Schematherapie binnen een klinische groepssetting bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek: de samenhang tussen schema's en klachten, de verandering van schema's en klachten en het behoud van verandering van schema's en klachten bij follow-up

Sammy Turan
s1138383

Augustus 2014, Enschede

1e begeleider: Dr. P.A.M. Meulenbeek
2e begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof
Externe begeleider: Drs. G. Schaap

Universiteit Twente
Faculteit Gedragswetenschappen
Afdeling Positieve Psychologie en Technologie
Masterthese Psychologie

Inhoudsopgave

Dankwoord 3
Samenvatting 4
Abstract 5
Inleiding 6
Methode 14
Participanten 14
Materialen 18
Procedure 19
Analyse 20
Resultaten 22
Discussie 36
Referenties 43
Bijlagen 47
Bijlage 1: Normtabel BSI 47

Dankwoord

Bij het schrijven van dit stuk, besef ik hoe snel mijn hele onderzoeksproces is gegaan. Ik ben dankbaar voor het feit dat ik mee heb mogen doen aan deze studie binnen de Wieke Mediant en dat ik veel heb mogen leren over de klinische praktijk. Mijn onderzoek heb ik vanaf het begin af aan interessant gevonden en ik wil dan ook een aantal mensen bedanken die mijn enthousiasme nog meer hebben aangewakkerd. Meneer Westerhof, u hebt mij goed op weg geholpen bij de start van mijn onderzoek. U gaf uw eigen input, maar luisterde ook naar mijn ideeën en die combinatie heb ik erg prettig gevonden. Meneer Meulenbeek, uw heldere feedback en kritische blik heeft mij steeds beter doen beseffen wat wetenschappelijk onderzoek eigenlijk inhoud. Ik heb geleerd ook kritisch naar mezelf te kijken en goed op mezelf te reflecteren. Grietje, als externe begeleider heb jij mij eigenlijk het hele onderzoeksproces meegemaakt. Ik wil je bedanken voor je steun, je kennis en de structuur die je geboden hebt. Ondanks dat je het heel erg druk had, maakte je voldoende tijd vrij voor het meekijken en beantwoorden van vragen. Dat heb ik erg gewaardeerd. Bedankt voor het vertrouwen dat ik heb gekregen om mee te mogen doen aan jouw onderzoek!

Verder wil ik mijn lieve gezin bedanken, jullie waren er altijd voor mij en verder kon ik altijd bij jullie terecht. Vanaf het begin af aan voelde ik mij gesteund en bovendien heb ik jullie vertrouwen in mij altijd gevoeld.

Nadia, bedankt voor je inzet, samen hebben we alle data kunnen verzamelen en ik heb je stiptheid daarin gewaardeerd. Ook jouw enthousiasme motiveerde mij.

Verder wil ik alle medewerkers op de Wieke zelf en alle cliënten bedanken voor het mogelijk maken van dit onderzoek.

Sammy Turan
Augustus 2014

Samenvatting

Aanleiding: Onderzoek naar de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek laat zien dat een deel van deze groep weinig of geen baat heeft gehad bij ambulante behandeling. Voor deze mensen lijkt de schematherapie volgens Jeffrey Young een veelbelovende behandeling. Echter, kennis over deze behandelvorm in een klinische groepssetting is schaars. De relevantie van het huidige onderzoek is het feit dat eventuele samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten bij een klinische populatie onderzocht wordt, waarop eventuele speerpunten voor behandeling kunnen volgen. Bovendien wordt voortgebouwd op eerder gevonden resultaten, namelijk dat disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten na een klinische behandeling met schematherapie significant afnemen. Nu wordt gekeken of deze effecten ook bij follow-up behouden blijven. **Doel:** Onderzoeken of disfunctionele schema's en psychische klachten aan het begin van klinische schematherapie samenhangen. Verder is gekeken of sprake is van significante verandering van disfunctionele schema's en psychische klachten aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met het begin van de behandeling en of ten slotte de afname van beide aan het einde van de behandeling bij follow-up behouden blijven. **Methode:** Binnen een klinische groepssetting worden (jong)volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek behandeld volgens de schematherapie van Young. Om disfunctionele schema's in kaart te brengen is bij deze cliënten de Young Schema Vragenlijst (n=22) afgenomen, voor algemeen psychische klachten is de Brief Symptom Inventory (n=16) afgenomen. Data is geanalyseerd voor participanten die behandeling hebben afgerond en waarvan een begin- en eindmeting en follow-up is verzameld. Voor de analyses zijn correlatiecoëfficiënten berekend en daarnaast zijn (pairwise comparisons-) one-way repeated measures ANOVA's uitgevoerd. **Resultaten:** Er zijn significante correlaties gevonden tussen enkele disfunctionele schema's en psychische klachten. Zowel disfunctionele schema's als psychische klachten laten verder significante afname en grote effectgroottes zien wanneer de begin-en eindmeting en follow-up worden vergeleken. Ten slotte blijft de afname van disfunctionele schema's en psychische klachten aan het einde van de behandeling bij follow-up zichtbaar. **Discussie:** Er zijn aanwijzingen gevonden voor de samenhang in schema's en psychische klachten bij aanvang van de therapie. Verder lijkt schematherapie binnen een klinische groepssetting een bijdrage te leveren aan de afname van schema's en psychische klachten en lijkt dit effect ook bij follow-up zichtbaar te blijven. De positieve resultaten geven aanzet tot vervolgonderzoek met controlegroepen en wellicht aanknopingspunten voor aanpassing van het behandelprotocol.

Abstract

Objective: Research investigating treatment of chronic axis I or II disorders shows that ambulant treatment doesn't benefit a part of this group. For this group, schema therapy by Jeffrey Young seems to be a promising treatment. However, knowledge about this form of treatment in a clinical group setting is scarse. The importance of this study lies in the fact that the investigation of possible correlations between disfunctional schemas and psychological symptoms in a clinical population can lead to possible keystones for treatment protocols. Moreover, this study builds on results that have been found earlier, namely that dysfunctional schemas and psychological symptoms show a significant relieve by the end of treatment with schema therapy. The present study investigated if these effects also remain at six month follow-up. **Purpose:** The correlations between dysfunctional schemas and symptoms at the beginning of therapy are investigated. Next, finding out in what extent there's a significant change in dysfunctional schemas and psychological symptoms at the end of schema therapy in a clinical group setting and at six month follow-up. Finally, an examination took place if the found relief at the end of treatment remains at six month follow-up. **Method:** In a clinical group setting young adults with chronic axis I or II disorders are treated with schema therapy. To asses dysfunctional schemas the Young Schema Questionnaire (n=22) is used. To assess psychological symptoms the Brief Symptom Inventory (n=16) is used. Only cliënts who ended treatment and filled out the questionairres before and after treatmemt and after six month follow up are analysed. Correlation coëfficiënts and one-way repeated measures ANOVA are used to analyse the collected data. **Results:** This study found correlations between some dysfunctional schemas and psychological symptoms at the beginning of treatment. Futhermore, both dysfunctional schemas and psychological symptoms show a significant decrease between the beginning and end of treatment and after six month follow-up and lastly the decrease at the end of treatment seems to remain at follow-up. **Discussion:** A few indications for correlations between certain dysfunctional schemas and psychological symptoms at the beginning of treatment are found. Furthermore, it seems schema therapy in a clinical group setting contributes to a significant relieve in dysfunctional schemas and psychological symptoms at the end of treatment and after six month follow-up and lastly the significant change in dysfunctional schemas and psychological symptoms that have been found seems to remain at six month follow- up. The positive results give impulse for further investigation with control groups and perhaps keystones for adjustments of treatment protocols.

Inleiding

Schematherapie is één van de behandelmogelijkheden die voor (jong)volwassenen in de leeftijd van 18 tot 40 jaar met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek ingezet kan worden. De door Young en collega's (Young, Klosho & Weishaar, 2003) ontwikkelde therapie lijkt volgens Bamelis, Evers, Spinhoven en Arntz (2014) een goede vervanging te zijn voor die groep mensen die van het huidige behandelaanbod onvoldoende profiteert. De recent ontwikkelde behandeling wordt in de klinische praktijk bij onder andere persoonlijkheidsstoornissen toegepast (Muste, Weertman & Claassen, 2009). Dat schematherapie positieve resultaten oplevert, is meerdere malen betoogd (Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012). Echter is kennis over schematherapie in een klinische groepssetting schaars, hoewel deze informatie belangrijk kan zijn voor die groep mensen die met de huidige behandelvormen onvoldoende herstellen. Grootkoerkamp (2014) heeft hierover al wel een aantal conclusies kunnen trekken, te weten dat schematherapie hoopgevend kan zijn voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek die ondanks een lange behandelgeschiedenis vast blijven lopen op verschillende levensgebieden. Zowel disfunctionele schema's als algemeen psychische klachten laten immers een significante afname zien aan het einde van een behandeling met schematherapie. Het onderhavige onderzoek is belangrijk aangezien hier in wordt gegaan op de vraag of de effecten die ná schematherapie in een klinische groepssetting gevonden zijn ook behouden blijven na zes maanden follow-up.

Het huidige onderzoek kijkt allereerst of disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie in een klinische groepssetting samenhangen. Ook is gekeken of sprake is van significante verandering van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het einde van schematherapie in een klinische groepssetting en na zes maanden follow-up in vergelijking met het begin van de behandeling. En zoals reeds besproken, wordt ook ingegaan op de vraag of de mogelijk significante afname van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het einde van de behandeling behouden blijven bij follow-up. Het belang om de samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie te onderzoeken, zit in eerste instantie in het feit dat hierover in een klinische populatie nog vrij weinig bekend is. Kennis hierover kan leiden tot eventuele speerpunten voor behandeling. Indien disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie blijken samen te hangen, kan het behandelprotocol eventueel aangepast worden. De algemeen psychische klachten van cliënten die het meest belemmerend zijn en

naar verwachting middels de aanpassing van de samenhangende disfunctionele schema's zullen verminderen, kunnen dan centraal komen te staan. Behandeling is daarmee mogelijk efficiënter in te richten.

Een deel van de groep (jong)volwassenen in de leeftijd van 18 tot 40 jaar met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek heeft onvoldoende baat gehad bij ambulante behandelingen. Vaak blijven klachten onverminderd aanwezig of lijkt verandering niet duurzaam te zijn. Er is sprake van een chronische stagnatie op verschillende domeinen in het leven, waarbij ook de levenstevredenheid afneemt (Bamelis et al., 2014). Het effectief behandelen van deze groep mensen zal het toekomstig functioneren positief kunnen beïnvloeden en mogelijk verdere zorgconsumptie doen verminderen. In de algemene bevolking komen persoonlijkheidsstoornissen frequent voor, ongeveer 13.5% voldoet aan de diagnostische criteria die hiervoor zijn opgesteld (Trimbos Instituut, 2008). Vaak leidt deze vorm van pathologie tot uiteenlopende problematiek op verschillende gebieden. Zo heeft Samuels (2011) geconcludeerd dat persoonlijkheidsstoornissen in verband worden gebracht met significante beperkingen in het sociaal, beroepsmatig en maatschappelijk functioneren. Ook de kwaliteit van leven wordt er negatief door beïnvloed (Farrand & Woodford, 2012). Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben over het algemeen een lagere tevredenheid met betrekking tot aspecten van het dagelijkse en sociale leven. Verder stellen Jackson en Burgess (2004) dat in vergelijking met de algemene bevolking vaker een beroep wordt gedaan op medische en/of psychiatrische hulpverlening. Bovendien rapporteert deze groep in hoge mate comorbide as-I problematiek (stemming- en angststoornissen) en bijkomende fysieke problemen. Daarnaast stelt Samuels (2011) dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen vaker een crimineel verleden rapporteren. Ook inter-persoonlijk geweld en suïcidaal gedrag komen onder deze groep vaker voor. Ten slotte wordt aangehaald dat verscheidene wetenschappelijke studies een verband hebben gevonden tussen persoonlijkheids- en alcoholgerelateerde stoornissen (Samuels, 2011), waarbij impulsiviteit en emotie-regulatieproblemen bepalend zijn. Samenvattend lijkt bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en of chronische as-I problematiek sprake te zijn van een hoge lijdensdruk. Een belangrijke vraag hierbij is dan of een mogelijke behandelvorm gevonden kan worden die wel aansluit bij deze groep.

Schematherapie van Young zou hierin uitkomst kunnen bieden. Deze behandelvorm lijkt immers tot positieve resultaten te leiden bij die cliënten die ondanks een lange behandelgeschiedenis weinig resultaat hebben geboekt (Masley et al., 2012). De achterliggende theorie van Jeffrey Young is in de basis ook ontwikkeld voor cliënten met

ernstige, chronische problematiek die niet voldoende profiteren van behandeling middels cognitieve gedragstherapie (Hawke & Profencher, 2011). Schematherapie is niet bedoeld als vervanging van cognitieve gedragstherapie. Het gaat om een integratieve vorm van psychotherapie vanuit een cognitief therapeutisch kader. Oorspronkelijk is deze therapie als individuele integratieve cognitieve gedragstherapie ontwikkeld, waarbij elementen uit de cognitief-gedragsmatige, psychodynamische, hechtings- en gestaltmodellen worden gecombineerd (Muste et al., 2009). De therapeutische relatie speelt een centrale rol, een belangrijke voorwaarde om disfunctionele schema's te kunnen ontdekken en veranderen. Middels cognitieve, affectieve, gedragsmatige en inter-persoonlijke strategieën probeert de therapeut hier samen met de patiënt naar toe te werken (Young et al., 2005).

Binnen de therapie van Young wordt de aanwezigheid van schema's centraal gesteld (Muste et al., 2009). Schema's kunnen als kennisstructuren worden beschouwd, welke ontstaan zijn in de kindertijd en van invloed zijn op het gedrag, gevoel en gedachten van een persoon. Schema's kunnen slechts op indirecte wijze worden achterhaald, bijvoorbeeld door te onderzoeken hoe iemand met zijn/haar talenten is omgegaan en hoe de levensgeschiedenis wordt beschreven. De manier waarop iemand zich in sociale situaties gedraagt en de strategieën die daarvoor worden gehanteerd, geven hier een duidelijk beeld over. Voor het ontwikkelen van gezonde schema's zullen de basisbehoeften in de kindertijd vervuld moeten worden, waardoor het individu een positief beeld over zichzelf, de ander en de wereld kan vormen. Echter, het niet kunnen vervullen van deze basisbehoeften kan leiden tot het ontstaan van disfunctionele schema's. Young beschrijft hier achttien verschillende vormen van, welke vaak door mensen met persoonlijkheidsstoornissen gerapporteerd worden. Deze disfunctionele schema's worden verdeeld over zes domeinen (Young & Pijnaker, 1999). Tabel 1 op de volgende pagina geeft een overzicht van deze domeinen met bijbehorende disfunctionele schema's. Het disfunctionele schema wantrouwen/misbruik komt bijvoorbeeld relatief vaak voor bij de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (Reeves & Taylor, 2007). Schematherapie is gericht op het identificeren en aanpakken van deze disfunctionele schema's. Tijdens de therapie wordt gekeken naar het ontstaan van disfunctionele schema's vanaf de jeugd tot het heden, waarbij inter-persoonlijke relaties van de cliënt de nadruk krijgen. De bedoeling is dat cliënten hun problemen met de eigen persoonlijkheid los kunnen laten, doordat ze het gevoel krijgen dat deze niet passen bij de eigen persoon. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een aantal technieken. In de eerste plaats zijn er cognitieve technieken, waarbij de door disfunctionele schema's uitgelokte cognitieve vervormingen uitgedaagd worden. Experiëntiële technieken zijn ook een belangrijk hulpmiddel binnen de

schematherapie. Deze methode is erop gericht cliënten aan te moedigen om de emotionele aspecten van hun problemen te ervaren en te uiten. Gedragstechnieken helpen bij het veranderen van ongezonde gedragspatronen. Ten slotte worden inter-persoonlijke technieken gebruikt om het contact met andere mensen te belichten, zodat de rol die disfunctionele schema's hierin hebben blootgelegd kunnen worden.

Tabel 1. *Schemadomeinen en Bijbehorende Disfunctionele Schema's*

Domein	Disfunctionele schema's
Onverbondenheid	Emotioneel tekort
	Verlating/instabiliteit
	Wantrouwen/misbruik
	Sociale isolatie/vervreemding
	Defect/schaamte
Verzwakte autonomie	Falen/mislukken
	Afhankelijk/incompetentie
	Kwetsbaarheid
	Kluwen/niet ontwikkeld zelf
Gerichtheid op anderen	Onderwerping
	Zelfopoffering
	Goedkeuring zoeken
Waakzaamheid en inhibitie	Emotionele remming
	Onverbiddelijke
	hoge eisen/over kritisch zijn
Verzwakte grenzen	Gerechtigd zijn/grandiositeit
	Onvoldoende zelfcontrole
Sombere houding	Negativisme/pessimisme
	Bestraffende houding

Zoals reeds is aangehaald, ervaren mensen met persoonlijkheidsstoornissen uiteenlopende klachten op verschillende domeinen. De verklaring lijkt voor een deel te liggen in de samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Nordahl, Holthe en Haugum (2005) stellen bijvoorbeeld dat voor bijna alle disfunctionele schema's geldt dat ze in significant hogere mate voorkomen bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen dan bij cliënten zonder persoonlijkheidsstoornissen.

Ook wordt gesteld dat de disfunctionele schema's verlating/instabiliteit en onvoldoende zelfcontrole sterk gerelateerd zijn aan symptomen die kenmerkend zijn voor deze vorm van pathologie. Renner, Van Goor, Huibers, Arntz, Butz en Bernstein (2013) zeggen daarnaast dat mensen met meer disfunctionele schema's ook meer klachten aan het begin van schematherapie rapporteren. Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract en Jordan (2002) geven aan dat psychologische stress (symptomen van angst, depressie en paranoia,) samenhangt met de aanwezigheid van disfunctionele schema's, waarbij disfunctionele schema's en klachten middels de Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-SF) en de Brief Symptom Inventory (BSI) in kaart zijn gebracht. Ook wordt in het onderzoek van Welburn et al. (2002) aangehaald dat depressieve symptomen samenhang tonen met de disfunctionele schema's verlating/instabiliteit en onvoldoende zelfcontrole. De disfunctionele schema's kwetsbaarheid, verlating/instabiliteit, emotionele remming, falen/mislukken en zelfopoffering lijken daarnaast samen te hangen met symptomen van angst. De disfunctionele schema's wantrouwen/misbruik, kwetsbaarheid, zelfopoffering en onvoldoende zelfcontrole zijn ten slotte volgens de onderzoekers voorspellende schema's voor symptomen van paranoia. In het onderzoek van Reijnen, Richter, Chillaud en Van Der Burg (2013) wordt bovendien verwezen naar relaties die tussen de subschaal depressie van de BSI en de disfunctionele schema's defect/schaamte, verlating/instabiliteit, emotioneel tekort, sociale isolatie/vervreemding, negativisme/pessimisme en falen/mislukken zijn gevonden. Deze schema's vallen onder de domeinen onverbondenheid, verzwakte autonomie en sombere houding.

Verder is in de wetenschappelijke literatuur veel te vinden over de effectiviteit van schematherapie. Schematherapie blijkt allereerst een positief effect te hebben op de borderline persoonlijkheidsstoornis (Giesen-Bloo et al., 2006). Ook andere persoonlijkheidsstoornissen, te weten cliënten met cluster C, de paranoïde, de theatrale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis, lijken volgens recent onderzoek te profiteren van de nieuwe behandelmethode (Bamelis et al., 2014). Twaalf GGZ instellingen namen deel aan het onderzoek van Bamelis et al. (2014), waarbij de betrokken cliënten in drie groepen met drie verschillende behandelmethoden werden verdeeld. De onderzoekers betogen dat tachtig procent van de cliënten na schematherapie herstelde, tegenover zestig procent na cliëntgerichte therapie voor persoonlijkheidsstoornissen en vijftig procent na de reguliere behandeling. Reguliere behandeling varieerde van laagfrequente ondersteunende behandelcontacten tot intensieve psychotherapie. Er zijn geen verschillen gevonden tussen de persoonlijkheidsstoornissen. Men was minder depressief en het sociaal functioneren was bij follow-up verbeterd. Als laatste komt naar voren dat sprake was van minder drop-out.

Ook is intussen het effect van schematherapie bij andere problematiek dan persoonlijkheidsstoornissen vastgesteld. Carter, Mcintosh, Jordan, Porter, Frampton en Yoyce (2013) stellen bijvoorbeeld dat er geen verschillen zijn gevonden tussen schematherapie en cognitieve gedragstherapie bij mensen met een depressieve stoornis. Beide therapieën resulteerden in significante positieve veranderingen in de mate van depressie, gemeten aan de hand van de Montgomery Asberg Depression Rating Scale en de Beck Depression Inventory-II. Verder zijn er al enige aanwijzingen dat schematherapie ook kan worden toegepast bij verschillende vormen van angst- en stemmingsproblematiek. Mensen met het posttraumatische stresssyndroom reageren bijvoorbeeld goed op zowel cognitieve gedragstherapie als schematherapie, maar men boekt meer resultaat met schematherapie (Hawke & Profencher, 2011). Bovendien zijn indicaties gevonden dat schematherapie toegepast kan worden in de behandeling van cliënten met eetstoornissen die vaak comorbide as-I en as-II stoornissen laten zien (Masley et al., 2012).

Hoewel schematherapie van oorsprong gericht is op individuele behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, wint ook groepsbehandeling aan populariteit. Onderzoek naar de effecten van groepsbehandeling laten goede resultaten zien. Zo stellen Farrel, Shaw en Webber (2009) dat schematherapie in groepsvorm effectiever blijkt te zijn dan de standaard individuele behandeling die voor de borderline persoonlijkheidsstoornis is opgesteld. Vierennegentig procent van de deelnemers voldeed niet meer aan de diagnostische criteria van de borderline persoonlijkheidsstoornis, in vergelijking met zestien procent bij de individuele psychotherapie. Ten slotte rapporteert het onderzoek een forse afname van psychische klachten.

Naast deze inzichten vanuit de wetenschappelijke literatuur over samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten en de effectiviteit van schematherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek, is het ook van belang om te kijken naar mogelijke factoren die deze effecten tot stand hebben gebracht. Het veranderen en afnemen van disfunctionele schema's zoals met schematherapie getracht wordt en de afname in algemeen psychische klachten, lijken hier een belangrijke rol in te spelen. Immers, Nordahl et al. (2005) concluderen in hun onderzoek dat verandering in disfunctionele schema's leidt tot afname van algemeen psychische klachten na behandeling met schematherapie. Ook Van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe en Broersen (2012) hebben middels een naturalistisch design reeds geconcludeerd dat schemagerichte cognitieve gedragstherapie tot een (middel-)grote significante afname van disfunctionele schema's en klachten kan leiden bij de eindmeting. Het ging om een meting op

de Young Schema Vragenlijst (YSV) en de Symptom Checklist-90 (SCL-90) bij een heterogene groep van psychiatrische patiënten die ambulant behandeld werden. Dit resultaat gold voor alle disfunctionele schema's en voor de totale mate aan psychisch/lichamelijk disfunctioneren. De disfunctionele schema's gerechtigheid zijn/grandiositeit en onvoldoende zelfcontrole lieten een klein effect zien. De onderzoekers suggereren verder dat verandering van disfunctionele schema's en klachten over de tijd met elkaar correleren. Renner et al. (2013) beweren daarnaast dat schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsvorm effectief blijkt te werken bij (kenmerken van) persoonlijkheidsstoornissen. Ook zij hebben een significante afname van klachten op basis van de SCL-90 laten zien. Verder nemen disfunctionele schema's af, indien niet gecontroleerd wordt voor verandering van depressieve en algemene klachten. Fitzsimmons et al. (2009) stellen dat elementen uit schematherapie (coping en zelfexpressie) leiden tot een significante afname in het aantal gerapporteerde disfunctionele schema's. Aan het einde van een groepsbehandeling voor cliënten met angst-, stemmings- of persoonlijkheidsproblematiek, bleek de helft van de gerapporteerde disfunctionele schema's niet meer actief te zijn. Ten slotte betogen Welburn, Dagg, Coristine en Pontefract (2000) dat intensieve groepsbehandeling met schematherapie kan leiden tot significante afname van psychische stress en de disfunctionele schema's sociale isolatie/vervreemding, defect/schaamte en kwetsbaarheid.

Over de mogelijke effecten van schematherapie in groepsverband in de klinische praktijk is nog vrij weinig bekend, ondanks de veelvuldige toepassing ervan. Grootkoerkamp (2014) heeft hier reeds een begin in kunnen maken. De resultaten lijken veelbelovend. Grootkoerkamp (2014) rapporteert dat disfunctionele schema's (behalve de disfunctionele schema's emotioneel tekort en gerechtigdheid zijn/grandiositeit) én algemeen psychische klachten (behalve paranoïde gedachten) significant afnemen tussen het begin en het einde van schematherapie in een klinische groepssetting.

Schematherapie lijkt op basis van de literatuur positieve effecten te hebben op klachten die vaak gerapporteerd worden door mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek. Met het huidige onderzoek wordt getracht meer inzicht te krijgen over een klinische populatie met bovengenoemde problematiek, welke volgens de uitgangspunten van schematherapie in een groepssetting behandeld worden. Vragen met betrekking tot samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten en de veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten zullen aan bod komen. Naar aanleiding van de gevonden resultaten kan vervolgens nagedacht worden over aanpassingen en/of verbeteringen van het huidige behandelaanbod.

De volgende vragen zijn hiervoor geformuleerd:

1. Hangen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie samen?
2. Is er sprake van significante verandering van disfunctionele schema's aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met disfunctionele schema's aan het begin van schematherapie?
3. Is er sprake van significante verandering van algemeen psychische klachten aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie?
4. Vinden mogelijke significante veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin-en eindmeting plaats en blijven deze veranderingen behouden bij follow-up?

Op basis van de besproken literatuur zijn hierbij een viertal hypotheses geformuleerd, te weten:

1. Disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten hangen aan het begin van schematherapie samen.
2. Er is sprake van significante verandering van disfunctionele schema's aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met disfunctionele schema's aan het begin van schematherapie.
3. Er is sprake van significante verandering van algemeen psychische klachten aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie.
4. De mogelijke significante veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten vinden plaats tussen de begin- en eindmeting en deze veranderingen blijven behouden bij follow-up.

Methode

Participanten

Participanten zijn cliënten van de Wieke, centrum voor klinische psychotherapie en onderdeel van Mediant Geestelijke Gezondheidszorg. Bij de Wieke volgt een groep (jong)volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek behandeling volgens de schematherapie van Young. Behandeling is gericht op het verminderen van algemeen psychische klachten en het verbeteren van het sociaal functioneren. Binnen een veilige omgeving wordt de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling op gang gebracht. Cliënten verblijven van zondagavond tot vrijdagmiddag op de Wieke en volgen hier verschillende therapieën die gebaseerd zijn op de uitgangspunten van schematherapie.

-Totale steekproef

De populatie bestond uit n=87 cliënten. Hieruit is een steekproef getrokken met een grootte van n=60, bestaande uit 33 cliënten die de behandeling op de Wieke reeds hadden afgerond plus 27 cliënten die vroegtijdig met behandeling waren gestopt, de drop-outs. Voor de overige 27 cliënten die niet deel hebben genomen aan het onderzoek, geldt dat nog niet bekend was of sprake was van het al dan niet in behandeling zijn op de Wieke. De behandelduur van de 60 cliënten was ca. 12 maanden. Dit onderzoek heeft de totale populatie ten slotte in 3 verschillende groepen opgedeeld en deze zullen hieronder verder worden toegelicht.

-Groep 1: Beschrijving demografische gegevens op basis van cliënten die de behandeling hadden afgerond (n=33) en de drop-outs (n=27)

In de beschrijving van de demografische gegevens is gekozen om cliënten die de behandeling hadden afgerond te analyseren. De reden dat voor deze selectie gekozen is, zit in het feit dat het afronden van behandeling één van de voorwaarden is om iets te kunnen zeggen over eventuele veranderingen die optreden in disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten ná schematherapie en na 6 maanden follow-up. Daarnaast is het belangrijk om inzichtelijk te maken of cliënten die behandeling hadden afgerond significant verschilden van de cliënten die vroegtijdig waren gestopt, de drop-outs. In het huidige onderzoek laten deze twee groepen qua demografische gegevens geen verschillen zien, behalve ten aanzien van stemmingsstoornissen wat vaker voorkomt onder de niet drop-outs. Daarom zijn demografische gegevens ook voor de drop-outs beschreven. De leeftijd van de

steekproef (behandeling afgerond + drop-outs) varieerde van 19 tot 46 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 29. De verdeling tussen mannen en vrouwen is achtereenvolgens n_{man}= 44 en n_{vrouw}= 16. De cliënten laten een diverse behandelgeschiedenis zien, waarbij het kan gaan om ambulante-, deeltijd-, crisis- of klinische behandelvormen. De klinische diagnose is op basis van de intake en eerdere gegevens vastgesteld en vormt de basis van een Diagnose Behandel Combinatie. Ook rapporteren cliënten beperkingen op diverse levensgebieden, zoals het vastlopen in werk en relaties. Tabel 2 en 3 op de volgende pagina's geven achtereenvolgens een overzicht weer van de behandelgeschiedenis van de cliënten en de klinische diagnose.

-Groep 2: De analyse over samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie (n=50)

Voor analyses die betrekking hebben op de samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten is alleen data meegenomen van die cliënten waarvan een totaalscore aan het begin van de behandeling op zowel de Young Schema Vragenlijst als ook op de Brief Symptom Inventory berekend kon worden. Indien één of meer items op de vragenlijsten niet zijn ingevuld, kon geen totaalscore berekend worden. Deze cliënten zijn niet meegenomen in de analyse.

-Groep 3: Veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het einde van de behandeling en het behoud hiervan bij follow-up (n_{ysv}=22; n_{BSI}=16)

Voor analyses die gaan over verandering van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten en het eventuele behoud van verandering bij follow-up, zijn cliënten geselecteerd die de behandeling op de Wieke hebben afgerond én een begin, eind en follow-up meting hebben gehad. De reden hiervoor is dat bij een afgeronde behandeling pas iets gezegd kan worden over resultaten die ná de behandeling gevonden zijn. Bij de follow-up zijn veel cliënten afgevallen, waardoor minder participanten overblijven die voldoen aan de beschreven criteria. Tussen de completers (voor- en nameting en follow-up- compleet en behandeling afgerond) en de non-completers (voor- en na meting en follow-up niet compleet en behandeling afgerond) zijn geen significante verschillen gevonden in demografische gegevens. De YSL en de BSI zijn ten slotte ingedeeld in subschalen, te weten in disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten. Indien één of meer items op de vragenlijsten niet zijn ingevuld die horen onder één van deze schema's of klachten, kan geen

score berekend worden van de desbetreffende subschaal. Dit geldt ook voor de berekening van totaalscores en verklaart de enkele keren dat n afwijkt van n_{YSV}=22 en n_{BSI}=16.

Tabel 2. *Verdeling van de Behandelgeschiedenis van Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond en de Drop-outs*

Behandelgeschiedenis	Behandeling afgerond (%) (n=33)	Drop-out (%) (n=27)
Ambulant	29 (87.90%)	23 (85.20%)
Deeltijd	15 (45.50%)	12 (44.20%)
Crisis	6 (18.20%)	10 (37.00%)
Klinisch	12 (36.40%)	11 (40.70%)

Tabel 3. *Verdeling As I en As II Stoornissen op Basis van Intakegegevens en Dossierinformatie bij Cliënten die de Behandeling Hebben Afgerond en de Drop-outs*

Klinische diagnose	Afgerond (%) n=33	Drop outs (%) n=27
Middelenafhankelijkheid	5 (15.20%)	2 (7.40%)
Schizofrenie	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Stemmingsstoornissen	21 (63.30%)	7 (25.90%)
Angststoornissen	10 (30.30%)	5 (18.50%)
Dissociatieve stoornissen	1 (3.00%)	2 (7.40%)
Parafiliën	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Eetstoornissen	3 (9.10%)	6 (22.20%)
Impulscontrole stoornis	0 (0.00%)	1 (3.70%)
Aanpassingsstoornis	1 (3.00%)	0 (0.90%)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	0 (0.00%)	1 (3.70%)
Aandachtstekortstoornis	2 (6.10%)	1 (3.70%)
Cognitieve stoornissen	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Leerstoornissen	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Zwakzinnigheid	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Zwakbegaafdheid	1 (1.20%)	0 (0.00%)
Identiteitsproblematiek	16 (19.30%)	0 (0.00%)
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	1 (3.00%)	0 (0.00%)
Borderline persoonlijkheidsstoornis	7 (21.20%)	8 (29.60%)
Theatrale persoonlijkheidsstoornis	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Narcistische persoonlijkheidsstoornis	1 (3.00%)	0 (0.00%)
Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis	1 (3.00%)	5 (18.5%)
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	3 (9.10%)	3 (11.10%)
Obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Overige persoonlijkheidsstoornis	14 (42.40%)	7 (25.9%)

Materialen

De demografische gegevens van cliënten zijn middels de elektronische patiëntendossiers in kaart gebracht. Hierin stond verder aangegeven welke klinische diagnose op basis van de DSM-IV-classificatie is vastgesteld. Daarnaast is de behandelgeschiedenis per cliënt nagegaan en in verschillende categorieën opgedeeld, te weten ambulante behandeling korter dan één jaar, ambulante behandeling langer dan één jaar, dagbehandeling, crisisopname (klinische opname korter dan drie maanden) en klinische opname (langer dan drie maanden). Hiermee is inzichtelijk gemaakt welke behandelingen cliënten al hebben gehad voordat opname bij de Wieke plaatsvond.

De Young Schema Questionnaire (Young & Brown, 1994) is een zelfrapportagelijst naar disfunctionele schema's. Voor het huidige onderzoek is de Nederlandse versie gebruikt, te weten de Young Schema Vragenlijst (YSV). Hiermee is de aanwezigheid van disfunctionele schema's bij de cliënten vastgesteld (Sterk & Rijkeboer, 1997). Op basis van een 6-puntsschaal die ingevuld kan worden met:

1 = absoluut niet op mij van toepassing
2 = nauwelijks op mij van toepassing
3 = enigszins op mij van toepassing
4 = gemiddeld op mij van toepassing
5 = meestal wel op mij van toepassing en
6 = geheel op mij van toepassing,

gaven cliënten aan in hoeverre ze het met de 232 items eens waren. Deze items zijn verdeeld over zes domeinen, welke tezamen de 18 verschillende disfunctionele schema's omvatten zoals vastgesteld volgens Young. Na afname is de totaalscore berekend, door de toegekende punten aan elk item op te tellen. Ook zijn de scores per schema vastgesteld, door de punten per item behorende onder het desbetreffende schema op te tellen. De YSV bevat verder geen normen, een schema kan laag, gemiddeld, hoog of zeer hoog gescoord worden. Deze indeling is vastgesteld op basis van het aantal items per schema. Een hoge of zeer hoge score veronderstelt dat een schema op belemmerende wijze aanwezig is. Gekeken naar de psychometrische eigenschappen van de YSV kan gezegd worden dat deze betrouwbaar en valide is (Rijkeboer, Van den Bergh & Van den Bout, 2005). Verder heeft een factoranalyse van de YSV de 16 theoretische schema's van Young kunnen bevestigen (Rijkeboer & Bergh, 2006). Als laatste hebben Rijkeboer et al. (2011) aangetoond dat de YSV op itemniveau een goede constructvaliditeit heeft.

Daarnaast is de Brief Symptom Inventory (BSI) afgenomen. De BSI is een zelfrapportagelijst waarmee een overzicht verkregen kan worden van pathologische symptomen bij volwassenen vanaf 18 jaar (Derogatis, 1993). Het is een verkorte versie van de Symptom Checklist-90-Revised. De BSI bestaat uit 53 items die gescoord worden op een vijfpuntsschaal (0=helemaal geen, 1=tamelijk, 2= een beetje, 3=nogal, 4=tamelijk veel en 5=heel veel). Hiermee worden 9 dimensies van klachten geïnventariseerd, te weten somatische klachten, cognitieve problemen, inter-persoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast kunnen drie schalen onderscheiden worden: een algemene maat voor psychopathologie (BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. In het huidige onderzoek zijn de scores vergeleken met normscores voor vrouwelijke poliklinische patiënten gebaseerd op een steekproef van 4291 vrouwen (Fens, 2013), zie bijlage 1 voor de tabel met normscores. Er is gekozen voor een vrouwelijke normgroep gezien het feit dat er geen gemengde normgroepen beschikbaar zijn én de steeproef voor bijna driekwart uit vrouwen bestaat. Volgens De Beurs en Zitman (2006) is de Nederlandse versie van de BSI betrouwbaar en valide te noemen.

Procedure

Bij de Wieke wordt er al langere tijd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van schematherapie in een klinische groepssetting. De start van het onderzoek vond plaats in april 2012. Dit onderzoek maakt gebruik van data die toen is verzameld. De cliënten die bij het huidige onderzoek betrokken waren, zijn in de periode van augustus 2012 t/m juni 2013 opgenomen. Zij hebben een toestemmingsverklaring ingevuld, waarmee toestemming is gegeven voor deelname aan het onderzoek. Vervolgens heeft elke cliënt viermaal de YSV en de BSI vragenlijsten ingevuld, te weten vooraf aan de behandeling; na zes maanden behandeling; aan het einde van de behandeling en na zes maanden follow up. Daarnaast worden standaard ook andere vragenlijsten afgenomen, welke verder voor dit onderzoek buiten beschouwing worden gelaten. Het gaat daarbij om de Short Schema Mode Inventory (SMI), de Young Compensation Inventory (YCI), de Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI), de Young Parenting Inventory (YPI) en de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). Dit onderzoek heeft drie van de vier meetmomenten meegenomen in de analyse, welke aan het begin van de behandeling (T0), aan het eind van de behandeling (T1) en na zes maanden follow-up (T2) hebben plaatsgevonden (de begin-, eind- en follow-upmeting). Aangezien eerder onderzoek zich reeds gericht heeft op de verandering in disfunctionele

schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin en eindmeting (Grootkoerkamp, 2014), is dit onderzoek geïnteresseerd in het behoud van deze veranderingen bij follow-up. De tussenmeting die zes maanden na aanvang van behandeling is afgenomen blijft achterwege. Voor de YSV-afname geldt dat 22 cliënten de behandeling hadden afgerond én een voor, eind en follow-up meting hebben gehad. Voor de BSI gaat het hierbij om 16 cliënten. Om de mate waarin cliënten beperkingen op een bepaald levensgebied ondervinden vast te stellen, is informatie gebruikt uit intakeverslagen en de gestelde classificatie op as-IV (psychosociale en omgevingsfactoren) volgens de DSM-IV. Deze informatie is ingedeeld in verschillende levensgebieden, zoals onderscheiden in het Structured Interview for DSM-IV Personality (Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997). Vragenlijsten werden in een testkamer afgenomen, eventueel onder begeleiding van een psycholoog in opleiding. Het onderzoeksdesign was ten slotte naturalistisch van aard, zonder controle groepen.

Analyse

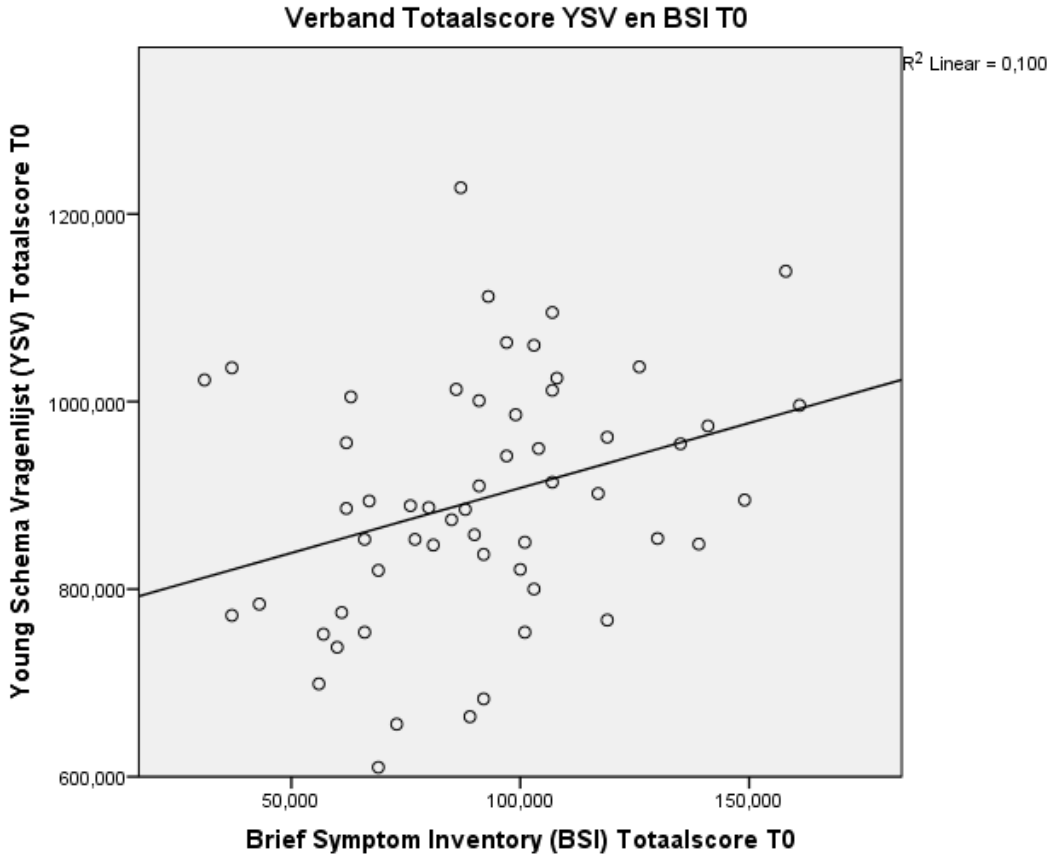
Voor de statistische analyses is gebruik gemaakt van de Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 20.0. Allereerst is vooraf aan de correlatieanalyse een scatterplot gemaakt, waarmee het verband tussen de totaalscores van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie geanalyseerd kon worden. Aangezien sprake was van een lineair verband, was het zinvol om verder te gaan met correlatieanalyses. Een maat om de sterkte en richting van een lineair verband tussen twee variabelen aan te geven is de Pearson correlatie r (Pallant, 2001), waarmee samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van de behandeling (T0) is gemeten. De correlatiewaarden van r kunnen een klein (r=(-).10 t/m (-).29), gemiddeld (r=(-).30 t/m (-)49) en groot (r=(-).50 t/m (-)1.00) verband aangeven. Verandering van disfunctionele schema's aan het einde van de behandeling en na zes maanden follow-up (T1 en T2) in vergelijking met het begin van de behandeling (T0) is vervolgens middels een one-way repeated measures ANOVA geanalyseerd. Dit geldt ook voor de verandering van algemeen psychische klachten op de genoemde tijdstippen. De one-way repeated measures ANOVA kan worden toegepast indien van één groep mensen op meerdere tijdstippen data is verzameld en daarmee veranderingen in scores over de tijd gemeten kunnen worden (Pallant, 2001). Op basis van de waarde van eta squared (maat voor effectgrootte), is bepaald of sprake is van een klein (0.01), gemiddeld (0.06) of groot (0.14) effect. Ten slotte is gekeken of mogelijke veranderingen tussen de begin- en eindmeting plaatsvinden en of deze veranderingen aan het einde van de behandeling ook bij de follow-up behouden blijven. Dit is

middels de analysemethode pairwise comparisons binnen de one-way repeated measures ANOVA uitgevoerd. Feit is dat een toename aan vergelijkingen tot onterechte significante resultaten kan leiden. Daarom is gekozen voor correctie van deze resultaten middels de Bonferroni-methode. SPSS heeft deze correctie uitgevoerd, met een significantieniveau p van 0.05. Analyses met pairwise comparisons worden uitgevoerd om te bepalen in hoeverre de verschillen tussen meerdere groepen of meetmomenten significant zijn (Pallant 2001). In dit geval wordt de beginmeting vergeleken met de eindmeting, waarmee op basis van een nieuwe dataset getracht is de resultaten uit het onderzoek van Grootkoerkamp (2014) al dien niet te bevestigen. Het significantieniveau is ten slotte op $p<0.05$ gesteld.

Resultaten

1) Samenhang disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie

Om de eerste deelvraag te kunnen beantwoorden, is allereerst het verband tussen de totaalscores van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie middels een scatterplot geanalyseerd. Het resultaat hiervan is in figuur 1 te vinden. De waarde van de Pearson correlatie r is in dit geval 0.35, wat inhoudt dat de sterkte van het verband gemiddeld is. Aangezien de scatterplot een (positief) lineair verband weergeeft tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten, zijn verdere correlatieanalyses zinvol.



Figuur 1. Scatterplot van de totaalscore op de Young Schema Vragenlijst (YSV) en de Brief Symptom Inventory (BSI) gemeten aan het begin van schematherapie (T0) van de groep cliënten van de Wieke die een T0 meting ondergaan hebben op beide vragenlijsten (N=50)

Vervolgens is middels correlatieanalyses onderzocht welke disfunctionele schema's met welke algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie significant samenhangen. De resultaten staan weergegeven in tabel 4 op de volgende pagina, waarin de correlatiewaarde r van de desbetreffende samenhang gevonden kan worden. Er zijn een aantal disfunctionele schema's gevonden die met geen enkele schaal van de BSI significante samenhang laten zien, waarbij het gaat om de disfunctionele schema's emotioneel tekort, defect/schaamte, afhankelijkheid/incompetentie, kwetsbaarheid, emotionele remming, gerechtigd zijn/grandiositeit en onvoldoende zelfcontrole. De disfunctionele schema's die wel significante samenhang laten zien met de schalen van de BSI zijn verlating/instabiliteit, wantrouwen/misbruik, sociale isolatie/vervreemding, falen/mislukken, kluwen/niet ontwikkeld zelf, onderwerping, zelfopoffering, goedkeuring zoeken, onverbiddelijk hoge eisen/overkritisch, negativisme/pessimisme en bestraffende houding. Verder kan gezien worden dat de disfunctionele schema's verlating/instabiliteit, wantrouwen misbruik, onderwerping, zelfopoffering en negativisme/pessimisme met een groot deel van klachtenschalen significant samenhangen. De schaal fobische klachten correleert met geen enkel disfunctioneel schema. Wat betreft de lading en sterkte van de niet-significante correlaties, de meeste zijn positief geladen en klein. Wat betreft de significante correlaties, deze zijn qua sterkte overwegend gemiddeld en qua lading zijn ze allemaal positief.

Tabel 4. *Correlaties Tussen Scores op Disfunctionele Schema's aan het Begin van Schematherapie Gemeten aan de Hand van de YSV en Algemeen Psychische Klachten Gemeten aan de Hand van de BSI bij Cliënten van de Wieke die een T0 Meting Hebben Gehad op Beide Vragenlijsten (n=50).*

Schalen YSV	SOM[1]	COG[2]	INT[3]	DEP[4]	ANG[5]	HOS[6]	FOB[7]	PAR[8]	PSY[9]	BSI [BTOT]
Emotioneel tekort	.24	.10	.11	.04	.06	-.02	-.10	.15	.21	.13
Verlating/instabiliteit	.31*	.01	.23	.19	.30*	.30*	.17	.38**	.27	.32*
Wantrouwen/misbruik	.21	-.03	.16	.17	.12	.38**	.11	.53**	.22	.27
Sociale isolatie/vervreemding	.38**	.13	.41*	.36*	.25*	.25	.15	.44**	.39**	.43*
Defect/Schaamte	.15	-.02	.11	.10	.07	-.01	-.01	.10	.10	.09
Falen /mislukken	.60	.20	.35*	.06	0.10	-.02	.03	.12	.16	.19
Afhankelijkheid/ Incompetentie	.16	.03	.14	-.03	-.01	.03	.11	.00	.10	.00
Kwetsbaarheid	.19	.14	-.03	.16	.15	-.07	-.11	-.21	-.08	.06
Kluwen/niet ontwikkeld zelf	.12	.14	.21	.10	.22	.12	-.04	.35*	.29*	.22
Onderwerping	.28	.34*	.28	.10	.33*	.20	.21	.30	.14	.34*
Zelfopoffering	.25	.52**	.34*	.38**	.24	.16	.04	.28	.10	.41*
Goedkeuring Zoeken	.21	.11	.21	.02	.24	.36*	.21	.31	.25	.28*
Emotionele remming	.01	.02	.06	.14	.17	.16	.01	.15	.17	.20

Schalen YSV	SOM[1]	COG[2]	INT[3]	DEP[4]	ANG[5]	HOS[6]	FOB[7]	PAR[8]	PSY[9]	BSI [BTOT]
Onverbiddelijke hoge eisen/over kritisch zijn	.30**	.05	.03	.02	.31*	.20	.09	.14	.17	.20
Gerechtigd zijn/grandiositeit	-.06	-.18	-.14	-.05	.03	.18	.-06	.11	.20	.04
Onvoldoende zelfcontrole	-.04	-.11	.03	-.19	.02	.23	.01	.04	.18	.01
Negativisme/pessimisme	.20	.24	.26	.32*	.25	.50	.23	.25	.28*	.32*
Bestraffende houding	.15	.10	.29*	.15	.17	.14	.10	.26	.25	.25
YSV[YTOT]	.28*	.16	.32*	.09	.30*	.29*	.14	.39**	.34*	.37*

Note. YSV=Young Schema Vragenlijst; BSI=Brief Symptom Inventory; Schalen Brief Symptom Inventory: [1]Somatische klachten [2]Cognitieve problemen [3]Interpersoonlijke gevoeligheid [4]Depressieve stemming [5]Angst [6]Hostiliteit [7]Fobische klachten [8]Paranoïde gedachten [9]Psychoticisme YSV[YTOT]=Totaalscore Young Schema Vragenlijst; BSI[BTOT]=Totaalscore Brief Symptom Inventory; *p<0.05; **p<0.01

2) Verandering van disfunctionele schema's aan het einde van de behandeling met schematherapie en na zes maanden follow-up

In tabel 5 zijn enkele beschrijvende gegevens van disfunctionele schema's in kaart gebracht, te weten de gemiddelden en standaarddeviaties van de desbetreffende scores. Hiervoor is een onderscheid gemaakt tussen lage, gemiddelde, hoge en zeer hoge scores. Deze zijn aan de hand van de YSV gemeten aan het begin van schematherapie (T0), aan het einde van schematherapie (T1) en na zes maanden follow-up (T2). Op T0 worden overwegend hoge scores gerapporteerd. Op T1 en T2 komen gemiddelde scores het meeste voor.

Tabel 5. *Beschrijvende Statistieken van Disfunctionele Schema's (YSV) Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond (n=22)*

	T0	T1	T2
Disfunctionele Schema's (YSV)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Emotioneel tekort	3.75^{H} (1.35)	3.50^{H} (1.27)	3.50^{H} (1.33)
Verlating/instabiliteit[b]	3.94^{H} (0.88)	2.51^{G} (1.16)	2.64^{G} (1.00)
Wantrouwen/misbruik	3.51^{H} (1.07)	2.60^{G} (1.11)	2.66^{G} (0.88)
Sociale isolatie/vervreemding	4.28^{H} (1.05)	2.58^{G} (1.28)	2.73^{G} (0.92)
Defect/schaamte[c]	3.88^{H} (0.89)	2.31^{G} (1.29)	2.42^{G} (1.01)
Falen/mislukken[d]	4.18^{H} (1.40)	2.71^{G} (1.58)	3.21^{G} (1.48)
Afhankelijk/incompetentie	3.66^{H} (1.05)	2.00^{L} (0.78)	2.46^{G} (1.10)
Kwetsbaarheid	3.09^{G} (2.26)	2.26^{G} (0.96)	2.44^{G} (1.24)
Kluwen/niet ontwikkeld zelf	3.27^{ZH} (1.30)	1.94^{G} (0.95)	2.20^{G} (0.80)
Onderwerping	4.34^{H} (1.10)	2.51^{G} (0.87)	2.93^{G} (1.04)
Zelfopoffering	4.49^{ZH} (0.99)	3.08^{G} (0.81)	2.25^{L} (0.96)
Goedkeuring zoeken[b]	4.31^{H} (1.21)	2.46^{G} (0.62)	3.01^{G} (0.99)
Emotionele remming	3.92^{H} (0.81)	2.30^{L} (1.05)	2.61^{G} (1.27)
Onverbiddelijke hoge eisen/over kritisch zijn[d]	3.94^{H} (1.00)	2.38^{G} (1.00)	2.87^{G} (1.11)
Gerechtigd zijn/grandiositeit	2.65^{G} (1.01)	2.30^{H} (0.92)	2.22^{L} (0.86)
Onvoldoende zelfcontrole	3.34^{H} (0.91)	2.19^{G} (0.71)	2.25^{G} (0.96)
Negativisme/pessimisme	4.05^{H} (0.94)	2.53^{G} (1.25)	2.83^{G} (1.16)
Bestraffende houding	4.00^{H} (0.73)	2.71^{G} (1.16)	2.57^{G} (1.00)
Totaal[a]	4.09 (0.48)	2.61 (0.77)	2.75 (0.78)

Note: [a]n=10 [b]n=15 [c]n=20 [d]n=21; YSV=Young Schema Vragenlijst; Score Young Schema Vragenlijst per schema: ^{L}laag, ^{G}gemiddeld, ^{H}hoog,^{ZH} zeer hoog

Hierna is een one-way repeated measures ANOVA uitgevoerd. Tabel 6 op de volgende pagina presenteert de waarden van Wilks' Lambda, de toetsingsgrootheid F, de waarde van p en de maat voor effectgrootte eta squared die betrekking hebben op de verandering van disfunctionele schema's. Deze analyse is voor de totaalscore op de YSV en voor alle 18 schema's apart uitgevoerd. Voor de totaalscore op de YSV en alle disfunctionele schema's apart zijn significante en grote effectgroottes gevonden, behalve voor het disfunctionele schema emotioneel tekort. Voor de rest van de schema's geldt dat er een significante afname in disfunctionele schema's tussen de begin- en eindmeting en follow-up heeft plaatsgevonden. Er is een vergelijking tussen scores gemaakt op drie tijdstippen, te weten aan het begin van schematherapie (T0), aan het einde van schematherapie (T1) en na zes maanden follow-up (T2). De p-waarde geeft aan of al dan niet sprake is geweest van een significante verandering van gerapporteerde disfunctionele schema's tussen de begin- en eindmeting en de follow-up, gemeten bij cliënten die de behandeling hebben afgerond.

3) Verandering van algemeen psychische klachten aan het einde van de behandeling met schematherapie en na zes maanden follow-up

Voor de derde vraag zijn verder beschrijvende gegevens van algemeen psychische klachten op basis van de BSI aan het begin van schematherapie (T0), aan het einde van schematherapie (T1) en na zes maanden follow-up (T2) ondergebracht in tabel 7, waarin de gemiddelden en de standaarddeviaties van de scores op algemeen psychische klachten op de genoemde tijdstippen staan weergegeven. Er is een onderscheid gemaakt tussen beneden gemiddelde, gemiddelde en bovengemiddelde scores. Op T0 worden overwegend bovengemiddelde scores op de (algemeen psychische klachten-)schalen van de BSI gerapporteerd. Op T1 en T2 komen gemiddelde scores het meeste voor.

Tabel 6. *Verandering van Disfunctionele Schema's (YSV) Tussen T0, T1 en T2 Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond (n=22)*

Disfunctionele schema's (YSV)	Wilks' Lambda	F (df hyp, df error)	p	Partial Eta Squared
Emotioneel tekort	0.96	0.42 (2,20)	p=0.66	0.04
Verlating/instabiliteit[a]	0.44	8.20 (2,13)	p<0.05	0.56
Wantrouwen/misbruik[b]	0.54	8.07 (2,20)	p<0.05	0.45
Sociale isolatie/vervreemding	0.38	16.13 (2,20)	p<0.05	0.62
Defect/schaamte[c]	0.39	13.98 (2,18)	p<0.05	0.61
Falen/mislukken[b]	0.65	5.06 (2,19)	p<0.05	0.35
Afhankelijk/incompetentie	0.32	20.97 (2,20)	p<0.05	0.68
Kwetsbaarheid	0.43	13.14 (2,20)	p<0.05	0.57
Kluwen/niet ontwikkeld zelf	0.45	12.48 (2,20)	p<0.05	0.56
Onderwerping	0.37	16.93 (2,20)	p<0.05	0.63
Zelfopoffering	0.36	17.83 (2,20)	p<0.05	0.64
Goedkeuring zoeken[a]	0.28	16.82 (2,13)	p<0.05	0.72
Emotionele remming	0.30	12.28 (2,20)	p<0.05	0.70
Onverbiddelijke [b] hoge eisen/over kritisch zijn	0.56	11.17 (2,28)	p<0.05	0.44
Gerechtigd zijn/grandiositeit	0.74	5.21 (2,28)	p<0.05	0.26
Onvoldoende zelfcontrole	0.50	14.32 (2,29)	p<0.05	0.50
Negativisme/pessimisme	0.40	15.31 (2,20)	p<0.05	0.61
Bestraffende houding[c]	0.52	12.66 (2,27)	p<0.05	0.48
Totaal[a]	0.24	13.00 (2,80)	p<0.05	0.77

Note: [a]n=10 [b]n=15 [c]n=20 [d]n=21; YSV=Young Schema Vragenlijst

Tabel 7. *Beschrijvende Statistieken van Algemeen Psychische Klachten per Schaal (BSI) Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond Vergeleken met Normscores voor Vrouwelijke Poliklinische Patiënten (n=16)*

	T0	T1	T2
Algemeen psychische klachten (BSI)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Somatische klachten	1.47^{BOG} (0.84)	0.79^{G} (0.64)	0.75^{G} (0.59)
Cognitieve problemen	2.09^{BOG} (1.00)	1.27^{G} (1.02)	1.33^{G} (0.61)
Interpersoonlijke gevoeligheid	1.80^{BOG} (0.85)	0.98^{BG} (0.81)	1.38^{G} (0.74)
Depressieve stemming	2.29^{BOG} (0.84)	1.04^{G} (0.67)	1.57^{G} (0.85)
Angst	1.96^{BOG} (0.77)	1.19^{G} (0.71)	1.17^{G} (0.79)
Hostiliteit	0.83^{BOG} (0.54)	0.35^{BG} (0.35)	0.49^{G} (0.43)
Fobische angst	1.23^{BOG} (0.63)	0.51^{BG} (0.60)	0.68^{G} (0.45)
Paranoïde gedachten	1.50^{BOG} (0.96)	0.86^{G} (0.83)	1.08^{BOG} (0.76)
Psychoticisme[a]	1.79^{BOG} (0.77)	0.99^{G} (0.81)	0.96^{G} (0.67)
Totaal[a]	1.71^{BOG} (0.58)	0.93^{G} (0.60)	1.01^{G} (0.46)

Note:[a]n=15; BSI=Brief Symptom Inventory; Score Brief Symptom Inventory (schalen) aan de hand van de normscores: ^{BG}beneden gemiddeld, ^{G}gemiddeld, ^{BOG}boven gemiddeld

Ook voor de verandering van algemeen psychische klachten is een one-way repeated measures ANOVA uitgevoerd. Tabel 8 presenteert de waarden van Wilks' Lambda, de toetsingsgrootheid F, de waarde van de p en de maat voor de effectgrootte eta squared van de verandering van algemeen psychische klachten. Deze analyse is voor elk van de 8 schalen van de BSI apart uitgevoerd. Ook de totaalscore op de BSI is in de analyse meegenomen. Voor alle schalen op de BSI én de totaalscore zijn significante en grote effectgroottes gevonden, behalve voor de schaal paranoïde gedachten. Voor de rest van de scores geldt dat sprake is geweest van een significante afname van algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting en follow-up bij cliënten die de behandeling volbracht hebben. Er is een vergelijking tussen algemeen psychische klachten gemaakt op drie tijdstippen, te weten aan het begin van schematherapie (T0), aan het einde van schematherapie (T1) en na zes maanden follow-up (T2). De p-waarde geeft aan of al dan niet sprake is geweest van een significante

verandering van gerapporteerde algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting en follow-up, gemeten bij cliënten die de behandeling hadden afgerond.

Tabel 8. *Verandering in Algemeen Psychische Klachten (BSI) op T0, T1 en T2 Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond (n=16)*

Algemeen psychische klachten (BSI)	Wilks' Lambda	F (df hyp, df error)	p	Partial Eta Squared
Somatische klachten	0.55	5.78 (2.14)	p<0.05	0.54
Cognitieve problemen	0.64	3.89 (2.14)	p<0.05	0.36
Interpersoonlijke gevoeligheid	0.58	4.98 (2.14)	p<0.05	0.42
Depressieve stemming	0.71	18.80 (1.18)	p<0.05	0.29
Angst	0.61	4.54 (2.14)	p<0.05	0.39
Hostiliteit	0.53	6.17 (2.14)	p<0.05	0.47
Fobische klachten	0.36	12.45 (2.14)	p<0.05	0.64
Paranoïde gedachten	0.72	2.70 (2.14)	p=0.10	0.28
Psychoticisme	0.44	8.24 (2.13)	p<0.05	0.56
Totaalscore BSI[a]	0.39	10.37 (2.13)	p<0.05	0.62

Note: [a]n=15; BSI=Brief Symptom Inventory

4) De mogelijke veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting én het behoud van deze veranderingen aan het einde van de behandeling bij follow-up

De laatste vraag heeft aanleiding gegeven tot het uitvoeren van pairwise comparisons binnen de one-way repeated measures ANOVA. Hiermee is getoetst of disfunctionele schema's op basis van de YSV en algemeen psychische klachten op basis van de BSI tussen de beginmeting (T0) en de eindmeting (T0) en tussen de eindmeting (T1) en follow-up (T2) significant van elkaar verschillen. In tabel 9 zijn de waarden van de toetsingsgrootheid F, het significantieniveau p en de gemiddelden op T0, T1 en T2 weergegeven, behorend bij de disfunctionele schema's en de totaalscore gemeten aan de hand van de YSV. Tabel 10 geeft deze waarden weer voor de algemeen psychische klachten en de totaalscore die aan de hand van de BSI zijn gemeten. Voor alle disfunctionele schema's (YSV) en de totaalscore op de YSV zijn significante verschillen tussen de begin-en eindmeting gevonden, behalve voor het schema emotioneel tekort. Verder zijn voor alle BSI schalen en de totaalscore op de BSI significante verschillen tussen de begin-en eindmeting gevonden, behalve voor de schaal paranoïde gedachten. Bij de gevonden verschillen gaat het om een significante afname van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten. Voor geen enkel disfunctioneel schema zijn significante verschillen tussen de eindmeting en follow-up gevonden, behalve voor het disfunctionele schema zelfopoffering. En ook is voor geen enkele schaal van de BSI een significant verschil tussen de eindmeting en follow-up gevonden. Tot slot, de Bonferonni-correctie is hier ook van toepassing geweest.

Tabel 9. *Samenvatting van de One-Way Repeated Measures Anova with Pairwise Comparisons van de Disfunctionele Schema's (YSV) Tussen de Begin-en Eindmeting en de Eindmeting en Follow-up Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond (n=22)*

Difunctionele Schema's (YSV)	F (df hyp, df error)	p-waarde T0 vs. T1; T1 vs. T2	M(T0)-M(T1); M(T1)-M(T2)
Emotioneel tekort	0.42 (2,20)	1.00; 1.00	3.75 – 3.51; 3.51 – 3.50
Verlating/ Instabiliteit[b]	8.20 (2,13)	0.01*; 1.00	3.94 – 2.51; 2.51 – 2.64
Wantrouwen/ Misbruik	8.07 (2,20)	0.00*; 1.00	3.51 – 2.60; 2.60 – 2.66
Sociale isolatie/ Vervreemding	16.13 (2,20)	0.00*; 1.00	4.28 – 2.58; 2.58 – 2.75
Defect/ Schaamte[c]	13.98 (2,18)	0.00*; 1.00	3.88 - 2.31; 2.31 – 2.42
Falen /mislukken[d]	5.06 (2,19)	0.01*; 0.42	4.18 – 2.71; 2.71 – 3.21
Afhankelijkheid/ Incompetentie	20.97 (2,20)	0.00*; 0.11	3.66 – 2.00; 2.00 – 2.46
Kwetsbaarheid	13.14 (2,20)	0.00*; 1.00	3.09 – 2.26; 2.26 - 2.44
Kluwen/niet ontwikkeld zelf	12.48 (2,20)	0.00*; 1.00	3.27 – 1.94; 1.94 – 2.20
Onderwerping	16.93 (2,20)	0.00*; 0.35	4.34 – 2.51; 2.51 – 2.93
Zelfopoffering	17.83 (2,20)	0.00*; 0.01*	4.49 – 3.08; 3.08 – 2.25
Goedkeuring Zoeken[b]	16.82 (2,13)	0.00*; 0.11	4.31 – 2.46; 2.46 – 3.01
Emotionele remming	12.28 (2,20)	0.00*; 0.26	3.92 – 2.30; 2.30 – 2.61

Disfunctionele Schema's (YSV)	F (df hyp, df error)	Significantieniveau p T0 vs. T2; T1 vs. T2	M(T0)-M(T2); M(T1)-M(T2)
Onverbiddelijke hoge eisen/over kritisch zijn[d]	11.17 (2,28)	0.00*; 0.09	3.94 – 2.38; 2.38 – 2.87
Onvoldoende zelfcontrole	14.32 (2,29)	0.00*; 1.00	3.34 – 2.19; 2.19 – 2.25
Negativisme/ Pessimisme[d]	15.31 (2,20)	0.00*; 0.52	4.05 – 2.53; 2.53 – 2.83
Bestraffende houding	12.66 (2,27)	0.00*; 1.00	4.00 – 2.71; 2.71 – 2.57
Totaalscore[a]	13.00 (2,80)	0.00*; 0.96	4.09 – 2.61; 2.61 – 2.75

Note. [a]n=10 [b]n=15 [c]n=20 [d]n=21; YSV=Young Schema Vragenlijst;
Bonferroni correctie *p<0.05

Tabel 10. *Samenvatting van de One-Way Repeated Measure Anova with Pairwise Comparisons van de Algemeen Psychische Klachten (BSI) Tussen de Begin-en Eindmeting en de Eindmeting en Follow-up Gemeten bij Cliënten van de Wieke die de Behandeling Hebben Afgerond (n=16)*

Algemeen psychische klachten (BSI)	F (df hyp, df error)	p-waarde T0 vs. T1; T1 vs. T2	M(T0)-M(T1); M(T1)-M(T2)
Somatische klachten	5.78 (2,14)	0.02*; 1.00	1.47 - 0.79; 0.79 - 0.75
Cognitieve problemen	3.98 (2,14)	0.04*; 1.00	2.09 - 1.27; 1.27 - 1.33
Interpersoonlijke gevoeligheid	4.98 (2,14)	0.02*; 0.63	1.80 – 0.98; 0.98 - 1.38
Depressieve stemming	18.80 (2,14)	0.00*; 1.00	2.29 - 1.04; 1.04 – 1.57
Angst	4.54 (2,14)	0.03*; 1.00	1.96 - 1.19; 1.19 - 1.17
Hostiliteit	6.17 (2,14)	0.01*; 1.00	0.83 – 0.35; 0.35 – 0.49
Fobische angst	12.45 (2,14)	0.00*;0.46	1.23 – 0.51; 0.51 – 0.68
Paranoïde gedachten	2.70 (2,14)	0.29; 1.00	1.50 – 0.80; 0.80 – 1.08
Psychoticisme[a]	8.24 (2,13)	0.00*; 1.00	1.79 - 0.99; 0.99 – 0.96
BSI Totaalscore[a]	10.37 (2,13)	0.00*; 1.00	1.71 – 0.93; 0.93 – 1.01

Note: [a]n=15; BSI=Brief Symptom Inventory; Bonferroni correctie *p<0.05

Discussie

Doel van dit onderzoek was in de eerste plaats gericht op het beantwoorden van de vraag of disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten aan het begin van schematherapie samenhangen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek die binnen een klinische groepssetting behandeld worden. Daarnaast is gekeken of aan het einde van schematherapie en na zes maanden follow-up veranderingen optreden van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten en of de veranderingen na schematherapie behouden blijven bij follow-up. Op basis van de literatuur kan verwacht worden dat deze vragen bevestigend beantwoord zullen worden. De resultaten van het huidige onderzoek zijn relevant in die zin dat eventuele samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten en de mogelijk blijvende veranderingen van beide speerpunten voor behandeling op kunnen leveren. Bovendien is het huidige onderzoek binnen een klinische groepssetting uitgevoerd, waar cliënten met complexe chronische problematiek behandeld worden en waar tot op heden nog vrij weinig over bekend is. En indien de resultaten hoopgevend lijken, zal vooruitzicht geboden kunnen worden aan cliënten die middels ambulante behandeling vaak onvoldoende resultaat hebben geboekt en wellicht meer baat zullen hebben bij de huidig onderzochte klinische behandeling.

Op basis van de uitkomsten kunnen de vooraf gestelde hypotheses deels bevestigd worden. In het huidige onderzoek lijken enkele disfunctionele schema's aan het begin van schematherapie samenhang te tonen met een aantal algemeen psychische klachten. Verder lijkt sprake te zijn van verandering van alle disfunctionele schema's aan het einde van de behandeling met schematherapie en na zes maanden follow-up in vergelijking met het begin van de behandeling, behalve voor het disfunctionele schema emotioneel tekort. Ook is verandering gevonden van algemeen psychische klachten aan het einde van de behandeling met schematherapie en na zes maanden follow-up up in vergelijking met het begin van de behandeling, behalve voor de schaal paranoïde gedachten. Ten slotte lijkt het erop dat de afname van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten na schematherapie bij follow-up behouden blijven, waarbij enkel voor het disfunctionele schema zelfopoffering een significante afname is gevonden tussen het einde van de behandeling en de zes maanden follow-up.

Wat de gevonden resultaten betreft, deze komen grotendeels overeen met eerder onderzoek naar samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten. Zoals Nordahl et al. (2005) reeds gesteld hebben, laat het disfunctionele schema sociale isolatie/vervreemding samenhang zien met symptomen die vaak bij mensen met

persoonlijkheidsstoornissen voorkomen, zoals een depressieve stemming en paranoïde gedachten. Zoals ook uit de literatuur is gebleken (Welburn et al., 2002; Reijnen et al., 2013) laat dit onderzoek verder zien dat de disfunctionele schema's verlating/instabiliteit, wantrouwen misbruik, onderwerping, zelfopoffering en negativisme/pessimisme samenhangen met een groot deel van de algemeen psychische klachten. Deze disfunctionele schema's vallen onder de domeinen onverbondenheid, gerichtheid op anderen en sombere houding. Wat binnen deze domeinen centraal staat is in de eerste plaats de overtuiging dat de behoefte aan liefde en acceptatie die nodig is om het zelfbeeld in stand te houden, niet vervuld zal worden door anderen. Volgens Fitzsimmons et al. (2009) kan zo'n aanname gepaard gaan met depressieve klachten. Ook de ervaring dat men geen binding met een ander aan kan gaan en ten slotte de negatieve blik die men op de wereld heeft lijkt bij het ontwikkelen van deze klachten een belangrijke rol te spelen (Reijnen et al., 2013). Deze schema's blijken ten slotte ook samen te hangen met een totale hoge mate aan algemeen psychische klachten. De overige disfunctionele schema's tonen in dit onderzoek weinig tot geen samenhang met algemeen psychische klachten. Voor de disfunctionele schema's onverbiddelijk hoge eisen, falen/mislukken en kluwen/niet ontwikkeld geldt bijvoorbeeld dat slechts met 1 of 2 algemeen psychische klachten significante samenhang is gevonden. Opmerkelijk is dat ook bij deze disfunctionele schema's samenhang gerapporteerd wordt met angst en paranoïde gedachten, klachten die kennelijk samengaan met meerdere disfunctionele schema's. Deze specifieke samenhang is ook in eerder onderzoek naar voren gekomen (Welburn et al., 2002; Nordahl et al., 2005). Volgens Welburn et al. (2002) hangt samenhang tussen disfunctionele schema's die volgens Young zijn voorgesteld en bepaalde algemeen psychische klachten af van de mate waarin deze conceptueel overeenkomen. Het disfunctionele schema emotionele deprivatie laat verder met geen enkele schaal samenhang zien. Welburn et al. (2002) vinden hetzelfde resultaat en verklaren dit verschijnsel aan de hand van het volgende: het disfunctionele schema verlatingsangst hangt in tegenstelling tot het disfunctionele schema emotionele deprivatie wel samen met een aantal van de algemeen psychische klachten, terwijl beide betrekking hebben op de behoefte aan betrokkenheid van anderen. Cliënten die het schema emotionele deprivatie rapporteren, hadden veelal ouders die hun behoeften negeerden, maar wel aanwezig waren. Bij cliënten waarvan de ouders in de vroege kinderjaren juist afwezig zijn geweest, komt het disfunctionele schema verlatingsangst vaak voor. Hoewel het disfunctionele schema emotionele deprivatie tot stand komt door het negeren van behoeften, kon de aanwezigheid van de ouder het kind nog enige hoop geven op het krijgen van warmte en genegenheid. Echter, verlatingsangst wat tot stand is gekomen door het uitblijven van een

veilige en nabije relatie met de afwezige ouder, heeft ook de hoop op het vervullen van deze behoeften vaak doen verdwijnen. Daarnaast is in tegenstelling tot eerder onderzoek (Welburn et al., 2002) voor de disfunctionele schema's onvoldoende zelfcontrole, kwetsbaarheid, afhankelijkheid/incompetentie en defect/schaamte geen enkele samenhang met algemeen psychische klachten gevonden. Hierbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat Welburn et al. (2002) de verkorte versie van de YSV met 15 schema's hebben gebruikt, waarin de disfunctionele schema's bestraffende houding, goedkeuring zoeken en negativisme/pessimisme niet voorkomen. De verkorte versie omvat slechts 75 items, de lange versie 232. Voor zover bekend zijn geen gegevens bekend met betrekking tot correlaties tussen de klachtenschalen van de BSI en alle disfunctionele schema's van de YSV. Nader onderzoek naar de samenhang tussen beide vragenlijsten is hierbij nodig. Ook de conceptuele overeenkomsten tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten, het aantal items en de invloed van deze factoren op de gevonden samenhang zal bekeken moeten worden.

Wanneer specifiek gekeken wordt naar veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting, komen ook deze resultaten grotendeels overeen met dat wat in eerder onderzoek gevonden is (Grootkoerkamp, 2014; Van Vreeswijk et al., 2012; Renner et al., 2013; Fitzsimmons et al., 2009; Welburn et al., 2000). Vanuit de literatuur blijken immers aanwijzingen te zijn gevonden voor het feit dat aan het einde van een behandeling met schematherapie significante afname plaatsvindt van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten. Dit onderzoek laat zien dat disfunctionele schema's na schematherapie afnemen van een overwegend hoog niveau naar een gemiddeld niveau en algemeen psychische klachten van bovengemiddeld naar gemiddeld. In tegenstelling tot hetgeen Grootkoerkamp (2014) heeft gevonden, is in het huidige onderzoek tussen de begin- en eindmeting wél een significante afname van het disfunctionele schema gerechtigd zijn/grandiositeit gerapporteerd. Het behoud van afname van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten bij follow-up sluit verder aan bij hetgeen Nordahl en Nysaeter (2005) hierover geconcludeerd hebben: disfunctionele schema's en angst- depressieve, -interpesoonlijke en algemene stressklachten nemen significant af na schematherapie en dit effect blijft na twaalf maanden follow-up in stand. Voor de gevonden effecten kunnen volgens de onderzoekers meerdere verklaringen gegeven worden. Nordahl en Nyseter (2005) benoemen experiëntiële technieken en het aanleren van copingvaardigheden als belangrijke onderdelen van schematherapie. Wel moet vermeld worden dat het onderzoek met cliënten is uitgevoerd, waarbij de borderline persoonlijkheidsstoornis is gediagnosticeerd.

Voor de huidig onderzochte multidisciplinaire behandeling kan niet met zekerheid gezegd worden aan elke elementen precies positieve effecten toegeschreven mogen worden. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

Al met al geven de huidige resultaten aanwijzingen voor de aanwezigheid van samenhang tussen specifieke disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as-I problematiek vooraf aan een groepsbehandeling met klinische schematherapie. In dit onderzoek rapporteren de deelnemende cliënten een hoge lijdensdruk waarbij vooral de algemeen psychische klachten angst, een depressieve stemming en paranoïde gedachten samenhangen met enkele disfunctionele schema's. Daarnaast zijn aanwijzingen gevonden voor het optreden van veranderingen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting van schematherapie in een klinische groepssetting. Deze veranderingen blijven ogenschijnlijk ook bij follow-up behouden. Verder lijkt aanwezigheid van samenhang tussen disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten in het huidige onderzoek niet een noodzakelijke voorwaarde voor verandering van beide te zijn, aangezien disfunctionele schema's (behalve emotioneel tekort) en algemeen psychische klachten (behalve paranoïde gedachten) ook zonder onderlinge samenhang veranderen. Wellicht geldt voor de huidig onderzochte cliëntengroep dat de zeer hoge score op het disfunctionele schema zelfopoffering heeft bijgedragen aan de positieve uitkomsten. Maar ook de afname van met name angst -en depressieve klachten kan wellicht gepaard zijn gegaan met de afname van andere algemeen psychische klachten. Op basis van literatuur kan daarnaast verwacht worden dat het aanpakken van disfunctionele schema's tot afname van algemeen psychische klachten zal leiden, aangezien verscheidend onderzoek betoogd dat actieve disfunctionele schema's direct of indirect verschillende vormen van psychische stress kunnen veroorzaken, onder andere symptomen van angst en depressie (Nordahl et al., 2005; Welburn et al., 2000). Vervolgonderzoek is nodig om deze verklaringen te kunnen onderbouwen. Er kan ook sprake zijn van andere externe factoren die van invloed zijn geweest op de gevonden resultaten en deze dienen ook verder uitgediept te worden in vervolgonderzoek.

Een opvallend resultaat is het feit dat het disfunctionele schema emotionele deprivatie net als in het onderzoek van Grootkoerkamp (2014) geen significante afname laat zien aan het einde van de behandeling. Hoewel cliënten in hun verleden vaak een tekort hebben gehad aan emotionele steun, lijkt dit schema vooral andere disfunctionele schema´s op te wekken (Fitzsimmons et al., 2009). Het zou dan kunnen gaan om disfunctionele schema´s die meer bij het heden passen, zoals de overtuiging dat anderen niet te vertrouwen zijn horende bij het

schema wantrouwen/misbruik. Het uitblijven van verandering heeft dan waarschijnlijk te maken met de formulering van het disfunctionele schema emotioneel tekort. Deze omvat namelijk items die in de verleden tijd staan geformuleerd. Het tekort aan emotionele steun in het verleden is niet omkeerbaar, waardoor cliënten vermoedelijk geen verandering in het disfunctionele schema ervaren. Cliënten moeten zich beseffen dat gebeurtenissen uit het verleden niet in het heden en in de toekomst plaats hoeven te vinden met betrekking tot het vervullen van emotionele behoeften (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Morrison (2000) heeft deze stelling onderzocht. Door de items behorende bij het disfunctionele schema emotioneel tekort bij een follow-up meting in de tegenwoordige tijd te formuleren, heeft hij wel een significante afname in het schema kunnen vinden die eerder was uitgebleven. Echter, een verschil met het huidige onderzoek is dat Morrison (2000) onderzoek heeft gedaan bij één cliënt met langdurige inter-persoonlijke relatieproblemen. Daarnaast is hetzelfde ook opgevallen bij paranoïde gedachten, die zowel in het huidige onderzoek als ook in het onderzoek van Grootkoerkamp (2014) geen verandering laat zien, terwijl dit één van de klachten is die op de voorgrond lijkt te staan en samenhangt met meerdere disfunctionele schema's. Het uitblijven van verandering kan wellicht te maken hebben met de nadruk op andere klachten tijdens therapie. Grootkoerkamp (2014) stelt dat schaamte met betrekking tot wantrouwen en vijandigheid behorende bij paranoïde gedachten kunnen leiden tot het niet bespreken van thema's die hieronder vallen. Ten slotte is het schema zelfopoffering bij follow-up significant afgenomen vanaf het moment dat behandeling was afgerond. Zelfopoffering is bij aanvang van behandeling in zeer hoge mate aanwezig. Aan het einde van de behandeling is het disfunctionele schema gemiddeld aanwezig en na zes maanden follow-up is het niveau verlaagd. Volgens Van Vreeswijk et al. (2012) zijn zeer hoge scores binnen het domein gerichtheid op anderen voorspellend voor het therapiesucces, aangezien hogere scores kunnen wijzen op beter ontwikkelde sociale vaardigheden en de aanwezigheid van een hoger sociaal leervermogen bij de desbetreffende cliënten. Een andere verklaring kan zijn dat deze cliënten de neiging hebben betere uitkomsten te rapporteren, om hun therapeuten en tevens de onderzoekers een plezier te doen. Nader onderzoek is nodig om dit verder uit te zoeken.

Een sterk punt van het huidige onderzoek is het feit dat voortgebouwd wordt op de eerder gevonden positieve resultaten van schematherapie in een klinische groepssetting. Het vorige onderzoek (Grootkoerkamp, 2014) was gericht op verandering van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten tussen de begin- en eindmeting, het huidige onderzoek kijkt of de gevonden effecten na schematherapie standhouden bij de follow-up.

Bovendien is de relevantie van klinisch onderzoek hoog. Voor zover bekend is tot op heden geen onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten van schematherapie in de klinische praktijk. Verder is sprake van een grote realiteitswaarde. De omstandigheden waaronder dit onderzoek is uitgevoerd komen grotendeels overeen die van de dagelijkse klinische praktijk. Een voordeel van deze opzet is bovendien dat alle cliënten meedoen met behandeling en dus profiteren van eventueel positieve effecten. Verder is met de bonferroni-methode gecorrigeerd voor meervoudig toetsen. De gevonden positieve resultaten die ondanks de kleine steekproef zijn gevonden, lijken ten slotte een goed argument te zijn om de inzet van schematherapie in de klinische praktijk verder uit te breiden en te onderzoeken.

Een beperking van het huidige onderzoek is allereerst de hoge mate aan non-completers. Dit zijn cliënten die op één of meerdere meetmomenten vragenlijsten niet (compleet) hebben ingevuld. Daarom kan slechts een klein deel van steekproef in de analyse worden meegenomen en is voorzichtigheid geboden bij het trekken van conclusies en de mate waarin resultaten gegeneraliseerd kunnen worden naar de totale populatie. Verder zijn geen controlegroepen gebruikt. Het blijft voor nu onduidelijk of positieve resultaten middels schematherapie tot stand zijn gekomen of veroorzaakt zijn door andere factoren. Hierbij kan gedacht worden aan de intensieve aandacht voor cliënten of de verhouding tussen therapeut en cliënt. Onderzoek zal dit verder moeten uitwijzen.

Toekomstige onderzoekers kunnen naar aanleiding van de gevonden resultaten uitgebreider onderzoek doen naar schematherapie in een klinische groepssetting, waarbij in de eerste plaats wordt aanbevolen gebruik te maken van controlegroepen. Het is namelijk belangrijk om in kaart te brengen welke factoren mogelijk hebben bijgedragen aan de significante afname van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten, die ongeacht de aanwezigheid van samenhang tussen beide is opgetreden. Verder zal gekeken kunnen worden of het meten van disfunctionele schema's vooraf aan schematherapie nuttig zal zijn in de aanpak van belangrijk algemeen psychische klachten die hiermee samenhangen. De vraag of hierdoor tegelijkertijd de totale lijdensdruk af zal nemen, kan vervolgens ook beantwoord worden. Het selecteren van cliënten die zeer hoge scores binnen het domein gerichtheid op anderen rapporteren kan bovendien bijdragen aan kennis met betrekking tot het voorspellen van therapiesucces. Aansluitend hierop zal ook rekening gehouden moeten worden met de formulering van items van de gebruikte vragenlijsten. Er dient onderzocht te worden wat de invloed hiervan is op het vaststellen van samenhang en/of verandering van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten. Verder zal gekeken kunnen worden naar manieren om cliënten toch te betrekken bij de follow-upmeting en ze ervan te

overtuigen dat deelname belangrijk is. Wat betreft de uitvoering van de therapie wordt aanbevolen om te onderzoeken of het disfunctionele schema emotioneel tekort meer aandacht behoeft in therapie of dat een andere formulering van de items nodig zal zijn om verandering te kunnen rapporteren. Meer aandacht in de zin van bewustzijn creëren met betrekking tot de negatieve gevolgen van het schema, waarbij voor verandering van het disfunctionele schema besef nodig is dat de toekomst niet hetzelfde is als het verleden met betrekking tot het vervullen van emotionele behoeften. Hiervoor kan intensiever gebruik gemaakt worden van experiëntiële technieken, waarbij met de affectieve lading van het disfunctionele schema gewerkt wordt. Therapeuten gebruiken hiervoor vaak de methode imaginatie. Het doel van imaginatie is in de eerste plaats het oproepen van emoties die verband houden met het emotioneel tekort dat in de kindertijd is ontstaan. Verder wordt getracht deze emoties te helen en gedeeltelijk aan de onvervulde behoeften tegemoet te komen via reparenting. Hiermee wordt de cliënten geleerd hoe ze het gemis van de therapeut en later van zichzelf gedeeltelijk terug kunnen krijgen. Paranoïde gedachten zullen bovendien vaker in de therapie benoemd kunnen worden, zodat de vrijheid ontstaat er openlijk over te praten. De therapeut kan aangeven dat ook deze klachten veelvoorkomend zijn en niet door schaamte op de achtergrond hoeven te blijven. Meer onderzoek naar de effecten van de genoemde interventies zullen nodig zijn om deze aanpassingen te kunnen verantwoorden.

Samenvattend lijkt de huidige toepassing van schematherapie in een klinische groepssetting effectief te zijn wanneer getracht wordt om zowel disfunctionele schema's als algemeen psychische klachten aan het eind van de behandeling te laten afnemen. Na zes maanden follow-up blijft afname ook zichtbaar, wat hoop geeft voor de toekomstige behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen en/of chronische as 1 problematiek. Algemeen psychische klachten en disfunctionele schema's lijken immers ook op de lange termijn minder op de voorgrond te staan, resultaten die bij ambulante behandeling vaak niet gerapporteerd worden. Voor nu lijken de uitkomsten voldoende positief om verder en uitgebreider onderzocht te worden. Met de aanbevelingen kan de huidige behandeling versterkt worden, bijvoorbeeld door meer aandacht te besteden aan paranoïde gedachten en het disfunctionele schema emotioneel tekort. Schematherapie in een klinische groepsetting schijnt voor de huidig onderzochte cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en/of as-I problematiek een effectieve behandelvorm te zijn in het verminderen van disfunctionele schema's en algemeen psychische klachten die op belemmerende wijze aanwezig zijn.

Referenties

American Psychiatric Association (2000). *Diagnotic and Statistical Manual of Mental Disorders Test Revision (DSM-IV-TR).* Washington DC: American Psychiatric Association

Bamelis, L.L., Evers, S.M.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518

Carter, J.D., McIntosh, V.V., Jordan, J., Porter, R.J., Frampton, C.M., & Yoyce, P.R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 500-505. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034

De Beurs, E., & Zitman, F. (2006). The Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-119. Verkregen via http://www.trimbos.nl/

Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual (3rd ed.)* Minneapolis: National Computer Systems.

Farrand, P., & Woodford, J. (2012). Measurement of individualised quality of life amongst young people with indicated personality disorder during emerging adulthood using the SEIQoL-DW. *Qulity of Life Research*, 22, 829-838. doi:10.1007/s11136-012-0210-y

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.itep.2009.01.002

Fens, H. (2013) *"In je kracht blijven", een onderzoek naar de effecten van de welbevinden therapie als groepstraining bij mensen met angst- of stemmingsklachten in remissie*. (Masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland). Verkregen via http://essay.utwente.nl/64182/1/Fens,_H._-_s0218308_(verslag).pdf

Fitzsimmons, K., Gallagher, S., Blayone, S., Chan, D., Leaitch, W., Veals, N. et al. (2009). The Young Schema Questionnaire in Group Therapy: A Cliënt-Focused Approach. *Social Work in Mental Health*, 7, 176-185. doi:10.1080/15332980802072538.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Asselt, T. et al. (2006). *Crossing Borders: Theory, Assessment and Treatment in Borderline Personality Disorder* (Academisch proefschrift, Universiteit Maastricht, Maastricht, Nederland). Verkregen via http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=5230.

Grootkoerkamp, J. (2014). *Schemagerichte groepstherapie binnen een klinische behandelsetting: de verandering van de schema's, de algemene psychische klachten en de positieve aspecten van de geestelijke gezondheid* (Masterthese, Universiteit Twente, Enschede, Nederland). Verkregen via g.j.westerhof@utwente.nl.

Hawke, L.D., & Profencher, M.D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25, 257-276. doi: http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257

Jackson, H.J., & Burgess, P.M. (2004). Personality disorders in the community: Results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being Part III: Relationships between specific type of personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 765-776. doi:10.1007/s00127-004-0821-x

Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G., & Taylor, M.A. (2012). A systematic review of the evidence base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 185-202. doi: 10.1080/16506073.2011.614274

Morrison, N. (2000). Schema-focused cognitive therapy for complex long-standing problems: a single case study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 269- 283. Verkregen via http://journals.cambridge.org/

Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.M. (2009). *Handboek Klinische Schematherapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghun

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

Nordahl, H.M. & Nysaeter, 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.

Reeves, M., & Taylor,J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104. doi: 10.1002/cpp.519

Reijnen, E., Richter, A., Chillaud, C., & Van Der Burg, D. (2013). *De invloed van vroege onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen op de ernst van depressie.* (Masterthese, Universiteit van Utrecht, Utrecht, Nederland). Verkregen via http://www.scribd.com/doc/164076240/De-invloed-van-vroege-onaangepaste-schema-s-en-disfunctionele-copingstijlen-op-de-ernst-van-depressie

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 changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51,487-492. Verkregen via http://www.journals.elsevier.com/behaviour-research-and-therapy/

Rijkeboer, M.M., & Van den Bergh, H. (2006). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch Clinical versus Non-clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 263–278. doi: 10.1007/s10608-006-9051-8

Rijkeboer, M.M.,Van den Bergh, H., & Van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.08.005

Rijkeboer, M.M., Van den Bergh, H., & Van den Bout, J. (2011). Item bias analysis of the Young Schema-Questionnaire for psychopathology, gender, and educational level. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 65-70. doi: 10.1027/1015-5759/a000044

Samules, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23, 223-233.doi:10.3109/09540261.2011.588200

Sterk, F., & Rijkeboer, M.M. (1997). Schema-Vragenlijst. Utrecht:Ambulatorium Universiteit Utrecht.

Trimbos Instituut. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijnen Persoonlijkheidsstoornissen (versie 1.0).* Verkregen via http://www.ggzrichtlijnen.nl/

Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Van Vreeswijk, M. F.,Spinhoven, V., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Broersen, J. (2012). Changes in Symptom Severity, Schemas and Modes in Heterogeneous Psychiatric Patient Groups Following Short-term Schema Cognitive–Behavioural Group Therapy: A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 29-38. doi:10.1002/cpp.1813

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519 530. doi:10.1023/A:1016231902020

Welburn, K.R., Dagg, P., Coristine, M., & Pontefract, A. (2000). Schematic change as a result of an intensive group-therapy day-treatment programs. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37,189-195. doi: 10.1037/h0087713

Young, J.E. & Brown, G. (1994). Young Schema-Questionnaire (second edition). In J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. edition, pp. 63-76). Sarasota, Florida: Professional Resource Exchange.

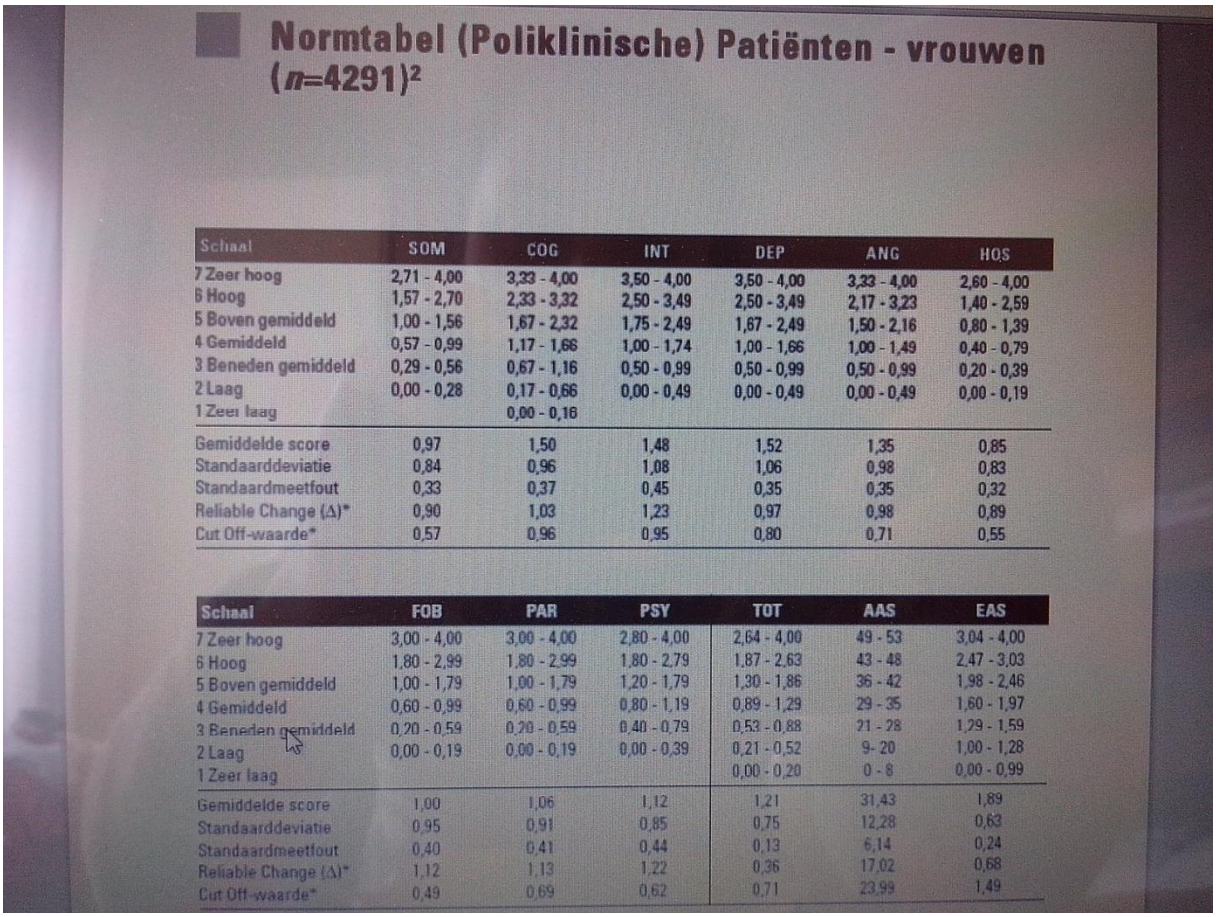
Young, J.E., Klosho, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemgerichte therapie: Handboek voor Therpeuten.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Young, J.E., Klosho, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practioner's guide*. New York: Guilford Press

Young, J.E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Bijlagen

Bijlage 1: Normtabel BSI



Normtabel (Poliklinische) Patiënten - vrouwen (n=4291)[2]

Schaal	SOM	COG	INT	DEP	ANG	HOS
7 Zeer hoog	2,71 - 4,00	3,33 - 4,00	3,50 - 4,00	3,50 - 4,00	3,33 - 4,00	2,60 - 4,00
6 Hoog	1,57 - 2,70	2,33 - 3,32	2,50 - 3,49	2,50 - 3,49	2,17 - 3,23	1,40 - 2,59
5 Boven gemiddeld	1,00 - 1,56	1,67 - 2,32	1,75 - 2,49	1,67 - 2,49	1,50 - 2,16	0,80 - 1,39
4 Gemiddeld	0,57 - 0,99	1,17 - 1,66	1,00 - 1,74	1,00 - 1,66	1,00 - 1,49	0,40 - 0,79
3 Beneden gemiddeld	0,29 - 0,56	0,67 - 1,16	0,50 - 0,99	0,50 - 0,99	0,50 - 0,99	0,20 - 0,39
2 Laag	0,00 - 0,28	0,17 - 0,66	0,00 - 0,49	0,00 - 0,49	0,00 - 0,49	0,00 - 0,19
1 Zeer laag		0,00 - 0,16				
Gemiddelde score	0,97	1,50	1,48	1,52	1,35	0,85
Standaarddeviatie	0,84	0,96	1,08	1,06	0,98	0,83
Standaardmeetfout	0,33	0,37	0,45	0,35	0,35	0,32
Reliable Change (Δ)*	0,90	1,03	1,23	0,97	0,98	0,89
Cut Off-waarde*	0,57	0,96	0,95	0,80	0,71	0,55

Schaal	FOB	PAR	PSY	TOT	AAS	EAS
7 Zeer hoog	3,00 - 4,00	3,00 - 4,00	2,80 - 4,00	2,64 - 4,00	49 - 53	3,04 - 4,00
6 Hoog	1,80 - 2,99	1,80 - 2,99	1,80 - 2,79	1,87 - 2,63	43 - 48	2,47 - 3,03
5 Boven gemiddeld	1,00 - 1,79	1,00 - 1,79	1,20 - 1,79	1,30 - 1,86	36 - 42	1,98 - 2,46
4 Gemiddeld	0,60 - 0,99	0,60 - 0,99	0,80 - 1,19	0,89 - 1,29	29 - 35	1,60 - 1,97
3 Beneden gemiddeld	0,20 - 0,59	0,20 - 0,59	0,40 - 0,79	0,53 - 0,88	21 - 28	1,29 - 1,59
2 Laag	0,00 - 0,19	0,00 - 0,19	0,00 - 0,39	0,21 - 0,52	9- 20	1,00 - 1,28
1 Zeer laag				0,00 - 0,20	0 - 8	0,00 - 0,99
Gemiddelde score	1,00	1,06	1,12	1,21	31,43	1,89
Standaarddeviatie	0,95	0,91	0,85	0,75	12,28	0,63
Standaardmeetfout	0,40	0,41	0,44	0,13	6,14	0,24
Reliable Change (Δ)*	1,12	1,13	1,22	0,36	17,02	0,68
Cut Off-waarde*	0,49	0,69	0,62	0,71	23,99	1,49