



Master Thesis

*Veranderingen in (dis)functionele schemamodi als
voorspellers van psychische klachtenreductie en toename
van welbevinden*

*Longitudinaal onderzoek naar het schemamodi-model van de
schemagerichte therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*

Emile Alain Casper Verbeek
S1228056

*Begeleiding:
Dr. L.C.A. Christenhusz
Dr. P.A.M. Meulenbeek*

*Positieve Psychologie & Technologie
Faculteit der gedragswetenschappen
Universiteit Twente, Enschede*

16-01-2017

UNIVERSITY OF TWENTE.

Voorwoord

Deze Master Thesis heb ik geschreven in het kader van mijn afstuderen bij de Masteropleiding Psychologie aan de Universiteit Twente. Mijn afstuderen voltrekt zich op het schemamodi-model van de schemagerichte therapie. Deze studie stelde zich ten doel om te bepalen in welke mate veranderingen in disfunctionele- en functionele modi voorspellend zijn voor de reductie van psychische klachten en de toename van welbevinden. De cliënten binnen dit onderzoek waren vrijwillig opgenomen in de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen van Mediant GGZ en namen allen deel aan een klinische schemagerichte behandeling van ongeveer 12 maanden.

Dit academische 'eindproduct' betekent voor mij meer dan 'enkel' de bezegeling en markering van het einde van mijn opleiding aan de Universiteit Twente. Dit afstudeeronderzoek symboliseert in het bijzonder het einde van een periode die voor mij gekenmerkt wordt door persoonlijke ontwikkeling. Gaandeweg mijn opleiding groeide mijn interesse en waardering voor het 'vak'. Centraal hierin staat de ontwikkeling van een 'eigen', persoonlijke stijl van therapeutisch contact. Zachtaardigheid, belangstelling en kwetsbaarheid van zowel cliënt als therapeut zijn hierin belangrijk voor mij. Een psychodynamische benadering van behandeling en herstel, met aandacht voor het systeem en de krachten van de cliënt zijn mij in toenemende mate gaan fascineren. Met tevredenheid en dankbaarheid kijk ik terug op mijn tijd als psychologiestudent aan de Universiteit Twente.

Tijdens het schrijven van mijn Master Thesis heb ik van vele vrienden en vriendinnen, mijn ouders en mijn broertje, aanmoediging en bemoediging mogen ontvangen. Dank jullie wel!

Ik wil graag mijn begeleiders Lieke Christenhusz en Peter Meulenbeek bedanken voor hun feedback en flexibiliteit gedurende het afstudeerproces; jullie wetenschappelijke blik en procesmatige overzichtsvorming hebben geholpen bij het structureren van de verslaglegging van mijn afstudeeronderzoek.

Veel leesplezier gewenst!

Emile Verbeek,
Enschede, 16-01-2017

“In my early professional years I was asking the question: How can I treat, or cure, or change this person? Now I would phrase the question in this way: How can I provide a relationship which this person may use for his own personal growth?”

- Carl R. Rogers

Samenvatting

Inleiding- Schemagerichte therapie (ST) verbetert, met name wanneer het schemamodi-model wordt gehanteerd, langdurige psychische klachten, persoonlijkheidspathologie en het sociaal-maatschappelijk functioneren van cliënten met (complexe) persoonlijkheidsproblematiek. Aanvankelijk was er met name aandacht voor het afzwakken van de disfunctionele modi. Recent is er meer aandacht voor de versterking van de functionele modi, maar wetenschappelijk onderzoek is nog beperkt. *Zodoende staat in dit onderzoek het verwerven van inzicht in de relatie van de veranderingen in disfunctionele- én functionele modi met veranderingen in welbevinden en psychische klachten centraal.* Begrip van de onderscheidbaarheid en onafhankelijke meerwaarde van de (dis)functionele modi voor de tweezijdige geestelijke gezondheid, leidt mogelijk tot herziening van het schemamodi-model en de ontwikkeling van een integrale vorm van ST met een focus op welbevinden. Aansluiting van ST bij de moderne visie op herstel, bestaande uit een verbetering van psychische klachten en een toename van welbevinden, kan hierdoor worden gerealiseerd.

Methode- De cliënten (n=41) binnen de steekproef ontvingen 12 maanden klinische ST. Een 'pre-post within-subject-design' zonder controlegroep werd gebruikt. Metingen vonden aan het begin (T0), aan het einde (T3) en 6 maanden na de behandeling (T4) plaats. De verschillen van de Schema Mode Inventory (SMI), Brief Symptom Inventory (BSI) en de Mental Health Continuüm-Short Form (MHC-SF) werden gebruikt om de relatie van de veranderingen in (dis)functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden te bepalen. Middels descriptieve analyses, parametrische toetsen, correlatie- en regressieanalyses vond data-analyse plaats.

Resultaten- Verbeteringen van de (dis)functionele modi werden bereikt. Deze veranderingen in de (dis)functionele modi waren vervolgens van mogelijke invloed op de verbeteringen van het welbevinden en de psychische klachten tussen T0 en T3. Daarnaast bleef de toename van het welbevinden behouden op T4 en namen de psychische klachten weer toe. De disfunctionele modi verklaarden meer variantie van de veranderingen in psychische klachten tussen T0 en T3 en de functionele modi voorspelden de verandering van het welbevinden tussen T3 en T4 beter.

Discussie- De toename en het behoud van het welbevinden kan mogelijk worden verklaard door een toch meer 'krachtgerichte', in plaats van 'klachtgerichte', toepassing van ST. Ook een overkoepelend medisch behandelparadigma en aanverwante visie op herstel, kunnen door een selectieve focus op psychische klachten, de toename van klachten na de behandeling wellicht verklaren. De relatie van de functionele modi met het behoud van de toename van welbevinden, sluit aan bij het twee-continuamodel en biedt aanknopingspunten voor een verdere integratie van de positieve psychologie binnen ST. Dit kan leiden tot een heroriëntatie van klachten en krachten binnen ST en aansluiting bij de moderne visie op persoonlijk herstel kan in de toekomst worden gerealiseerd.

Abstract

Introduction- Especially when the Schema Mode model is applied, Schema Focused Therapy (ST) leads to a decline of (chronic) psychopathology, improvements on personality disorders and it often positively effects the social functioning of clients with (complicated) personality disorders. Initially, ST had a strong focus on mitigating the dysfunctional modes. However, recently there has been a greater regard for interventions that target the strengthening of functional modes. Despite this, an underrepresentation of research concerning the functional modes is still present. *Therefore, gaining insight in the relation between the changes in dysfunctional- and functional modes with changes in well-being and psychopathology were the subject of this study.* Understanding the distinctness and independent value of the (dys)functional modes for improving the two-sided mental health may lead to a revision of the priorities within the Schema Mode model and the development of an integrated form of ST with a focus on well-being. Adjustment of ST to the modern vision of recovery, consisting of an improvement in psychopathology and an increase in well-being, can then be realized.

Method- The sample consisted of 41 clients who received 12 months of clinical ST. A 'pre-post within-subject design' without a control group was used. Measurements took place at the beginning- (T0), at the end- (T3) and 6 months after the treatment (T4). The differences between the measurements were used to determine the relation of changes in (dys)functional modes with changes in well-being and psychopathology. The Schema Mode Inventory (SMI), Brief Symptom Inventory (BSI) and the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) were used. Descriptive analyses, parametric tests, correlation- and regression analyses were used to examine the data.

Results- Improvements on the (dys)functional modes were achieved. The changes in the (dys)functional modes seem to be of predictive value on the improvements of well-being and psychopathology between T0 and T3. In addition, the increase in well-being was maintained and the level of psychopathology deteriorated at T4. The dysfunctional modes were of larger contribution to the changes in psychopathology between T0 and T3. However, the functional modes predicted the changes in well-being between T3 and T4 better than the dysfunctional modes.

Discussion- The increase and uphold of well-being can be explained by a rather 'strength-based', instead of a 'pathology-based' practice of ST. Either, the medical paradigm and related vision on personal recovery of therapists and clients could, by a selective focus on psychopathology, explain the increase in psychopathology at T4. The influence of the functional modes on maintaining the improvements in well-being are in line with the two-continua model and may lead to a further integration of positive psychology within ST. This study could be the start of a reorientation of strengths and psychopathology within ST. A connection with the modern vision personal recovery can then be realized in the near future.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting	4
Abstract.....	5
Introductie.....	7
<i>Persoonlijkheid</i>	7
<i>Psychotherapeutische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen</i>	9
<i>Schemagerichte therapie</i>	9
<i>Ontwikkeling en uitgangspunten</i>	9
<i>Het Schemamodi-model</i>	11
<i>Onderzoeksvragen en verwachtingen</i>	16
Methode.....	18
<i>Design</i>	19
<i>Participanten</i>	19
<i>Procedure</i>	20
<i>De Schemagerichte behandeling</i>	21
<i>Onderzoeksinstrumenten</i>	22
<i>Schema Modus Inventory (SMI)</i>	22
<i>Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	23
<i>Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)</i>	24
<i>Data-analyses</i>	25
Resultaten	27
Conclusie/Discussie	34
Referenties	42
Bijlages	48
<i>Bijlage 1: Informatiefolder onderzoek</i>	49
<i>Bijlage 2: Toestemmingsverklaring onderzoek</i>	51
<i>Bijlage 3: Schema Modus Inventory (SMI)</i>	51
<i>Bijlage 4: Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)</i>	57
<i>Bijlage 5: Brief Symptom Inventory (BSI)</i>	57
<i>Bijlage 6: Bivariate correlatieanalyses</i>	60

Introductie

Het schemamodi-model van de schemagerichte therapie bestaat uit disfunctionele- en functionele modi. Dit model had oorspronkelijk hoofdzakelijk aandacht voor de disfunctionele modi in relatie tot de reductie van psychische klachten. De functionele modi en het welbevinden van cliënten genoten tot op heden weinig aandacht binnen onderzoek naar het schemamodi-model (Claassen & Pol, 2015). Het huidige onderzoek is gericht op de onderscheidbaarheid en onafhankelijke relatie van de verbeteringen in disfunctionele- én functionele modi met veranderingen in psychische klachten én welbevinden. Het verwerven van inzicht in de meerwaarde van de disfunctionele- én functionele modi voor de bevordering van de 'tweezijdige' geestelijke gezondheid kan een bijdrage leveren aan herziening van het huidige schemamodi-model van de schemagerichte therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. De hedendaagse theoretische uitwerking van de schemagerichte therapie wordt met name gekenmerkt door een op disfunctie georiënteerde benadering van psychische problemen. Dit onderzoek wenst de eerste aanzet te geven tot herziening van het huidige schemamodi-model. De ontwikkeling van een integrale vorm van schemagerichte therapie met een overkoepelende focus op de krachten en het welbevinden van de cliënt vormt het hogere, toekomstige doel. Aansluiting van de schemagerichte therapie bij de moderne visie op persoonlijk herstel ligt daarbij in het verschiet. Deze visie omvat immers zowel een verbetering van psychische klachten als een toename van welbevinden (Dellemann, 2013).

Onderstaande introductie zal de noodzakelijke toelichting verzorgen. Achtereenvolgens zullen stoornissen in onze persoonlijkheid, de schemagerichte therapie, het schemamodi-model en de relatie met psychische klachten en het welbevinden centraal staan.

Persoonlijkheid

'Persoonlijkheid' is een brede, abstracte term die veelvuldig met wisselende strekking wordt gehanteerd. Hierdoor neigt dit begrip een onbestendige en gecontamineerde connotatie te krijgen. Het dient zodoende onderscheiden te worden van begrippen als 'temperament' en 'karakter'. Het temperament verwijst naar een genetisch bepaalde tolerantie voor gevoelens, mate van activiteit, vitaliteit en een introverte versus extraverte aanleg. Het karakter is een stabiele vormgeving van de aanpassing die het kind gegeven zijn temperament in zijn omgeving realiseert. Onze persoonlijkheid is onder invloed van imitatie, identificatie en leerprocessen een aanvulling hierop en kan gezien worden als de gesocialiseerde vormgeving van het karakter (Zuckerman, 1991; Derksen, 2007). Het verwijst naar een dynamisch en georganiseerd geheel van habituele idiosyncratische gedachte-, gevoels- en gedragspatronen inzake de sociaal-emotionele aspecten van ons leven (McAdams,

1990). Deze individuele karakteristieken geven vorm aan onze identiteit en het onderscheidt ons van anderen. Personen variëren bijvoorbeeld geregeld in hun voorkeur en geneigdheid tot het zoeken van sociale stimulatie en spanning, alsmede in hun neiging tot emotionele kwetsbaarheid en expressiviteit; deze verschillen zijn veelal aspecten van een normale persoonlijkheidsvariatie. Gestoorde persoonlijkheid of persoonlijkheidspathologie verwijst naar specifieke constellaties van overmatig rigide en/of extreme persoonlijkheidsaspecten die leiden tot een duurzaam verminderd functioneren op tal van gebieden, hoofdzakelijk op het gebied van interpersoonlijke relaties (Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008).

De 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000, p.689) stipuleert criteria ter classificatie van een gestoorde persoonlijkheid. Zij onderscheidt tien persoonlijkheidsstoornissen en de 'persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO)'. De tien persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in drie discrete clusters, te weten cluster A, B en C. Binnen cluster A vallen de persoonlijkheidsstoornissen die zich kenmerken door 'bizar' gedrag en cognitieve- en perceptuele vervormingen. Cluster B kenmerkt zich door instabiliteit in beleving, gedrag, stemming en affect; een dramatische, emotionele en impulsieve omgang met de eigen behoeften kan op de voorgrond treden. Tot slot kenmerkt cluster C zich met name door angst; het aangaan van verbindingen en relaties of het verbreken hiervan brengt veel angst teweeg en een gevoel van zelfstandigheid blijft veelal achterwege. Bij classificatie van de persoonlijkheidsstoornis ligt het accent op stabiliteit, duurzaamheid, inflexibiliteit, pervasiviteit en egosyntoniteit van de persoonlijkheidspathologie (Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Naar schatting heeft ongeveer tien tot vijftien procent van de bevolking een persoonlijkheidsstoornis (Lenzenweger, 2008; Grant et al., 2004).

De westerse beschouwing van onze persoonlijkheid als een chronisch en stabiel construct met een duidelijke nadruk op bestendigheid, is lang publiekelijk gedeeld. Vele onderzoekers citeerden William James' (1890/1950) bekende uitspraak: "by the age of 30, the character has set like plaster, and will never soften again" (Clark, 2009, p.121). Nuance ten aanzien van het geconsolideerde aspect van onze persoonlijkheid is binnen recent onderzoek daarentegen steeds vaker aanwezig (Clark, 2009; Srivastava et al., 2003; Arntz & Bernstein, 2006). Srivastava et al. (2003) maakten middels een grootschalig online-persoonlijkheidsonderzoek (N=132.515) naar veranderingen in persoonlijkheidseigenschappen aannemelijk dat deze allen onder invloed van verscheidene omgevingsfactoren, in uiteenlopende fases en maten, veranderingen kunnen doormaken.

Psychotherapeutische behandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen

Alhoewel cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en karakterologische problemen zich aan verschillende uitgangspunten van de cognitieve gedragstherapie niet zelden weinig gelegen laten liggen (Young, Klosko & Weishaar, 2005), toonden Arntz en Bernstein (2006) aan dat het wel degelijk mogelijk is om een duidelijke verandering in de persoonlijkheidsstructuur teweeg te brengen wanneer een intensieve psychotherapeutische behandeling aangeboden wordt. Ten aanzien van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B en C blijken met name intensieve, langdurige, theoretisch samenhangende en gestructureerde behandelingen het meest effectief (Bateman & Fonagy, 2001). De werkzaamheid neemt verder toe indien de behandeling (gedeeltelijk) plaatsvindt in de context van een klinische opname en wanneer er aandacht is voor psychosociale begeleiding naderhand (Bateman & Fonagy, 2001).

De meest gebruikte 'evidence based' behandelvormen voor persoonlijkheidsstoornissen zijn dialectische gedragstherapie (DGT), Mentalisation Based Treatment (MBT), Transference Focussed Psychotherapy (TFP) en schemagerichte therapie (ST). Alle vier de behandelvormen zijn meermaals effectief gebleken voor de behandeling van (complexe) persoonlijkheidsstoornissen (Verheul et al., 2005; Heard & Linehan, 2005; Lynch et al., 2007; Zanarini, 2009; Doering et al., 2010; Bateman & Fonagy, 2009). Echter blijkt uit de multidisciplinaire richtlijnen van het Trimbos instituut (2008), dat voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen de duurzaamheid en consistente effectiviteit van met name DGT en ST het grootst is. DGT lijkt met name effectief te zijn voor de reductie van crisisopnames, suicidaliteit, automutilatie en ander risicovol gedrag (Verheul et al., 2003; van den Bosch et al., 2005). Terwijl ST zijn effectiviteit ontleent aan de effecten die het sorteert op de reductie van psychische klachten, persoonlijkheidspathologie en de bewerkstelling van een positief effect op het sociaal-maatschappelijk functioneren van de cliënten (Nordahl & Nysaeter, 2005; Giesen-Bloo et al., 2006). Hiermee onderscheidt ST zich van TFP, MBT en DGT. De werkgroep van het Trimbos instituut is derhalve van mening dat gegeven de actuele stand van de wetenschap, een voorzichtige voorkeur voor ST en DGT weliswaar verdedigbaar is, maar dat de andere behandelvormen ook veelbelovend zijn en zeker niet hoeven te worden uitgesloten.

In verband met de toepassing van schemagerichte therapie binnen de context van het huidige onderzoek, zal deze behandelvorm van verdere verdieping worden voorzien.

Schemagerichte therapie

Ontwikkeling en uitgangspunten

De schemagerichte therapie, ontwikkeld door Young en collega's (1990-1999), vormt een belangrijke uitbreiding op de traditionele cognitief-gedragstherapeutische behandelvormen en begrippen en

vindt zijn toepassing in (poli-) klinische behandelomgevingen (Young et al., 2005). Binnen de schemagerichte therapie zijn inzichten en interventies opgenomen vanuit de leertheorie, de cognitieve theorie, de cliënt-centered theorie, de psychodynamische theorie en de hechtingstheorie (Van Genderen & Arntz, 2011). Schemagerichte therapie is enorm gegroeid de laatste 20 jaar (Kellog & Young, 2006) en geniet zijn aandacht met name in Nederland, Scandinavië en het Verenigd Koninkrijk (Nordahl & Nysaeter, 2005).

Binnen de schemagerichte therapie staat de behandeling van ontwikkelde, disfunctionele schema's centraal. Deze schema's bestaan uit brede, pervasieve thema's of patronen met betrekking tot de persoon zelf en diens relatie met anderen; deze disfunctionele schema's zouden mogelijk de kern van persoonlijkheidsstoornissen vormen (Young et al., 2005). Schema's beginnen als een aangepaste, relatief juiste weergave van de omgeving van het kind, maar zij kunnen onaangepast, onjuist en disfunctioneel worden naarmate het kind ouder wordt. Deze oude onaangepaste schema's zijn het resultaat van onvervulde emotionele basisbehoeften uit de kindertijd en fungeerden toentertijd als overlevingsmechanisme. Echter staan zij in het huidige functioneren, gezond adaptief gedrag in de weg (Farrell, Reiss & Shaw, 2014). Er wordt verondersteld dat het ontwikkelen van disfunctionele schema's het individu gevoeliger maken voor diverse vormen van psychopathologie later in zijn of haar ontwikkeling (Eurlings-Bontekoe et al., 2010).

Young et al. (2005) onderscheiden vijf emotionele basisbehoeften:

1. Veilige hechting aan anderen (veiligheid, verbondenheid, koestering en acceptatie)
2. Autonomie, competentie en identiteitsgevoel
3. De vrijheid om uitdrukking te geven aan gerechtvaardigde behoeften en emoties
4. Spontaniteit en spel
5. Realistische beperkingen en zelfbeheersing

Wanneer de deprivatie van bovenstaande basisbehoeften in de jeugd te groot is, kunnen er disfunctionele schema's ontstaan. Er worden 18 verschillende schema's onderscheiden die allen zijn onderverdeeld in de bovenstaande 5 categorieën van basisbehoeften. Het doel van de schemagerichte therapie is om cliënten te begeleiden in de richting van adequate omgang met de eigen emotionele basisbehoeften om hiermee de disfunctionele schema's en de daaruit voortvloeiende psychopathologie te doen afzwakken (Young et al., 2005).

Recent onderzoek in (poli-)klinische behandelomgevingen wijst, voor zowel groepstherapie als individuele psychotherapie, in de richting van de werkzaamheid van schemagerichte therapie voor de behandeling van (complexe) persoonlijkheidsproblematiek (Schaap, Chakhssi & Westerhof,

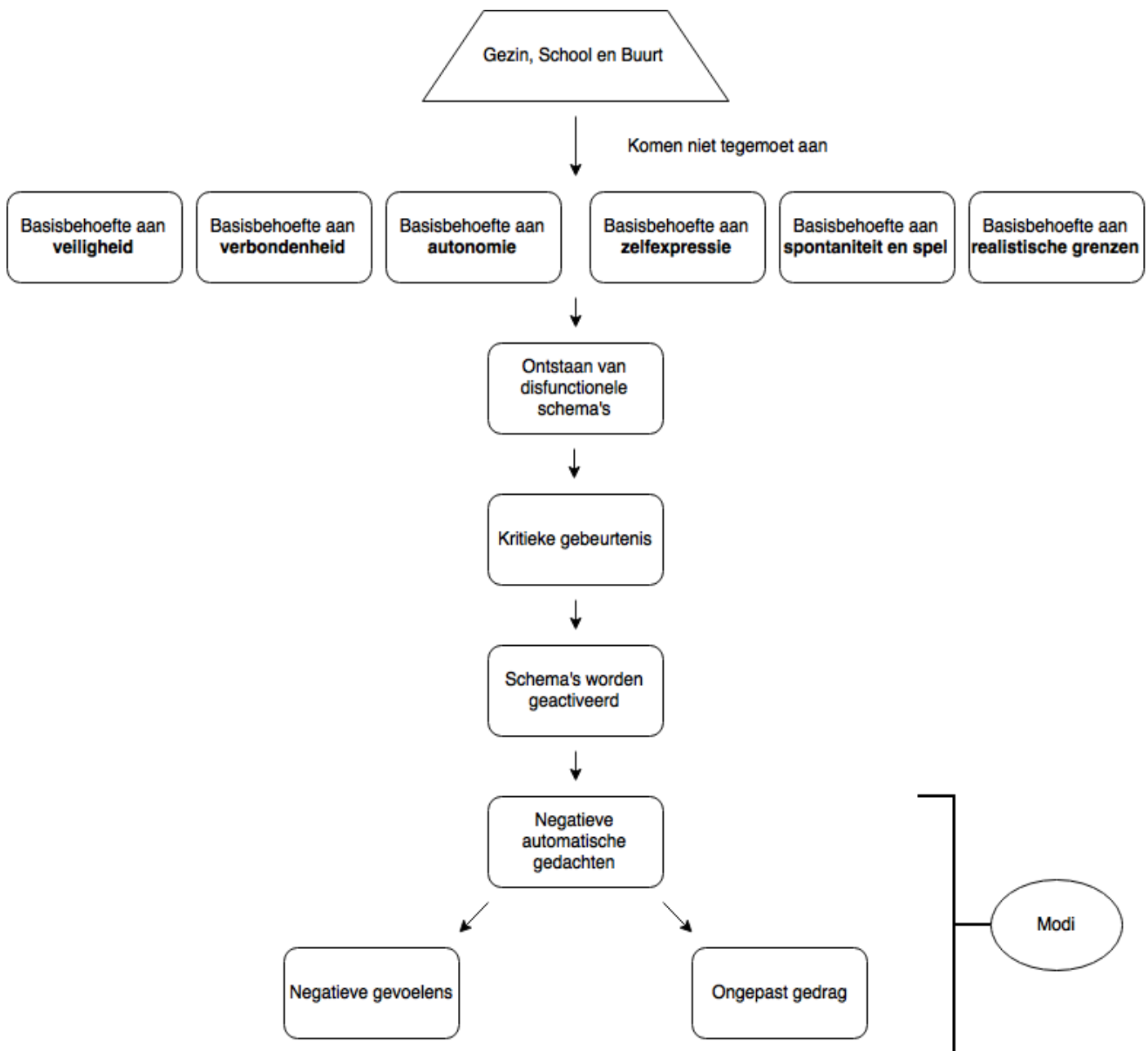
2016; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Sempertegui et al., 2013; Renner, 2013). In een onderzoek van Farrell, Shaw en Webber (2009) werden 32 cliënten met de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis' willekeurig verdeeld over een schematherapeutische behandelgroep en een controlegroep. Direct na de behandeling en bij follow-up bleek 94% van de cliënten in de schematherapiegroep niet meer te voldoen aan de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis', tegenover 16% uit de controlegroep. In het onderzoek van Giesen-Bloo et al. (2006) werden 86 cliënten met een 'borderline persoonlijkheidsstoornis' willekeurig verdeeld over een schematherapeutische behandelgroep en een transference-focused behandelgroep. De poliklinische Behandeling liep 3 jaar met tweewekelijks behandelcontact; de schematherapiegroep deed het op alle klinische uitkomstmaten beter dan de transference-focused behandelgroep. Bamelis, Evers, Spinhoven en Arntz (2013) hebben tussen 2006 en 2011 in twaalf Nederlandse GGZ-instellingen een grootschalige gerandomiseerde gecontroleerde studie verricht naar de werkzaamheid van schemagerichte therapie ten opzichte van een non-specifieke, inzichtgevende psychotherapie en een controlegroep. De verbeteringen bij de cliënten in de schematherapiegroep waren significant groter; zij hadden minder depressieve klachten en een hoger algemeen en sociaal functioneren na de behandeling in vergelijking met de andere twee behandelgroepen.

Schemagerichte therapie lijkt zijn toegevoegde waarde te ontleen aan de handvatten die het biedt om chronische, pervasieve problemen beter te duiden en op een begrijpelijke manier te structureren en vatbaar te maken voor psychotherapeutische behandeling. Hierdoor komt de achtergrond en dynamiek van de gepresenteerde stoornissen op tafel en kan een geïntegreerde behandeling plaatsvinden (Young et al., 2005). Echter blijkt het in de praktijk lastig om voor cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, in verband met de aanwezigheid van vele disfunctionele schema's, de behandelfocus te bepalen (Masley et al., 2012). Met het oog op de behandelfocus, is een van de belangrijkste aanvullingen en ontwikkelingen binnen de schemagerichte therapie van de afgelopen jaren: het 'schemamodi-model' (Jacob & Arntz, 2013). Het schemamodi-model sorteert met name effect bij de behandeling van cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek (Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005; Van Vreeswijk et al., 2008).

Het Schemamodi-model

Naast schema's, wordt er binnen de schemagerichte therapie tevens gewerkt met schemamodi, of kortweg modi. Kenmerkend en tevens onderscheidend voor de schemamodi ten opzichte van de disfunctionele schema's, is de omzetting van de innerlijke dynamiek in gedrag en affect. De persoonlijkheidspathologie wordt hierdoor beter zichtbaar voor de behandelaar (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2009). Wanneer er een situatie ontstaat waarin een disfunctioneel schema

wordt geactiveerd, dikwijls met hevige onrust en emoties tot gevolg, kan dat de zichtbaarheid van modi ontlocken (Young et al., 2005). Modi worden gezien als mogelijk de meest stabiele manifestatie van persoonlijkheidsproblematiek (Renner et al., 2014). De modi beslaan een gecombineerd patroon van denken, voelen en handelen; het zijn gevoelstoestanden en coping-reacties van moment tot moment waarin een cliënt voor korte of langere tijd kan verkeren en die elkaar kunnen afwisselen (Young et al., 2005). Deze overheersende toestand waarin we op een gegeven moment verkeren en van waaruit wordt gereageerd, wordt een 'schemamodus' genoemd (Lobbestael, Vreeswijk & Arntz, 2008). Figuur 1 bevat een weergave van de samenhang tussen het tekort aan basisbehoeften, de daaruit volgende schema's en de zichtbaarheid van modi.



Figuur 1: Aangepaste schematische weergave van het tekort aan basisbehoeften, tot het ontstaan schema's en de zichtbaarheid van modi. Naar een voorbeeld uit het werkboek klinische schematherapie (Muste, Weertman & Claassen, 2009).

Tabel 1: Modi, gecategoriseerd (Young et al., 2005).

Modi categorieën	Modi
<i>Disfunctionele kindmodi</i>	Kwetsbare kind Boze/woedende kind Razende kind Impulsieve kind Ongedisciplineerde kind
<i>Disfunctionele copingmodi</i>	Willoze inschikkelijke Onthechte beschermer Onthechte zelfsusser Zelfverheerlijker Pesten en aanval
<i>Disfunctionele oudermodi</i>	Straffende ouder Veeleisende ouder
<i>Functionele modi</i>	Blijde kind Gezonde Volwassene

Verdeeld over vier categorieën zijn er in totaal 14 schemamodi in het model opgenomen. Drie categorieën ter beschrijving van de disfunctionele modi en één categorie voor de functionele modi (Tabel 1). Binnen het domein van de disfunctionele modi wordt er onderscheid gemaakt in disfunctionele kindmodi, -oudermodi en –copingmodi. Disfunctionele kindmodi verwijzen naar de emotionele toestand waarin de cliënt hevig geraakt is en overvallen wordt door emoties die te maken hebben met een vroegere situatie en niet zozeer met de huidige situatie waarin de cliënt verkeert (Young et al., 2005; Claassen & Pol, 2015). Disfunctionele copingmodi kunnen gezien worden als de uiting van overlevingsstrategieën die de cliënt heeft aangeleerd om te kunnen omgaan met overweldigende situaties. Deze modi hebben in het verleden de functie gehad om de cliënt te beschermen in tijden van grote interne en externe spanningen, maar staan in het huidige functioneren gezond contact en persoonlijke ontwikkeling in de weg (Young et al., 2005; Claassen & Pol, 2015). Bij de disfunctionele oudermodi kijkt een cliënt door de bril van een bestraffende of veeleisende ouder naar zichzelf; aanvankelijk zijn deze “functioneel” geweest om te kunnen voldoen aan de wensen en eisen van de belangrijke ouder, maar deze modi leiden in het hier en nu tot overvraging, zelfhaat en zelfverwijt (Young et al., 2005). De disfunctionele modi worden veelal, vanwege de grote spanning aan het begin van een behandeling, snel zichtbaar in het contact; het (in

groepsverband) delen over levensgebeurtenissen, stilstaan bij gedachten en gevoelens en experimenteren met alternatief gedrag geeft, mede door de activatie van schema's in deze fase, veel spanning. Naar verwachting zullen de cliënten in de eerste fase van de behandeling met name de copingmodi presenteren om de kwetsbare kant van zichzelf te kunnen beschermen (Jacob & Arntz, 2013). Naast de copingmodi zouden ook de disfunctionele oudermodi naar voren kunnen komen om het kwetsbare kind op aangeleerde, disfunctionele wijze te 'beschermen' en te 'behoeden' voor de erkenning van zijn eigen behoeften (Jacob & Arntz, 2013; Kellog & Young, 2006).

Gaandeweg de behandeling zullen de coping- en oudermodi afnemen waardoor er ruimte ontstaat voor het 'kwetsbare kind'. Vervolgens kan er gestreefd worden naar het valideren en verzorgen van dit 'kwetsbare kind'. Als dit lukt ontstaat er de mogelijkheid om de functionele modi 'De Gezonde Volwassene' te ontwikkelen. Dit zal integratie en consolidering van een gezonde omgang met de eigen basisbehoeften bewerkstelligen en deze gezonde omgang zal zichtbaar worden in een toename van functionele modi.

De functionele modi staan voor een gezonde vorm van emotionele expressie en aanpassing aan de grenzen van de omgeving en zichzelf. Onderscheid wordt gemaakt tussen de 'Blijke kind-modus' en de 'Gezonde Volwassene-modus' (Claassen & Pol, 2015). De modus van het Blijke kind wordt zichtbaar wanneer er aan de emotionele basisbehoeften van dat moment wordt tegemoetgekomen. De modus van de Gezonde Volwassene is gericht op versterking van de zelfregulatie en de eigen sociale- en emotieve vermogens. Deze modus wordt door Claassen en Pol (2014) als volgt omschreven: *'De Gezonde Volwassene zet zijn psychische vermogens in om zichzelf vrij te maken van oude destructieve patronen om zo in voldoende mate te kunnen streven naar bevrediging van zijn basisbehoeften als zelfstandig en verantwoordelijk functionerend persoon in een positieve verbondenheid met zichzelf en zijn omgeving' (p.14).*

De Gezonde Volwassene voedt, valideert en bevestigt het kwetsbare kind, stelt grenzen aan het boze en impulsieve kind, biedt alternatieven voor de disfunctionele copingmodi en neutraliseert de disfunctionele oudermodi (Young et al., 2005; Muste, Weertman & Claassen, 2009). Er wordt verondersteld dat deze interactie, met de juiste psychotherapeutische begeleiding, zal leiden tot een integratie en groei van de Gezonde Volwassene; hiermee is het ontwikkelproces van de gezonde modus naar de mens als gezond functionerend individu ingezet. (Claassen & Pol, 2014, 2015).

Aanvankelijk was in de literatuur en de klinische praktijk veel aandacht voor het afzwakken van de disfunctionele modi, echter is er ook steeds meer aandacht voor interventies gericht op het versterken van de functionele modi; deze aandacht richt zich hoofdzakelijk op de Gezonde Volwassene-modus. Dit proces waarin er langzaam maar steeds meer aandacht kwam voor de versterking van de Gezonde Volwassene wordt in het boek 'Schematherapie en de Gezonde

Volwassene' (Claassen & Pol, 2015) mooi geïllustreerd; Claassen en Pol (2015) rangschikken de volgende onderzoeken chronologisch ter onderbouwing van de constateerde aandachtsverschuiving: Van Vreeswijk et al (2008) beschrijven in hun 'handboek schematherapie' nog geen specifieke interventies en de Gezonde Volwassene komt verder weinig aan bod. In het handboek klinische schematherapie van Muste, Weertman en Claassen (2009) wordt al meer aandacht besteed aan de Gezonde Volwassene; er wordt beschreven hoe de Gezonde Volwassene regie kan krijgen over de andere disfunctionele modi en er worden specifieke interventies beschreven ter ondersteuning en versterking van de Gezonde Volwassene. Arntz en Jacob (2012) en Van Genderen et al. (2012) gaan nog een stap verder; zij onderkennen nadrukkelijk dat de Gezonde Volwassene tot op heden in zowel theorie als praktijk een minder uitgewerkte modus is en trachten middels een expliciete beschrijving en gerichte interventies een verandering hierin aan te brengen. Tot slot is het boek 'Schematherapie en de Gezonde Volwassene' (Claassen & Pol, 2015), waaruit bovenstaand overzicht is ontleend, het boegbeeld van de toenemende aandacht voor de Gezonde Volwassene-modus binnen de schemagerichte therapie. De tweedeling in disfunctionele- en functionele modi binnen de schemagerichte therapie sluit aan bij het twee-continuamodel van Keyes (2005) waarin wordt geconcludeerd dat geestelijke gezondheid en het ontbreken van psychische stoornissen, gerelateerde maar onafhankelijk opererende dimensies zijn. Derhalve zou de effectiviteit van psychotherapeutische behandelingen en interventies afgemeten moeten worden aan de hand van klachtenreductie en de mate van verbeteringen op emotioneel, psychisch en sociaal welbevinden (Lamers, 2012). Dit betreft onder meer levenstevredenheid, het vermogen om zinvolle doelen te hebben, bevredigende relaties te onderhouden, autonoom te zijn, zich te ontplooien en zich sociaal verbonden te voelen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

Het huidige onderzoek kan worden beschouwd als een uitbreiding en verdieping van het in Maart 2016 gepubliceerde onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof. Dit onderzoek vond binnen dezelfde kliniek voor persoonlijkheidsstoornissen plaats als het huidige onderzoek. Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) constateerden dat er een significante verbetering te zien was in de disfunctionele schema's, modi, disfunctionele copingstijlen en het welbevinden. Ten aanzien van de modi was een afname van disfunctionele modi en een toename van functionele modi zichtbaar aan het einde van de schematherapie. Ook toonden zij aan dat het welbevinden verbeterde gedurende de behandeling. Het onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) creëert de mogelijkheid om aanvullend onderzoek te doen naar de afname van de disfunctionele modi en de toename van functionele modi in relatie tot de bevordering van de geestelijke gezondheid. Met andere woorden: in welke mate is de verandering in (dis)functionele modi bepalend voor de verbetering van de

'tweezijdige' geestelijke gezondheid, dus zowel de reductie van psychische klachten als de toename van welbevinden. Inzicht hierin draagt mogelijk bij aan de aandacht voor, en in deze kielzog de waardering van interventies gericht op de bevordering van de functionele modi binnen de schemagerichte therapie. Tevens kan, wanneer hier inzicht in ontstaat, een herziening van de accenten binnen het schemamodi-model van schematherapeutische behandelingen en aansluiting bij de moderne visie op persoonlijk herstel worden bewerkstelligd. Deze visie omvat immers zowel een verbetering van psychische klachten als een toename van welbevinden (Delleman, 2013).

Onderzoeksvragen en verwachtingen

Aangezien het beginniveau van de (dis)functionele modi, het welbevinden en de psychische klachten zeer bepalend is voor de mogelijke absolute mate van verbetering of verslechtering, wordt binnen dit onderzoek met absolute verschildscores gewerkt. Hierdoor kon de doorgemaakte verandering worden gezien in het licht van het eerdere meetmoment. Verdere toelichting volgt binnen de sectie 'data-analyse' (p.24/25). De volgende onderzoeksvraag werd gesteld:

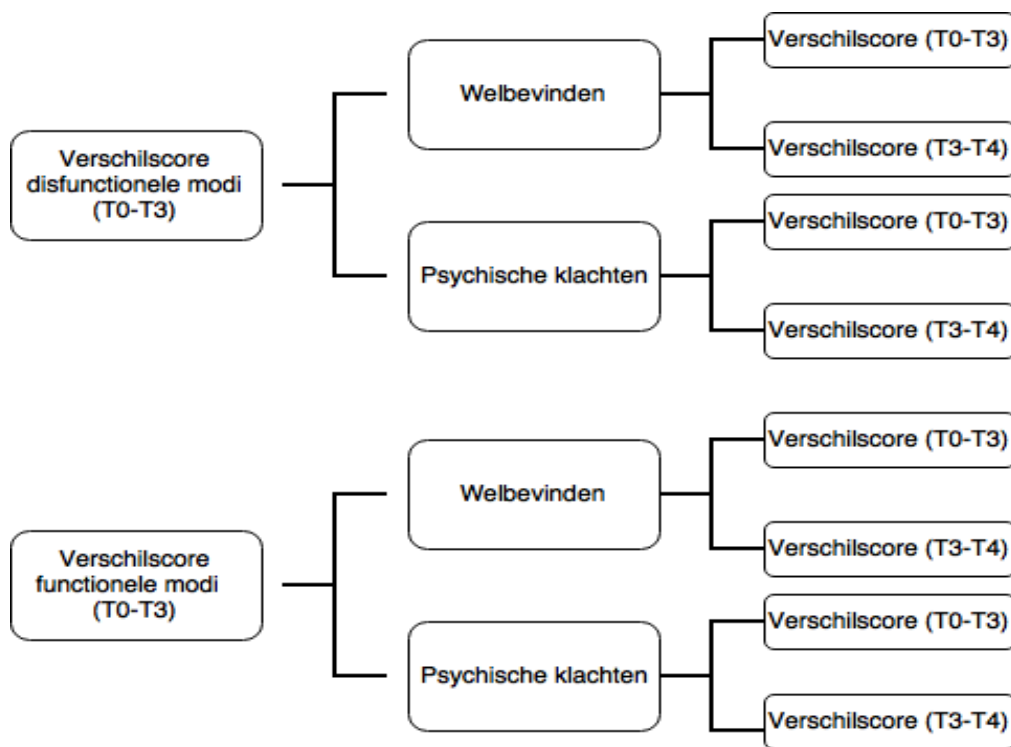
In welke mate is een verandering in disfunctionele- en functionele modi tussen het begin (T0) en het einde van de behandeling (T3) voorspellend voor de psychische klachtenreductie en de toename van welbevinden net na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4)?

De onderzoeksvraag zal worden beantwoord aan de hand van de volgende deelvragen:

Deelvraag 1: in welke mate is de verandering/afname in disfunctionele modi (T0-T3) voorspellend voor de psychische klachtenreductie en toename van welbevinden net na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4)?

Deelvraag 2: in welke mate is de verandering/toename in functionele modi (T0-T3) voorspellend voor de psychische klachtenreductie en toename van welbevinden net na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4)?

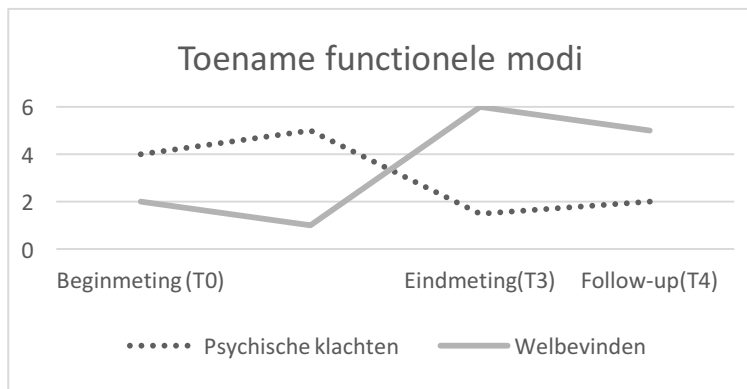
Zie figuur 2 voor een schematische weergave van het onderzoeksdesign



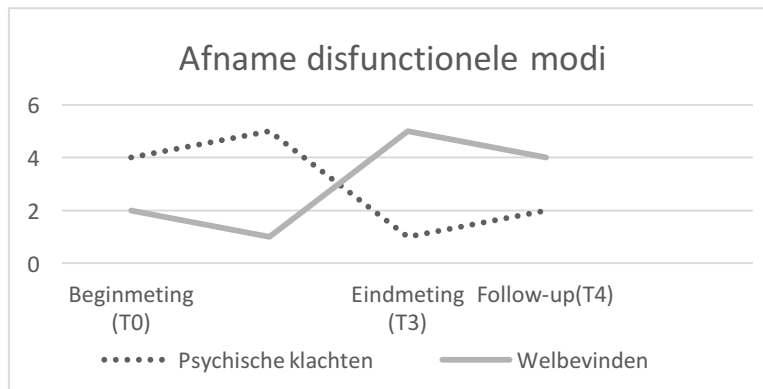
Figuur 2: Schematische weergave onderzoek.

Naar verwachting zal de integratie en consolidering van een gezonde omgang met de eigen basisbehoeften zichtbaar worden in een toename van functionele modi en een afname van disfunctionele modi aan het einde van de behandeling. Dit zal naar verwachting leiden tot een toename van welbevinden en een afname van psychische klachten. (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Masley et al., 2012; Lobbestael, Arntz, Sieswerda, 2005; Schaap, Chakhssi, Westerhof, 2016; Van Vreeswijk et al., 2008).

Aangezien het twee-continuummodel van Keyes (2005) stelt dat geestelijke gezondheid en het ontbreken van psychische stoornissen, gerelateerde maar onafhankelijk opererende dimensies zijn, wordt verondersteld dat beide dimensies zich ook onafhankelijk laten beïnvloeden. Derhalve wordt verwacht dat de toename van de functionele modi van sterkere samenhang is met de toename van welbevinden in vergelijking met de afname van disfunctionele modi. Daarnaast wordt verwacht dat de afname van disfunctionele modi in sterkere samenhang is met de reductie van psychische klachten. Ten aanzien van de follow-up (T4) wordt eenzelfde relatie verwacht als bij de eindmeting (T3), wel wordt op basis van de resultaten uit het onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) een iets lager niveau van welbevinden en een lichte toename van psychische klachten ten opzichte van de eindmeting (T3) verwacht (Figuren 3 en 4).



Figuur 3: verwachting van relatie en verloop welbevinden en psychische klachten a.d.h.v. toename functionele modi



Figuur 4: verwachting van relatie en verloop welbevinden en psychische klachten a.d.h.v. afname disfunctionele modi

Methode

Design

Dit onderzoek is onderdeel van een groter longitudinaal effectonderzoek naar de schematherapeutische behandeling binnen de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen van Mediant GGZ. Dit onderzoek loopt vanaf 2011 en zal vermoedelijk begin 2017 worden afgerond.

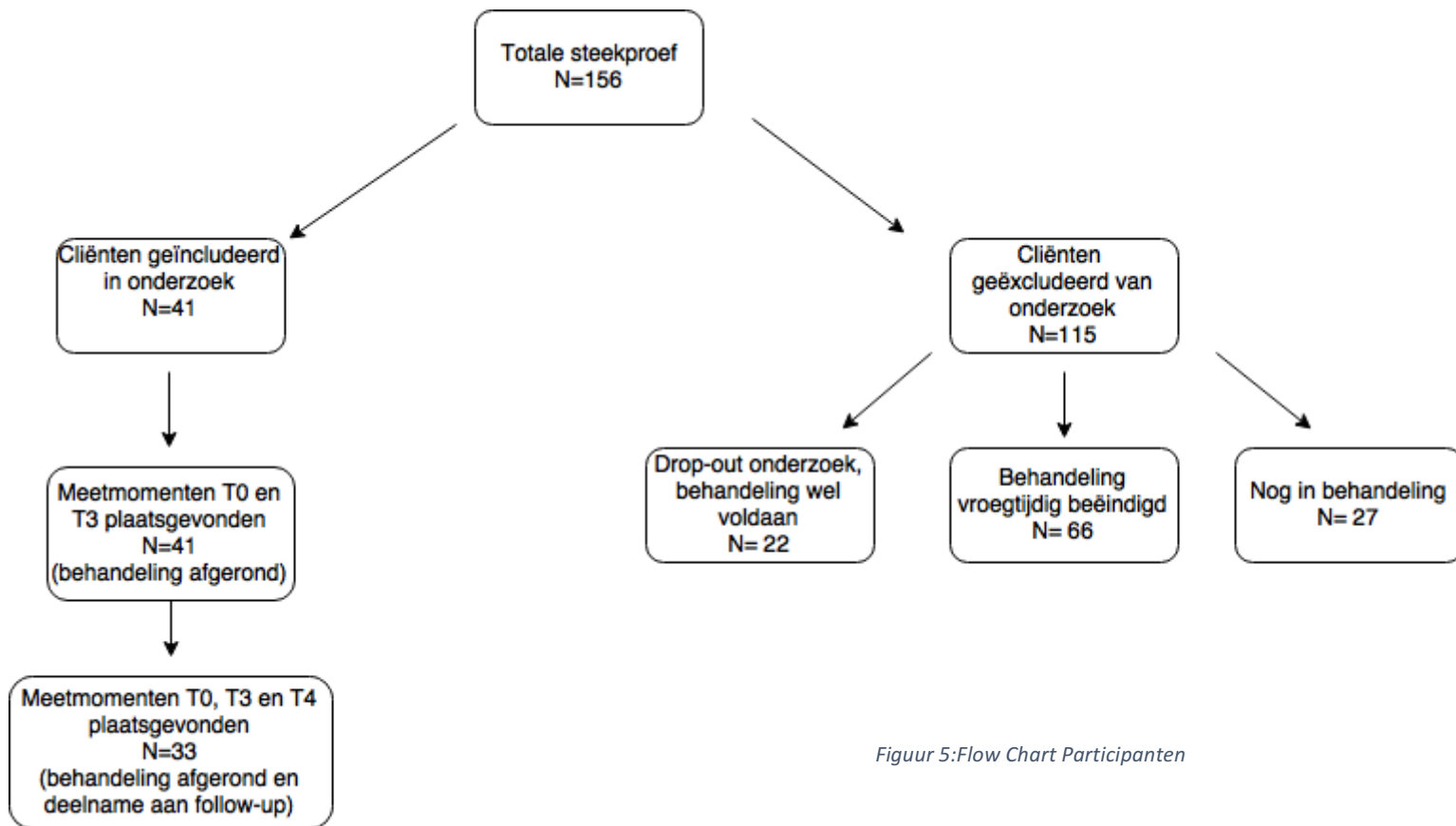
Het huidige onderzoek heeft een 'pre-post within subject design' zonder controlegroep; metingen vonden plaats aan het begin van de behandeling (T0), aan het eind van de behandeling (T3) en 6 maanden na afloop van de behandeling (follow-up, T4).

Participanten

Alle geïnccludeerde cliënten waren vrijwillig opgenomen binnen de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en namen allen deel aan een schemagerichte klinische behandeling van ongeveer 12 maanden. Alle geïnccludeerde cliënten waren minimaal 18 jaar oud, ondertekenden de toestemmingsverklaring voor deelname aan het onderzoek, voldeden aan de DSM-IV-TR-criteria van een AS II persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, C of NAO en beheersen de Nederlandse taal. De onderzoeksgegevens die tot aan september 2016 zijn verzameld worden in het huidige onderzoek gebruikt; deze dataset bestaat uit 156 cliënten. Echter zijn de cliënten waarbij meting T0, T3 en/of T4 mist geëxcludeerd van deelname aan het huidige onderzoek. Tevens wanneer er vroegtijdig gestopt is met de behandeling of deelname aan het onderzoek is opgezegd (drop-out) of wanneer er op andere wijze niet aan de inclusiecriteria kon worden voldaan, zal de desbetreffende cliënt worden uitgesloten van deelname aan het huidige onderzoek.

Deze maatregelen hebben geleid tot de exclusie van (N=115) cliënten. De uiteindelijke steekproef bestaat uit (N=41) cliënten (Figuur 5).

Een overzicht van de DSM-IV-TR- classificaties en demografische gegevens binnen de uiteindelijke steekproef (N=41) worden in Tabel 2 weergegeven.



Figuur 5:Flow Chart Participanten

Procedure

Na het eerste gesprek binnen de intakeprocedure krijgt de cliënt een informatiefolder mee over het onderzoek (Bijlage 1). Binnen de daaropvolgende gesprekken van de intakeprocedure wordt de eerste testbatterij afgenomen (T0). Dit eerste meetmoment is een noodzakelijke voorwaarde voor opname binnen de kliniek. Tijdens dit eerste meetmoment werd de cliënten aangeboden om mee te doen aan het onderzoek. Na mondelinge toelichting tekenden zij hier, indien akkoord, allen een toestemmingsverklaring voor (Bijlage 2). Indien de cliënten toestemming gaven voor deelname aan het onderzoek werd de eerste, voor opname noodzakelijke, meting tevens meegenomen in het onderzoek. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de Universiteit Twente en de Medisch Ethische Commissie van Mediant. De afname van alle vragenlijsten geschiedde onder toezicht van een GZ-psycholoog (i.o. tot specialist) of een psycholoog in opleiding binnen Mediant. Bij ontslag volgde de eindmeting (T3) en een half jaar na ontslag van de cliënt volgde de follow-upmeting(T4). Zie Tabel 3 voor een overzicht van de testbatterij per meetmoment die ten behoeve van dit onderzoek zijn gebruikt.

Tabel 2: Overzicht DSM-IV-TR classificaties en demografische gegevens binnen de steekproef (N=41)

Persoonlijkeitsstoornissen (DSM-IV-TR, AS II)	N	%	Comorbiditeit (DSM-IV-TR, AS I)	N	%
Antisociale Persoonlijkeitsstoornis	1	2,4	Middelenaafhankelijkheid	6	14,6
Borderline Persoonlijkeitsstoornis	10	24,4	Angststoornissen	10	41
Narcistische Persoonlijkeitsstoornis	1	2,4	Eetstoornis	6	14,6
Afhankelijke Persoonlijkeitsstoornis	4	9,8	Aanpassingsstoornissen	1	2,4
Ontwijkende Persoonlijkeitsstoornis	5	12,2	ADHD	1	2,4
Obsessief-compulsieve Persoonlijkeitsstoornis	1	2,4	Stemmingsstoornissen	28	68,3
Persoonlijkeitsstoornis NAO	16	39	Pervasieve ontwikkelingsstoornis	1	2,4

Geslacht, behandelgeschiedenis en leeftijd	N	%
Geslacht		
Vrouwen	26	63,4
Mannen	15	36,6
Behandelgeschiedenis		
Ambulante behandeling langer dan jaar	29	70,4
Deeltijdbehandeling	13	31,7
Klinische behandeling langer dan 3 maanden	13	31,7
Crisisopname korter dan 3 maanden	6	14,6
Leeftijd		
	Gemiddel de	Range
	26,46	18-44

De Schemagerichte behandeling

De schemagerichte klinische behandeling bestaat uit een vrijwillig, ongeveer 12 maanden durend traject. De cliënten volgen van maandag tot en met vrijdag de klinische behandeling en gaan met verlof in het weekend. Het fundament van de behandeling binnen de kliniek is het therapeutisch milieu. Dit milieu bestaat uit maximaal 27 cliënten en een therapeutisch behandelteam van klinisch psychologen/psychotherapeuten, psychiaters, sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen, systeemtherapeuten, sociotherapeuten en de vaktherapeuten. De opgenomen cliënten worden

verdeeld in drie vaste behandelgroepen: A, B en C. De behandelgroepen hebben allen hetzelfde behandel aanbod waarvan schemagerichte groepspsychotherapie het fundament vormt. De gebruikte schemagerichte groepstherapie is niet volledig geprotocolleerd, maar de inhoud is nauw verbonden met de schemagerichte therapie voor groepen van Farrell en Shaw (1990) en bestaat uit drie fases. De eerste fase wordt gekenmerkt door het aangaan van een emotionele verbinding met de therapeut en groepsgenoten, alsmede door aandacht voor emotieregulatie; de therapeut focust op het aangaan van een 'reparenting bond' met de cliënt, daarnaast is er aandacht voor de bewustwording en regulatie van emoties. De tweede fase heeft als doel om de disfunctionele schema's, modi en de geassocieerde ineffectieve copingstrategieën te doen afzwakken en de functionele modi te versterken. De derde fase is gericht op het versterken van de autonomie, loslaten van destructieve relaties en het generaliseren van de behaalde verbeteringen van de behandeling naar belangrijke anderen buiten de therapeutische omgeving (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016). Elke fase van de schemagerichte groepstherapie bestaat uit experiëntieel-, cognitieve- en gedragsinterventies, inclusief 'limited reparenting', 'imaginary rescripting', aan modi gerelateerd rollenspellen, experiëntieel groepswork en het twee-therapeuten-model (Farrell et al., 2014; Young et al., 2005).

Naast deze groepspsychotherapie zijn er aanvullende individuele behandelcontacten met de hoofdbehandelaar en groepstherapieën op het gebied van zelfcontrole, ervaringsgerichte therapie, cognitieve therapie, dramatherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie. Tevens bestaat de mogelijkheid voor de cliënten om via een verzoek meer regie over de eigen behandeling te nemen en mee te denken over aanvullende behandelvormen zoals, EMDR, systeemtherapie en individuele vak- en/of psychotherapie. Dit zal dan besproken en toegelicht worden in het tweewekelijkse Cliënt-Staf-Overleg (CSO) waarbij de hele leefgroep en alle dienstdoende therapeuten aanwezig zijn. Alle verschillende behandelonderdelen zijn geënt op een schematherapeutisch behandelkader (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016).

Onderzoeksinstrumenten

Schema Modus Inventory (SMI)

De 'Schema Mode Inventory' (SMI) is een zelfrapportage vragenlijst bestaande uit 124 items die de aanwezige schemamodi tracht te meten (Young et al., 2007). Er zijn 14 schemamodi opgenomen en allen afzonderlijk onderzoekbaar middels de vragenlijst. Daarnaast kan er ook een totaalscore gegenereerd worden van de disfunctionele- en functionele modi. De items worden gescoord op een zespuntsschaal lopend van 1= 'helemaal niet waar' tot 6= 'helemaal waar'. De minimale totaalscore is 124 en de maximale totaalscore is 744. Daarnaast kan er een aparte totaalscore voor de

functionele modi (min=20; max=120) en de disfunctionele modi (min= 104; max=624) berekend worden. Ten behoeve van de interpreteerbaarheid en vergelijking van beide modi-categorieën zijn voor dit onderzoek de afzonderlijke totaalscores van de functionele- en disfunctionele modi gedeeld door hun itemtotaal en derhalve omgeschaald naar een zespuntsschaal, kortom de totaalscore van de (dis)functionele modi wordt weergegeven op een schaal van 1 tot/met 6.

De psychometrische eigenschappen van de SMI zijn adequaat gebleken (Lobbestael et al., 2010) en middels factoranalyse is tevens bevestigd dat de SMI aansluit op het 14-modifactorenmodel dat door Young is ontworpen. De interne consistentie is goed (.87), de inter-correlaties tussen de subschalen is middelmatig tot hoog, de constructvaliditeit is redelijk en de gemiddelde test-hertest betrouwbaarheid is goed (.84) (Lobbestael et al., 2010). Tot slot is de discriminatieve validiteit goed en de convergente validiteit middelmatig (Lobbestael et al., 2010).

Brief Symptom Inventory (BSI)

De 'Brief Symptom Inventory' (BSI) (Beurs & Zitman, 2005) is een vragenlijst met 53 items die negen typen klachten meet: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast zijn er drie algemene indicatoren voor de ernst van de psychopathologie: algemene psychische gezondheid (BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De cliënt dient bij alle 53 items op een vijfpuntsschaal van 0= 'helemaal geen' tot 4= 'heel veel' aan te geven in hoeverre hij/zij de afgelopen week last heeft ervaren van de desbetreffende klachten. De BSI kan handvatten bieden bij het onderscheiden van mensen met psychische klachten waarbij geestelijke zorg de aangewezen vervolgstap is en mensen waarbij geen hulp is geïndiceerd; er zijn scherpe grensscores bepaald die de overgang tussen een pathologische en een gezonde score markeren (De Beurs, 2006). Onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten heeft uitgewezen dat de BSI een betrouwbaar en valide meetinstrument is; de convergente validiteit is goed, de divergente validiteit voldoende, de interne consistentie is voldoende en de test-hertest-betrouwbaarheid is goed (Beurs & Zitman, 2005).

Aangezien de BSI-totaalscore, met een range van 0 tot/met 212, een indicatie is voor de ernst van de psychische klachten, zal in dit onderzoek de BSI-totaal score voor de analyses gebruikt worden. Hoe hoger de totaalscore hoe groter de ervaren last van psychische klachten.

Mental Health Continuum- Short Form (MHC-SF)

De 'Mental Health Continuüm- Short Form' (MHC-SF) is een vragenlijst die tracht de positieve geestelijke gezondheid te meten (Lamers et al, 2011). Het construct positieve geestelijke gezondheid valt uiteen in drie vormen van welbevinden: emotioneel-, sociaal- en psychologisch welbevinden. Onder emotioneel welbevinden vallen gevoelens van geluk, interesse en een algeheel plezier in het leven. 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; Lamers, 2012). Deze drie vormen van welbevinden worden middels een totaal van veertien items gemeten. Alle items worden gescoord op een zespuntsschaal die van 'nooit' (0) tot 'elke dag' (5) loopt. Kortom, de totaalscore varieert tussen de 0 en de 70; hoe hoger de score, hoe groter het welbevinden. Ten behoeve van de interpreteerbaarheid zijn voor dit onderzoek de totaalscores gedeeld door hun itemtotaal en daardoor omgeschaald naar een vijfpuntsschaal. Kortom, de totaalscore van de MHC-SF wordt weergegeven op een schaal van 1 tot 5. Emotioneel welbevinden telt 3 items, sociaal welbevinden 5 items en psychologisch welbevinden telt 6 items. De betrouwbaarheid van alle subschalen onafhankelijk alsmede van de gehele MHC-SF is goed (.89) (Lamers, et al., 2011). Tevens is de convergente validiteit van de drie subschalen goed (.85) (Lamers et al., 2011). Binnen dit onderzoek zal de MHC-SF-totaalscore gebruikt worden ten behoeve van het bepalen van de positieve geestelijke gezondheid. Binnen de Nederlandse bevolking is de gemiddelde positieve geestelijke gezondheid 2.98 (N=1662) (Lamers, et al., 2011).

Tabel 3: *Overzicht instrumenten per meetmoment*

	SMI	BSI	MHC-SF
Beginmeting (T0)	X	X	X
Eindmeting (T3)	X	X	X
Follow-up (T4)	X	X	X

Data-analyses

Het doel van dit onderzoek is om zowel de relatie van de afname van disfunctionele modi, als ook de relatie van de toename van functionele modi met de klachtenreductie en toename van welbevinden te onderzoeken. Dit betekent dat de (dis)functionele modi als onafhankelijke variabelen worden gehanteerd in dit onderzoek en de geestelijke gezondheid, bestaande uit psychische klachten- en het welbevinden, de afhankelijke variabelen zijn. Om deze vraag te beantwoorden wordt gebruik gemaakt van de scores op de SMI, BSI en MHC-SF op meetmomenten T0, T3 en T4 (Tabel 3). Ten behoeve van de statistische analyses is SPSS Statistics, versie 24 gebruikt.

Allereerst hebben descriptieve analyses plaatsgevonden om de variatie en gemiddelden van de (dis)functionele modi, de psychische klachten en het welbevinden aan het begin, het einde en zes maanden na de behandeling goed in beeld te krijgen. Vervolgens is met behulp van de t-toets voor afhankelijke steekproeven ($p < 0.05$; eenzijdig; 95% CI) bepaald of de psychische klachten- en het welbevinden significant verschilden tussen het begin en het eind van de behandeling, almede tussen het eind van de behandeling en bij follow-up. Diezelfde t-toets ($p < 0.05$; eenzijdig; 95% CI) is tevens gebruikt ter bepaling van de verandering in disfunctionele- en functionele modi tussen het begin en het einde van de behandeling, almede tussen het einde van de behandeling en de follow-up zes maanden later.

Vervolgens is de relatie van de veranderingen in (dis)functionele modi (T0-T3) met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden (T0-T3 en T3-T4) in kaart gebracht. Ten behoeve hiervan hebben correlatie- en regressieanalyses plaatsgevonden. Er is gekozen voor partiële correlatieanalyses. Dit type correlatieanalyse geeft inzicht in de relatie tussen twee variabelen, wanneer de effecten van een derde variabele worden gecorrigeerd. Deze correctie is wenselijk als er veel overlap wordt verwacht tussen de variabelen. Deze analyse maakt het mogelijk om naast de relatie van de (dis)functionele modi met het welbevinden- en psychische klachtenniveau, de onderlinge relationele overlap van de functionele- en disfunctionele modi met de verandering in welbevinden en psychische klachten te tonen. Hierdoor kan de gemeenschappelijkheid in verklaarde variantie zichtbaar worden en wordt de separate relatie van de disfunctionele- en functionele modi met de veranderingen in welbevinden en psychische klachten zichtbaar.

Aangezien het beginniveau van de (dis)functionele modi, het welbevinden en de psychische klachten zeer bepalend is voor de mogelijke absolute mate van verbetering of verslechtering, is ten behoeve van de regressieanalyses met absolute verschilcores gewerkt. Hierdoor kon de doorgemaakte verandering worden gezien in het licht van het eerdere meetmoment. Deze aanpak creëert de mogelijkheid om te controleren en te corrigeren voor de invloed van het eerdere niveau van

welbevinden en psychische klachten van cliënten; hiermee kan inzicht worden verkregen in de overlap, onderscheidbaarheid en 'zuivere' relatie van de veranderingen in (dis)functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden. In de regressieanalyses zijn de verschilcores van de (dis)functionele modi gebruikt als voorspeller voor psychische klachtenreductie (BSI) en welbevindentoenamen (MHC-SF) vlak na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4). Ter voorkoming van een kunstmatige correlatieve en voorspellende stuwingswijze zijn de beginmetingen van de (dis)functionele modi (SMI), psychische klachten (BSI) en het welbevinden (MHC-SF) tevens als controlevariabelen toegevoegd aan het regressiemodel. Hierdoor kan de toegevoegde voorspellende waarde van de veranderingen in (dis)functionele modi, ten opzichte van de beginmetingen, voor de veranderingen in welbevinden en psychische klachten worden onderzocht.

Resultaten

Ter beantwoording van de onderzoeksvraag: ‘in welke mate zijn de veranderingen in disfunctionele- en functionele modi (T0-T3) voorspellend voor de psychische klachtenreductie en de toename van welbevinden net na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4)?’, dienden allereerst alle beginmetingen (T0), eindmetingen (T3), follow-upmetingen (T4) en verschilscores van de functionele modi (Tabel 4), disfunctionele modi (Tabel 5), het welbevinden (Tabel 6) en de psychische klachten (Tabel 7) ter inventarisatie en overzichtsvorming in kaart te worden gebracht.

Alvorens overgegaan werd op nadere toetsende analyses, werd de assumptie van normaliteit geverifieerd. Uit de Kolmogorov-Smirnov test blijkt dat alle begin-, eind- en follow-upmetingen en de verschilscores van de SMI, BSI en MHC-SF normaal verdeeld zijn. De significantieniveaus variëren tussen $p=0.125$ en $p=0.200$.

Om te bepalen of er tijdens de schematherapeutische behandeling een significante stijging plaatsvindt aangaande de functionele modi, worden de begin- en de eindmeting met elkaar vergeleken. Uit deze vergelijking blijkt dat er sprake is van een significante toename ($p=0.00$) (Tabel 4). Om vast te stellen of de functionele modi ook zijn gestegen op de langere termijn, worden de eind- en follow-upmeting met elkaar vergeleken. Hieruit kwam geen significant verschil naar voren ($p=0.200$) (Tabel 4). Ook met betrekking tot de disfunctionele modi blijkt dat er een significante afname was wanneer de begin- en eindmeting met elkaar werden vergeleken ($p=0.00$) en ontbrak ook hier het significante verschil wanneer de eind- en follow-upmeting met elkaar werden vergeleken ($p=0.974$) (Tabel 5). Kortom, de (dis)functionele modi verbeteren significant gedurende de behandeling en deze verbetering houdt stand bij follow-up (T4).

Tabel 4: Functionele modi (SMI). Metingen T0 (n=41), T3 (n=41), T4 (n=37) en verschilscores (T0-T3) (T3-T4).

Metingen T0, T3, T4	M	SD	Range		
			Min	Max	
Beginmeting (T0)	2.906	0.468	2.05	3.90	
Eindmeting (T3)	3.718	0,758	2.25	5.35	
Follow-up (T4)	3.538	0.862	2.10	5.50	
Verschilscores	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting- eindmeting (T0-T3) (n=41)	0,812	0,841	0.547	1,078	0,00**
Eindmeting- follow up (T3-T4) (n=37) °	-0,183°	0,692	-0.379	0.082	0,100

Note. Eenzijdig getoetst $p<0.05$ °Gemiddelde wordt bepaald a.d.h.v. minder respondenten i.v.m. ontbreken van metingen bij follow-up. * $P<0.05$ (eenzijdig). ** $p<0.01$. SMI= Schema Mode Inventory.

Tabel 5: Disfunctionele modi (SMI). Metingen T0 (n=41), T3 (n=41), T4 (n=37) en vershilscores (T0-T3) (T3-T4).

Metingen T0, T3, T4	M	SD	Range		p
			Min	Max	
Beginmeting (T0)	3.018	0.498	1.92	4.63	
Eindmeting (T3)	2.479	0.622	1.31	3.62	
Follow-up (T4)	2.482	0.661	1.12	4.14	
Vershilscores	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting- eindmeting (T0-T3) (n= 41)	-0.538	0.674	-0.751	-0.326	0.00**
Eindmeting- follow up (T3-T4) (n= 37) °	0.003°	0.521	-0.177	0.171	0.487

Note. Eenzijdig getoetst $p < 0.05$ °Gemiddelde wordt bepaald a.d.h.v. minder respondenten i.v.m. ontbreken van metingen bij follow-up. * $P < 0.05$ (eenzijdig). ** $p < 0.01$. SMI= Schema Mode Inventory.

Tevens zijn de begin-, eind- en follow-upmeting van het niveau van welbevinden (Tabel 6) en psychische klachten (Tabel 7) met elkaar vergeleken. Hieruit blijkt dat er ten aanzien van het welbevinden en de psychische klachten aan het einde van de behandeling, respectievelijk een significante stijging ($p=0.00$) en daling ($p=0.00$) is te constateren. Waar een verdere significante stijging of daling van het welbevinden bij follow-up uitblijft ($p=0.102$), is te zien dat het klachtenniveau bij follow-up significant stijgt ten opzichte van de eindmeting ($p=0.017$). Met andere woorden, de verbeteringen van het welbevinden blijven behouden (Tabel 6), maar de psychische klachten zijn 6 maanden na de behandeling significant gestegen, echter vallen de cliënten niet geheel terug (Tabel 7).

Tabel 6: Welbevinden (MHC-SF). Metingen T0 (n=41), T3 (n=41), T4 (n=33) en vershilscores (T0-T3) (T3-T4).

Metingen T0, T3, T4	M	SD	Range		p
			Min	Max	
Beginmeting (T0)	1.396	0.630	0.36	3.00	
Eindmeting (T3)	2.646	1.114	0.07	4.64	
Follow-up (T4)	2.444	1.051	0.64	4.50	
Vershilscores	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting- eindmeting (T0-T3) (n= 41)	1.250	1.135	0.891	1.608	0.00**
Eindmeting- follow up (T3-T4) (n=33) °	-0.238°	1.056	-0.613	0.136	0.102

Note. Eenzijdig getoetst $p < 0.05$ °Gemiddelde wordt bepaald a.d.h.v. minder respondenten i.v.m. ontbreken van metingen bij follow-up. * $P < 0.05$ (eenzijdig). ** $p < 0.01$. MHC-SF= Mental Health Continuüm-Short form.

Tabel 7: Psychische Klachten (BSI). Metingen T0 (n=41), T3 (n=41), T4 (n=34) en verschillscores (T0-T3) (T3-T4).

Metingen T0, T3, T4	M	SD	Range		p
			Min	Max	
Beginmeting (T0)	92.927	28.199	37	149	
Eindmeting (T3)	56.951	31.215	7	138	
Follow-up (T4)	74.588	40.560	2	184	
Verschilsscores	M	SD	95% CI		p
			Lower	Upper	
Beginmeting- eindmeting (T0-T3) (n= 41)	-35.98	35.90	-47,308	-24.643	0.00**
Eindmeting- follow up (T3-T4) (n= 34) ^o	14.529 ^o	38.07	1.247	27.811	0.017*

Note. Eenzijdig getoetst $p < 0.05$ ^oGemiddelde wordt bepaald a.d.h.v. minder respondenten i.v.m. ontbreken van metingen bij follow-up. * $p < 0.05$ (eenzijdig). ** $p < 0.01$. BSI= Brief Symptom Inventory.

Vervolgens hebben partiële correlatieanalyses plaatsgevonden ter bepaling van de separate relatie van de veranderingen in disfunctionele- en functionele modi met de veranderingen van het welbevinden en de psychische klachten. In Tabel 8 zijn de partiële correlatieanalyses opgenomen. Er worden twee verschillende partiële analyses onderscheiden, namelijk een analyse waarbij gecorrigeerd wordt voor de verschillscore van de functionele modi en een analyse waarbij gecorrigeerd wordt voor de verschillscore van de disfunctionele modi (Tabel 8). Deze correctie maakt het, in vergelijking met de bivariate correlatieanalyses (Bijlage 6, Tabel 11), mogelijk om inzicht te verkrijgen in de overlap van de disfunctionele- en functionele modi. Daarnaast creëert het de mogelijkheid om de onafhankelijke relatie van de veranderingen in (dis)functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden te tonen (Tabel 8).

Tabel 8: Partiële correlatieanalyses van verschillscores (dis)functionele modi (T0-T3), verschillscores welbevinden (MHC-SF) en psychische klachten (BSI) tussen (T0-T3) en (T3-T4) (n=33).

	SMI Functionele modi (T0-T3)	SMI Disfunctionele modi (T0-T3)	MHC-SF (T0- T3)	MHC-SF (T3- T4)	BSI (T0-T3)	BSI (T3-T4)
MHC-SF (T0-T3)	0.450 ^o	-	-	-	-	-
	-	-0.429 ^{oo}	-	-	-	-
MHC-SF (T3-T4)	-0.126 ^o	-	-0.454 ^o	-	-	-
	-	0.087 ^{oo}	-0.437 ^{oo}	-	-	-
BSI (T0-T3)	-0.268 ^o	-	-0.038 ^o	0.095 ^o	-	-
	-	0.324 ^{oo}	-0.064 ^{oo}	0.088 ^{oo}	-	-
BSI (T3-T4)	0.109 ^o	-	-0.045 ^o	-0.401 ^o	-0.190 ^o	-
	-	-0.119 ^{oo}	-0.040 ^{oo}	-0.399 ^{oo}	-0.196 ^{oo}	-

Note. ^oCorrectie disfunctionele modi: invloed van de disfunctionele modi op de relatie van de functionele modi met de BSI en MHC-SF wordt gecorrigeerd. ^{oo}Correctie functionele modi: invloed van de functionele modi op de relatie van de disfunctionele modi met de BSI en MHC-SF wordt gecorrigeerd. SMI= Schema Mode Inventory. MHC-SF= Mental Health Continuüm-Short Form. BSI= Brief Symptom Inventory.

De partiële correlatieanalyses hebben geleid tot aanzienlijk lagere correlatiecoëfficiënten voor de (dis)functionele modi dan wanneer er ongecorrigeerde bivariate correlatieanalyses plaatsvonden (Bijlage 6, Tabel 11). Dat de correlatieve samenhang van de (dis)functionele modi sterk verandert wanneer er voor een van beide modicategorieën wordt gecorrigeerd, laat zien dat de disfunctionele- en functionele modi sterk aan elkaar gerelateerd zijn en veel overlap hebben bij het verklaren van de variantie in veranderingen van de psychische klachten en het welbevinden.

In verband met de correlatieve overlap van de (dis)functionele modi zijn binnen de regressieanalyses de (dis)functionele modi zowel afzonderlijk als gezamenlijk benaderd in relatie tot de veranderingen in psychische klachten en het welbevinden.

De regressieanalyses werden uitgevoerd ter bepaling van de voorspellende waarde van de afname van de disfunctionele modi en de toename van functionele modi op de reductie van psychische klachten en de toename van welbevinden. Allereerst werden de verschillen van de functionele modi allen gelijkwaardig opgehoogd zodat alle negatieve waarden werden omgezet naar positieve waarden. Daarnaast werden de verschillen van de disfunctionele modi allen met dezelfde waarde verlaagd zodat alle positieve waarden werden omgezet naar negatieve waarden. Aangezien de waarden in relatie tot elkaar hetzelfde blijven, zal dit de regressieanalyse ten behoeve van dit onderzoek niet verstoren. Deze aanpassing maakt het mogelijk om een regressieanalyse te verrichten ter vaststelling van zowel de mate als de richting van de samenhang met het niveau van welbevinden en psychische klachten. Daarnaast zijn, omwille van de eerder gebleken sterke correlatieve overlap en het daaruit volgende risico voor een kunstmatige correlatieve en voorspellende stuwung, de beginmetingen van de (dis)functionele modi (SMI), de psychische klachten (BSI) en het welbevinden (MHC-SF) als controlevariabelen toegevoegd aan het regressiemodel. Dit maakt het mogelijk om te corrigeren voor relationele invloeden die de zuivere relatie tussen de veranderingen van de (dis)functionele modi met de veranderingen in welbevinden en psychische klachten verstoren. De 'toegevoegde voorspellende waarde'¹ van de veranderingen in (dis)functionele modi op de veranderingen in welbevinden en psychische klachten kon hierdoor worden getoond (Tabellen 9 en 10).

1. De proportie van de variantie in veranderingen van het welbevinden- en psychische klachteniveau die, bovenop de variantie verklaard door de beginmetingen, door de veranderingen in (dis)functionele modi worden verklaard.

Tabel 9: Voorspellende waarde disfunctionele modi (T0-T3) op welbevinden (T0-T3 n=41) (T3-T4 n=33) en psychische klachten (T0-T3 n=41) en (T3-T4 n=34).

<i>SMI: Disfunctionele modi (T0-T3)</i>	<i>BSI (T0-T3)</i>				<i>MHC (T0-T3)</i>			
	β	t	p	R ²	β	t	p	R ²
	0.718	6.989	0.00**	0.386	-0.919	-10.503	0.00**	0.630

	<i>BSI (T3-T4)</i>				<i>MHC (T3-T4)</i>			
	β	t	p	R ²	β	t	p	R ²
	0.014	0.053	0.958	0.00	-0.471	-1.336	0.192	0.040

Note. SMI= Schema Mode Inventory. BSI= Brief Symptom Inventory. MHC-SF= Mental Health Continuüm-Short Form.
*p<0.05. **p<0.01.

Tabel 10: Voorspellende waarde functionele modi (T0-T3) op welbevinden (T0-T3 n=41) (T3-T4 n=33) en psychische klachten (T0-T3 n=41) (T3-T4 n=34).

<i>SMI: Functionele modi (T0-T3)</i>	<i>BSI (T0-T3)</i>				<i>MHC (T0-T3)</i>			
	β	t	p	R ²	β	t	p	R ²
	-0.624	-5.465	0.00**	0.304	0.928	11.170	0.00**	0.649

	<i>BSI (T3-T4)</i>				<i>MHC (T3-T4)</i>			
	β	t	p	R ²	β	t	p	R ²
	0.058	0.257	0.799	0.002	0.825	2.384	0.024*	0.115

Note. SMI= Schema Mode Inventory. BSI= Brief Symptom Inventory. MHC-SF= Mental Health Continuüm-Short Form.
*p<0.05. **p<0.01.

De afname van de disfunctionele modi verklaren, naast de beginmetingen, een extra 39% van de variantie ($R^2=0.386$)² van de absolute verandering in psychische klachten aan het eind van de behandeling (T0-T3) en deze voorspelling is significant ($p=0.00$). Bij follow-up (T3-T4) verklaren de disfunctionele modi geen extra variantie ($R^2=0.00$) van de verandering in psychische klachten bovenop de variantie verklaard door de beginmetingen en ontbreekt significantie bij deze voorspelling ($p=0.958$) (Tabel 9). Het geheel ontbreken van enige voorspellende waarde van de disfunctionele modi voor de psychische klachten bij follow-up kan mogelijk worden verklaard door de tegenovergestelde ontwikkeling van beide variabelen; de reductie van de disfunctionele modi bleef namelijk gehandhaafd en de psychische klachten namen daarentegen toe.

Ten aanzien van het welbevinden blijkt de afname van de disfunctionele modi 63% extra variantie te verklaren ($R^2=0.630$) van de absolute verandering aan het einde van de behandeling (T0-T3) en deze voorspelling is significant ($p=0.00$). Bij follow-up(T3-T4) verklaart de afname van de disfunctionele

2. De toegevoegde voorspellende waarde staat voor de extra proportie van de variantie (R^2) van de veranderingen in psychische klachten en het welbevinden die door de veranderingen in de functionele- en disfunctionele modi worden verklaard.

modi 4% extra van de variantie ($R^2=0.040$) van de absolute verandering in welbevinden, echter ontbreekt significantie bij deze voorspelling ($p=0.192$) (Tabel 9).

De toename van de functionele modi verklaren 30% extra van de variantie ($R^2=0.304$) van de absolute verandering in psychische klachten aan het eind van de behandeling (T0-T3), en deze voorspelling is significant ($p=0.00$). Bij follow-up(T3-T4) blijkt dat zij 0.2% extra van de variantie ($R^2=0.002$) van de absolute verandering van de psychische klachten verklaren, echter is deze voorspellende waarde niet significant ($p=0.799$) (Tabel 10).

De toename van de functionele modi verklaren 65% extra van de variantie ($R^2=0.680$) van de absolute verandering in welbevinden aan het eind van de behandeling (T0-T3) en deze voorspelling is significant ($p=0.00$). Bij follow-up(T3-T4) blijkt dat de toename van functionele modi nog 12% extra van de variantie ($R^2 =0.115$) van de absolute verandering in welbevinden verklaren, en deze voorspelling is significant ($p=0.024$) (Tabel 10).

In verband met de reeds aangetoonde correlatieve overlap van de disfunctionele- en functionele modi, is vervolgens bepaald wat de 'gezamenlijke' toegevoegde voorspellende waarde van de veranderingen in disfunctionele- en functionele modi op de veranderingen in psychische klachten en welbevinden is. Met andere woorden: wat is de contributie van de disfunctionele- en functionele modi ten opzichte van elkaar inzake de verklaring van de variantie in veranderingen van de psychische klachten en het welbevinden?

Het blijkt dat de beide modi-categorieën gezamenlijk nagenoeg geen extra variantie van de veranderingen in psychische klachten en welbevinden verklaren ten opzichte van beide modi-categorieën afzonderlijk (Tabel 11). De gezamenlijke toegevoegde verklaarde variantie van de (dis)functionele modi op het welbevinden aan het eind van de behandeling (T0-T3) bedraagt 70% ($R^2=0.701$) (p -disfunctioneel= 0.001) (p -functioneel= 0.00)³ en de gezamenlijke verklaarde variantie van het welbevinden bij follow-up bedraagt 14% ($R^2=0.138$) (p -disfunctioneel= 0.286) (p -functioneel= 0.036). Ten aanzien van de psychische klachten aan het eind van de behandeling (T0-T3) blijkt dat de gezamenlijke verklaarde variantie 39% bedraagt ($R^2=0.391$) (p -disfunctioneel= 0.002) (p -functioneel= 0.421). Bij follow-up (T3-T4) bedraagt de toegevoegde voorspellende waarde 0.4% ($R^2=0.004$) (p -disfunctioneel= 0.761) (p -functioneel= 0.696) (Tabel 11).

Deze bevinding sterkt de eerder gevonden samenhang en overlappende relatie van de veranderingen van de disfunctionele- en functionele modi met de veranderingen van het welbevinden en de psychische klachten. Echter tekent zich daarnaast duidelijk een selectief

3. De significantie van de contributie van de voorspeller (bv. Functionele modi), nadat de andere voorspeller (bv. Disfunctionele modi) werd meegenomen in het model; de p -waarde reflecteert de meerwaarde van de voorspeller.

onderscheid af; het blijkt dat de functionele modi duidelijk van grotere contributie zijn bij het voorspellen van de veranderingen van het welbevinden tussen het eind van de behandeling en de follow-up zes maanden later, en dat de disfunctionele modi van grotere contributie zijn bij het voorspellen van de veranderingen van de psychische klachten tussen het begin en het einde van de behandeling.

Tabel 11: Gezamenlijke toegevoegde voorspellende waarde van de disfunctionele- en functionele modi (T0-T3) op welbevinden (T0-T3 n=41) (T3-T4 n=33) en psychische klachten (T0-T3 n=41) (T3-T4 n=34).

Functionele- en disfunctionele modi gezamenlijk	BSI (T0-T3)			MHC (T0-T3)		
	p-disfunctioneel	p-functioneel	R ²	p-disfunctioneel	p-functioneel	R ²
	0.002*	0.421	0.391	0.001*	0.00**	0.701
	BSI (T3-T4)			MHC (T3-T4)		
	p- disfunctioneel	p-Functioneel	R ²	p- disfunctioneel	p-functioneel	R ²
	0.761	0.696	0.004	0.286	0.036*	0.138

Note. SMI= Schema Mode Inventory. BSI= Brief Symptom Inventory. MHC-SF= Mental Health Continuüm-Short Form.
*p<0.05. **p<0.01.

Conclusie/Discussie

Deze studie stelde zich ten doel om binnen een klinische schematherapeutische behandelsetting voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek te bepalen in *welke mate een verandering in disfunctionele- en functionele modi (T0-T3) voorspellend is voor de psychische klachtenreductie en toename van welbevinden net na de behandeling (T3) en bij follow-up (T4)*. Bij aanvang van dit onderzoek was de verwachting dat de klinische schemagerichte behandeling een integratie en consolidering van een gezonde omgang met de eigen basisbehoeften zal bewerkstelligen en dat deze gezonde omgang zichtbaar zal worden in een toename van functionele modi en een afname van disfunctionele modi aan het einde van de behandeling. Deze verandering zou naar verwachting leiden tot een toename van welbevinden en een afname van psychische klachten aan het einde van de behandeling en een behoud, dan wel minimale afname, van deze verbetering zes maanden na de behandeling.

Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat de disfunctionele modi significant dalen en de functionele modi significant stijgen gedurende de behandeling. Bij follow-up zijn er ten opzichte van het einde van de behandeling geen significante veranderingen van de (dis)functionele modi waarneembaar. Kortom, de doorgemaakte verbetering blijft zes maanden na de behandeling behouden. Het welbevinden neemt significant toe gedurende de behandeling en deze verbetering blijft behouden bij follow-up. De psychische klachten nemen significant af gedurende de behandeling, echter stijgt het psychische klachtenniveau bij follow-up significant ten opzichte van de eindmeting; de verbetering van het welbevinden houdt dus langer stand dan de reductie van psychische klachten. Deze bevinding is niet geheel in lijn der verwachting en zal verderop nader worden besproken.

De samenhang van de veranderingen in (dis)functionele modi met de veranderingen in welbevinden en psychische klachten is groot. Echter is de onafhankelijke samenhang van de disfunctionele- en functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden aanzienlijk lager; de disfunctionele- en functionele modi zijn sterk aan elkaar gerelateerd en hebben veel overlap bij het verklaren van de veranderingen in psychische klachten en welbevinden. Enige mate van collineariteit kan derhalve niet worden uitgesloten.

Tevens werd aangetoond dat de veranderingen in de disfunctionele- en functionele modi beiden van grote voorspellende waarde zijn voor de veranderingen van het welbevinden- en psychische klachtenniveau tussen het begin en het einde van de behandeling. Echter tekenden zich ook opvallende selectieve verschillen af aangaande de relatie van de disfunctionele- en functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en welbevinden. Te weten, de veranderingen van de

functionele modi zijn in geringere mate dan de veranderingen van de disfunctionele modi van toegevoegde waarde als voorspeller van veranderingen in welbevinden en psychische klachten die zijn doorgemaakt tussen het begin en het einde van de schematherapeutische behandeling. Daar staat tegenover dat de veranderingen van de functionele modi, in tegenstelling tot de veranderingen van de disfunctionele modi, tevens een significante voorspeller met toegevoegde waarde zijn voor de verandering van het welbevinden tussen het einde van de behandeling en de follow-upmeting. Doch ontbreekt het, zowel de veranderingen in disfunctionele- als functionele modi, aan significante voorspellende waarde voor de verandering van de psychische klachten tussen het einde van de behandeling en de follow-upmeting zes maanden later. Young et al. (2005) constateerden dat de aanwezigheid van disfunctionele modi sterk gerelateerd is aan de beleving van psychische klachten. Aangezien er een significante verslechtering optrad van de psychische klachten tussen het einde van de behandeling en de follow-upmeting, maar de verbetering van de (dis)functionele modi behouden bleef, is het ontbreken van voorspellende waarde van deze disfunctionele modi niet verwonderlijk.

Positieve bijdragen van de schemagerichte therapie op de beleving van psychische klachten direct na afloop van de behandeling, werden ook in eerder onderzoek gevonden (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Sempertegui et al., 2013; Renner, 2013; Bamelis et al., 2013; Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2009). Tevens zijn de verbeteringen ten aanzien van de (dis)functionele modi en de relatie van deze verbeteringen met de reductie van psychische klachten aan het einde van de behandeling in overeenstemming met gelijksoortig onderzoek naar het schemamodi-model (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Masley et al., 2012; Lobbestael, Arntz & Sieswerda, 2005; Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016; Van Vreeswijk et al., 2008). Echter wijken de huidige bevindingen met betrekking tot de follow-upmeting af van de verwachtingen van een klinische 'klachtgerichte' behandeling. De mate van toename van psychische klachten lag niet in de lijn der verwachtingen, zeker aangezien het welbevinden wel behouden bleef zes maanden na afloop van de behandeling. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt wellicht in de aanvankelijk 'onjuiste' typering van schemagerichte therapie als enkel 'klachtgerichte' psychotherapie. Mogelijk is de schemagerichte therapie toch meer een combinatiebehandeling, met zowel aandacht voor de klachten als de krachten van cliënten, dan initieel werd verondersteld. Hoewel de functionele modi binnen het huidige theoretische kader van de schemagerichte therapie een minder uitgewerkte en vooraanstaande plaats lijken te bekleden (Claassen & Pol, 2015), ligt de toepassing binnen de laatste fase van de schematherapeutische behandeling weldegelijk op het bevorderen van de functionele, sterke kanten van de cliënt (Farrell & Shaw, 1990).

De eerder geciteerde omschrijvingen van de functionele ‘Gezonde Volwassene-modus’ (Claassen & Pol, 2015) komen sterk overeen met de zes factoren voor een gezond en optimaal functioneren die Ryff en Singer (1998) vonden in een grootschalige metastudie. Zij onderscheidde de volgende zes factoren: doelgerichtheid, autonomie, zelfacceptatie, persoonlijke groei, omgevingsbeheersing en positieve relaties. Deze zes factoren vertonen daarnaast veel overlap met de betekenissen van psychologisch-, emotioneel- en sociaal welbevinden; dit betreft onder meer levenstevredenheid, het vermogen om zinvolle doelen te hebben, bevredigende relaties te onderhouden, autonoom te zijn, zich te ontplooiën en zich sociaal verbonden te voelen (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). Met andere woorden: een duidelijk conceptueel raakvlak lijkt zich af te tekenen tussen de ‘Gezonde Volwassene-modus’, de zes factoren voor optimaal functioneren van Ryff en Singer (1998) en het welbevinden.

Hoewel het vergroten van het welbevinden geen expliciet theoretisch uitgewerkte doelstelling is binnen de huidige vorm van schemagerichte therapie, laat de behandeling binnen dit onderzoek met name hierop de grootste blijvende meerwaarde zien. Daarbovenop kon deze blijvende meerwaarde mogelijk voor het grootste gedeelte worden toegeschreven aan de doorgemaakte verbeteringen binnen de functionele modi. Alhoewel de theoretische uitwerking van de schemagerichte therapie heden gekenmerkt wordt door een ‘klachtgerichte’ oriëntatie van psychische problemen, is de klinische toepassing wellicht toch veel krachtgerichter dan aanvankelijk werd gedacht. Een herziening van de schemagerichte therapie als krachtgerichte- of combinatiebehandeling, in plaats van enkel als klachtgerichte behandeling, is derhalve niet onaannemelijk. In eerder onderzoek naar het schemamodi-model was veelal enkel aandacht voor de veranderingen van de disfunctionele modi en ontbrak niet zelden aandacht voor de functionele modi. Daarnaast werd de relatie met het welbevinden veelal buiten beschouwing gelaten. Deze selectieve aandacht voor de disfunctionele aspecten is illustratief voor de aanvankelijke typering van schemagerichte therapie als ‘klachtgerichte’ psychotherapie, maar behoeft, op basis van dit onderzoek, heroverweging.

Westerhof en Bohlmeijer (2010) constateerden dat binnen de geestelijke gezondheidszorg vaak, ten onrechte, wordt aangenomen dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid uitersten zijn van hetzelfde continuüm. Keyes en Westerhof (2008) toonden aan dat geestelijke gezondheid en het ontbreken van psychische stoornissen, gerelateerde maar onafhankelijk opererende dimensies zijn. Het blijkt dat mensen die aan een psychische stoornis lijden, wel een relatief hoog niveau van welbevinden kunnen ervaren en dat mensen met een verlaagd welbevinden, toch weinig symptomen van psychopathologie kunnen ervaren (Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013).

Het twee-continuamodel van Keyes (2005, 2007) is de modelmatige benadering van bovenstaande bevindingen; het benadrukt zowel het belang van het behandelen van psychische stoornissen, het bevorderen van het welbevinden en de onderlinge interactie. We kunnen pas van volledige geestelijke gezondheid spreken als mensen zowel geen psychische stoornis hebben alsmede een hoge mate van welbevinden ervaren (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Aangezien de psychische klachten en het welbevinden binnen het huidige onderzoek een ander verloop laten zien en derhalve (gedeeltelijk) onafhankelijk zijn, is dit in lijn met het twee-continuamodel van Keyes (2005). Een heroriëntatie van de doelstelling en benadering van klachten en krachten binnen de schemagerichte therapie sluit aan bij het twee continua-model en biedt veel mogelijkheden voor een verdere integratie van de positieve psychologie binnen de schemagerichte therapie. Het investeren in de positieve geestelijke gezondheid kan een bijdrage leveren aan de preventie van psychische stoornissen (Bohlmeijer et al., 2013). Interventies zouden zich derhalve meer moeten toespitsen op het bevorderen van het welbevinden in plaats van enkel op psychische klachtenreductie (Ryff & Singer, 1998). De effectiviteit en waardering van psychotherapeutische behandelingen zou afgemeten moeten worden aan de hand van de mate van psychische klachtenreductie en de mate van verbetering van het welbevinden (Lamers, 2012). Dit onderstreept het belang van het huidige onderzoek waarin, middels het verschaffen van inzicht in de relatie van de disfunctionele- en functionele modi met het welbevinden en de psychische klachten, aansluiting bij deze tweezijdige benadering van de geestelijke gezondheid wordt gezocht.

Een focus op de functionele modi is, zoals reeds eerder benadrukt, nog geen primair doel in het theoretische model van de schemagerichte therapie; een onevenredige aandacht voor, en variëteit in disfunctionele modi tekent zich af ten opzichte van de beknopte conceptualisatie van de functionele modi. De meetmethoden zijn daarnaast nauw gelieerd aan dit conceptuele model en compliceren de vaststelling van de aanwezigheid en invloed van de functionele modi. Inzicht in de potentiële reikwijdte van de functionele modi blijft hierdoor tot op heden binnen de schemagerichte therapie beperkt. Aangezien, binnen dit onderzoek, met name de functionele modi van invloed lijken op het behoud van het welbevinden na afloop van de behandeling, is meer nadruk op deze modi binnen de behandeling dan ook gewenst. Zeker wanneer aansluiting bij de moderne visie op herstel wenst te worden gerealiseerd; deze visie omvat immers zowel een verbetering van psychische klachten alsmede een toename van welbevinden (Dellemann, 2013). Ter vaststelling van de potentiële invloed van de functionele modi dient nader onderzoek te worden verricht met aandacht voor de herverdeling van het gewicht en de variëteit in functionele- en disfunctionele modi binnen de schemagerichte therapie. Er dient in de nabije toekomst aandacht te komen voor de herziening van het theoretische schemamodi-model waarin uitbreiding, verdieping en een mogelijke

categorisering van de 'Gezonde Volwassene-modus' centraal staan. Dit creëert vervolgens de mogelijkheid om experimenteel onderzoek te verrichten naar twee verschillende vormen van schemagerichte therapie. Te weten, een schemagerichte therapie waarbinnen de primaire focus ligt op de verbetering van de functionele modi en een schemagerichte therapie waarbinnen de primaire focus ligt op de verbetering van de disfunctionele modi. Om deze twee verschillende vormen gedegen te kunnen vergelijken dient het effect te worden afgemeten aan de mate van verbetering van de psychische klachten én het welbevinden van de cliënten. De ontwikkeling van een integrale vorm van schemagerichte therapie met aandacht voor de tweezijdige geestelijke gezondheid vormt het hogere doel.

Daarnaast kan inzicht in de effecten en potentiële toegevoegde waarde van welbevindentherapie in aansluiting op de klinische schemagerichte therapie handvatten genereren ter vormgeving van toekomstbestendige, integrale psychische behandelingen. Nader onderzoek naar de meerwaarde van welbevindentherapie (WBT) als aanvulling op een klachtgerichte behandeling heeft immers eerder positieve resultaten opgeleverd (Fava Rafanelli, Cazzaro, Conti & Grandi, 1998; Fava et al., 2004, 2005; Fava, Rafanelli, Tomba, Guidi & Grandi, 2011). Aanvullende welbevindentherapie bleek als nazorgbehandeling effectiever voor het verbeteren van het psychologisch welbevinden en de depressieve klachten dan aanvullende cognitieve gedragstherapie (CGT) (Fava et al., 1998).

Bovendien bleek een combinatiebehandeling van CGT en WBT effectiever als terugvalpreventie bij cliënten met een recidiverende depressieve stoornis; de combinatiebehandeling van CGT en WBT leidde tot een significante reductie van depressieve klachten en lagere terugvalpercentages in vergelijking met een controlegroep (Fava et al., 2004). Daarnaast leverde de combinatie van WBT en CGT een significant hoger welbevinden en een significante afname van psychische klachten op ten opzichte van enkel CGT bij cliënten met een gegeneraliseerde angststoornis (Fava et al., 2005). Tot slot resulteerde de combinatie van WBT en CGT bij cliënten met een cyclothyme stoornis in een significante en blijvende verbetering ten opzichte van enkel een klinische benadering van de stoornis (Fava et al., 2011). Een focus op de functionele aspecten in de laatste fase van de behandeling wijst, ook in het huidige onderzoek, in de richting van een positieve samenhang met de toename en het behoud van welbevinden. Hiermee lijkt onderzoek naar WBT in aansluiting op de schemagerichte behandeling een waardevolle stap voor vervolgonderzoek.

Daarnaast bleek uit onderzoek van Diener, Suh, Lucas en Smith (1999) dat aandacht voor het welbevinden een positieve invloed had op het niveau van sociaal-maatschappelijk functioneren van cliënten. In de laatste fase van de behandeling kan zorg gericht op persoonlijke doelen, autonomie, zelfacceptatie, persoonlijke groei, omgevingsbeheersing en positieve relaties de overgang van de

klinische behandeling naar het 'gewone leven' wellicht ondersteunen. Zeker omdat veel cliënten, voor de behandeling, hierop waren vastgelopen.

Een aanvullende verklaring voor de opvallende bevindingen binnen het huidige onderzoek is wellicht gerelateerd aan een overkoepelend medisch behandelparadigma die zowel behandelaar als cliënt heeft gevormd in zijn visie op herstel. 'Genezing' van psychopathologie, beschadigingen en 'ziektes' hebben hierin veelal centraal gestaan (Delleman, 2013). In verband met de uitgebreide, intensieve behandelgeschiedenis van de cliënten binnen dit onderzoek (Tabel 2), is dit paradigma hen niet vreemd. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zij mogelijk een selectieve aandacht hebben voor, betekenis ontlenen aan en houvast putten uit deze psychische klachten ter beoordeling van hun niveau van herstel na afronding van de klinische behandeling. Psychische klachten krijgen betekenis in het licht van het, door de cliënt, gewenste en verwachte niveau van functioneren (Yalom, 1980). Wanneer psychische klachten als graadmeter voor geestelijke gezondheid worden gebruikt dreigt een vertekening op te treden die symbool staat voor de huidige hiaten in onze geestelijke gezondheidszorg. De noodzaak van een expliciet tegenwicht aan de preoccupaties van de klinische psychologie met pathologie, beschadiging en ziekte (Delleman, 2013) zal verderop uitgebreider aan bod komen.

Ten aanzien van de kwaliteit van het onderzoek moet worden erkend dat enkele aspecten verbetering behoeven en/of de resultaten mogelijk hebben vertekend. Allereerst was er veel uitval van respondenten; slechts 41 van de 156 cliënten (26%) waren geschikt voor inclusie, al komen hoge drop-outpercentages frequent voor in klinisch onderzoek bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. De drop-outpercentages van het huidige onderzoek zijn zodoende in lijn met vergelijkbaar onderzoek (Pham-Scottez et al., 2012; Van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen & van Furth, 2014). Echter zijn binnen het huidige onderzoek in verband met de hoge mate van drop-out én vroegtijdige beëindiging van de behandeling, de exclusiepercentages nog hoger. Alhoewel dit de klinische praktijk goed representeert zal de vertegenwoordiging van de geïnccludeerde cliënten ten opzichte van de gehele steekproef hierdoor in het gedrang zijn geraakt; wellicht zijn enkel de meest gemotiveerde cliënten geïnccludeerd in het onderzoek. De relatie van de veranderingen in (dis)functionele modi met de veranderingen in psychische klachten en het welbevinden werd hierdoor enkel bepaald aan de hand van de deelnemende cliënten, terwijl de volledige klinische werkelijkheid weerbarstiger is. Dit zal een weerslag hebben op de validiteit van het onderzoek en de betekenis van de resultaten kan om die reden ter discussie komen te staan.

Daarnaast is de steekproef, hoewel het allemaal cliënten betreft met een persoonlijkheidsstoornis, zeer heterogeen; uiteenlopende classificaties binnen de clusters B en C voor persoonlijkheidsstoornissen en verscheidene vormen van comorbiditeit zijn aanwezig binnen de steekproef. Dit bemoeilijkt overzicht over de implicaties en consequenties van het onderzoek en hiermee de generaliseerbaarheid van de onderzochte populatie. Tot slot werd er geen controlegroep gehanteerd. Dit beperkt wederom de mogelijkheden om gedegen conclusies te kunnen trekken over de relatie van de veranderingen in de (dis)functionele modi met de bevordering van de geestelijke gezondheid. Inzicht in de kwaliteit en invloed van het huidige schemamodi-model van de schemagerichte therapie blijft hierdoor gering.

Samenvattend blijkt uit dit onderzoek dat de integratie en consolidering van een gezonde omgang met de eigen basisbehoeften, zichtbaar in de verbeteringen van de functionele- en disfunctionele modi (Young et al., 2005), is gegroeid gedurende de schemagerichte behandeling. Deze ontwikkelingen bleken vervolgens van mogelijke invloed op de reductie van psychische klachten en een toename van welbevinden na de behandeling. Daarnaast was een behoud van de toename van welbevinden en een verslechtering van de psychische klachten zes maanden na afronding van de behandeling zichtbaar. Deze bevindingen kunnen mogelijk worden verklaard door de toch meer 'krachtgerichte', in plaats van 'klachtgerichte', toepassing van klinische schemagerichte therapie. Hierin wijkt deze toepassing af van de theoretische, met name 'klachtgerichte' uitwerking. Daarnaast kan een overkoepelend medisch behandelparadigma die zowel behandelaar als cliënt heeft gevormd in zijn visie op herstel, door de selectieve focus op psychische klachten, wellicht van invloed zijn geweest op de stuwing van de psychische klachten zes maanden na afloop van de behandeling. Echter is mede wegens het ontbreken van een controlegroep en de kleine onderzoekspopulatie enige voorzichtigheid gepast bij waardering en interpretatie van de gevonden resultaten.

Ter afsluiting een beschouwing van het huidige psychotherapeutische behandelparadigma en een wens voor de toekomst.

Aandacht voor, en verdere ontwikkeling van aanvullende krachtgerichte behandelvormen dragen bij aan de nuancering van de aanname van cliënten en hulpverleners, dat klachten genezen dienen te worden voordat een cliënt de draad van zijn of haar leven weer op kan pakken (Delleman, 2013). Deze assumptie is, vanwege het ontorechte gewicht dat gehangen wordt aan de invaliderende aspecten van psychische klachten, riskant en desillusie ligt op de loer. Het gewicht dient verdeeld te worden over de negatieve/belemmerende aspecten van ons bestaan, alsmede over datgene wat het

eigen leven zin geeft. Daarnaast voedt een puur klachtgerichte focus de illusie dat een leven zonder klachten de norm is en tot de mogelijkheden behoort (Delleman, 2013). Kortom, we hebben in het verleden een unilateraal, medisch model gehanteerd die zowel behandelaar als cliënt heeft gevormd in zijn kijk op herstel. Dit model lijkt aanvulling te behoeven. Een te sterke focus op psychische klachten vergroot de kans op verstarring van psychiatrische categorieën en begrippen. Het verhaal van de cliënt kan hierin gevangen raken en onterecht aan betekenis inboeten (Van Os, 2014). Aandacht voor het niveau van welbevinden is hiermee dan ook een zinvolle aanvulling op het aanbod binnen de huidige geestelijke gezondheidszorg (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Een integrale vorm van psychotherapie waarin het hanteren van een negatieve, klachtgerichte optiek ingebed wordt in een positieve krachtgerichte optiek met een overkoepelende focus op welbevinden sluit beter aan bij de moderne visie op herstel van psychische stoornissen (Delleman, 2013). Nader onderzoek naar de potentiële meerwaarde van een schemagerichte therapie met een sterkere focus op krachten en welbevinden kan een dergelijke integrale vorm van psychotherapie met overkoepelende focus op welbevinden gaan vormen.

In 2010 verschenen drie belangrijke nota's van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg; zij pleitten voor een fundamentele heroriëntatie van de gezondheidszorg in 2020. De nota's zijn samen te vatten als: 'van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag' (Verduin, 2013). Dit devies lijkt een kentering te benadrukken die langzaam in de geestelijke gezondheidszorg en aanverwant wetenschappelijk onderzoek zichtbaar wordt. Het primaat van de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg zou moeten liggen bij de klacht- én krachtbeleving van de cliënt; een focus op persoonlijke doelen, empowerment, kwaliteit van leven en niet het genezen van 'ziekte' staan hierin centraal. Deze persoonsgerichte geestelijke gezondheidszorg, ofwel 'personal medicine' (Deegan, 2005) draagt bij aan de reductie van zorguitgaven en zal leiden tot een betere balans tussen maakbaarheid en aanvaarding (Bohlmeijer, 2012).

Het huidige onderzoek is qua opzet in lijn met deze tweezijdige benadering van de geestelijke gezondheid. Het wenst de eerste aanzet te geven tot herziening van het huidige schemamodi-model. Hoewel verder onderzoek naar de toepassing van een integrale vorm van schemagerichte therapie nog moet plaatsvinden, zet het huidige onderzoek de eerste stappen in de richting van een heroriëntatie en gewichtsverdeling van krachten en klachten binnen een bestaande, intensieve, 'evidence based' psychotherapeutische behandeling. De aanknopingspunten van een verdere integratie van de positieve psychologie binnen de schemagerichte therapie ogen, op basis van het huidige onderzoek, de moeite waard. Aansluiting van de schemagerichte therapie bij de moderne visie op persoonlijk herstel ligt daarbij in het verschiet.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR fourth edition (text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *Schema therapy for borderline personality disorder*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 226-239. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.005>.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12040518>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bohlmeijer, E. (2012). *Eudaimonia: voer voor psychologen. Pleidooi voor een heroriëntatie van de geestelijke gezondheidszorg. Oratie*. Enschede: Universiteit Twente.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J.A. (2013). *Handboek positieve psychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Claassen, A. M., & Pol, S. (2014). De Gezonde Volwassene: van modus naar mens. *Psychopraktijk*, 6: 19. <http://dx.doi.org/10.1007/s13170-014-0054-y>.
- Claassen, A. M., & Pol, S. (2015). *Schematherapie en de gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Springer.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current directions in psychological science*, 18(1), 27-31. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01600.x>.
- De Beurs, E. (2006). Brief Symptom Inventory (BSI) en BSI 18. *Handleiding [Brief Symptom Inventory (BSI): Manual]*. Leiden, The Netherlands: PITS B.V.
- De Beurs, E., & Zitman, F. (2005). Brief symptom inventory (BSI): reliability and validity of a practical alternative for SCL-90 [In Dutch: de brief symptom inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90]. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 120-141.

- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66 suppl), 29-35. <http://dx.doi.org/10.1080/14034950510033345>.
- Delleman, O. (2013). Positieve geestelijke gezondheidszorg. In Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G., & Walburg, J. A. *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek, toepassingen*, 61-71. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- 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. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276-302.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>.
- Eurelings-Bontekoe, E. H., Luyten, P., IJssennagger, M., van Vreeswijk, M., & Koelen, J. (2010). Relationship between personality organization and Young's cognitive model of personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 198-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.034>.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (1990). Emotional awareness training for borderline personality disorder patients: a treatment manual. *Unpublished manuscript for NIH RO3, Indiana University School of Medicine, Indianapolis*.
- Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Farrell, 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(2), 317-328. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S., & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28(02), 475-480.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Conti, S., & Grandi, S. (2004). Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1872-1876.

- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L., & Sirigatti, S. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 26-30.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Tomba, E., Guidi, J., & Grandi, S. (2011). The sequential combination of cognitive behavioral treatment and well-being therapy in cyclothymic disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 136-143. <http://dx.doi.org/10.1159/000321575>.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*, 77(6), 1903-1934. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x>.
- Fava, G. A. (2016). *Well-being Therapy: Treatment Manual and Clinical Applications*. New York: Karger Medical and Scientific Publishers.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (2005). Integrative therapy for borderline personality disorder. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 299-320. New York: Oxford University Press.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders-a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445-458. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20240>.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539-548. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62, 95-108. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>.
- Keyes, C. L. (2009). The nature and importance of positive mental health in America's adolescents. *Handbook of positive psychology in schools*, 9-23. New York: Routledge.

- Lamers, S. (2012). *Positive Mental Health; measurement, relevance and implications*. Enschede: University press. Gildeprint.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & 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. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20741>.
- Lenzenweger, M. F. (2008). Epidemiology of personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(3), 395-403. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.003>.
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 240-253. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(7), 854-860. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.006>.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(04), 437-458. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465810000226>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *3*, 181-205. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>.
- 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. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>.
- McAdams, D. P. (1990). *The person: An introduction to personality psychology*. San Diego: Harcourt Brace Jovanovich.
- Muste, E., Weertman, A. & Claassen, A. (2009). *Werkboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. M. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nordahl, H. M., & Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 254-264. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.007>.

- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., ... & Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment?: the role of personality factors. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(9), 807-813. <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e318266bbba>.
- Renner, F., van der Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2014). Effecten van schemagroepstherapie bij jongvolwassenen. *Gedragstherapie*, 47, 20-36.
- Richtlijnontwikkeling, L. S. M. (2008). Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen. *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient Schema Therapy for Nonresponsive Patients With Personality Pathology: Changes in Symptomatic Distress, Schemas, Schema Modes, Coping Styles, Experienced Parenting Styles, and Mental Well-Being. *Psychotherapy*, Vol 53(4), 402-412. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000056>.
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426-447. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change?. *Journal of personality and social psychology*, 84(5), 1041-1053. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.5.1041>.
- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.09.008>.
- Van den Bosch, L. M., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 1. <http://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-15-152>.
- Vandereyken, W., Hoogduin, C. & Emmelkamp, P. (2008). Handboek psychopathologie, deel I, basisbegrippen, vierde herziene druk, 2008. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 978 90 31353095.
- Van Os, J. (2014). De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(5), 356-357.

- Verduin, P. (2013). Grote gezondheid als aangrijpingspunt voor Positieve Psychologie. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof, & JA Walberg (red.), *Handboek Positieve Psychologie. Theorie, onderzoek en toepassingen*, 39-59. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *182*(2), 135-140. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.182.2.135>.
- Vreeswijk, M. V., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). (2009). *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Westerhof, G., & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte [Mental health is more than the absence of mental illness]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *63*, 808–820.
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of affective disorders*, *122*(3), 213-217. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.032>.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. USA: Basic Books Perseus Books Group.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (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 [Schema-Focused Therapy: Guidelines for therapists]*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(5), 373-377. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality* (Vol. 10). New York: Cambridge University Press.

Bijlages

Bijlage 1: Informatiefolder onderzoek

Bijlage 2: Toestemmingsverklaring onderzoek

Bijlage 3: Schema Modus Inventory (SMI)

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

Bijlage 5: Brief Symptom Inventory (BSI)

Bijlage 6: Bivariate correlatieanalyses

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 onderzoekskoördinator: 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 / ppnr:
 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	4= Regelmatig
2= Zelden	5= Meestal
3= Af en toe	6= Altijd

<u>Frequentie</u>	<u>Over het algemeen...</u>
	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.

	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 kleineer 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).

SMI (versie 1): Items per modus (N = 124)

1. kwetsbare kind (n = 10): it 4, 6, 36, 50, 67, 71, 105, 106, 111, 119.
2. woedende kind (n = 10): it 22, 42, 47, 49, 56, 63, 76, 79, 103, 109.
3. razende kind (n = 10): it 14, 25, 26, 46, 54, 60, 92, 98, 101, 123.
4. impulsieve kind (n = 9): it 12, 15, 35, 40, 66, 69, 78, 97, 110.
5. ongedisciplineerde kind (n = 6): it 13, 21, 30, 65, 70, 107.
6. blijde kind (n = 10): it 2, 17, 19, 48, 61, 68, 95, 96, 113, 122.
7. willoze inschikkelijke (n = 7): it 8, 18, 37, 38, 55, 100, 108.
8. onthechte beschermer (n = 9): it 28, 33, 34, 39, 43, 59, 64, 75, 88.
9. onthechte zelfsusser (n = 4): it 41, 52, 57, 86.
10. zelfverheerlijker (n = 10): it 10, 11, 27, 31, 44, 74, 81, 89, 91, 114.
11. pest- en aanval (n = 9): it 1, 24, 32, 53, 77, 93, 99, 102, 112.
12. Straffende ouder (n = 10): it 3, 5, 9, 16, 58, 72, 84, 87, 94, 118.
13. Veeleisende ouder (n = 10): it 7, 23, 45, 51, 82, 83, 90, 104, 115, 116.
14. Gezonde volwassene (n = 10): it 20, 29, 62, 73, 80, 85, 117, 120, 121, 124.

Gemiddelden en standaard deviaties van de modi van de SMI in 3 subsamples

SMI subscales	Niet-patient controle		As I patiënten		As II patiënten	
	g	sd	g	sd	g	sd
Kwetsbare kind	1.47	.51	2.66	.94	3.36	1.11
Woedende Kind	1.81	.48	2.56	.90	3.09	.94
Razende Kind	1.20	.29	1.55	.67	2.05	.92
Impulsieve Kind	2.15	.53	2.46	.72	3.05	.97
Ongedisciplineerde Kind	2.27	.60	2.57	.85	2.95	.94
Blijde Kind	4.52	.54	3.39	.87	2.88	.77
Willoze Inschikkelijke	2.51	.56	3.00	.88	3.32	.95
Onthechte Beschermer	1.59	.52	2.35	.94	2.95	.94
Onthechte Zelfsusser	1.93	.65	3.00	.91	3.32	.98
Zelfverheerlijker	2.31	.59	2.47	.76	2.63	.87
Pest- en aanval	1.72	.51	1.91	.68	2.21	.77
Straffende Ouder	1.47	.39	2.16	.90	2.75	.97
Veeleisende Ouder	3.06	.60	3.50	.85	3.71	.90
Gezonde Volwassene	4.60	.56	3.99	.80	3.60	.83

© 2008 Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbstaël, 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. Lobbstaël, Clinical Psychological Science, Postbus 616, 6200 MD Maastricht (Jill.lobbstael@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

Bijlage 5: Brief Symptom Inventory (BSI)

Brief Symptom Inventory (BSI)

Hoeveel last had u van:

1	Zenuwachtigheid of beverigheid	0	1	2	3	4
2	Duizeligheid of moeite je evenwicht te bewaren	0	1	2	3	4
3	Het idee dat een ander je gedachten kan beïnvloeden	0	1	2	3	4
4	Het gevoel dat de meeste van je problemen aan anderen te wijten zijn	0	1	2	3	4
5	Moeite iets te onthouden	0	1	2	3	4
6	Je snel aan iets ergeren	0	1	2	3	4
7	Pijn op de borst of het hart	0	1	2	3	4
8	Angstig zijn op open pleinen of grote ruimten	0	1	2	3	4
9	Gedachten aan zelfmoord	0	1	2	3	4
10	Het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	0	1	2	3	4
11	Weinig eetlust	0	1	2	3	4
12	Zomaar plotseling bang worden	0	1	2	3	4
13	Woede-uitbarstingen die je niet kan beheersen	0	1	2	3	4
14	Je eenzaam voelen, zelfs als je in gezelschap bent	0	1	2	3	4
15	Je geblokkeerd voelen in het afkrijgen van dingen	0	1	2	3	4
16	Je eenzaam voelen	0	1	2	3	4
17	Je somber voelen	0	1	2	3	4
18	Geen interesse kunnen opbrengen voor dingen	0	1	2	3	4
19	Bang zijn	0	1	2	3	4
20	Gauw gekwetst of geraakt zijn	0	1	2	3	4
21	Het gevoel dat mensen onvriendelijk zijn en je niet mogen	0	1	2	3	4
22	Je tegenover anderen de mindere voelen	0	1	2	3	4
23	Misselijkheid of dat je maag van streek was	0	1	2	3	4
24	Het gevoel dat je in de gaten gehouden wordt of dat er over je gepraat wordt achter je rug	0	1	2	3	4
25	Moeite met in slaap vallen	0	1	2	3	4
26	Steeds maar alles wat je doet moeten controleren	0	1	2	3	4
27	Moeite met beslissingen nemen	0	1	2	3	4
28	Bang zijn om te reizen met bus, trein of tram	0	1	2	3	4
29	Benauwdheid, moeite met ademen	0	1	2	3	4
30	Opvliegers of koude rillingen	0	1	2	3	4
31	Bepaalde dingen, plaatsen of activiteiten vermijden omdat je er angstig van wordt	0	1	2	3	4
32	Helemaal van je apropos zijn (de draad van je gedachten kwijt raken)	0	1	2	3	4
33	Gevoelloosheid of tintelingen in bepaalde lichaamsdelen	0	1	2	3	4

34	Het idee dat je zondig bent en gestraft moet worden	0	1	2	3	4
35	Je hopeloos voelen over de toekomst	0	1	2	3	4
36	Concentratie problemen	0	1	2	3	4
37	Je slap of zwak voelen ergens in je lichaam	0	1	2	3	4
38	Je gespannen en opgefokt voelen	0	1	2	3	4
39	Gedachten aan sterven of aan de dood	0	1	2	3	4
40	De aandrang hebben iemand te slaan, te verwonden of pijn te doen	0	1	2	3	4
41	De aandrang hebben om met dingen te gooien of ze stuk te slaan	0	1	2	3	4
42	Je erg verlegen voelen in gezelschap	0	1	2	3	4
43	Je niet op je gemak voelen in menigten	0	1	2	3	4
44	Je met niemand nauw verbonden voelen	0	1	2	3	4
45	Aanvallen van angst of paniek	0	1	2	3	4
46	Snel ruzie krijgen	0	1	2	3	4
47	Je nerveus voelen als je alleen en verlaten bent	0	1	2	3	4
48	Het gevoel dat anderen je prestaties niet voldoende onderkennen	0	1	2	3	4
49	Je zo rusteloos voelen dat je niet stil kan blijven zitten	0	1	2	3	4
50	Het gevoel dat je niets waard bent	0	1	2	3	4
51	Het gevoel dat anderen misbruik van je maken als je niet oppast	0	1	2	3	4
52	Je schuldig voelen	0	1	2	3	4
53	De gedachte dat je psychisch wat mankeert	0	1	2	3	4

Heeft u geen vragen overgeslagen?
Hartelijk dank voor uw medewerking

Bijlage 6: Bivariate correlatieanalyses

Tabel 12: Bivariate correlatieanalyses van verschillcores (dis)functionele modi (T0-T3), verschillcores welbevinden (MHC-SF) en psychische klachten (BSI) tussen (T0-T3) en (T3-T4) (n=33).

	Functionele modi (T0-T3)	Disfunctionele modi (T0-T3)	MHC-SF (T0-T3)	MHC-SF (T3-T4)	BSI (T0-T3)	BSI (T3-T4)
Functionele modi (T0-T3)	-	-	-	-	-	-
Disfunctionele modi (T0-T3)	-0.835	-	-	-	-	-
MHC-SF (T0-T3)	0.825	-0.822	-	-	-	-
MHC-SF (T3-T4)	-0.330	0.336	-0.508	-	-	-
BSI (T0-T3)	-0.712	0.720	-0.619	0.308	-	-
BSI (T3-T4)	0.358	-0.368	0.292	-0.474	-0.396	-

