

De invloed van functionele modi op de geestelijke gezondheid

Onderzoek bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen
een klinische behandelsetting gebaseerd op schematherapie
direct na de therapie en op de langere termijn

Masterthesis Psychologie

2016

Laura Nonnekes

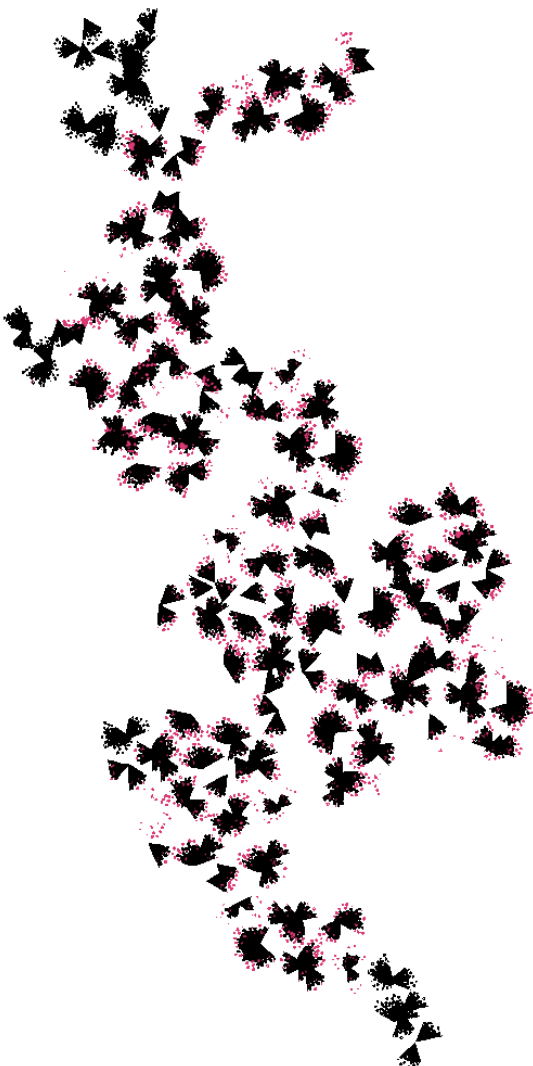
Positieve Psychologie & Technologie
Faculteit der Gedragswetenschappen
Universiteit Twente, Enschede

Begeleiders:

Dr. L.C.A. Christenhusz

Prof. Dr J.A. Walburg

UNIVERSITEIT TWENTE.



Samenvatting

Inleiding - Schematherapie is een effectieve manier om persoonlijkheidsproblematiek te behandelen, met name als deze zich richt op modi in plaats van op schema's. Juist bij deze groep, waar volledige klachtreductie vaak uitblijft, is het belangrijk om de mate van welbevinden te vergroten door het stimuleren van functionele modi. Deze modi kunnen leiden tot emotionele stabiliteit, doelgericht gedrag en verbetering in het algemeen welbevinden. Omdat gebleken is dat de kans op terugval groot is wanneer het niveau van welbevinden nog laag is, is het van belang de geestelijke gezondheid te versterken, zodat de individuele veerkracht vergroot wordt en het risico op terugval beperkt blijft. In dit onderzoek is onderzocht of door toename van de mate van functionele modi de geestelijke gezondheid zal stijgen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek direct na schematherapie en op de langere termijn.

Methode - Het kwantitatief longitudinaal onderzoek betrof vier meetmomenten; een beginmeting, een tussenmeting, een eindmeting direct na de schematherapie en een follow-upmeting zes maanden na afronden van de behandeling. Dit onderzoek gebruikt de Schema Modus Inventory (SMI) en Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). In totaal hebben 46 respondenten, die schematherapie volgden in een klinische behandelsetting, deelgenomen. Om de voorspellende waarde van functionele modi voor de geestelijke gezondheid in kaart te brengen is gebruikt gemaakt van een logistische regressieanalyse.

Resultaten - Gedurende de behandeling stegen zowel de functionele modi als de geestelijke gezondheid significant. Dit geldt eveneens voor de drie kerncomponenten emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Op de langere termijn werden deze effecten behouden, behalve bij psychologisch welbevinden. Hierop werd zes maanden na de behandeling significant lager gescoord. Geestelijke gezondheid, sociaal en psychologisch welbevinden worden voorspeld door de mate van functionele modi die iemand aangeeft te hebben. Emotioneel welbevinden wordt niet voorspeld door de mate van functionele modi.

Conclusie - Zowel de mate van functionele modi als de geestelijke gezondheid stijgen na schematherapie. Op de langere termijn werden deze effecten behouden. Door de aanwezigheid van welbevinden wordt de kans op terugval verkleind. Aanbevolen wordt om meer onderzoek te verrichten naar in de invloed van het schema-modimodel en het bevorderen van de geestelijke gezondheid op de langere termijn door middel van exploratief onderzoek.

Abstract

Introduction - Schema Therapy has been proven to be an effective method for the treatment of personality disorders, especially if its focus is on functional modes instead of schemas. Within this group of clients, in which residual symptoms are not uncommon after treatment, it is important to increase the degree of well-being by stimulating functional modes. These modes may result in emotional stability, goal-directed behavior and improvement in overall well-being. Because it has been demonstrated that the risk of recurrence is greater when the degree of well-being after treatment is below satisfactory level, it is essential to increase mental health within this group of clients, which may result in an enhancement of resilience and a decrease in the risk of recurrence. This study investigated whether an increase in the number of functional modes would result in an enhancement of mental health in clients with personality disorders and focused on both short and long term effects.

Method - To examine this hypothesis, a quantitative longitudinal study was designed with four measurement points: a pre-test, an inbetween measurement, a post-test immediately following treatment, and a follow-up measurement six months after completion of the treatment. To assess the amount of self-attributed functional modes and overall well-being, the Schema Modus Inventory (SMI) and the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) were used respectively. A total number of 46 participants, who all received clinical treatment with Schema Therapy, completed all measurements. The predictive value of functional modes for the degree of mental health was assessed by a logistic regression analysis.

Results - It was found that, during treatment, both the functional modes and mental health of the participants increased significantly. This was also found for the three components of mental health: psychological, emotional and social well-being. These effects were still visible after six months, except for the effects on psychological well-being. The amount of functional modes was found to be predictive for mental health, social and psychological well-being, but not for emotional well-being.

Conclusion - This study has shown that the amount of functional modes and mental health increases as a result of treatment with Schema Therapy. These effects were still visible after six months and this may contribute to decreasing the likelihood of recurrence. For future research, it is recommended to study the long term effects of the schema-modes model on enhancing mental health more intensively.

Inhoudsopgave

Samenvatting	2
Abstract	3
Inleiding	5
Vraagstelling	11
Deelvragen	11
Methode.....	12
Onderzoeksdesign	12
Respondenten	12
Interventie.....	13
Procedure.....	13
Meetinstrumenten.....	13
Statistische analyse.....	14
Resultaten	16
Discussie.....	20
Referenties.....	24
Bijlagen	26
Bijlage 1: Informatiefolder onderzoek	27
Bijlage 2: Toestemmingsverklaring onderzoek.....	29
Bijlage 3: Schema Modus Inventory (SMI)	30
Bijlage 4: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)	35

Inleiding

De term *temperament* verwijst naar een activiteitsniveau, de tolerantie van gevoelens, de mate van vitaliteit en de aanleg voor extravertie versus introvertie (Derksen, 2007). Temperament wordt genetisch bepaald en is aanwezig vanaf de geboorte. Door de interactie tussen de sociale omgeving en temperament, wordt het *karakter* gevormd (Derksen, 2007). De persoonlijkheid kan gezien worden als een aanvulling hierop en wordt door Jan Derksen omschreven als de gesocialiseerde vormgeving van het karakter (Derksen, 2007). Het kan beschouwd worden als voor een persoon kenmerkende patronen van denken, voelen en handelen (Verheul, 2005). In de DSM-IV worden persoonlijkheidstrekken gedefinieerd als ‘stabiele patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en zichzelf, die zich in breed uiteenlopende situaties openbaren’ (Derksen, 2007). In de vorming van de persoonlijkheid en persoonlijkheidstrekken kunnen zich verschillende stoornissen ontwikkelen.

De DSM-IV onderscheidt tien persoonlijkheidsstoornissen en, als persoonlijkheidstrekken van meerdere of verschillende persoonlijkheidsstoornissen aanwezig zijn, de persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven (NAO). De tien persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in drie clusters, te weten cluster A, B en C. Onder cluster A vallen de persoonlijkheidsstoornissen die zich kenmerken door bizar gedrag en cognitief-perceptuele vervormingen, de persoonlijkheidsstoornissen in cluster B kenmerken zich door instabiliteit in beleving en gedrag en de persoonlijkheidsstoornissen in cluster C kenmerken zich voornamelijk door angst. In de algemene bevolking lopen de schattingen voor het aantal mensen met een persoonlijkheidsstoornis uiteen van tien tot vijftien procent (Verheul, 2005). Bij een persoonlijkheidsstoornis is er sprake van persoonlijkheidstrekken die in buitengewone mate aanwezig zijn of trekken die in die mate inflexibel en onaangepast zijn dat het persoonlijke welzijn wordt aangetast (American Psychiatric Association, 1994). Volgens de DSM-IV vertoont iemand met een persoonlijkheidsstoornis ‘een patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur waarin de persoon leeft’ (Derksen, 2007). Dit patroon komt tot uiting in minstens twee van de volgende gebieden; cognities, emotionele reacties, interpersoonlijk functioneren en/of impulsbeheersing (Derksen, 2007).

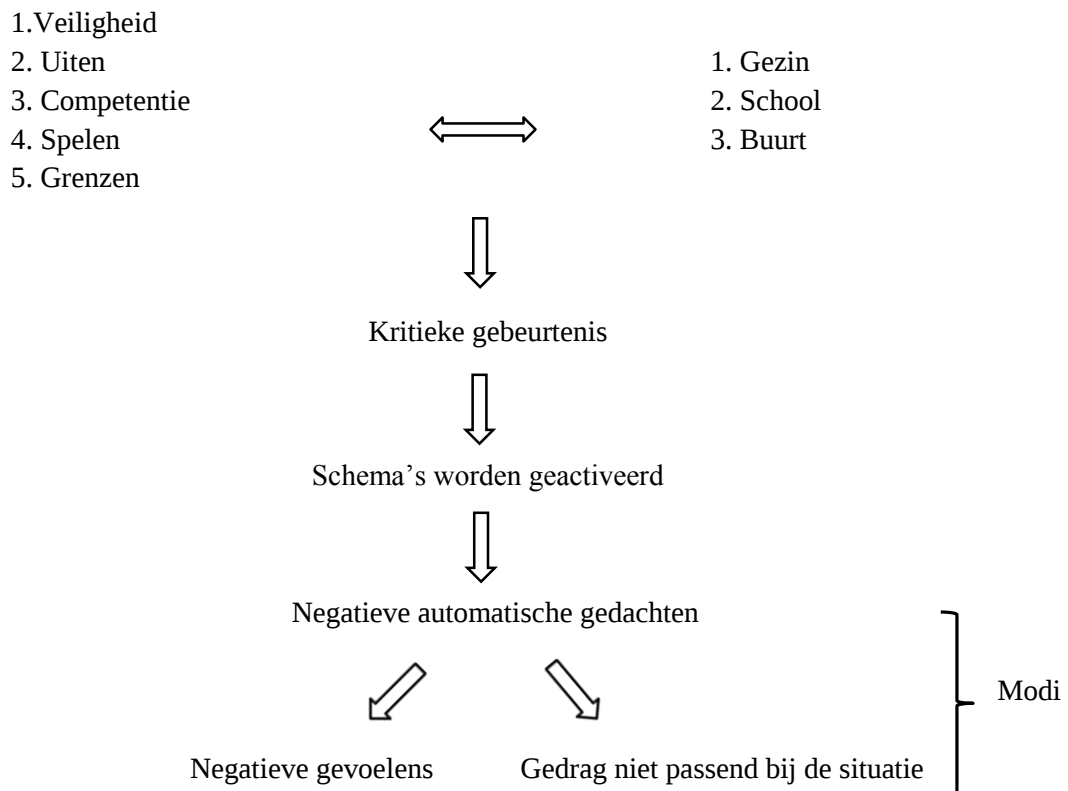
Een effectieve manier om persoonlijkheidsproblematiek te behandelen is door het toepassen van schematherapie. Deze therapie is vanaf 1990 ontwikkeld door Jeffrey Young en collega's en vormt een uitbreiding op traditionele cognitieve gedragstherapeutische behandelvormen (Young et al., 2005). Young ontwikkelde schematherapie voor cliënten bij wie de traditionele cognitieve gedragstherapie geen effect bleek te hebben. Hij integreerde elementen vanuit de cognitieve gedragstherapie, hechting, Gestalt, objectrelaties en constructivistische en psychoanalytische scholen tot één behandelingsmodel (Young et al., 2005). In dit behandelingsmodel worden psychologische basisthema's aangepakt, die oude onaangepaste schema's of disfunctionele schema's worden genoemd. Young betoogt dat deze disfunctionele schema's belemmerende emotionele en cognitieve patronen zijn en mogelijk de kern van persoonlijkheidsstoornissen vormen (Young, 1999). Disfunctionele schema's zijn in de meeste gevallen op jonge leeftijd ontstaan en verder uitgewerkt en

worden bij latere ervaringen toegepast, zelfs als zij dan niet meer nuttig, of zelfs disfunctioneel blijken te zijn. Tot op heden zijn er achttien disfunctionele schema's te onderscheiden, die onverdeeld kunnen worden in vijf schemadomeinen, te weten; onverbondenheid/afwijzing, verzwakte autonomie/verzwakt functioneren, verzwakte grenzen, gerichtheid op anderen en overmatige waakzaamheid en inhibitie (Young et al., 2005). De schema's bestaan uit herinneringen, cognities, emoties en lichamelijke sensaties en hebben betrekking op de cliënt zelf en in hun relaties met anderen.

In het onderzoek dat Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt & Arntz (2006) uitvoerden naar de effectiviteit van schematherapie vergeleken zij schematherapie met transference-focused psychotherapy bij personen met de diagnose Borderline Persoonlijkheidsstoornis. De belangrijkste uitkomsten waren reductie van klachten in het algemeen en specifiek van Borderline symptomen en toegenomen kwaliteit van leven (Giesen-Bloo et al., 2006). Daarnaast liet het onderzoek gemiddelde tot grote effecten (.43-1.03) zien in de schematherapie-groep en kleine tot grote effecten (.09-.99) in de transference-focused psychotherapy groep (Giesen-Bloo et al., 2006). In het onderzoek van Weertman & Arntz (2007), waarbij gebruikt gemaakt werd van een cross-over design, werden deze resultaten bevestigd. Zij onderzochten of het behandelen van herinneringen uit de kindertijd een effectieve manier is om persoonlijkheidsstoornis-gerelateerde schema's en psychopathologie te veranderen (Weertman & Arntz, 2007). Hieruit kwam naar voren dat schematherapie wordt geassocieerd met goede algemene resultaten en grote effecten (.97-1.90) (Weertman & Arntz, 2007). Daarnaast werd onderzocht wat de impact van de ervaring van de therapeut was op de resultaten. Het onderzoek liet positieve klinische gevolgen op de therapeutische resultaten zien bij toegenomen ervaring van de therapeut (Weertman & Arntz, 2007). Dit betekent dat de ervaring van de therapeut mogelijk invloed heeft op de effectiviteit van schematherapie (Weertman & Arntz, 2007).

Wanneer onaangepaste of disfunctionele schema's zijn doorgeslagen naar een beangstigende emotie, vermijdingsgedrag of zelfdestructief gedrag worden disfunctionele modi geactiveerd (Young et al., 2005). Modi zijn gemoedtoestanden die bestaan uit een patroon van denken, voelen en handelen en geven het gedrag en de affecten van de persoonlijkheid weer (Young et al., 2005). In tegenstelling tot schema's zijn modi zichtbaar in het contact met de cliënt. Het verminderen van de invloed van disfunctionele schema's wordt gezien als het doel van schematherapie (Renner et al., 2004). Young et al. (2005) beschrijven echter dat schematherapie bij complexe persoonlijkheidsproblematiek effectiever is als deze zich richt op modi in plaats van op schema's (Young et al., 2005). Daarnaast blijkt het in de praktijk lastig de juiste focus te bepalen aan de hand van de schema's, omdat cliënten vaak hoog scoren op vrijwel alle disfunctionele schema's. Omdat modi bestaan uit clusters van schema's, is dit bij modi minder het geval (Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012). Zie figuur 1 voor een schematische weergave van de samenhang tussen schema's en modi.

(Vroegere) ervaringen, waarbij in de ouderlijke omgeving vaak niet werd voldaan aan de vijf basisbehoeften. Hierdoor ontstaan disfunctionele schema's.



Figuur 1. Schematische weergave samenhang tussen schema's en modi. Aangepast overgenomen uit *Werkboek Klinische Schematherapie* (p. 17) door E. Muste, A. Weertman & A. Claassen, 2009, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Er bestaan veertien modi, die zijn onderverdeeld in vier categorieën (zie tabel 1). De eerste categorie is de disfunctionele kindmodi, die ontstaan als de basisbehoeften als kind niet zijn bevredigd. De tweede categorie bestaat uit disfunctionele copingmodi. Hierbij tracht de cliënt zichzelf te beschermen tegen pijn en worden fight-, flight- of freeze-copingstrategieën overmatig ingezet. De derde categorie is de disfunctionele oudermodi, die de geïnternaliseerde disfunctionele ouder betreffen. De vierde categorie bestaat uit de functionele modi; gezonde vormen van emotionele expressie en aanpassing.

Tabel 1. *Modi onderverdeeld in categorieën.*

Categorieën	Modi
Disfunctionele kindmodi	- Kwetsbaar kind
	- Woedend kind
	- Razend kind
	- Impulsief kind
	- Ongedisciplineerd kind
Disfunctionele copingmodi	- Willoze inschikkelijke
	- Onthechte beschermer

Disfunctionele oudermodi	- Onthechte zelfsusser
	- Zelfverheerlijker
	- Pesten en aanval
	- Straffende ouder
	- Veeleisende ouder
Functionele modi	- Blij kind
	- Gezonde volwassene

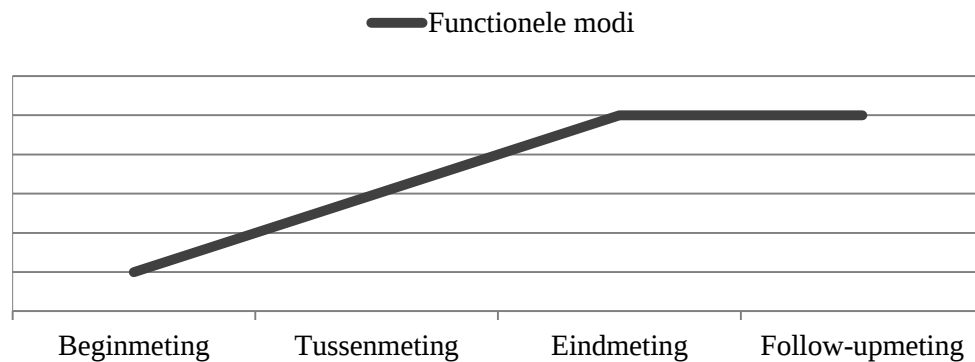
Persoonlijkheidsstoornissen ontstaan in de meeste gevallen op jonge leeftijd en worden gezien als moeilijk te behandelen (Livesley, 1995). Cliënten krijgen vaak handvatten aangeboden om met hun persoonlijkheidstrekken om te leren gaan. Juist bij deze groep, waar volledig herstel vaak uitblijft, is het belangrijk om de mate van welbevinden te vergroten. Door gebruik te maken van het schema-modimodel kan de *modus Gezonde volwassene* ontwikkeld worden. Deze modus kan leiden tot emotionele stabiliteit, doelgericht gedrag en verbetering in het algemeen welbevinden (Kellog & Young, 2006). Ook Renner, van Goor, Huibers, Arntz, Butz & Bernstein (2013) benadrukken het gebruik van het schema-modimodel, omdat modi vaak de meest stabiele persoonlijkheidsproblematiek vertegenwoordigen. Uit de pilotstudie die zij uitvoerden, kwam een matige effectgrootte (.40) naar voren bij de verandering in modi (Renner et al., 2013). Deze effectgrootte geeft het belang van het gebruik van het schema-modimodel binnen schematherapie aan. Onderzoek naar schemamodi moet nog verder ontwikkeld worden, zodat het model verfijnd en gespecificeerd kan worden (Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Dit geldt ook voor onderzoek naar het effect van de positieve geestelijke gezondheid bij schematherapie, iets wat in huidig onderzoek nog nauwelijks onderzocht is.

Steeds vaker wordt in de geestelijke gezondheidszorg het optimaal functioneren van een individu bepaald door middel van zowel klachtreductie als welbevinden. In de klinische praktijk ligt de focus momenteel echter nog op het reduceren van klachten en wordt klachtreductie vaak als criterium voor ontslag gezien. Het is echter gebleken dat als dit criterium gehanteerd wordt om het herstel van cliënten te bepalen, de kans op terugval groot is wanneer het niveau van welbevinden nog laag is (Keyes & Westerhof, 2010). De afwezigheid van welbevinden kan ook een risicofactor voor terugval zijn (Wood & Joseph, 2009). Dit komt ook terug in het onderzoek van Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Ten Klooster & Keyes (2011), waarin de wederzijdse impact van welbevinden en psychopathologie gedurende langere tijd werd onderzocht. Hierin werd aangetoond dat investeren in welbevinden een bijdrage kan leveren aan de preventie van psychische stoornissen, omdat welbevinden als een beschermende factor van psychopathologie gezien kan worden (Lamers et al., 2011). Daarnaast bleek de verandering in geestelijke gezondheid gedurende de eerste drie maanden van het negen maanden durende onderzoek een significante voorspeller van psychische klachten zes maanden later. Het versterken van de geestelijke gezondheid kan bijdragen aan individuele veerkracht en terugvalpreventie (Wood & Joseph, 2009). Geestelijke gezondheid en psychische stoornissen blijken volgens het tweecontinuamodel van Keyes (2005) twee onafhankelijke dimensies te zijn.

Hiermee wordt geïmpliceerd dat, om een volledig beeld van cliënten te verkrijgen, het niet voldoende is om alleen psychische klachten te beïnvloeden en te meten, maar dat het ook nodig is om aspecten van de geestelijke gezondheid in kaart te brengen (Keyes, 2005). Tevens benadrukt het model de invloed die geestelijke gezondheid kan hebben op de mate en het behoud van herstel. Geestelijke gezondheid kan dus gezien worden als meer dan alleen de afwezigheid van psychische stoornissen (Keyes & Westerhof, 2010). Naar de algemene bevolking kijkend, stellen Huppert, Baylis en Keverne (2005) dat als het gezondheidsprofiel enigszins zou opschuiven in de richting van meer welbevinden, het aantal florerende mensen zal toenemen en het aantal mensen met psychische stoornissen zal afnemen. Daarnaast is het van belang om de drie kerncomponenten van geestelijke gezondheid onafhankelijk van elkaar te bekijken. Elk omvatten zij een ander aspect van welbevinden, met als basiscomponenten; het ervaren van plezier (emotioneel welbevinden), het ervaren van persoonlijke groei (psychologisch welbevinden) en het ervaren van maatschappelijke betrokkenheid (sociaal welbevinden). Bij psychologisch welbevinden gaat het voornamelijk om het optimaal functioneren van een individu, waarbij doelgerichtheid, persoonlijke groei en autonomie belangrijke doelen zijn. Onder emotioneel welbevinden vallen gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven en bij sociaal welbevinden gaat het om het optimaal functioneren van mensen in de maatschappij (Keyes, 2009). In de positieve psychologie wordt welbevinden als een multidimensionaal construct gezien, waarbij alle drie de componenten essentieel zijn. Wanneer op elk van de drie componenten een hoge mate van welbevinden wordt ervaren is er sprake van floreren (Keyes, 2009). Echter is uit verschillende onderzoeken gebleken dat de componenten elkaar ook onderling beïnvloeden (Keyes, 2005). Omdat de drie kerncomponenten elk een ander aspect van welbevinden omvatten en zij alle drie nodig zijn om te kunnen floreren, is het van belang om te onderzoeken in welke mate de drie componenten bijdragen aan de geestelijke gezondheid. Op deze manier kan in kaart worden gebracht welke component meer of minder beïnvloed moet worden gedurende de behandeling, om de mate van geestelijke gezondheid te vergroten.

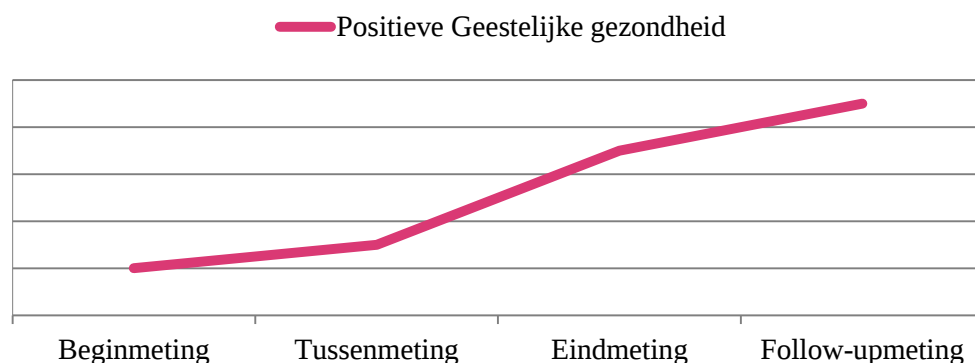
Het is daarom van belang om te bepalen of tijdens schematherapie de functionele modi toenemen en of deze samenhangen met een toename van de geestelijke gezondheid. Met deze informatie kan de focus van schematherapie beter bepaald worden. Door zich meer te richten op de modi, kan een toename van de functionele modi beter gerealiseerd worden. Hierdoor wordt bijgedragen aan de geestelijke gezondheid van een individu en zal terugval gereduceerd worden, omdat er een hogere mate van welbevinden aanwezig is. Verwacht wordt dat als de functionele modi tijdens de behandeling toenemen, de geestelijke gezondheid ook zal stijgen en dit positief zal doorwerken op de langere termijn. Door zich te richten op het bevorderen van de functionele modi in de behandeling, zullen deze voornamelijk tijdens de opname stijgen. Verwacht wordt dat de functionele modi na de behandeling zullen stabiliseren, omdat het effect van de behandeling zal beklijven. Daarnaast wordt verwacht dat cliënten voldoende handvatten voor ‘gezond gedrag’

aangeboden hebben gekregen tijdens de behandeling en dat dit effect behouden zal blijven (zie figuur 2).



Figuur 2. Verwachte verandering functionele modi.

Verwacht wordt dat de geestelijke gezondheid door het beïnvloeden van de functionele modi tevens zal toenemen tijdens de behandeling. Hiervan wordt verwacht dat deze positief zal doorwerken op de langere termijn, omdat deze zich verder kan ontwikkelen na de behandeling. Cliënten kunnen de handvatten die zij aangeboden hebben gekregen tijdens de behandeling in hun leven na opname inzetten. Hiervan wordt verwacht dat dit een positieve uitwerking heeft op de geestelijke gezondheid (zie figuur 3). Verwacht wordt dat dit tevens voor de drie kerncomponenten geldt. Mogelijk wordt tijdens de behandeling op een meer directe wijze aan het psychologisch welbevinden bijgedragen. Echter wordt verwacht dat hiermee tevens bijgedragen wordt aan het ervaren van positieve gevoelens en dat de tevredenheid van leven (emotioneel welbevinden) zal stijgen naarmate cliënten effectiever functioneren (psychologisch welbevinden). Daarnaast wordt verwacht dat het sociaal welbevinden zal stijgen naarmate de mogelijkheden om bij te dragen aan de maatschappij reëler worden.



Figuur 3. Verwachte verandering positieve geestelijke gezondheid.

Vraagstelling

Zal door toename van de mate van functionele modi de geestelijke gezondheid stijgen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek direct na schematherapie en op de langere termijn?

Deelvragen

1. Vindt er een significante toename plaats van functionele modi gedurende de therapie, na de therapie en op langere termijn?
2. Vindt er een significante toename plaats van geestelijke gezondheid en emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden gedurende de therapie, na de therapie en op langere termijn?
3. Vindt er door toename van de mate van functionele modi een stijging van de geestelijke gezondheid en van emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden plaats?

Methode

Onderzoeksdesign

Dit onderzoek is onderdeel van het wetenschappelijk onderzoek dat Ted Wolterink (GZ-psycholoog) uitvoert in kader van zijn opleiding tot klinisch psycholoog. Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen omtrent veranderingen in modi in de verschillende fases van de behandeling en of deze veranderingen samenhangen met klachtreductie. Hierdoor vindt de dataverzameling plaats over een langere periode. Deze tijdsperiode loopt van juni 2011 tot heden.

De invloed van functionele modi op geestelijke gezondheid zal worden onderzocht door middel van een kwantitatief longitudinaal onderzoek. Het onderzoek betreft vier meetmomenten; een beginmeting, een tussenmeting, een eindmeting direct na de schematherapie en een follow-upmeting zes maanden na afronden van de behandeling bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis die schematherapie volgen. Functionele modi zijn in dit onderzoek de onafhankelijke variabele en geestelijke gezondheid de afhankelijke variabele.

Respondenten

Het onderzoek zal worden uitgevoerd bij cliënten die zijn opgenomen in het centrum voor klinische psychotherapie van Mediant Geestelijke Gezondheidszorg. Het betreft volwassenen waarbij is vastgesteld dat zij voldoen aan de DSM-IV-TR criteria van een AS-II persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, C of een persoonlijkheidsstoornis NAO. De originele dataset bestaat uit N=148 respondenten. Respondenten waarbij meting één of vier mist (N=61), waarbij het onderzoek vroegtijdig is afgebroken (N=24) of drop-outs (N=17) zullen niet mee worden genomen in de statistische analyses. Om een juist beeld van de statistische analyses te kunnen geven en de hypothesen te kunnen toetsen, worden alleen de respondenten die ten minste meting één en vier beide hebben afgerond (N=46) meegenomen in dit onderzoek.

Onderstaande criteria zijn gebaseerd op een groot deel van de standaardcriteria die gehanteerd worden bij cliënten die worden opgenomen in het centrum voor klinische psychotherapie van Mediant Geestelijke Gezondheidszorg:

Inclusiecriteria

1. Minimale leeftijd van 18 jaar.
2. Heeft de toestemmingsverklaring ondertekend voor deelname aan het onderzoek.
3. Voldoet aan de DSM-IV-TR criteria van een AS II persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, C of een persoonlijkheidsstoornis NAO.
4. Beheerst de Nederlandse taal.

Exclusiecriteria

1. Is jonger dan 18 jaar.

2. Heeft de toestemmingsverklaring niet ondertekend voor deelname aan het onderzoek
3. Voldoet aan de DSM-IV-TR criteria van een AS II persoonlijkheidsstoornis uit cluster A.

Interventie

Cliënten zijn vrijwillig opgenomen in de kliniek, waarbij van een behandelperiode van circa twaalf maanden wordt uitgegaan. De kliniek kent drie (basis-)therapiegroepen van elk maximaal negen cliënten. In deze basisgroep worden cliënten bij opname willekeurig ingedeeld en volgen zij het grootste deel van de therapieën, zoals psychotherapie, psychomotorische therapie, beeldende therapie, sociotherapie en dramatherapie. Therapieën die in afwijkende groepen plaatsvinden zijn bepaalde modules die worden ingedeeld naar geslacht, door middel van inschrijving of die worden bepaald door de duur van opname van de cliënt. Voorbeelden zijn het Mannenblok, Vrouwenblok, Zelfcontrole, Ervaringsgericht en het Cognitieve blok. Tweemaal per week is er een Client Staf Overleg (CSO), waarbij de hele leefgroep plus alle aanwezige staf in het blok aanwezig zijn. Binnen alle therapieblokken wordt gewerkt volgens de schemagerichte therapie van Young.

Procedure

Bij de eerste afspraak van de intakeprocedure (oriëntatiegesprek) krijgen cliënten een informatiefolder (zie bijlage 1) over het onderzoek mee en worden zij benaderd met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Bij instemming van de cliënt wordt een toestemmingsverklaring ondertekend (zie bijlage 2). De eerste meting zal plaatsvinden tijdens de intakefase en wordt tevens in het kader van de behandeling uitgevoerd. De tweede (tussen-)meting vindt een halfjaar na start van de schematherapie plaats. De eindmeting vindt plaats na de interventie, circa twaalf maanden na start van de behandeling. De follow-upmeting is de laatste meting en vindt een halfjaar na ontslag van de behandeling plaats. De afname van de vragenlijsten zal plaatsvinden onder toezicht van een GZ-psycholoog of een psycholoog in opleiding.

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek worden twee zelfrapportage vragenlijsten gebruikt. De voor dit onderzoek gebruikte vragenlijsten worden hieronder in meer detail besproken.

Schema Modus Inventory (SMI)

De Schema Modus Inventory (SMI) is een schaal die aanwezige schemamodi meet Young, Atkinson, Lobbestael, Weishaar & Vreeswijk (2007). Dit wordt gemeten aan de hand van de veertien schemamodi. De veertien modi worden gemeten aan de hand van 124 items op een zespuntsschaal die van helemaal niet waar (1) tot helemaal waar (6) loopt. De minimale score bedraagt 124 en de maximale score bedraagt 744. Er kan een aparte totaalscore van de functionele en de disfunctionele modi worden gegeven. In dit onderzoek zullen alleen de functionele modi worden meegenomen; blij

kind en gezonde volwassene (zie tabel 1). De subschalen van de SMI vertonen een goede interne betrouwbaarheid ($\alpha=.87$) en de test-hertest betrouwbaarheid is goed (.84) (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2009).

Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

De Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) is een schaal die positieve geestelijke gezondheid meet (Lamers et al., 2011). Dit wordt gemeten aan de hand van drie kerncomponenten, te weten emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Onder emotioneel welbevinden vallen gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven (Keyes, 2009). Bij sociaal welbevinden gaat het om het optimaal functioneren van mensen in de maatschappij en psychologisch welbevinden richt zich op het optimaal functioneren van een individu (Keyes, 2009). De drie componenten van welbevinden worden gemeten aan de hand van veertien items op een zespuntsschaal die van nooit (0) tot elke dag (5) loopt. De minimale score bedraagt 0 en de maximale score bedraagt 70. Een hogere score duidt op een hogere mate van geestelijke gezondheid. Emotioneel welbevinden telt drie items, sociaal welbevinden vijf items en psychologisch welbevinden zes items. Gezamenlijk geven deze items een score voor de geestelijke gezondheid aan (Lamers et. al., 2011). De MHC-SF is een betrouwbare vragenlijst ($\alpha=.89$) om positieve geestelijke gezondheid te meten (Lamers et. al., 2011). Dit geldt ook voor de subschalen van emotioneel welbevinden ($\alpha=.83$) en psychologisch welbevinden ($\alpha=.83$). De subschaal sociaal welbevinden heeft een voldoende betrouwbaarheid ($\alpha=.74$) (Lamers et. al., 2011). De drie kerncomponenten hebben een goede convergente validiteit (.85) (Lamers et. al., 2011). In dit onderzoek zullen zowel de totaalscore van positieve geestelijke gezondheid als de drie kerncomponenten apart van elkaar worden meegenomen.

Statistische analyse

Om te toetsen of functionele modi invloed hebben op de geestelijke gezondheid die cliënten aangeven te ervaren, zullen de scores van beide parameters van de eindmeting (T3) en van de follow-upmeting (T4) met elkaar worden vergeleken. Om inzicht te verkrijgen wie profiteert van schematherapie wordt geanalyseerd bij welke respondenten de functionele modi gedurende de behandeling (T1 & T3) significant zijn gestegen en of dit een voorspeller is voor een toename van de geestelijke gezondheid. Om te beginnen wordt door middel van een Paired-Samples T-test gemeten of er een significante toename van functionele modi plaatsvindt gedurende de therapie, na de therapie en op langere termijn. Daarnaast wordt gemeten of er een significante toename van geestelijke gezondheid plaatsvindt gedurende de therapie, na de therapie en op langere termijn. De geestelijke gezondheid zal ook gespecificeerd worden in emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Hierdoor kan meer inzicht verkregen worden over in welke mate de drie kerncomponenten afzonderlijk bijdragen aan de geestelijke gezondheid. Na deze analyses worden de respondenten ingedeeld in twee groepen; een groep waarbij de respondenten aangeven dat de functionele modi significant zijn gestegen tussen de

begin- en eindmeting en een groep waarbij dit niet het geval is. Om dit te kunnen toetsen zal gebruik gemaakt worden van de gegevens van de Paired-Samples T-test, waarmee de Reliable Change Index (RCI) kan worden berekend. Hierdoor kan de klinische relevantie van de SMI in kaart worden gebracht en kunnen significante verschillen per respondent worden vormgegeven. De eerste groep, waarbij de respondenten aangeven dat de functionele modi een klinisch relevant verschil vertonen tussen de begin- en eindmeting (T1 & T3), en de tweede groep, waarbij dit niet het geval is, zullen voor de laatste deelvraag met elkaar worden vergeleken. Hierbij zal gebruik gemaakt worden van een logistische regressieanalyse, waarmee de voorspellende waarde van functionele modi voor de geestelijke gezondheid in kaart kan worden gebracht.

Resultaten

Om te meten of er een significante stijging plaatsvindt met betrekking tot de functionele modi tijdens de behandeling, worden de beginmeting (T1) en de eindmeting (T3) met elkaar vergeleken (zie tabel 2). Hieruit blijkt dat er sprake is van een significant verschil ($p < .001$) (zie tabel 3). Bij de eindmeting wordt significant hoger gescoord op functionele modi dan bij de beginmeting. Om te meten of de functionele modi ook zijn gestegen op de langere termijn, worden bij deze respondenten de eindmeting (T3) en de follow-upmeting (T4) met elkaar vergeleken (zie tabel 2). Hierbij komt geen significant verschil ($p = .176$) naar voren (zie tabel 3). Bij de follow-up meting is het effect in vergelijking met de eindmeting behouden gebleven.

Tabel 2. *Functionele modi en positieve geestelijke gezondheid direct na de behandeling en op de langere termijn (N=46).*

	Functionele modi		Geestelijke gezondheid	
	M	SD	M	SD
Beginmeting	58.090	10.585	1.738	.975
Eindmeting	75.174	16.294	2.767	1.153
Follow-upmeting	72.348	17.255	2.460	1.095

M=gemiddelde per meting; SD=standaarddeviatie per meting.

Tabel 3. *Functionele modi direct na de behandeling en op de langere termijn (N=46).*

Functionele modi	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting - Eindmeting	-17.087	16.461	-21.975	-12.199	<.001**
Eindmeting - Follow-upmeting	2.826	13.940	-1.314	6.966	.176

Om te meten of er een significante stijging plaatsvindt met betrekking tot de positieve geestelijke gezondheid tijdens de behandeling, worden de beginmeting (T1) en de eindmeting (T3) met elkaar vergeleken (zie tabel 2). Hieruit blijkt dat er sprake is van een significant verschil ($p < .001$) (zie tabel 4). Bij de eindmeting wordt significant hoger gescoord op geestelijke gezondheid dan bij de beginmeting. Om te meten of de positieve geestelijke gezondheid ook is gestegen op de langere termijn, worden bij deze respondenten de eindmeting (T3) en de follow-upmeting (T4) met elkaar vergeleken (zie tabel 2). Hierbij komt geen significant verschil ($p = .059$) naar voren (zie tabel 4). Bij de follow-up meting is het effect in vergelijking met de eindmeting behouden gebleven.

Tabel 4. *Positieve geestelijke gezondheid direct na de behandeling en op de langere termijn (N=46).*

Geestelijke gezondheid	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting - Eindmeting	-1.029	1.116	-1.361	-.698	<.001**
Eindmeting - Follow-upmeting	.307	1.076	-.012	.627	.059

De positieve geestelijke gezondheid is tevens gespecificeerd in de drie kerncomponenten, te weten emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden (zie tabel 5). Tussen de begin- en eindmeting (T1 & T3) is bij alle drie de componenten sprake van een significant verschil ($p < .001$) (zie tabel 6). Bij de eindmeting wordt significant hoger gescoord op alle drie componenten van geestelijke gezondheid dan bij de beginmeting. Als gekeken wordt naar het verschil tussen de eind- en follow-upmeting (T3 & T4) is bij psychologisch welbevinden tevens een significant verschil ($p = .012$) te zien. Bij de follow-upmeting wordt significant lager gescoord op psychologisch welbevinden dan bij de eindmeting. Alhoewel de stijging van psychologisch welbevinden zich niet doorzet op de langere termijn, is er geen sprake van terugval. Als gekeken wordt naar het verschil tussen de begin- en follow-upmeting (T1 & T4) is bij psychologisch welbevinden een significante verbetering ($p < .001$) te zien. Het verschil tussen de eind- en follow-upmeting bij emotioneel ($p = .090$) en sociaal welbevinden ($p = .553$) is niet significant. Bij de follow-up meting is het effect in vergelijking met de eindmeting behouden gebleven.

Tabel 5. *Positieve geestelijke gezondheid gespecificeerd in de drie kerncomponenten direct na de behandeling en op de langere termijn (N=46).*

Welbevinden	Emotioneel		Sociaal		Psychologisch	
	M	SD	M	SD	M	SD
Beginmeting	1.732	1.218	1,557	,979	1,894	1,107
Eindmeting	2.979	1.314	2,200	1,168	3,135	1,215
Follow-upmeting	2.616	1,286	2,109	1,123	2,689	1,178

M=gemiddelde per meting; SD=standaarddeviatie per meting.

Tabel 6. *Positieve geestelijke gezondheid gespecificeerd in de drie kerncomponenten direct na de behandeling en op de langere termijn (N=46).*

Emotioneel welbevinden	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting - Eindmeting	-1.246	1.541	-1.704	-.789	<.001**
Eindmeting - Follow-upmeting	.362	1.420	-.059	.784	.090
Sociaal welbevinden					
Beginmeting - Eindmeting	-.643	1.010	-.943	-.344	<.001**
Eindmeting - Follow-upmeting	.091	1.036	-.216	.399	.553
Psychologisch welbevinden					
Beginmeting - Eindmeting	-1.241	1.300	-1.627	-.855	<.001**
Eindmeting - Follow-upmeting	.446	1.157	.102	.790	.012*

De respondenten worden ingedeeld in twee groepen; een groep waarbij de respondenten aangeven dat de functionele modi significant zijn gestegen tussen de begin- en eindmeting en een groep waarbij dit niet het geval is. Uit de meting die bij deelvraag 1 is uitgevoerd, kwam een significant verschil ($p < .001$) naar voren met betrekking tot de functionele modi direct na de behandeling. Als dit verschil per respondent bekeken wordt, blijkt dat $N=19$ respondenten een significante verbetering laten zien op de functionele modi tussen de begin- en eindmeting (T1 & T3). Zij worden ingedeeld in groep 1. $N=27$ respondenten laten geen significant verschil zien op de functionele modi direct na de behandeling en worden ingedeeld in groep 2. Om te meten of functionele modi invloed hebben op de geestelijke gezondheid, en of bij de respondenten die een significante verbetering laten zien op de functionele modi direct na de therapie tevens de geestelijke gezondheid is gestegen, zullen de gegevens van groep 1 en groep 2 met elkaar worden vergeleken (zie tabel 7). Hieruit blijkt dat de voorspellende waarde van het model, of functionele modi voorspellend zijn voor de geestelijke gezondheid, 28% bedraagt. Geestelijke gezondheid ($p = .015$) wordt voorspeld door de mate van functionele modi die iemand aangeeft te hebben. De kans dat respondenten die functionele modi hebben geestelijke gezondheid ervaren, is significant hoger dan de kans dat respondenten die geen geestelijke gezondheid ervaren functionele modi aangeven te hebben.

Tabel 7. Voorspellende waarde van (dis-)functionele modi op de positieve geestelijke gezondheid.

Modi	B	S.E.	Z-ratio	p	Odds
Geestelijke gezondheid	2.667	1.098	5.901	.015*	14.400
Constant	.223	.387	.332	.565	1.250

Nagelkerke $R^2 = .277$

$N=46$

De geestelijke gezondheid is tevens gespecificeerd in de drie kerncomponenten, te weten emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden (zie tabel 8). Hieruit blijkt dat de voorspellende waarde van het model, of functionele modi voorspellen of er emotioneel welbevinden aanwezig is of niet, 45% bedraagt. Emotioneel welbevinden ($p = .998$) wordt niet voorspeld door de mate van functionele modi die iemand aangeeft te hebben. Daarnaast komt naar voren dat de voorspellende waarde van het model, of functionele modi voorspellen of er sociaal welbevinden aanwezig is of niet, 36% bedraagt. Sociaal welbevinden ($p = .001$) wordt voorspeld door de mate van functionele modi die iemand aangeeft te hebben. Ten slotte blijkt de voorspellende waarde van het model, of functionele modi voorspellen of er psychologisch welbevinden aanwezig is of niet, 18% te bedragen. Psychologisch welbevinden ($p = .047$) wordt voorspeld door de mate van functionele modi die iemand aangeeft te hebben. De kans dat respondenten die functionele modi hebben sociaal en psychologisch welbevinden ervaren, is significant hoger dan de kans voor respondenten die geen functionele modi aangeven te hebben.

Tabel 8. *Voorspellende waarde van (dis-)functionele modi op de positieve geestelijke gezondheid gespecificeerd in de drie kerncomponenten.*

Modi	B	S.E.	Z-ratio	p	Odds
Emotioneel welbevinden	21.129	9220.900	.000	.998	1500083783
Constant	.074	.385	.037	.847	1.077
Nagelkerke R ² =.452 N=46					
Sociaal welbevinden	2.539	.757	11.241	.001**	12.667
Constant	-.865	.421	4.212	.040*	.421
Nagelkerke R ² =.356 N=46					
Psychologisch welbevinden	2.197	1.106	3.950	.047*	9.000
Constant	.693	.408	2.883	.090	2.000
Nagelkerke R ² =.184 N=46					

Discussie

Binnen dit onderzoek is onderzocht of de mate van geestelijke gezondheid zal stijgen als de mate van functionele modi toenemen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek direct na schematherapie en op de langere termijn binnen een klinische behandelsetting. Daarnaast is in kaart gebracht of er een significante toename van functionele modi en geestelijke gezondheid plaatsvindt gedurende de therapie, na de therapie en op langere termijn. Aangenomen werd dat deze beide zouden stijgen door de therapie. Van de drie kerncomponenten van geestelijke gezondheid werd tevens verwacht dat zij gedurende de therapie zouden stijgen en dat dit positief zal doorwerken op de langere termijn. Daarnaast werd verwacht dat als de functionele modi tijdens de behandeling toenemen, de geestelijke gezondheid hierdoor ook zal stijgen en dit positief zal doorwerken op de langere termijn.

Uit dit onderzoek komt naar voren dat er sprake is van een significante stijging tijdens de behandeling met betrekking tot de functionele modi. Met betrekking tot de geestelijke gezondheid worden vergelijkbare resultaten gevonden. Tijdens de behandeling vindt er een significante stijging plaats van de geestelijke gezondheid, waarbij ook de drie kerncomponenten afzonderlijk van elkaar een significante stijging laten zien. Deze resultaten bevestigen de goede algemene resultaten en grote effecten die in eerder onderzoek naar schematherapie werden gevonden (Weertman & Arntz, 2007). Zes maanden na afloop van de behandeling zijn deze effecten behouden. Dit komt overeen met de aanname dat als de functionele modi tijdens de behandeling toenemen en de geestelijke gezondheid hierdoor ook zal stijgen, dit positief zal doorwerken op de langere termijn. Als gekeken wordt naar de drie kerncomponenten op de langere termijn, zijn bij emotioneel en sociaal welbevinden tevens de effecten behouden. De resultaten bevestigen hiermee dat het versterken van de geestelijke gezondheid kan bijdragen aan individuele veerkracht en terugvalpreventie (Wood & Joseph, 2009) en de invloed die geestelijke gezondheid kan hebben op de mate en het behoud van herstel (Keyes & Westerhof, 2010). Bij psychologisch welbevinden zet deze stijging zich echter niet door en geven respondenten zes maanden na afloop van de behandeling aan een lagere mate van psychologisch welbevinden te ervaren. Alhoewel de stijging op psychologisch welbevinden zich niet doorzet op de langere termijn, is er geen sprake van terugval. Er wordt door cliënten lager gescoord op de langere termijn dan direct na de behandeling, echter is dit niet vergelijkbaar met de scores bij aanvang van de behandeling. Dit kan betekenen dat cliënten na klinische opname mogelijk moeite hebben om in te stromen in het ‘gewone’ leven en om hun leven opnieuw in te richten. Zij moeten loskomen van de klinische behandelsetting, waarin structuur en veiligheid voorop staat, en zullen de handvatten die zij aangereikt hebben gekregen zelfstandig moeten gaan inzetten. Psychologisch welbevinden bestaat uit zes dimensies (zelfacceptatie, autonomie, omgevingsbeheersing, persoonlijke groei, doelgerichtheid en positieve relaties met anderen), die allemaal belangrijk zijn in het proces van zelfrealisatie. Mogelijk betekent de significante daling van psychologisch welbevinden op de langere termijn dat tijdens de behandeling met name op deze dimensies zou moeten worden ingespeeld. Dit zou kunnen door cliënten te leren zichzelf te accepteren, persoonlijk te laten groeien en door de herkenning en het

begrip bij groepsleden kunnen zij positieve relaties binnen de kliniek opbouwen. De gestructureerde en gecontroleerde setting bevordert mogelijk de autonomie en omgevingsbeheersing. Het zelfstandig gaan inzetten en behouden van de aangeleerde handvatten zou na de behandeling moeizaam kunnen verlopen, omdat de structuur en de veiligheid in het ‘gewone leven’ niet aangeboden wordt zoals in de kliniek. Cliënten moeten zelf richting aan hun leven gaan geven en worden vaker met onverwachte of oude situaties geconfronteerd. Alhoewel cliënten hun klachten als belastend ervaren, zijn ze ‘gewend’ geraakt aan het leven met de stabiele patronen van hun persoonlijkheidsstoornis en de veilige omgeving waarin zij ‘nieuw’ gedrag kunnen uitproberen. Het nieuwe gedrag is voor hen nog vreemd en moeilijk om zelf toe te passen, iets wat na de behandeling wel van hen verwacht wordt. Dit zou ondervangen kunnen worden door in het nazorgtraject het psychologisch welbevinden te blijven bevorderen door welbevindentherapie aan te bieden. Hierdoor wordt de stap vanuit een klinische behandelsetting naar het ‘gewone leven’ minder groot. Door de individuele focus van welbevindentherapie kunnen cliënten gericht werken aan hun persoonlijke doelen. Daarnaast zouden er gedurende de therapie specifieke therapieblokken kunnen worden aangeboden waarin het bevorderen van de geestelijke gezondheid centraal staat. Hierbij valt te denken aan blokken waarbij elementen uit de positieve psychologie aan bod komen, zoals positieve emoties, sterke kanten, talenten, compassie en mindfulness.

Daarnaast is onderzocht of er een stijging van de geestelijke gezondheid plaatsvindt doordat de mate van functionele modi toenemen bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek direct na schematherapie en op de langere termijn. Uit de resultaten blijkt dat functionele modi voorspellend zijn voor de mate van geestelijke gezondheid die wordt ervaren. Ook voor sociaal en psychologisch welbevinden hebben functionele modi een voorspellende waarde. Dit betekent dat door de functionele modi te bevorderen, de geestelijke gezondheid, en het sociaal en psychologisch welbevinden, op een positieve wijze beïnvloed worden. Emotioneel welbevinden kan niet voorspeld worden door de aanwezigheid van functionele modi. Mogelijk kan de aanwezigheid van functionele modi op korte termijn niet voldoende bijdragen aan de levenstevredenheid van de cliënt en een ‘goede’ balans tussen positieve en negatieve emoties. Bij functionele modi staan het (emotioneel) in balans zijn en dingen aangaan die goed voor je zijn voorop. Mogelijk sluit dit beter aan bij het eudemonisch welbevinden, waarbij persoonlijke ontwikkeling en maatschappelijke participatie voorop staan, dan bij hedonistisch welbevinden, waarbij geluk als het hoogst denkbare doel wordt gezien. Daarnaast blijkt uit onderzoek van Diener, Suh, Lucas & Smith (1999) dat levensomstandigheden zoals opleiding, werk en huwelijk samenhangen met emotioneel welbevinden. Dit zijn ook de omstandigheden waar cliënten voor hun opname vaak in vastliepen en die zij tijdens of vlak na de behandeling moeten missen of opnieuw zullen moeten opbouwen. Daarnaast komt het niet goed kunnen reguleren van emoties bij persoonlijkheidsproblematiek veelvuldig voor. Mogelijk geven cliënten nog te vaak destructieve emotionele reacties, waardoor negatieve gevolgen ontstaan die op hun beurt weer negatieve emoties oproepen. Door het aanbieden van vaardigheidstraining emotieregulatiestoornis (VERS-training) kan

cliënten geleerd worden emoties te reguleren. Door op constructieve wijze emoties te hanteren, zal bijgedragen worden aan de mate waarin positieve gevoelens aanwezig zijn en de mate waarin negatieve gevoelens afwezig zijn.

Een mogelijk verbeterpunt is om de uitval van respondenten te reduceren. In dit onderzoek zijn 102 van de 148 respondenten niet meegenomen in de statistische analyses, vanwege vroegtijdig afbreken van het onderzoek, drop-outs of missende metingen. 61 van de respondenten voldeden niet aan de criteria vanwege het missen van meting één of vier. Hierdoor zou de interne en externe validiteit verlaagd kunnen zijn. Door minder streng te selecteren, zou er gebruikt gemaakt kunnen worden van een grotere groep respondenten. Daarnaast heeft dit onderzoek zich gericht op de positieve elementen van schematherapie en behandeling in het algemeen. Hoewel het belang van het bevorderen van geestelijke gezondheid is bewezen, zou in verder onderzoek tevens naar de klachten gekeken kunnen worden. Omdat het om twee onafhankelijke dimensies gaat, kan alleen door naar beide dimensies te kijken, een volledig beeld van cliënten worden gegeven. Hierdoor kan gericht op de klachten worden ingespeeld en de geestelijke gezondheid gericht worden vergroot. Dit onderzoek is uitgevoerd bij cliënten waarbij is vastgesteld dat zij voldoen aan de DSM-IV-TR criteria van een AS-II persoonlijkheidsstoornis. Echter is er bij deze groep veelal sprake van comorbiditeit, waarbij verschillende AS-I stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen, eetstoornissen en aan een middel gebonden stoornissen een rol spelen. Alhoewel de nadruk ligt op het behandelen van de persoonlijkheidsproblematiek, wordt met de behandeling indirect de AS-I problematiek aangepakt. De resultaten van dit onderzoek hebben daarom mogelijk ook betekenis voor andere psychiatrische stoornissen. Om meer inzicht te verkrijgen in welke cliënten verbetering laten zien en welke niet, kunnen in verder onderzoek de comorbide stoornissen en de diagnose waarvoor zij behandeld worden, meegenomen worden in het onderzoek, zodat het effect op andere psychiatrische stoornissen beter in kaart kan worden gebracht. Door deze informatie kan er specifiek behandeld worden om de functionele modi en de geestelijke gezondheid te vergroten. In dit onderzoek zijn alleen de functionele modi meegenomen om aan te geven dat er meer nadruk mag worden gelegd op de positieve elementen van de behandeling. Het doel was om te onderzoeken hoe de geestelijke gezondheid kan worden bevorderd door positieve elementen te beïnvloeden. In verder onderzoek zouden tevens de disfunctionele modi kunnen worden meegenomen. Gekeken kan worden of er een stijging van de geestelijke gezondheid plaatsvindt vanwege het afnemen van disfunctionele modi. De termen *geestelijke gezondheid* en (*emotioneel, sociaal en psychologisch*) *welbevinden*, die in dit onderzoek veelvuldig gebruikt zijn, worden in de literatuur vaak door elkaar gebruikt. Hierdoor is af en toe enige verwarring ontstaan over welke concepten daadwerkelijk bedoeld werden. Wordt geestelijke gezondheid gezien als een overkoepeld concept van de twee onafhankelijke dimensies klachten en welbevinden? Of is geestelijke gezondheid ‘slechts’ een verzamelnaam voor de drie verschillende componenten van welbevinden? Deze vragen behoeven nader onderzoek, om een duidelijk beeld te krijgen van deze concepten. In dit onderzoek is uitgegaan van de definitie die de World Health

Organization (WHO) heeft opgesteld: ‘a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’, waarin de drie componenten van welbevinden zijn te herkennen (WHO, 2004, p.12).

Het belang van het gebruik van het schema-modimodel binnen schematherapie is eerder al aangetoond door Renner et al.(2013). Verder onderzoek naar schemamodi wordt aanbevolen om het model verder te verfijnen en te specificeren (Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Daarnaast wordt aanbevolen verder onderzoek te doen om het toenemen van de geestelijke gezondheid, en met name psychologisch welbevinden, ook op de langere termijn te laten stijgen. Door middel van exploratief onderzoek kan onderzocht worden welke factoren hier voornamelijk een rol bij spelen, zodat deze geoptimaliseerd kunnen worden. Daarnaast zou er een pilot-study uitgevoerd kunnen worden naar het aanvullend aanbieden van welbevindentherapie of blokken positieve psychologie. Verder onderzoek naar schemamodi en/of het effect van positieve geestelijke gezondheid kan gespecificeerd worden in bijvoorbeeld diagnose, geslacht, de invloed van groepstherapie, de invloed van een klinische setting en eventuele demografische gegevens. Hierdoor kan meer inzicht verkregen worden in de individuele processen, de behoeften van cliënten en de focus van de therapie. Door kwantitatief longitudinaal onderzoek kan veel informatie verkregen worden hoe deze elementen zich gedurende de behandeling en op de langere termijn ontwikkelen. Daarnaast is aan te bevelen om gebruik te maken van een grotere steekproef, zodat er meer betrouwbare conclusies getrokken kunnen worden. Ten slotte is het raadzaam om meer onderzoek te verrichten naar het vergroten van de geestelijke gezondheid. Dit is van belang omdat het de effectiviteit van behandelingen zal vergroten en de terugval zal reduceren. Investeren in geestelijke gezondheid zal leiden tot een algemene, grotere mate van geestelijke gezondheid waarbij floreren voorop staat.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Derksen, J. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen. In H. v. Molen, S. Perreijn, & M. v. Hout, *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie* (pp. 959-960). Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63 (6), 649-658.
- Huppert, F.A., Baylis, N., & Keverne, B. (2005). *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Kellog, S.H., & Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4). 445-458. DOI: 10.1002/jclp.20240.
- Keyes, C.M.L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2009). The nature and importance of mental health in youth. In R. Gilman, M. Furlong, & E.S. Heubner (Eds.), *Promoting Wellness in Children and Youth: A Handbook of Positive Psychology in the Schools* (pp. 9-23). New York: Routledge.
- Keyes, C.L.M., & Westerhof, G.J. (2010) Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-199.
- Lamers, S., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. ten, & Keyes, C.L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-110.
- Livesley, J.W. (1995). The DSM-IV personality disorders. *Diagnosis and treatment of mental disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The reliability and validity of the Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458. Doi:10.1017/S1352465810000226.
- 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(3), 185-202. Doi: 10.1080/16506073.2011.614274.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Werkboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.

- 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. Doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011.
- Renner, F., Goor, M. van, Huibers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2014). Effecten van Schemagroepstherapie bij Jongvolwassenen. *Gedragstherapie*. 47(1).
- Verheul, R. (2005). Nieuwe inzichten in de veranderbaarheid van persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen. *De Psycholoog*, 122-128.
- Vreeswijk, M.F. van, Broersen, J. & Nadort, M. (2008). Handboek Schematherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2133-2143.
- Wood, A., & Joseph, S. (2009). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, 122, 213-217.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: WHO.
- Young, J.E. (1999). Young Parenting Inventory (YPI). New York: Cognitive Therapy Centre.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., & Vreeswijk, M. F., van (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie, handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Bijlagen

1. Informatiefolder onderzoek
2. Toestemmingsverklaring onderzoek
3. Schema Modus Inventory (SMI)
4. Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

Bijlage 1: Informatiefolder onderzoek



INFORMATIEFOLDER

wetenschappelijk onderzoek

Evaluatieonderzoek bij schemagerichte klinische groepsbehandeling

Achtergrond van het onderzoek

Mediant is een middelgrote GGZ instelling in Twente, waar zich ongeveer 6000 cliënten per jaar melden met uiteenlopende psychische klachten. Een van de specialistische onderdelen van Mediant is het centrum voor klinische psychotherapie “De Wieke”. Bij de Wieke volgen (jong)volwassen cliënten een behandeltraject van 3 tot 12 maanden, welke zich richt op het verminderen van psychische klachten en het verbeteren van het sociaal functioneren. Er wordt gewerkt met schemagerichte therapie. De behandeling is intramuraal en heeft tot doel de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling weer op gang te brengen, in een veilige omgeving. Er worden maximaal 27 cliënten in de leefgroep behandeld. Daarnaast participeert de cliënt in een therapiegroep, die uit maximaal 9 cliënten bestaat. Naast de groepsgerichte activiteiten is het ook mogelijk een individueel behandeltraject samen te stellen. De behandelduur varieert van 3 tot 12 maanden, waarbij de meeste cliënten de volledige 12 maanden opgenomen worden. Er kan aansluitend een nazorgtraject plaatsvinden.

Onduidelijk is in hoeverre deze klinische groepsbehandeling effect heeft op een verandering van onderliggende schema's. De hypothese is dat klinische behandeling leidt tot afname van de door cliënten gerapporteerde schema's/klachten. Dit onderzoek betreft een exploratief onderzoek naar effecten van dit klinische groepsbehandeltraject.

Wat is het doel van het onderzoek?

We willen met dit onderzoek inzicht krijgen in het effect van de klinische groepsbehandeling op schema's. En de uitkomsten willen we gebruiken om de behandeling te verbeteren.

Wat betekent mijn deelname voor mij?

Bij de intake krijgt iedereen een psychologisch onderzoek met zelfrapportagevragenlijsten. Hierin worden onder andere psychische klachten en schema's gemeten. Dat noemen we de beginmeting; zo kom je binnen bij de Wieke. Deelname aan dit onderzoek betekent dat je aan het eind van je behandeling deze vragenlijsten nogmaals invult. Dat noemen we de eindmeting; zo verlaat je de Wieke. Ook zal je een half jaar na beëindiging van behandeling worden benaderd (schriftelijk of per e-mail) om dezelfde vragenlijsten nogmaals in te vullen. Dat noemen we de follow up; we willen weten of de veranderingen in schema's na een half jaar gelijk zijn gebleven.

Wat gebeurt er met mijn gegevens?

De gegevens van het onderzoek worden anoniem verwerkt en zullen op geen enkele manier tot jouw te herleiden zijn. Je scores worden zonder je naam ingevoerd in een statistiek programma waarna we gaan kijken of we op groepsniveau effecten zien. Mocht je zelf graag de uitslagen van de vragenlijsten willen, dan kan je dat aangeven. We zullen er voor zorgen dat je dan persoonlijk binnen vier weken bericht krijgt met de uitkomsten.

Wat als ik niet mee wil doen?

Deelname aan dit onderzoek is geheel vrijwillig. Als je niet mee wilt doen heeft dit geen enkele invloed op de behandeling die je krijgt aangeboden. Ook kan je altijd tussentijds besluiten dat je niet meer mee wilt doen, waarbij dat geen consequenties heeft voor je behandeltraject.

Ik heb nog andere vragen

Als je nog vragen hebt kun je altijd contact opnemen met de coördinator van het onderzoek: Ted Wolterink, t.wolterink@mediant.nl, 053 – 4755578.

Ook als je wilt meedoen aan het onderzoek, kan je met de onderzoekscoördinator contact opnemen. Je wordt dan uitgenodigd om een toestemmingsverklaring te tekenen en zal daarna vanzelf voor de verschillende metingen worden opgeroepen.

Bijlage 2: Toestemmingsverklaring onderzoek



TOESTEMMINGSVERKLARING

deelname wetenschappelijk onderzoek:

Evaluatieonderzoek bij schemagerichte klinische groepsbehandeling

Hierbij verklaar ik dat ik bereid ben deel te nemen aan het onderzoek 'Evaluatieonderzoek bij schemagerichte klinische groepsbehandeling'.

Ik heb van de onderzoeker schriftelijke en mondelinge informatie gekregen over de inhoud, methode en doel van het onderzoek. Ik heb mijn vragen kunnen stellen en die zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp waarover het onderzoek gaat.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen of ik mee wil doen. Ik begrijp dat als ik niet meer mee wil doen, ik het onderzoek op ieder moment stop kan zetten.

Ik begrijp dat ik mijn vragen altijd kan stellen aan de onderzoekscoördinator: Ted Wolterink, t.wolterink@mediant.nl, 088 – 373 6700.

Naam :

Geboortedatum :

Datum :

Handtekening :

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt.

Naam :

Functie :

Datum :

Handtekening :

Bijlage 3: Schema Modus Inventory (SMI)

Naam / pnr:
 Geboortedatum:.....
 Datum:.....
 Geslacht:.....
 Opleiding:.....

SMI (versie 1)

INSTRUCTIE: In deze vragenlijst staan uitspraken die mensen kunnen gebruiken om zichzelf te beschrijven. We willen u vragen van deze uitspraken de FREQUENTIE te beoordelen; dus **hoe vaak je over het algemeen** van de uitspraak overtuigd bent of hoe vaak het zo voelde.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
 2= Zelden
 3= Af en toe

4= Regelmatig
 5= Meestal
 6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	1. Door anderen te laten merken dat met jou niet te spotten valt, dwing je respect af.
	2. Ik voel me geliefd en geaccepteerd.
	3. Ik gun mezelf geen plezier omdat ik het niet verdien.
	4. Ik voel me inadequaar, gebrekkig of waardeloos.
	5. Ik heb de neiging om mezelf te straffen door mezelf pijn te doen (bijvoorbeeld mezelf snijden).
	6. Ik voel me verloren.
	7. Ik ben streng voor mezelf.
	8. Ik doe erg mijn best anderen te plezieren om conflicten, confrontatie of afwijzing te vermijden.
	9. Ik kan mezelf niet vergeven.
	10. Ik doe dingen om in het middelpunt van de belangstelling te staan.
	11. Ik raak geïrriteerd als mensen niet doen wat ik van hen vraag.
	12. Ik kan mijn impulsen slecht controleren.
	13. Als ik een doel niet kan bereiken, raak ik snel gefrustreerd en geef ik het op.
	14. Ik heb woedeaanvallen en driftbuien.
	15. Ik handel impulsief of ik uit emoties die me in de problemen brengen of die andere mensen kwetsen.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	16. Het is mijn schuld wanneer er iets ergs gebeurt.
	17. Ik voel me tevreden en kalm.
	18. Ik verander mezelf afhankelijk van de mensen bij wie ik ben, zodat ze me aardig zullen vinden of me goedkeuren.
	19. Ik voel me verbonden met andere mensen.
	20. Als er problemen zijn, doe ik hard mijn best om ze zelf op te lossen.
	21. Ik dwing mezelf niet om routinematige of vervelende taken af te maken.
	22. Als ik niet vecht word ik misbruikt of verwaarloosd.
	23. Ik moet zorgen voor de mensen om mij heen.
	24. Wie zich laat pesten is een mislukkeling.
	25. Ik val mensen fysiek aan als ik boos op hen ben.
	26. Als ik me eenmaal boos begin te voelen, houd ik het vaak niet onder controle en verlies ik mijn beheersing.
	27. Het is voor mij belangrijk nummer één te zijn (bijvoorbeeld de meest populaire, meest succesvolle, meest rijke, meest machtige).
	28. Ik voel me onverschillig.
	29. Ik kan problemen rationeel oplossen zonder me door mijn emoties te laten overspoelen.
	30. Ik vind het onzin een plan te maken van hoe iets aan te pakken.
	31. Ik neem geen genoegen met het één na beste.
	32. Aanval is de beste verdediging.
	33. Ik voel me kil naar andere mensen toe.
	34. Ik voel me onthecht (geen contact met mezelf, mijn emoties en anderen).
	35. Ik volg blindelings mijn emoties.
	36. Ik voel me wanhopig.
	37. Ik sta het toe dat andere mensen mij bekritisieren of kleineren.
	38. In relaties laat ik de andere persoon de overhand hebben.
	39. Ik voel me afstandelijk tegenover andere mensen.
	40. Ik denk niet na over wat ik zeg en breng daarmee mezelf in de problemen of kwets anderen.
	41. Ik werk of sport intensief om niet te hoeven denken aan vervelende dingen.
	42. Ik ben boos omdat mensen proberen mijn vrijheid en onafhankelijkheid van me af te pakken.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

<u>Frequentie</u>	<u>Over het algemeen...</u>
	43. Ik voel niks.
	44. Ik doe wat ik wil, ongeacht de behoeften en gevoelens van andere mensen.
	45. Ik geef mezelf niet de kans om te ontspannen of plezier te hebben, voordat ik alles heb afgemaakt wat ik moest doen.
	46. Ik gooi en smijt met dingen als ik boos ben.
	47. Ik ben woedend op iemand.
	48. Ik voel dat ik bij andere mensen hoor.
	49. Ik heb veel opgekropte boosheid die eruit moet.
	50. Ik voel me eenzaam.
	51. Ik probeer mijn best te doen bij alles wat ik doe.
	52. Ik doe graag iets opwindends of troostends om mijn gevoelens te vermijden (bijvoorbeeld eten, seksuele activiteiten, uitgaan, gokken of shoppen).
	53. Gelijkwaardigheid bestaat niet, dus kan je maar het beste boven de ander staan.
	54. In mijn boosheid verlies ik de controle over mezelf en bedreig ik andere mensen.
	55. Ik laat andere mensen hun gang gaan, in plaats van mijn eigen behoeften te uiten.
	56. Wie niet voor me is, is tegen me.
	57. Om minder last te hebben van vervelende gedachten of gevoelens, zorg ik dat ik het altijd druk heb.
	58. Ik ben een slecht persoon als ik boos word op andere mensen.
	59. Ik wil niet betrokken raken bij andere mensen.
	60. Ik ben zo woedend geweest dat ik iemand (ernstig) verwond of vermoord heb.
	61. Ik voel dat ik genoeg stabiliteit en zekerheid in mijn leven heb.
	62. Ik weet wanneer mijn emoties te uiten en wanneer niet.
	63. Ik ben boos op iemand omdat hij/ zij er niet voor me was of mij verliet.
	64. Ik voel me niet verbonden met andere mensen.
	65. Ik kan me er niet toe zetten dingen te doen die ik vervelend vind, ook al weet ik dat het voor mijn eigen bestwil is.
	66. Ik overtreed regels en heb er later spijt van.
	67. Ik voel me vernederd.
	68. Ik vertrouw de meeste andere mensen.
	69. Ik doe, en denk daarna pas.
	70. Ik raak makkelijk verveeld en verlies snel interesse in dingen.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	71. Ook als ik mensen om me heen heb, voel ik me eenzaam.
	72. Omdat ik slecht ben sta ik het mezelf niet toe om plezierige dingen te doen die andere mensen wel doen.
	73. Ik kom op voor wat ik wil, zonder daarin te overdrijven.
	74. Ik vind mezelf speciaal en beter dan de meeste andere mensen.
	75. Ik geef nergens om; niets is belangrijk voor me.
	76. Het maakt me boos wanneer iemand me vertelt hoe ik me zou moeten voelen of gedragen.
	77. Als je anderen niet overheerst, word je overheerst.
	78. Ik zeg wat ik voel of doe dingen impulsief, zonder over de gevolgen na te denken.
	79. Ik zou mensen een standje willen geven voor de manier waarop ze mij behandeld hebben.
	80. Ik ben in staat om voor mezelf te zorgen.
	81. Ik ben tamelijk kritisch tegenover andere mensen.
	82. Ik sta onder een constante druk om te presteren en dingen te bereiken.
	83. Ik probeer geen fouten te maken, anders ga ik mezelf naar beneden halen.
	84. Ik verdien het om gestraft te worden.
	85. Ik kan leren, groeien en veranderen.
	86. Ik wil mezelf afleiden van gedachten en gevoelens die mij van streek maken.
	87. Ik ben boos op mezelf.
	88. Ik voel me vlak.
	89. Ik moet de beste zijn in wat ik doe.
	90. Ik offer plezier, gezondheid of geluk op om aan mijn eigen eisen te voldoen.
	91. Ik ben veeleisend tegenover andere mensen.
	92. Als ik boos ben, kan het zo uit de hand lopen dat er gewonden vallen.
	93. Ik ben onaantastbaar.
	94. Ik ben een slecht persoon.
	95. Ik voel me veilig.
	96. Ik voel me gehoord, begrepen en gesteund.
	97. Het is voor mij onmogelijk mijn impulsen te controleren.
	98. Ik maak dingen kapot als ik boos ben

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	99. Door anderen te overheersen, kan je niets gebeuren.
	100. Ik gedraag me op een passieve manier, zelfs als ik het ergens niet mee eens ben.
	101. Mijn boosheid loopt uit de hand.
	102. Ik pest anderen.
	103. Ik zou iemand pijn willen doen voor wat hij/ zij me heeft aangedaan.
	104. Ik weet dat er een 'goede' en een 'slechte' manier is om dingen te doen; ik doe hard mijn best om dingen op een goede manier te doen, anders bekritiseer ik mezelf.
	105. Ik voel me vaak alleen op de wereld.
	106. Ik voel me zwak en hulpeloos.
	107. Ik ben lui.
	108. Het is verstandig om alles te accepteren van mensen die belangrijk voor me zijn.
	109. Ik ben bedrogen of oneerlijk behandeld.
	110. Als ik de neiging heb iets te doen, doe ik dat ook.
	111. Ik voel me buitengesloten.
	112. Ik kleiner anderen.
	113. Ik voel me optimistisch.
	114. Ik heb het gevoel dat ik mezelf niet aan dezelfde regels hoef te houden als andere mensen.
	115. Mijn huidige leven draait erom dingen voor elkaar te krijgen en ze goed te doen.
	116. Ik dwing mezelf om meer verantwoordelijk te zijn dan de meeste andere mensen.
	117. Ik kan voor mezelf opkomen wanneer ik vind dat ik oneerlijk bekritiseerd, uitgebuit of misbruikt word.
	118. Ik verdien geen medelijden wanneer mij iets ergs overkomt.
	119. Ik heb het gevoel dat niemand van me houdt.
	120. Ik voel dat ik van nature een goed persoon ben.
	121. Als het nodig is maak ik saaie en routinematige taken af zodat ik dingen kan bereiken die ik waardeer.
	122. Ik voel me spontaan en speels.
	123. Ik kan zo woedend zijn dat ik in staat ben iemand te vermoorden.
	124. Ik heb een goed beeld van wie ik ben en wat ik nodig heb om mezelf gelukkig te maken.

© 2008 Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M en Klokman, J. Ongeautoriseerde reproductie zonder schriftelijke toestemming van de auteurs is verboden. Voor meer informatie: Schema Therapy Institute, 36 West 44th Street, Ste. 1007, New York, NY 10036, of voor de Nederlandse versie: J. Lobbestael, Clinical Psychological Science, Postbus 616, 6200 MD Maastricht (Jill.lobbestael@dmkep.unimaas.nl).

Bijlage 4: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

MHC-SF

Naam:.....

Datum:.....

Instructie

De volgende vragen beschrijven gevoelens die mensen kunnen hebben.

Lees iedere uitspraak zorgvuldig door en omcirkel het cijfer dat het best weergeeft
HOE VAAK U DAT GEVOEL HAD GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND.

In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...

		Nooit	1 of 2 keer per maand	Onge- veer 1 keer per week	2 of 3 keer per week	Bijna elke dag	Elke dag
1	...dat u gelukkig was?	0	1	2	3	4	5
2	...dat u geïnteresseerd was in het leven?	0	1	2	3	4	5
3	...dat u tevreden was?	0	1	2	3	4	5
4	...dat u iets belangrijks hebt bijgedragen aan de samenleving?	0	1	2	3	4	5
5	...dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?	0	1	2	3	4	5
6	...dat onze samenleving beter wordt voor mensen?	0	1	2	3	4	5
7	...dat mensen in principe goed zijn?	0	1	2	3	4	5
8	...dat u begrijpt hoe onze maatschappij werkt?	0	1	2	3	4	5
9	...dat u de meeste aspecten van uw persoonlijkheid graag mocht?	0	1	2	3	4	5
10	...dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?	0	1	2	3	4	5
11	...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?	0	1	2	3	4	5
12	...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?	0	1	2	3	4	5
13	...dat u zelfverzekerd uw eigen ideeën en meningen gedacht en geuit hebt?	0	1	2	3	4	5
14	...dat uw leven een richting of zin heeft?	0	1	2	3	4	5