoende interne consistentie aangetoond. De betrouwbaarheid lijkt te zijn gewaarborgd, omdat er een goede test-hertest betrouwbaarheid werd aangetoond (de Beurs, 2011). De betrouwbaarheid van de BSI is als “voldoende” beoordeeld, door de COTAN (2012). De uitgangspunten bij de testconstructie, de kwaliteit van het testmateriaal en de kwaliteit van de handleiding zijn als “goed” beoordeeld. De validiteit van de BSI is als “voldoende” beoordeeld. Geconcludeerd kan worden dat de BSI over voldoende psychometrische kwaliteiten beschikt.

Er wordt gebruik gemaakt van somscores, waarbij een hogere score op de BSI aangeeft dat men meer psychische klachten ervaart.

- Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

De MHC-SF is een zelfrapportage vragenlijst van 14 vragen die gescoord worden op een 6-puntsschaal: 0 = nooit, 6 = elke dag (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011). Deze vragen gericht op de positieve geestelijke gezondheid meten emotioneel welbevinden (3 items), sociaal welbevinden (5 items) en psychologisch welbevinden (6 items). De positieve geestelijke gezondheid wordt gemeten aan de hand van het gemiddelde van de 14 vragen. Het emotioneel welbevinden is vastgesteld op basis van de gemiddelde score van item 1 tot en met 3. Het sociaal welbevinden is vastgesteld op basis van de gemiddelde score op item 4 tot en met 8 en het psychologisch welbevinden wordt gemeten aan de hand van de gemiddelde score op item 9 tot en met 14 (Lamers et al., 2011).

Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse versie. Deze versie is vertaald door Westerhof en Keyes (2008).

De subschalen van de MHC-SF hebben een goede interne betrouwbaarheid. De convergente validiteit van de MHC-SF is goed, wat aan kan geven dat dit instrument betrouwbaar is (Lamers et al., 2011). De interne consistentie van de MHC-SF is zeer sterk. De MHC-SF is een betrouwbaar en valide instrument om positieve geestelijke gezondheid te meten in de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011).

Er wordt gebruik gemaakt van somscores, waarbij een hogere score aangeeft dat men meer positieve gevoelens ervaart en rapporteert met betrekking tot de geestelijke gezondheid.

2.5 Informed consent

Om dit onderzoek te kunnen uitvoeren is toestemming gevraagd van de cliënten. Cliënten werden in hun intakefase al geïnformeerd over het onderzoek middels een informatiefolder en mondelinge toelichting. Als de cliënten akkoord gingen met deelname, werd er een toestemmingsverklaring ondertekend. Hierbij werd ook aangegeven dat de gegevens strikt anoniem verwerkt worden.

2.6 Analyse

De data van dit onderzoek is geanalyseerd door gebruik te maken van het computerprogramma IBM SPSS Statistics 20. Om te controleren of de data normaal verdeeld is, is er gebruik gemaakt van de Kolmogorov-Smirnovtoets. Uit deze toets is gebleken dat de data normaal verdeeld is, wat inhoudt dat er gebruik gemaakt kan en mag worden van parametrische toetsen om zo significante verschillen te berekenen.

Om een overzicht te krijgen van de demografische gegevens is er een descriptive analyse uitgevoerd om zo de respondenten op een goede manier te kunnen omschrijven. Verder is er gebruik gemaakt van de chi-kwadraattoets om zo naar eventuele verschillen te kijken tussen de groep cliënten die vallen onder de drop-outs en de groep cliënten die de behandeling hebben afgerond. Deze twee groepen worden vergeleken (op baseline) met betrekking tot demografische gegevens.

Omdat de voor- en nametingen bij dezelfde respondenten zijn afgenomen, zijn deze gegevens niet onafhankelijk van elkaar en zijn gepaarde t-toetsen gebruikt om de verschillen in veranderingen met elkaar te vergelijken tussen de begin- en de eindmeting per zelfrapportage-vragenlijst. Hierbij gaat het om de schema-modi vragenlijst (SMI), de Brief Symptom Inventory (BSI) en de lijst voor de positieve geestelijke gezondheid (MHC-SF). Het significantieniveau van het verschil tussen de begin- en eindmeting is per zelfrapportagelijst vastgesteld. Wanneer het aantal vergelijkingen toeneemt is de kans groter dat er onterechte significante verschillen gevonden worden. Om deze mogelijke fout te kunnen corrigeren is de Bonferonni correctie uitgevoerd. Het significantieniveau is $p < .002$. Dit nieuwe vastgestelde significantieniveau geeft een nieuwe bovengrens en bij een lagere overschrijdingskans (p) is er sprake van een significant verschil.

Er is gekeken naar de effectgrootte voor de vergelijkingen in dit onderzoek. Deze effectgrootte is berekend door Cohen's d te berekenen met de formule $d = (m_1 - m_3) / s$,

waarbij de gepoolde standaarddeviatie wordt gebruikt (1992). De gepoolde standaarddeviatie is berekend door de standaarddeviatie van beide gemiddelden van de begin- en eindmeting op te tellen en te delen door twee. De Cohen's d is geïnterpreteerd door de volgende richtlijnen aan te houden: $d < .20$ is geen effect, $d .20$ tot $.40$ is een klein effect, $d .50$ tot $.70$ is een matig effect en $d .80$ tot 2.0 is een groot effect (van Baarde, de Goede & van Dijkum, 2007).

Ook is er gebruik gemaakt van de Pearson correlatieanalyse om zo te onderzoeken of de verschillende variabelen met elkaar samenhangen en in hoeverre er sprake is van een negatief of positief verband. Hiervoor is er gebruik gemaakt van somscores op 1 meetmoment. Vanuit de literatuur is er een aantal hypothesen opgesteld en deze geven een bepaalde richting, waardoor de correlatieanalyse eenzijdig getoetst wordt met een p waarde $< .050$.

3. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt schematherapie geëvalueerd binnen een klinische groepssetting. Er wordt geanalyseerd of er effecten gevonden worden rondom schematherapie binnen een klinische setting en dan in het bijzonder op de schemamodi, de psychische klachten en de positieve geestelijke gezondheid. Ook wordt er gekeken naar mogelijke samenhang tussen de verschillende variabelen.

Hypothese 1

Na behandeling van schematherapie, binnen een klinische setting, nemen de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid toe en verminderen de psychische klachten ten opzichte van voor de behandeling.

Om deze hypothese te toetsen is een gepaarde t-toets uitgevoerd. Hierbij zijn meting (T0) en meting (T1) op de SMI (N=34), BSI (N=30) en de MHC-SF (N=18) met elkaar vergeleken. In tabel 3 wordt een overzicht gegeven van deze resultaten.

Tabel 3. *Overzicht van de gemiddelde scores en de standaarddeviaties, de gepaarde t-toetsen en de Cohen's d van de totaal scores op de SMI (N=34), BSI (N=30) en MHC-SF (N=18).*

Variabele	Beginmeting (sd)	Eindmeting (sd)	t	d
Totaal BSI	92.10 (28.72)	50.00 (30.00)	6.80*	1.43
Totaal MHC-SF	20.06 (8.19)	40.17 (13.67)	-5.44*	1.84
Totaal disfunctionele modi	303.68 (41.49)	227.24 (56.57)	7.90*	1.56
Totaal functionele modi	61.59 (9.73)	81.50 (12.15)	-8.16*	1.78

Note. BSI (Brief Symptom Inventory); MHC-SF (Mental Health Continuum Short Form)

* $p < .001$

De gepaarde t-toetsen die uitgevoerd zijn, geven aan dat er na de behandeling significant lager wordt gescoord op de totale disfunctionele modi en op de psychische klachten. Ook is er een significant verschil gevonden in de toename van de positieve geestelijke gezondheid na de behandeling en toename van de functionele modi. De effectgrootte is bij alle variabelen groot, want Cohen's *d* ligt tussen de .80 en 2.00.

Verder is er ook gekeken naar de verschillen en effecten op de subschalen van de MHC-SF en de BSI en naar alle afzonderlijke modi. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. *Overzicht van de gemiddelde scores en de standaarddeviaties, de gepaarde t-toetsen en de Cohen's d van de subschalen MHC-SF (N=18), BSI (N=30) en de SMI (N=34).*

	Beginmeting (sd)	Eindmeting (sd)	t	P	d
MHC-SF					
Emotioneel welbevinden	4.11 (3.19)	9.06 (3.62)	-3.30	.004*	1.45
Psychologisch welbevinden	9.56 (4.74)	19.78 (6.14)	-4.70	.000*	1.88
Sociaal welbevinden	7.11 (4.39)	11.33 (5.46)	-2.79	.011*	0.86
Totaal	20.06 (8.19)	40.17 (13.67)	-5.44	.001*	1.84
BSI					
Somatische problemen	10.10 (5.44)	5.23 (4.27)	5.13	.000*	1.00
Cognitieve problemen	12.40 (5.69)	7.27 (5.40)	4.63	.000*	0.93
Interpersoonlijke sensitiviteit	8.03 (3.86)	4.43 (3.07)	4.82	.000*	1.04
Depressie	13.80 (4.85)	6.97 (5.35)	6.37	.000*	1.34
Angst	11.77 (4.90)	6.50 (3.85)	4.52	.000*	1.20
Hostiliteit	3.93 (3.30)	2.20 (1.90)	2.48	.019*	0.66
Fobische angst	7.77 (4.93)	3.80 (3.89)	6.34	.000*	0.90
Paranoïde	8.13 (4.88)	4.57 (3.89)	3.86	.001*	0.72
Psychoticisme	9.27 (3.82)	5.10 (3.94)	5.38	.000*	1.09
Totaal	92.10 (28.72)	50.00(30.00)	6.80	.001*	1.43
Modi					
Kwetsbaar kind	39.71(7.21)	25.50 (9.70)	7.43	.000*	1.68
Razend kind	15.94 (6.27)	12.79 (4.20)	3.16	.003*	0.60
Ongedisciplineerd kind	19.74(6.01)	15.44 (4.73)	4.90	.000*	0.80
Woedend kind	30.56 (8.67)	23.53 (7.27)	5.45	.000*	0.88
Impulsieve kind	21.38 (7.33)	16.94 (5.61)	4.40	.000*	0.68
Blijde kind	28.68 (5.26)	39.74 (7.69)	-8.53	.000*	1.70
Gezonde volwassene	32.91 (6.10)	41.76 (5.71)	-6.49	.000*	1.50
Straffende ouder	30.09 (7.34)	20.26 (9.66)	6.98	.000*	1.15
Veeleisende ouder	33.00 (8.36)	28.09 (7.10)	3.45	.002*	0.64
Willoze inschikkelijke	27.24 (4.46)	17.94 (4.51)	7.67	.000*	2.07
Onthechte beschermer	28.26 (7.88)	20.03 (9.10)	5.00	.000*	0.97
Onthechte zelfsusser	15.18 (2.96)	9.53 (3.38)	8.05	.000*	1.78
Zelfverheerlijker	25.47 (8.35)	22.21 (7.46)	3.23	.003*	0.41
Pest en aanval	16.62 (5.90)	13.94 (6.10)	3.23	.003*	0.45
Totaal disfunctionele modi	303.68 (41.49)	227.24 (56.57)	7.90	.001*	1.56
Totaal functionele modi	61.59 (97.73)	81.50 (12.15)	-8.16	.001*	1.78

Note. * $p < 0.002$ Bonferonni correctie (.050/33)

MHC-SF (Mental Health Continuum Short Form); BSI (Brief Symptom Inventory)

Te zien is dat bij de MHC-SF, op de subschaal psychologisch welbevinden, een significante toename is te zien na de behandeling en dat op alle drie de schalen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden de effectgrootte na de behandeling groot is.

Bij de BSI is op de subschalen een significante vermindering in psychische klachten te zien, behalve bij hostiliteit waar geen significante vermindering zichtbaar is. De effectgrootte is op de schalen hostiliteit en paranoïde matig te noemen en op de overige schalen is de effectgrootte groot te noemen, in het bijzonder op de schaal depressie.

Bij de functionele modi is een significante verbetering zichtbaar bij de gezonde volwassene en het "blijke kind". De effectgrootte is hierbij groot te noemen. Na de behandeling nemen de functionele modi significant toe. Ook is er een significante vermindering te zien bij de disfunctionele modi, er is echter geen significante vermindering zichtbaar bij de modus "het razend kind", "de veeleisende ouder", "de zelfverheerlijker" en "de pest- en aanval" modus. De effectgrootte is groot te noemen bij de disfunctionele modi "het kwetsbaar kind", "de willoze inschikkelijke", "de straffende ouder" en "de onthechte zelfsusser".

Om antwoord te kunnen geven op de overige hypothesen wordt er onderzocht of er een samenhang aanwezig is tussen verschillende variabelen, welke eenzijdig worden getoetst.

Hypothese 2

De verbetering in modi gaat samen met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid.

Uit de correlatieanalyse is gebleken dat de functionele modi, "het blijke kind" en de "gezonde volwassene" positief samenhangen met de positieve geestelijke gezondheid. De totale score van de functionele modi geeft een sterke positieve samenhang weer met de positieve geestelijke gezondheid, want $p < .001$ met een correlatie van $r = .811$. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 5. De totale score op de disfunctionele modi hangt negatief samen met de positieve geestelijkheid, wat inhoudt dat wanneer de scores toenemen op de disfunctionele modi, de scores op de positieve geestelijk gezondheid afnemen, want correlatie r is $-.805$ met een $p < .001$.

Tabel 5. *Overzicht van de correlaties en p-waarden op de totaalscores van de variabelen functionele/disfunctionele modi en de totaalscore op de positieve geestelijke gezondheid (N=18).*

<i>Nameting</i>			
<i>Nameting</i>	Totaal MHC-SF	Functionele modi	Disfunctionele modi
Totaal MHC-SF	1	.811*	-.805*
Functionele modi	.811*	1	-.711*
Disfunctionele modi	-.805*	-.711*	1

Note. * $p < 0.05$

Ook komt in de correlatieanalyses een negatieve samenhang naar voren tussen de functionele en disfunctionele modi, met $p < .001$ en een correlatie van $-.711$. Deze negatieve samenhang betekent dat wanneer de scores op de functionele modi toenemen, de scores op de disfunctionele modi afnemen.

In tabel 6 is te zien in hoeverre de modi “het kwetsbaar kind”, “de straffende ouder”, “het blij kind” en “de gezonde volwassene” samenhangen met de subschalen van de positieve geestelijke gezondheid.

Tabel 6. *Overzicht van de correlaties en p-waarden van de scores op de subschalen van de positieve geestelijke gezondheid en de specifieke modus “het kwetsbaar kind”, “de straffende ouder”, “het blij kind” en “de gezonde volwassene” (N=18).*

<i>Nameting</i>			
-----------------	--	--	--

<i>Nameting</i>	Emotioneel WB	Psychologisch WB	Sociaal WB	Kwetsbaar kind	Straffend ouder	Blij kind	Gezonde volwassene
Emotioneel welbevinden	1	.876*	.618*	-.900*	-.786*	.919*	.576*
Psychologisch welbevinden	.876*	1	.641*	-.796*	-.690*	.857*	.539*
Sociaal welbevinden	.618*	.641*	1	.689*	-.399	.519*	.522*
Kwetsbaar kind	-.900*	-.796*	-.689*	1	.789*	-.771*	-.676*
Straffende ouder	-.786*	-.690*	-.399	.789*	1	-.756*	-.572*
Blij kind	.919*	.857*	.519*	-.771*	-.756*	1	.636*
Gezonde volwassene	.576*	.539*	.522*	-.676*	-.572*	.636*	1

Note. * $p < 0.05$

Uit de correlatieanalyse is gebleken dat de functionele modus “de gezonde volwassene” positief samenhangt met een hogere score op de subschalen van de positieve geestelijke gezondheid, het sterkst op de schaal emotioneel welbevinden met een correlatie van $r .576$ met een p van $.006$. Daarnaast laat ook de functionele modi “het blij kind” een sterke positieve samenhang zien op alle drie de subschalen van de positieve geestelijke gezondheid, ook hier in het bijzonder op de schaal emotioneel welbevinden, met bijna een perfecte correlatie van $r .919$ met een $p < .001$. Deze sterke positieve samenhang houdt in dat wanneer de scores toenemen op de variabele “het blij kind” en “de gezonde volwassene”, dit samengaat met hoge scores op de variabele positieve geestelijke gezondheid.

Bij de disfunctionele modi is te zien dat “het kwetsbare kind” negatief samenhangt met de subschalen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Bij de disfunctionele modus “de straffende ouder” is alleen een negatieve samenhang te zien op de subschaal emotioneel en psychologisch welbevinden. Dit betekent dat de modus “de straffende ouder” geen overlap heeft met de variabele sociaal welbevinden.

Hypothese 3

De verbetering in modi gaat samen met een vermindering van psychische klachten.

Er wordt specifiek getoetst of de modi “het kwetsbaar kind” en “de straffende ouder” positief samenhangen met psychische klachten op de BSI. Uit literatuuronderzoek is naar voren gekomen dat deze twee modi met psychische klachten samenhangen en dus zal eenzijdig dit getoetst worden. De resultaten staan in tabel 7 en 8.

Tabel 7. *Correlaties en significantiewaarde van de disfunctionele modi “het kwetsbaar kind” en “de straffende ouder” samen met de totaalscore en de subschalen van de BSI (N=30).*

Voormeting	Kwetsbaar kind		Straffende ouder	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Subschalen BSI				
Totaal BSI*	.418	.022	.277	.139
Somatische problemen	.208	.135	.055	.386
Cognitieve problemen	.254	.088	.202	.143
Interpersoonlijke problemen	.219	.122	.358	.026
Depressie	.358	.026	.310	.048
Angst	.326	.039	.058	.380
Hostiliteit	.399	.015	.020	.458
Fobische angst	-.035	.426	.136	.237
Paranoïde	.408	.013	.187	.161
Psychoticisme	.370	.022	.111	.280
Straffende ouder	.571	.000	1	

Note. Significant bij $p < .050$

BSI (Brief Symptom Inventory)

Uit de correlatieanalyse is naar voren gekomen dat de disfunctionele modus “het kwetsbaar kind” positief samenhangt met de totaalscore op de BSI, want $p = .022$ met een correlatie van $r .418$. Dit houdt in dat een hoge score op kwetsbaar kind, gepaard gaat met een hoge totaalscore op de BSI. Voor “de straffende ouder” is er geen samenhang zichtbaar met de totaalscore op de BSI. Tevens is er gekeken naar de subschalen op de BSI en “het kwetsbaar

kind” en “de straffende ouder”. Hieruit is naar voren gekomen dat “het kwetsbaar kind” positief samenhangt met de subschaal depressie, angst, hostiliteit, paranoïde en psychotische. “De straffende ouder” hangt positief samen met interpersoonlijke gevoeligheid en depressie. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 7.

Vanwege het exploratieve karakter van dit onderzoek, is er verder ook gekeken of de totale score op de functionele modi negatief samenhangen met een lagere score op de BSI. Deze hypothese, sluit aan op bovenstaande hypothese (3). Uit deze analyse is naar voren gekomen dat er een negatieve samenhang is tussen het rapporteren van het totaal aan functionele modi en een vermindering in psychische klachten, want $p = .001$ met een correlatie r van $-.524$. Deze negatieve samenhang houdt in dat wanneer men hoog scoort op de functionele modi “het blij kind” en “de gezonde volwassene”, men lager scoort op de variabele psychische klachten.

Daarnaast is er afzonderlijk nog naar de aparte functionele modi “het blij kind” en “de gezonde volwassene” gekeken op de subschalen van de BSI om zo specifiek iets meer te kunnen zeggen welke functionele modi samenhangen met de psychische klachten op de BSI. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. *Correlaties en significantiewaarde van de functionele modi “het blij kind” en “de gezonde volwassene” samen met de subschalen van de BSI (N=30).*

Nameting	Blij kind		Gezonde volwassene	
	r	p	r	p
Totaalscore BSI	-.614	.000	-.296	.112
Somatische problemen	-.439	.008	-.222	.119
Cognitieve problemen	-.317	.044	-.157	.203
Interpersoonlijke problemen	-.499	.002	-.177	.174
Depressie	-.675	.000	-.291	.059
Angst	-.499	.003	-.248	.093
Hostiliteit	-.334	.036	-.420	.010

Fobische angst	-.444	.007	-.255	.087
Paranoïde	-.391	.016	-.044	.409
Psychoticisme	-.595	.000	-.297	.056

Note. Significant bij $p < .050$

BSI (Brief Symptom Inventory)

Uit deze analyse is naar voren gekomen dat het blij kind een significante negatieve samenhang heeft met alle 9 subschalen van de BSI en dat de gezonde volwassene significant negatief samenhangt met 1 subschaal, namelijk hostiliteit.

Om het exploratieve karakter rondom de verbetering in modi volledig te maken, is er nog een correlatieanalyse uitgevoerd. Vanuit de literatuur is naar voren gekomen, door Kellog en Young (2006), dat “het kwetsbare kind” gevoed kan worden door “de gezonde volwassene”. Echter is het ook van belang om te kijken of deze hypothese:

“De gezonde volwassene” hangt negatief samen met de modi “het kwetsbare kind”, in dit onderzoek bevestigd kan worden. Uit de correlatieanalyse is naar voren gekomen dat deze hypothese bevestigd kan worden, want $p = .000$ met een correlatie r van $-.676$. Binnen dit onderzoek wordt de functionele modi onderzocht, welke bestaat uit “de gezonde volwassene” en “het blij kind”. Dit is de reden dat er tevens ook gekeken is naar “het blij kind” en deze geeft een sterkere samenhang met “het kwetsbare kind”, dan “de gezonde volwassene”, want $p = .000$ met een correlatie r van $-.771$.

Hypothese 4

Een vermindering van psychische klachten gaat samen met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid.

Uit de correlatieanalyse is gebleken dat er een significante negatieve samenhang bestaat tussen de psychische klachten en de positieve geestelijke gezondheid. Deze resultaten zijn terug te vinden in tabel 9.

Tabel 9. *Correlaties en significantiewaarde van de subschalen positieve geestelijke gezondheid samen met de totaalscore van de BSI (N= 17).*

<i>Nameting</i>		
In vergelijking met totaalscore BSI		
Subschalen	<i>r</i>	<i>p</i>
Emotioneel welbevinden	-.712	.001
Psychologisch welbevinden	-.815	.000
Sociaal welbevinden	-.582	.007
Totaal score MHC-SF	-.776	.000

Note. Significant bij $p < .050$

BSI (Brief Symptom Inventory); MHC-SF (Mental Health Continuum Short Form).

Wanneer de scores op de positieve geestelijke gezondheid toenemen, neemt de totaalscore op de BSI significant af. Er is dus sprake van een sterke samenhang, want $p < .05$ met een correlatie van $r = -.776$.

Ook is er gekeken naar de samenhang op de drie subschalen en hierin is een sterke correlatie te zien op de subschaal psychologisch welbevinden. Uit deze correlatie is naar voren gekomen dat wanneer men minder psychische klachten rapporteert, er significant hoger gescoord wordt op het psychologisch welbevinden, wat een negatieve samenhang weergeeft, $p = .000$ met een correlatie r van $-.815$.

4. Conclusie & Discussie

In deze studie is onderzocht of er verandering zichtbaar is op de modi, de positieve geestelijke gezondheid en psychische klachten na behandeling middels schematherapie binnen een klinische setting bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Dit is relevant omdat er weinig onderzoek verricht is binnen een klinische setting; eerder onderzoek in een ambulante setting heeft al veelbelovende effecten aangetoond van schematherapie (van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008; Saariaho, et al., 2009; Renner, et al., 2013; Farrel et al., 2009). Daarnaast wordt verwacht dat er een verbetering zichtbaar is op de positieve geestelijke gezondheid (Hoffart & Sexton, 2001). Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van schematherapie op schema's, maar weinig naar het belang van modi. De modi zijn dan ook een belangrijk onderdeel in dit onderzoek, omdat het schema modimodel ontwikkeld is voor complexe en langdurige problematiek en de modi vaak de manifestaties zijn van het ontwikkelen van persoonlijkheidsproblematiek (van Vreeswijk et al., 2008; Renner et al., 2013). De hypothesen die opgesteld zijn voor dit onderzoek zijn alle vier bevestigd: de modi, de positieve geestelijke gezondheid en klachten veranderen na behandeling met schematherapie binnen een klinische setting en deze variabelen hangen onderling samen.

Schematherapie binnen een klinische setting heeft in dit onderzoek aangetoond dat er significante verbeteringen optreden bij de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid en laat daarnaast een significante vermindering in psychische en disfunctionele modi zien. De effectgrootte die in dit onderzoek zijn gevonden, zijn groot te noemen en lijkt daarmee de hypothese: "na behandeling van schematherapie binnen een klinische setting nemen de functionele modi en de positieve geestelijke gezondheid toe en verminderen de psychische klachten ten opzichte van de situatie voor de behandeling", te bevestigen. Het grootste effect is gevonden bij de toename van de positieve geestelijke gezondheid. Ook is er een zeer groot effectgrootte gevonden bij toename van de functionele modi en afname van de disfunctionele modi. In een vergelijkbare studie van Renner en collega's (2013), waarbij schematherapie ambulant is onderzocht bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, was de effectgrootte matig $d (= .40)$ en in dit onderzoek is de effectgrootte $d (=> 1.00)$ bij afname van disfunctionele modi als toename van de functionele modi groot te noemen. Naast een groot effect op de vermindering van disfunctionele modi,

is er ook een groot effect zichtbaar op de afname van psychische klachten. Met betrekking tot deze psychische klachten is de effectgrootte het grootst bij de subschaal depressie, ook uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat deze schaal gevoelig bleek voor therapie-effect (de Beurs, 2011). Verder is er ook een grote effectgrootte zichtbaar op de positieve geestelijke gezondheid na de behandeling met schematherapie.

De tweede hypothese “*De verbetering in modi gaat samen met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid*” wordt eveneens bevestigd. Gebleken is dat verbetering in modi (afname disfunctionele modi en toename functionele modi) samenhangt met een toename in de positieve geestelijke gezondheid. De functionele modus “het blijde kind” hangt meer samen met de positieve geestelijke gezondheid, dan de functionele modus “de gezonde volwassene”. De resultaten in dit onderzoek sluiten enigszins aan de bij de definitie van het twee-continuamodel, waarbij er pas sprake kan zijn van optimale gezondheid wanneer er niet alleen een afwezigheid is van ziekte, maar waarin er ook een hoge mate van de positieve geestelijke gezondheid wordt ervaren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). De disfunctionele modi zijn gerelateerd aan psychopathologie, in tegenstelling tot de functionele modi. In dit onderzoek is gebleken dat bij een toename op de scores van de functionele modi, dit samenhangt met een toename op de scores van de positieve geestelijke gezondheid.

De derde hypothese die stelt dat *een verbetering in modi samengaat met een vermindering in psychische klachten* lijkt ook bevestigd. Kellog en Young (2006) geven aan dat het ontwikkelen van de functionele modi een belangrijk doel is binnen schematherapie. In dit onderzoek kwam naar voren dat de effectgrootte groot is op de functionele modi. Hiermee laat dit onderzoek dus zien dat het belangrijk is om aan deze functionele modi te werken, iets wat uit eerder onderzoek van Kellog en Young (2005) ook naar voren kwam. In dit onderzoek komt echter duidelijk naar voren dat het ontwikkelen van “het blijde kind” mogelijk van nog groter belang lijkt te zijn, dan het ontwikkelen van “de gezonde volwassene”. De modus “het blijde kind” blijkt negatief samen te hangen met alle 9 subschalen op de psychische klachtenlijst, dit in tegenstelling met “de gezonde volwassene” die slechts met 1 subschaal (hostiliteit) negatief samenhangt. Daarnaast geven Kellog en Young (2006) aan dat verandering plaatsvindt wanneer “het kwetsbare kind” gevoed wordt door “de gezonde volwassene”. Uit dit onderzoek is gebleken dat verschillende psychische klachten samenhangen met de disfunctionele modus “het kwetsbare kind”. Uit de resultaten

is naar voren gekomen dat “de gezonde volwassene” en “het kwetsbare kind” significant samenhangen, de correlatie laat echter een sterkere samenhang zien tussen “het blijde kind” en “het kwetsbare kind”. Het lijkt er op dat uit dit onderzoek een nieuw belangrijk inzicht naar voren is gekomen en dat is het belang van “het blijde kind” gedurende de behandeling met schematherapie. De effectgrootte en de veranderingen zijn immers groter bij de functionele modus “het blijde kind”, dan bij de functionele modus “de gezonde volwassene”.

De vierde hypothese stelt dat een *vermindering van psychische klachten samen gaat met een verbetering in de positieve geestelijke gezondheid*. Uit de correlatieanalyse is gebleken dat er een significante negatieve samenhang bestaat tussen de psychische klachten en de positieve geestelijke gezondheid. Verschillende componenten van de positieve geestelijke gezondheid, zoals optimisme en geloof, dragen bij aan een positieve uitwerking op de behandeling bij schematherapie (Hoffart & Sexton, 2001). Daarnaast liet eerder recent Nederlands onderzoek zien dat verandering in de positieve geestelijke gezondheid effect had op psychische klachten (Lamers et al., 2011). Ook is er een significante samenhang zichtbaar, in dit onderzoek, tussen de vermindering in psychische klachten en alle drie de subschalen van de MHC-SF, het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden, waarin het psychologisch welbevinden de sterkste samenhang laat zien met psychische klachten.

Lamers (2012) omschrijft het belang van de subjectieve ervaring van welbevinden. Een individu wordt als geestelijk gezond beschouwd, wanneer alle drie de componenten van de positieve geestelijke gezondheid aanwezig zijn. Uit dit onderzoek is gebleken dat na behandeling met schematherapie deze drie componenten (emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden) verbeterden en toenamen. In dit onderzoek nam het psychologisch welbevinden significant toe, wat zich concentreert op het optimaal persoonlijk functioneren en aspecten omvat van autonomie en acceptatie. Vanuit het twee continua-model wordt aangegeven dat psychopathologie en positieve geestelijke gezondheid twee onderscheiden maar gerelateerde factoren zijn (Bohlmeijer et al., 2013). Uit dit onderzoek is dit niet direct naar voren gekomen, wat dus aandacht vraagt voor eventueel nader onderzoek. De gevonden correlaties in dit onderzoek zijn hoog en verschillen niet veel tussen de positieve geestelijke gezondheid, de modi en klachten en vice versa.

Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van zelfrapportagevragenlijsten, wat enige beperkingen met zich mee kan brengen in dit onderzoek. Deze instrumenten kunnen op

verschillende manieren beïnvloed worden. De stemming van de cliënt kan invloed hebben op de manier van beantwoorden. Wanneer er uitgezocht wordt of cliënten opgenomen kunnen worden in de kliniek, kan het zijn dat cliënten de vragen zeer negatief gaan invullen om zo de noodzaak van opname te doen versterken. Daarnaast kan men ook bij de eindmeting de vragen positiever invullen, omdat een geslaagde behandeling voor cliënten van groot belang kan zijn om de volgende stap te maken in de maatschappij. Waar ook rekening mee gehouden dient te worden is in hoeverre de As1 problematiek mee kan spelen bij het invullen van deze vragenlijsten. Hierbij kan gedacht worden aan een hoge lijdensdruk die iemand kan ervaren door bijvoorbeeld een depressie, wat invloed kan hebben op de manier van invullen. Wanneer een cliënt kampt met een stemmingsstoornis, dan kan concentratie of vermoeidheid de test negatief beïnvloeden.

Sterke kanten van het onderzoek zijn dat het uitgevoerd is binnen een klinische setting en in de praktijk. Hierdoor krijgt men een goed beeld over de klinische praktijk, dit in tegenstelling tot een gecontroleerd experimenteel onderzoek. Door te werken met een doelgroep in de klinische praktijk kunnen er vanuit de resultaten in dit onderzoek duidelijke conclusies getrokken worden en aanbevelingen worden gedaan die aansluiten bij de praktijk.

Aanbevelingen

De aanleiding van dit onderzoek was klinische schematherapie te evalueren bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. De effectgroottes gevonden in dit onderzoek zijn groot. Een deel van de cliënten, 30%, viel uit voor de behandeling was afgerond en voor volgend onderzoek zou het van belang kunnen zijn om factoren te onderzoeken die invloed hebben op deze drop-out, zodat de drop-out in de toekomst verminderd kan worden. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat er een significant verschil is met betrekking tot stemmingsstoornissen in de groep drop-outs en de groep die de behandeling heeft afgerond. Hierbij hadden de cliënten die de behandeling hadden afgerond een hogere score op stemmingsstoornissen dan de cliënten van de groep drop-out. Vervolgonderzoek moet uitsluiten of dit verschil effect heeft op de behandeling, dit omdat er anders een substantiële groep van 30% niet meegenomen wordt in de werking rondom de behandeling met schematherapie binnen een klinische groepssetting.

Ook wordt voor vervolgonderzoek aanbevolen om een controlegroep toe te voegen. Door het toevoegen van een controlegroep kan bekeken worden of de vermindering in psychische

klachten en disfunctionele modi en de verbetering in positieve geestelijke gezondheid en functionele modi toegeschreven kan worden aan de behandeling met schematherapie of dat er andere aspecten mee kunnen spelen, zoals bijvoorbeeld een effect van tijd. Daarnaast is dit onderzoek niet generaliseerbaar wegens de kleine *N*, *de grootste N* binnen dit onderzoek is 37. Bij eventueel volgend onderzoek zou een grotere *N* en de afname van schematherapie binnen meerdere instellingen, meer kunnen zeggen over de generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten. Daarnaast lijkt het ook interessant om te kijken naar het belang van de modus “het blij kind”. Vanuit de literatuur is bekend dat “de gezonde volwassene” een belangrijk doel is binnen schematherapie, naar de modus “het blij kind” is echter nog nauwelijks onderzoek verricht. Dit onderzoek geeft aanleiding om ook verder te kijken naar ook het belang van “het blij kind”, omdat de verandering met betrekking tot de functionele modi “het blij kind” en de vermindering in psychische klachten groter was, dan bij de functionele modi “de gezonde volwassene”.

De gevonden resultaten in dit onderzoek zijn hoopgevend voor cliënten met complexe en langdurige persoonlijkheidsproblematiek. In dit onderzoek kan in ieder geval worden vastgesteld er een verandering zichtbaar is op de modi, psychische klachten en positieve geestelijke gezondheid na behandeling met schematherapie. In het bijzonder voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische groepssetting die al vele behandelingen en opnames gehad hebben waarbij effectiviteit onvoldoende bleef. Belangrijk hierbij is ook het bevorderen van de positieve geestelijke gezondheid, die verbetering heeft laten zien na de behandeling met schematherapie en in een later stadium wellicht als preventie nader onderzocht kan worden. Met deze preventie kan mogelijk onderzocht worden of terugval voorkomen kan worden en hierbij is follow-up onderzoek van groot belang. Na schematherapie is een vermindering in psychische klachten zichtbaar, is er een verbetering te zien in de functionele modi en een toename in de positieve geestelijke gezondheid, voor een groep cliënten die met overige behandelingen veelal onvoldoende verbeterden.

5. referentielijst

- Arntz, a., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode of borderline personality disorder. *Journal of behaviour Therapy and Experimental psychiatry*, 36, 226-239. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.005
- Asselt, A.D.I., Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilbrug, W., Kremers, I.P., Nadort, M., & Severens (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v transference-focused psychotherapie. *The British Journal of Psychotherapie*, 192.450-457. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033.597
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M., de, & van Dijkum, C.J. (2007). Basisboek statistiek met SPSS. *Noordhoff Uitgevers*, Houten.
- 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.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2013). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 3, 171. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518.
- Beurs, E., de, 2011. Brief Symptom Inventory (BSI) en BSI 18. Handleiding herziene editie 2011. *PITS BV*, Leiden.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). Handboek positieve psychologie. *Uitgeverij Boom*. Amsterdam.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 122 (3), 155-159. doi: 10.1037/003-2909.112.1.155
- COTAN Documentatie NIP (2012). Brief Symtom Inventory. BSI 18, 2011. Verkregen op 9 mei 2014 van http://www.cotandocumentatie.nl/test_details.php?id=791.
- Derogatis, L. R. (1993). BSI: administration, scoring, and procedures for the Brief Symptom Inventory. *National Computer Systems*. Minneapolis.
- Farrel, J.M., Shaw, J.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*. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.01.002
- Feenstra, D.J., Hutsebaut, M.S.C.J., Laurensen, E.M.P., Verheul, R., Busschbach, J.J.V., & Soeteman, D.I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *Journal of personality Disorders*, 26, 593-604.
- Haringsma, R.C. (n.d.). Positieve psychologie, goede ontwikkeling, of baarljke nonsens. *Instituut voor positieve psychologie*. Geraadpleegd op 27 april 2014 via <http://www.ivpp.nl/wp-content/uploads/PositievePsychologieIVPP.pdf>.
- Hawke, L.D., & Provencher, M.D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25, 4. 257-276.
- Hoffart, A., & Sexton, H. (2001). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 611-623.
- Kellog, 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.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62, 95-108.
- Lamers, S.M.A. (2012). Positive mental Health: Measurement, relevance and implications. *University of Twente*, 10.3990/1.9789036533706
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, C.T., ten Klooster, P.M., & Keyes. C.C.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). *Journal of clinical psychology*, 67, 99.110.
- Lazarus, R.S. (2013). Does the positive psychology movement have legs? *Psychological Inquiry*, 14, 93–109.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda. S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of behavior therapy*, 36, 240-253. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.05.006
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M.F, van, & Arntz, A. (2008). An emperical 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., Vreeswijk, M.F. van, 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
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.M. (2009). Handboek klinische schematherapie. *Bohn stafleu van Loghum*. Houten.
- Nordahl, H.M., Holthe, H., & Haugum, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical psychology and psychotherapy*, 12, 142-149. doi: 10.1002/cpp.430
- Renner, F., van Goor, 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 change in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karila, I., & Joukamaa, M. (2009). The psychometric properties of the finish Young schema questionnaire in chronic pain patients and non-clinical sample. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40, 158-168. doi: 10.1016/j.jbtep2008.07.005
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5.
- Trimbos (2013). Nieuw handboek zet de positieve psychologie op de kaart. Geraadpleegd op 8 mei 2014, via <http://www.trimbos.nl/nieuws/trimbos-nieuws/nieuw-handboek-zet-positieve-psychologie-op-de-kaart>.
- Vreeswijk, M.F. van , Broersen, J., & Nadort, M. (2008). Handboek schematherapie. *Bohn stafleu van Loghum*. Houten.
- Welburn, K., Corstine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002) The schema questionnaire-short form: factor analysis and relationship between schema's and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 4, 519-530.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2010). Psychologie van de levenskunst. *Uitgeverij Boom*. Amsterdam.

- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte [Mental health is more than the absence of mental illness]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808–820.
- World Health Organization (2005). Promoting mental health: concepts, merging evidence, practice. *Genève: WHO*.
- Young, J.E. (1995). Young Compensation Inventory. *Cognitive Therapy Centre of New York*. New York.
- Young, J.E. (1999). Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy Centre of New York*. New York.
- Young, J.E., & Brown, G. (1994). Young Schema-Questionnaire: A schema-focused approach. *Cognitive Therapy for personality disorders*. Sarasota. Professional Resource press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioners guide. *The Guilford Press*. New York.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M.E., & Vreeswijk, M.F, van, (2007). The Schema Mode Inventory. *Schema Therapy Institute*. New York.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten. *Bohn Stafleu van Loghum*. Houten.
- Young, J.E., & Rygh, J. (1994). Young-Rygh Avoidance Inventory. *Cognitive Therapy Centre of New York*. New York.