



UNIVERSITY OF TWENTE.

Faculteit Behavioural, Management and Social sciences

Welbevinden als voorspeller voor toekomstig psychisch functioneren

Longitudinaal onderzoek bij cliënten met persoonlijkheidspathologie
na klinische groep-schematherapie

Mirthe Vroom

Master Thesis Psychologie
Juli 2017

Begeleiders:

dr. F. Chakhssi

dr. L.C.A. Christenhusz

Masterspecialisatie:

Positieve Psychologie
& Technologie

SAMENVATTING

Inleiding: Welbevinden en de verandering in welbevinden zijn significante voorspellers voor het algemeen psychisch functioneren in niet-klinische populaties. Aangezien welbevinden als buffer kan dienen tegen tal van psychische klachten is het relevant om te onderzoeken in hoeverre het welbevinden ook een relevante voorspeller is voor het algemeen psychisch functioneren binnen een klinische populatie. Het doel van deze thesis is om meer inzicht te krijgen in hoeverre een verbetering van het welbevinden tijdens schemagerichte groepstherapie het algemeen psychisch functioneren kan voorspellen van mensen met cluster B en C-persoonlijkheidsproblematiek. Het onderzoek is een deel van een groter longitudinaal onderzoek naar de effecten van schematherapie binnen een klinische behandeling. **Methode:** De steekproef bestond uit 40 cliënten van gemiddeld van 27 jaar met een cluster B of C-persoonlijkheidsstoornis. De cliënten werden op vrijwillige basis behandeld met een duur van 12 maanden in een kliniek met schemagerichte groepstherapie. Het onderzoeksdesign was een kwantitatief, naturalistisch, prospective, pre-post, within-subjects design met een follow-up zes maanden na ontslag uit de kliniek. In totaal waren er drie meetmomenten: bij de start van de behandeling (T0), bij ontslag (T1) en na zes maanden een follow-up (T2). Bij elke meting werden zes zelfrapportage vragenlijsten ingevuld, met de volgende meetdomeinen: welbevinden, psychische klachten, schema's, modi, overcompensatiestrategieën en vermijdingsstijlen. Door middel van een meervoudige regressieanalyse werd de voorspellende waarde van de veranderingen tijdens de behandeling van de het welbevinden, schema's, modi en de twee copingstijlen op het algemeen psychisch functioneren bij follow-up onderzocht. **Resultaten:** De cliënten rapporteerden een significante, klinische relevante verbetering op alle domeinen tijdens de behandeling en deze verbeteringen hadden tevens een substantieel, duurzaam effect op de langere termijn. De verandering in welbevinden afzonderlijk bleek geen significante voorspeller voor algemeen psychisch functioneren bij follow-up. Tevens had welbevinden geen toegevoegde waarde in een statistisch significant model waarbij schema's, modi en de twee copingstijlen als voorspellers werden gebruikt ($F = 3,953$; $p = 0,006$; $R = 0,612$; $R^2 = 0,375$). **Discussie:** Het onderzoek draagt bij aan een verificatie van de generaliseerbaarheid van eerdere studies naar de relatie tussen welbevinden en psychische klachten in een klinische populatie met persoonlijkheidsproblematiek. In tegenstelling tot wat voorafgaand aan het onderzoek werd verwacht, bleek de toename van welbevinden van deze klinische populatie geen significante voorspeller voor algemeen psychisch functioneren. Mogelijk werd deze relatie beïnvloed door de aard van hun problematiek.

ABSTRACT

Introduction: Well-being and the change in the level of well-being is a significant predictor for the level of general psychological functioning in non-clinical populations. Because well-being can act as a buffer against many pathological symptoms it is relevant to research to what extent well-being serves as a relevant predictor within in a clinical population. The main objective of this thesis is to gain more knowledge about the ability to predict general psychological functioning by the improvement in well-being of people with cluster B and C-personality disorders. This research is part of a larger longitudinal study on the effects of inpatient group-schema therapy. **Method:** The sample consisted of 40 clients with an average age of 27 years with a cluster B or C-personality disorder. The clients were treated on a voluntary basis during a 12-month in an inpatient setting with group-schema therapy in the Netherlands. The research design was a qualitative, naturalistic, prospective, pre-post, within-subjects design with a follow-up, six months after the treatment ended. In total, there were three measurement moments: at the start of the treatment (T0), at dismissal (T1) and at the follow-up after six months (T2). At each measurement six self-report questionnaires in the following domains were administered: well-being, general psychological functioning, scheme's, modes, overcompensation strategies and styles of avoidance. Using the multiple regression analysis, the predicting value of the changes during the treatment of well-being, scheme's, modes and coping styles on the general psychological functioning at follow-up were explored. **Results:** The clients reported a significant, clinical relevant improvement in all domains during treatment and these improvements had a substantial and long-lasting effect. Changes in well-being was not a significant predictor for general psychological functioning at the follow-up. Additionally, well-being did not have an added value in a statistically significant model where the YSL, SMI, YCI and YRAI were used as predictors ($F = 3,953$; $p = 0,006$; $R = 0,612$; $R^2 = 0,375$) for general psychological functioning at the follow-up. **Discussion:** This thesis contributes to a verification of the generalizability of earlier studies of the relationship between well-being and psychological symptoms within a clinical population with personality disorders. In contrast to what was expected prior to this research, it turned out that the increase of well-being of this clinical population not a significant predictor was for general psychological functioning. Possibly the relationship between well-being and general psychological functioning of this population was influenced by the type of disorder.

VOORWOORD

Naar aanleiding van mijn mooie stageperiode bij ‘De Wieke’, de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen van Mediant, en in het kader van mijn afstuderen van de master Positieve Psychologie en Technologie heb ik deze thesis geschreven. De thesis is voor mij een mooie gelegenheid om twee onderwerpen die ik erg interessant vind en die mij blijven verwonderen te combineren, namelijk de klinische groep-schematherapie en de positieve psychologie. In deze thesis onderzoek ik het welbevinden van de cliënten uit de kliniek en analyseer ik de voorspellende waarde van de verandering in het welbevinden op algemeen psychisch functioneren van deze groep cliënten.

Het enthousiasme bij het bestuderen van gedragingen, gevoelens en emoties van mensen en het vele nadenken over en toetsen van beweegredenen tot bepaald gedrag, is voor mij een belangrijke reden geweest om met de master psychologie te starten. Tijdens deze master heb ik ontelbaar veel mogelijkheden gehad om mijzelf te ontwikkelen. Ontwikkelingen in het kader van mijn professionaliteit maar in het bijzonder mijn persoonlijke ontwikkeling: wie wil ik zijn als psycholoog (in spé).

Graag wil ik hier ook de ruimte nemen om de mensen te bedanken die mij deze ontwikkelingsmogelijkheden hebben aangeboden, mij hielpen en aanmoedigden. Deze thesis zou nooit mogelijk zijn geweest zonder hen.

In het bijzonder wil ik de cliënten van ‘De Wieke’ bedanken. Zonder hun medewerking, openheid en vertrouwen zou het onderzoek niet uitvoerbaar zijn geweest. Het team van ‘De Wieke’ heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld. Mijn begeleiders vanuit Universiteit Twente, Farid Chakhssi en Lieke Christenhusz wil ik graag bedanken voor hun enthousiaste betrokkenheid, begeleiding en zorgvuldige feedback. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken, zij toonden interesse, moedigden mij aan, luisterden geduldig en hebben kritisch meegedacht.

Ik ben tevreden over het eindresultaat en wens u veel leesplezier!

Mirthe Vroom

Enschede, juli 2017

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	2
Abstract	3
Voorwoord	4
Inleiding	6
Het tweecontinuummodel: mentale gezondheid en/of psychopathologie	7
Positieve geestelijke gezondheid	8
Schematherapie	11
Schematherapie en positieve geestelijke gezondheid	14
Persoonlijkheidsstoornissen	15
Onderzoeksvraag	16
Methode	17
Onderzoeksdesign	17
Deelnemers	17
Procedure	19
Meetinstrumenten	20
Statistische analyses	23
Resultaten	27
Normaalverdeling	27
Verbanden tussen de variabelen	27
Veranderingen tussen de herhaalde metingen	29
Voorspellen van algemeen psychisch functioneren bij follow-up	30
Discussie	35
Onderzoeksbevindingen	35
Sterkte-zwakteanalyse	41
Conclusie	43
Literatuur	44

INLEIDING

Het streven naar welbevinden is een belangrijke focus geworden binnen de geestelijke gezondheidszorg. Men richt zich de laatste jaren minder op louter de mechanismen van disfunctioneren. Psychische gezondheid blijkt immers meer te zijn dan de afwezigheid van klachten en stoornissen, het gaat evenzeer om het ervaren van welbevinden en een evenwichtig functioneren (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). De Wereld Gezondheidsorganisatie pleit er dan ook voor om niet enkel de ziekte te behandelen maar om eveneens het welbevinden te bevorderen: ‘... a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community’ (WHO, 2004, p.12). De geestelijke gezondheid wordt door de WHO op een positieve manier omschreven. Maar in hoeverre is het mogelijk om positieve geestelijke gezondheid te ervaren als er sprake is van ernstige psychopathologie?

Met deze vraag hebben Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) zich gedeeltelijk beziggehouden in hun onderzoek. Zij hebben in deze studie het effect van een behandeling voor cliënten met chronische en ernstige persoonlijkheidsproblematiek in de specialistische GGZ geëvalueerd door de uitkomsten op diverse vragenlijsten voor, tijdens en na een klinische behandeling alsook bij een follow-up zes maanden na de behandeling te evalueren. De behandelvorm van deze groep cliënten betrof klinische groepstherapie waarbij de cliënten twaalf maanden lang van zondagavond tot vrijdagmiddag opgenomen waren in een kliniek en diverse therapievormen ondergingen. Alle therapievormen waren gebaseerd op schematherapie, wat een zeer effectieve therapie is voor mensen met persoonlijkheidspathologie (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Een belangrijk doel van schematherapie is om de disfunctionele automatische manieren van handelen te veranderen. Schaap et al. (2016) vonden dat de mate waarin de disfunctionele automatische patronen veranderden tijdens de behandeling, samenhang met het psychisch (dis-)functioneren zes maanden na de behandeling bij een klinische populatie met persoonlijkheidsproblematiek.

Naast de veranderingen in disfunctionele automatische patronen hebben Schaap et al. (2016) onderzocht in hoeverre de behandeling was geassocieerd met een positieve significante verandering in copingstijlen, vermijdingsstrategieën, ervaren opvoedingsstijl en positieve geestelijke gezondheid; onmiddellijk na de behandeling alsook bij follow-up zes maanden na de behandeling. De studie liet op nagenoeg elk domein een verbetering zien wat standhield tot in ieder geval zes maanden na de behandeling. Dit betekent bijvoorbeeld dat de positieve

geestelijke gezondheid van een persoon toegenomen is tijdens de behandeling en dat dit domein stabiel is gebleven een half jaar na behandeling. Ook in andere onderzoeken komen sterke aanwijzingen naar voren dat er wel degelijk invloed uitgeoefend kan worden op de mate van welbevinden ondanks complexe pathologie van de doelgroep (Dickhaut & Arntz, 2014).

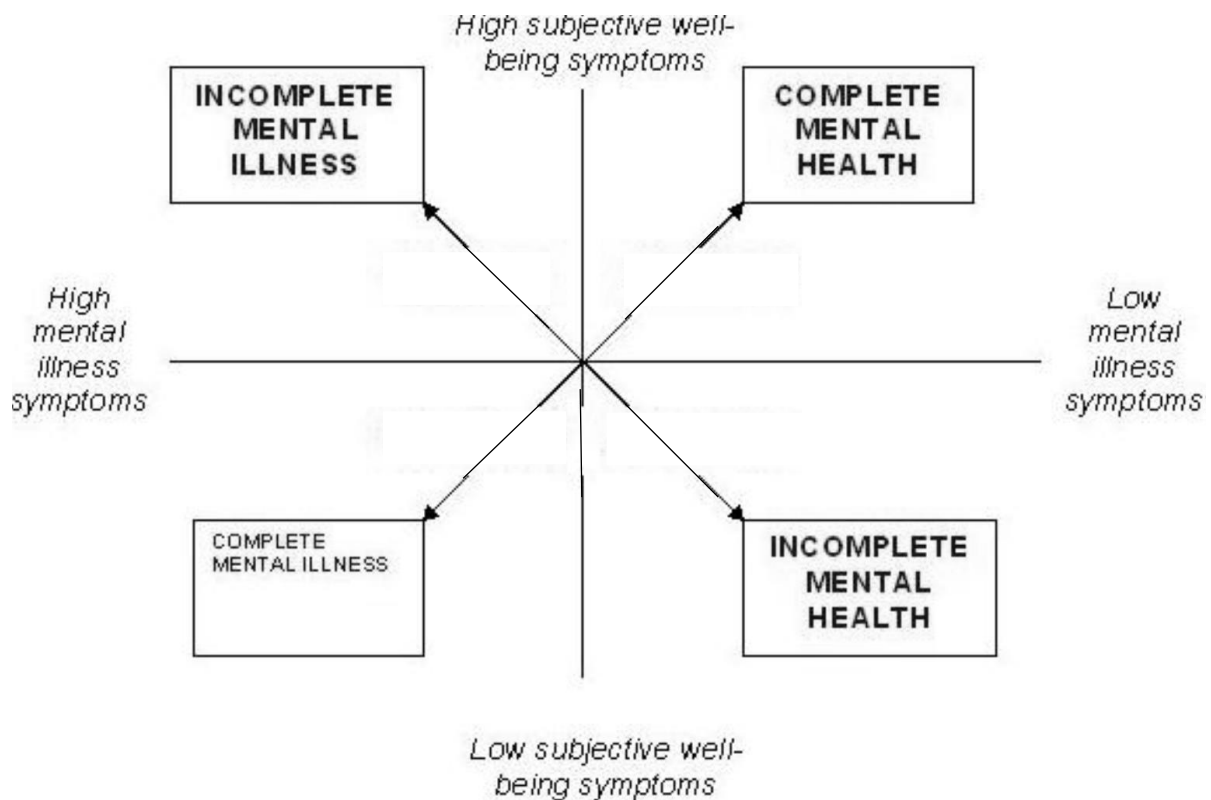
Schaap et al. (2016) hebben zodoende aangetoond dat de veranderingen in disfunctionele automatische patronen tijdens de behandeling, het niveau van het algemeen psychisch functioneren na de behandeling kunnen voorspellen. Zij hebben echter niet aangetoond in welke mate de veranderingen in positieve geestelijke gezondheid tijdens de behandeling het algemeen psychisch functioneren, ook een half jaar na de behandeling voorspelt. In deze studie zal worden onderzocht in hoeverre er ook een langetermijneffect van groep-schematherapie is op het welbevinden een half jaar na de klinische behandeling, en kan daarmee beschouwd worden als een vervolg op het onderzoek van Schaap et al. (2016). Tevens zal de huidige studie zich richten op de mate waarin veranderingen in welbevinden een toegevoegde waarde heeft op de voorspellende waarde van de veranderingen in disfunctionele automatische patronen op het algemeen psychisch functioneren bij follow-up. De vraag die eerder in de inleiding werd gesteld: in hoeverre het mogelijk is om geestelijke gezondheid te ervaren bij reeds bestaande ernstige persoonlijkheidspathologie, sluit aan bij het onderzoeksterrein van de positieve psychologie en de tweecontinuavisie op geestelijke gezondheid van Keyes (2005).

Het tweecontinuamodel: mentale gezondheid en/of psychopathologie

Als ziekte en gezondheid twee uiteinden zijn van dezelfde dimensie dan zou de aanwezigheid van gezondheid, de afwezigheid van psychische klachten impliceren. Uit onderzoek van Keyes (2005) blijkt echter dat deze twee dimensies dichotoom zijn maar desondanks wel enige samenhang vertonen en complementair zijn (Lamers, 2012). Volgens Keyes (2005) is het mogelijk dat personen met een psychische stoornis een betrekkelijk hoge mate van positieve geestelijke gezondheid oftewel welbevinden kunnen ervaren, en omgekeerd: mensen met een laag niveau van positieve geestelijke gezondheid kunnen tegelijkertijd weinig psychopathologische symptomen rapporteren. Hoewel de kans op een lager welbevinden groter is bij veel psychische klachten, is deze relatie niet recht evenredig. De afwezigheid van psychopathologie is niet noodzakelijk noch toereikend om ervan verzekerd te zijn dat een persoon een productief, vruchtbaar en geactualiseerd leven heeft. Dit fenomeen wordt door Keyes (in Slade, 2010) toegelicht in het State Model of Mental Health, waarbij welbevinden

een spectrum is wat kan variëren van hoog naar laag en psychiatrische klachten het andere spectrum wat kan variëren van aanwezig en afwezig. In Figuur 1 (Slade, 2010) is het model weergegeven. Ziekte en gezondheid zijn twee samenhangende maar afzonderlijke dimensies die relatief onafhankelijk van elkaar invloed hebben op het functioneren van mensen (Westerhof & Keyes, 2008).

Bergsma, Ten Have, Veenhoven en De Graaf (2011) hebben tevens aangetoond dat personen met een psychische aandoening wel degelijk momenten kunnen ervaren waarop ze zich gelukkig voelden. Zelfs personen met een stemmingsstoornis, rapporteerden gelukkige momenten tijdens een depressieve episode. De mate van geluk bleek in het onderzoek samenhang te hebben met een gunstig beloop van de psychische ziekte bij follow-up.



Figuur 1. Schematische weergave van het State Model of Mental Health. Ontleend aan en aangepast op basis van “Mental illness and well-being,” door M. Slade, 2010, *BMC Health Services Research*, 10, p. 30.

Positieve geestelijke gezondheid

Psychologische behandelingen hebben veelal een traditionele focus op klachten en symptomen (Delleman in Bohlmeijer, Bolier, Westerhof & Walburg, 2013). De diagnostiek is eveneens gericht op het identificeren van disfunctioneren en het classificeren van

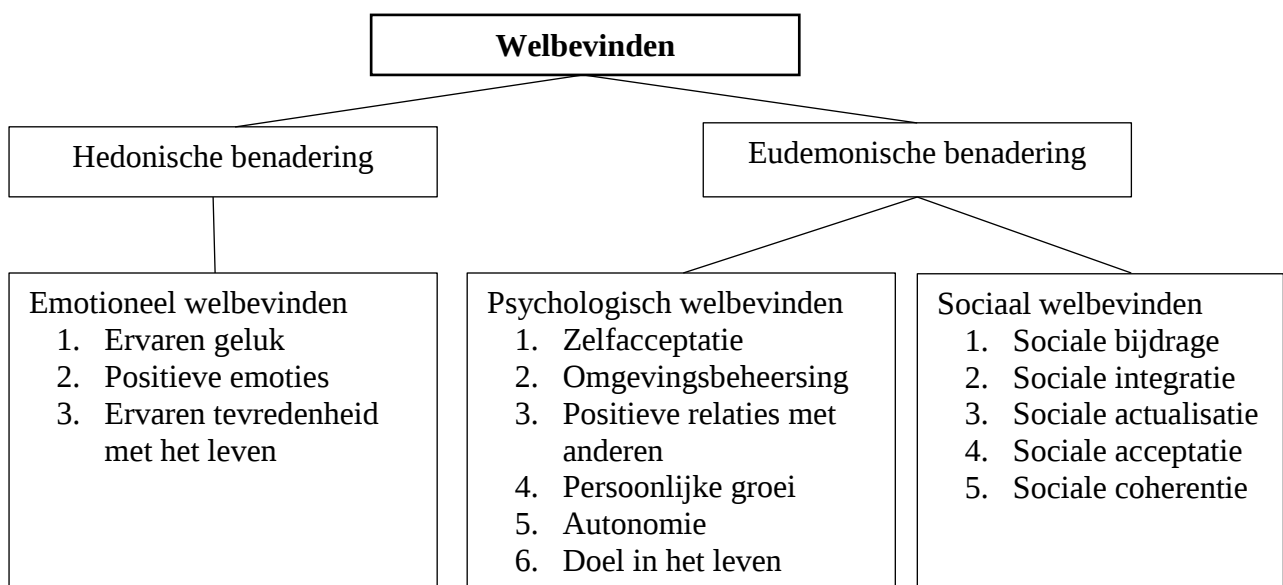
stoornissen (Claassen & Pol, 2015). Het lijkt echter niet voldoende te zijn om een behandeling enkel te richten op het wegnemen van klachten om de psychische gezondheid stimuleren (Slade, 2010). Uit onderzoek komt immers naar voren dat gezondheid en psychopathologische symptomen twee te onderscheiden spectrums zijn met enige samenhang. Wood en Joseph (2009) stellen dat positieve mentale gezondheid beschermend kan zijn ten aanzien van toekomstige psychische klachten. De afwezigheid van een positieve geestelijke gezondheid is daarbij een risicofactor voor het ontwikkelen van een stemmingsstoornis. Tevens lieten Keyes, Dhingra en Simoes (2010) in hun studie zien dat de vermindering in positieve geestelijke gezondheid voorspellend kan zijn voor een manifestatie van meerdere psychologische stoornissen, tien jaar later. De positieve aspecten van geestelijke gezondheid zijn volgens deze onderzoeken voorspellend voor een verbeterd verloop van psychopathologie.

De wederkerigheid van deze relatie is door Lamers (2012; Lamers, Westerhof, Glas & Bohlmeijer, 2015) onderzocht. Zij vonden niet alleen dat veranderingen in positieve geestelijke gezondheid latere psychopathologische symptomen negatief konden voorspellen, omgekeerd gold dat ook: een verandering in psychopathologie kon het toekomstige niveau van positieve geestelijke gezondheid voorspellen. In tegenstelling tot het absolute niveau van de dimensies was met name de vermindering van psychopathologie voorspellend voor een toename van positieve geestelijke gezondheid bij follow-up. Lamers (2012) legt uit dat het niveau van psychopathologie alsook van positieve geestelijke gezondheid redelijk stabiel is, waardoor een verandering in één van de twee meer relevant wordt. Omdat beide spectra van geestelijke gezondheid bidirectioneel en complementair blijken, geeft dat implicaties voor de geestelijke gezondheidszorg bij behandeling van psychopathologie (Lamers, et al., 2015). Positieve geestelijke gezondheid kan als een buffer dienen tegen tal van psychopathologische en fysiologische symptomen (Keyes et al., 2010; Wood & Joseph, 2009; Lamers, 2012; Trompetter, Lamers, Westerhof, Fledderus & Bohlmeijer, 2017).

Welbevinden

De positieve geestelijke gezondheid is volgens literatuur een multidimensionaal construct, bestaande uit drie afzonderlijke maar gerelateerde dimensies (Keyes, 2008; Lamers, 2012; Petrillo, Capone, Caso & Keyes, 2014). De dimensies betreffen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden en vormen samen het totale construct welbevinden, wat in overeenstemming is met de definitie van de WHO. Het emotioneel welbevinden van een persoon is hoog als hij positieve emoties ervaart, negatieve emoties afwezig zijn en zich

tevreden voelt over zijn leven (Keyes, 2002). Deze omschrijving past binnen de hedonistische benadering van welbevinden, waarbij het streven naar subjectief geluk centraal staat (Lamers, 2012). De eudemonische benadering van welbevinden focust op optimaal functioneren en betekenisvol zijn ten aanzien van het persoonlijke leven en het sociale leven. Bij psychologisch welbevinden gaat het om de persoonlijke ontwikkeling in termen van zelfacceptatie, positieve relaties met anderen, omgevingsbeheersing, uiten van mening, levensdoelen en persoonlijke groei (Ryff & Keyes, 1995). Het derde construct, sociaal welbevinden, focust op het gevoel te kunnen participeren in de maatschappij (Bohlmeijer et al., 2013). Uit diverse studies komt naar voren dat de constructen en hun factoren goed te onderscheiden zijn en samen het algehele welbevinden vormen (Diener, 1984; Ryff & Keyes, 1995; Keyes, 1998). In Figuur 2 wordt een overzicht weergegeven van de dimensies van welbevinden gebaseerd op het onderzoek van Lamers (2012).



Figuur 2. De constructen en de bijbehorende factoren van welbevinden schematisch weergegeven. Ontleend aan en aangepast op basis van *Positive Mental Health: Measurement, relevance and implications* (p. 16), door S.M.A. Lamers, 2012, Enschede: University Press.

Bohlmeijer en collega's (2013) beschrijven de gevolgen van een hoog welbevinden. Zo zou door positieve emoties de aandacht verbreden, wat zich uit in een hoger niveau van efficiëntie, beter integreren van informatie, grotere flexibiliteit, creativiteit en sociale verbondenheid. Deze gevolgen worden gekenmerkt als langdurige psychologische en sociale hulpbronnen. Tevens helpt een positief affect in geval van stress om psychische en fysieke

klachten te voorkomen of te verminderen (Bohlmeijer et al., 2013). Volgens Bohlmeijer en collega's is het emotionele welbevinden een uiting van een gezonde persoonlijkheid omdat geluk volgt uit het zelfrealisatieproces. Klachten en psychopathologie komen voort uit een omgeving waarin niet aan alle basisbehoeften tegemoet wordt gekomen (Ryan & Deci, 2000). Dit is in overeenstemming met de theorie van Jeffrey Young et al. (2005). Daarin stellen zij dat de natuurlijke groei en ontwikkeling van een kind beschadigd kan raken als er te weinig voldaan wordt aan een basisbehoefte. Dit is bijvoorbeeld het geval als een kind wordt verlaten en dus de behoefte aan verbondenheid in het geding komt. Op basis van hiervan kan een kind een breed, destructief en hardnekkig patroon ontwikkelen dat in alle levens gebieden is doordrongen; ofwel een schema. Een schema raakt geactiveerd zodra er iets gebeurt wat aan vroeger herinnert (Young et al., 2005). Op basis hiervan is door Jeffrey Young en collega's schematherapie ontwikkeld, welke in de volgende paragraaf staat beschreven.

Schematherapie

In het schematherapie model staan maladaptieve schema's centraal. Een maladaptief schema verwijst naar een breed, in alle levensgebieden doordringend, destructief en hardnekkig patroon (van gedachten en assumpties) wat is ontstaan tijdens de kindertijd, onder invloed van het temperament, en zich verder heeft ontwikkeld door het latere leven (Young et al., 2005). De interactie tussen het aangeboren temperament van een kind en levensgebeurtenissen kan zorgen voor teleurstellingen wanneer er onvoldoende tegemoet wordt gekomen aan de basisbehoeften. Young et al. (2005) onderscheiden vijf universele emotionele basisbehoeften, namelijk: (1) veiligheid en verbondenheid, (2) autonomie, competentie en identiteitsgevoel, (3) zelfexpressie, (4) spontaniteit en spel, en (5) realistische grenzen. Schema's ontstaan in de jeugd als er niet voldoende aan deze basisbehoeften wordt voldaan, waardoor een kind beschadigd raakt in zijn natuurlijke groei en ontwikkeling (Muste, Weertman & Claassen, 2009). Er worden achttien verschillende schema's onderscheiden, welke worden ondergebracht in vijf domeinen. Een representatie van de domeinen en de bijbehorende schema's is weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1

Overzicht van schemadomeinen en bijbehorende schema's.

Schemadomein	Schema's
Onverbondenheid en afwijzing <i>Basisbehoefte: veiligheid en verbondenheid</i>	1 Verlating/instabiliteit 2 Wantrouwen/misbruik 3 Emotioneel tekort 4 Minderwaardigheid/schaamte 5 Sociaal isolement/vervreemding
Verzwakte autonomie en verzwakt functioneren <i>Basisbehoefte: autonomie, competentie en identiteitsgevoel</i>	6 Afhankelijkheid/incompetentie 7 Kwetsbaar voor ziekte en gevaar 8 Verstengeling/onderontwikkeld zelf 9 Mislukking
Verzwakte grenzen <i>Basisbehoefte: realistische grenzen</i>	10 Op je rechten staan 11 Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline
Gerichtheid op anderen <i>Basisbehoefte: Zelfexpressie</i>	12 Onderwerping 13 Zelfopoffering 14 Goedkeuring zoeken
Overmatige waakzaamheid en inhibitie <i>Basisbehoefte: spontaniteit en spel</i>	15 Negativisme/pessimisme 16 Emotionele geremdheid 17 Extreem hoge eisen 18 Bestraffing

Noot: Ontleend aan en aangepast op basis van *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (p. 14-17), door J.E. Young, J.S. Klosko, & M. E. Weishaar, 2005, New York: Guilford Press.

De schema's leiden tot disfunctioneel gedrag in de volwassenheid en zijn de kern van persoonlijkheidsproblematiek. Het doel van schematherapie is om cliënten te helpen meer adequate manieren te vinden om in hun emotionele basisbehoeften te voorzien (Young et al., 2005). De cliënten leren gaandeweg hun behandeling hoe ze de schema's hebben geleerd en gaan steeds beter begrijpen welke onderliggende behoeften er aan ten grondslag liggen. Door de situatie te begrijpen ontstaan er concrete plannen om bestaand gedrag te veranderen die beter past bij die behoeften en hun omgeving, wat leidt tot een beter en gezonder volwassen bestaan. Schematherapie is zeer effectief gebleken (Schaap et al., 2016) en volgens Bamelis, Evers, Spinhoven en Arntz (2014) de meest effectieve therapie voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis.

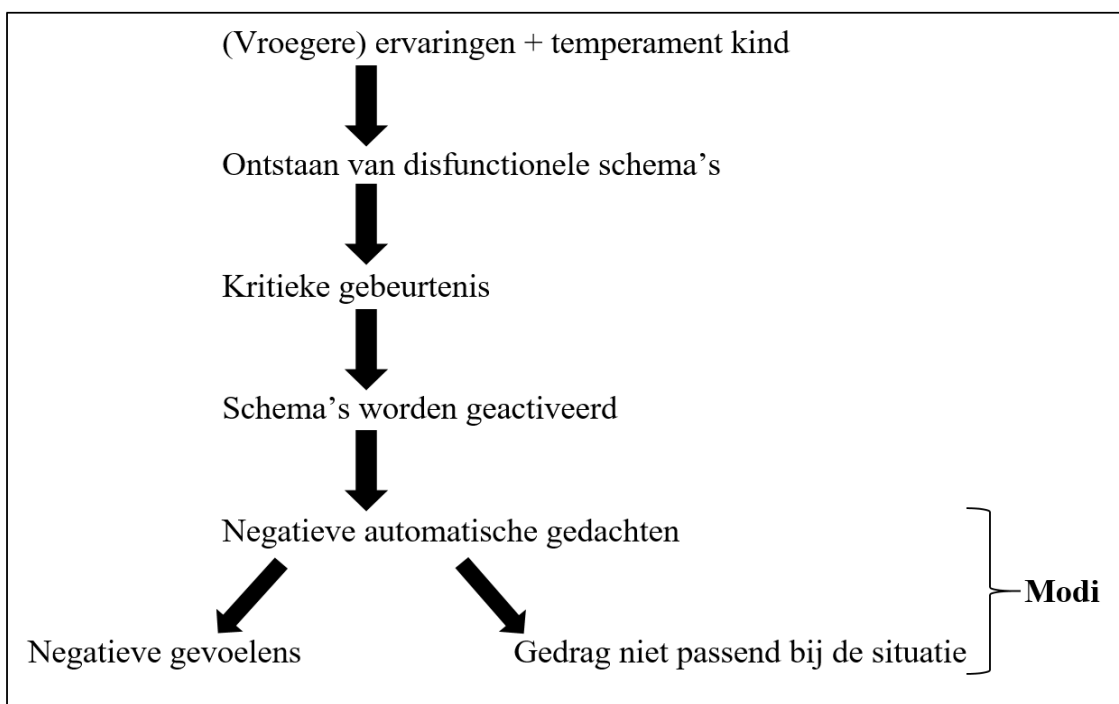
Coping en schema's

Schema's zijn niet altijd even goed zichtbaar in het gedrag, maar de manier om met de schema's om te gaan (coping) wel. Deze copingstijlen zijn combinaties van automatische gedachten, gevoelens en (neigingen tot) gedragingen (Arntz & Bögels, 2000). Er worden drie soorten coping onderscheiden (Muste et al., 2009): (1) overgave; zich erbij neerleggen, (2) overcompensatie; tegenaanval, en (3) vermijding; geen verdere verdieping aangaan. Het

gevolg van alle drie de aangeleerde oplossingsreacties is dat de cliënt belangrijke contacten kwijtraakt en zichzelf bevestigt, waardoor het schema nog hardnekkiger wordt. Wanneer er ten tijde van stress de copingstijlen automatisch opgeroepen worden, en dit bijna altijd dezelfde soort reactie is, kan er gesproken worden van een schema.

Modus

Een modus is een combinatie van schema's en disfunctionele copingstijlen die leidt tot een emotionele toestand dat tijdelijk iemands gedachten, gevoel en gedrag domineert (Young et al., 2005). Het is een allesoverheersende gevoelstoestand met (negatieve) automatische gedachten, gevoelens en gedragingen. Bij schematherapie wordt ervanuit gegaan dat cliënten in verschillende modi kunnen verkeren en zodoende aanzienlijk vaak kunnen wisselen in emoties, gedachten en gedragingen. Er worden ongezonde en gezonde modi onderscheiden die herleid kunnen worden tot de schema's. Een overzicht van de samenhang tussen de schema's en modi is weergegeven in Figuur 3.



Figuur 3. Samenhang tussen schema's en modi. Ontleend aan en aangepast op basis van Werkboek Klinische Schematherapie (p.17), door E. Muste, A. Weertman & A.-M.T.S. Claassen, 2009, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijvoorbeeld, wanneer een kind constant wordt bekritiseerd door zijn ouders doordat ze hem 'dom' of 'lui' noemen, kan hij het schema 'mislukking' ontwikkelen. Als reactie om met dit schema om te gaan ontwikkelt het kind strategieën die op langere termijn inadequaat worden

en juist het schema voortdurend bevestigen. Het kind kan later bijvoorbeeld het nemen belangrijke stappen vermijden uit angst voor de verantwoordelijkheid, of kan erg boos reageren op kritiek van anderen (modus).

Schematherapie en positieve geestelijke gezondheid

De schematherapie is met name gericht op het verminderen van symptomen en cliënten leren omgaan met de deficiënties (Muste et al., 2009). Delleman (2008) stelt echter dat naast de gerichtheid op klachten het van belang is om het vergroten van het welbevinden te integreren binnen de huidige benadering. Uit eerder beschreven literatuur blijkt dat welbevinden als een beschermende factor kan dienen tegen psychopathologie en dat de toename van een positieve geestelijke gezondheid zelfs herstel en verbetering van het functioneren kan voorspellen. Volgens Slade (2010) kan er een bijdrage worden geleverd aan het welzijnsniveau door onder andere nadruk te leggen op de krachten en individuele doelen van een persoon. Muste et al. (2009) pleiten dan ook om binnen schematherapie de gezonde modus aan te spreken. Want, naast de onaangepaste modi wordt tevens de modus van de Gezonde Volwassene onderscheiden bij de cliënten. Deze modus zorgt dat er effectiever wordt omgegaan met andere modi en zorgt voor het vinden van een beter evenwicht tussen de behoeften en de omgeving. Volgens Arntz (in Claassen & Pol, 2015) is de Gezonde Volwassene (een van de twee gezonde modi) echter doorgaans te zwak aanwezig bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek maar kan door middel van schematherapie versterkt worden. De gezonde volwassene kan onder andere zorg dragen voor het eigen welbevinden en de emotionele behoeften (Arntz & Jacob, 2012). Claassen & Pol (2015) beschreven op welke manier de gezonde volwassene gekoppeld is aan het welbevinden. Een voorbeeld daarvan is doelgerichtheid binnen de groep-schematherapie. Cliënten schenken aandacht aan het gewenste leven na de therapie en leggen nadruk op het gevoel van competentie en autonomie. Ook worden de positieve aspecten van het individu versterkt en de negatieve aspecten gereduceerd (Chakhssi, Schaap, Bohlmeijer & Westerhof, 2017). In de loop van de behandeling ontwikkelt de cliënt zijn interne gezonde volwassene waarmee een toegenomen welbevinden samenhangt, wat helpt om wezenlijke doelen te bereiken en stimuleert tot maatschappelijke participatie en zelfactualisatie (Young et al., 2005; Arntz in Claassen & Pol, 2015).

Persoonlijkheidsstoornissen

Schematherapie is, meer dan andere behandelvormen, buitengewoon effectief gebleken in het behandelen van persoonlijkheidsproblematiek (Bamelis et al., 2014). Ondanks dat schematherapie effectief is, wordt ook duidelijk dat persoonlijkheidsstoornissen moeilijk te behandelen zijn (Davey, 2014). De DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) omschrijft persoonlijkheidsstoornissen als een groep van stoornissen die gekenmerkt worden door een aanhoudende, starre, onaangepaste patronen van gedachten en gedrag dat zich ontwikkelt in de adolescentie of jongvolwassenheid, waardoor de het functioneren van de persoon op meerdere levensgebieden aanzienlijk wordt beperkt. Ten behoeve van de klinische diagnoses onderkent de DSM-5 tien persoonlijkheidsstoornissen. De persoonlijkheidsstoornissen worden ondergebracht in drie primaire clusters, te weten cluster A, B en C. Binnen cluster A worden de ‘vreemde’ en excentrieke persoonlijkheidsstoornissen gecategoriseerd. De persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B worden gekenmerkt door theatraal, emotioneel en impulsief gedrag. Tot slot wordt het gedrag van de stoornissen uit cluster C omschreven als bezorgd en angstig.

Persoonlijkheidsstoornissen komen veelvuldig voor. Bij ongeveer 13,5 procent van de algemene Nederlandse bevolking kan minimaal één persoonlijkheidsstoornis worden gediagnosticeerd (Trimbos Instituut, 2008). Bij cliënten met hardnekkige, complexe geestelijke gezondheidsproblemen, zoals een persoonlijkheidsstoornis is de kans op terugval naar oude disfunctionele gedragspatronen en de daarmee samenhangende vermindering in psychisch functioneren zeer hoog (Bamelis et al., 2014). Het is een ernstig aangedane doelgroep die op meerdere terreinen van het leven is vastgelopen. Coid, Yang, Tyber, Roberts en Ullrich (2006) vonden tevens dat mensen met persoonlijkheidspathologie veelal een comorbide psychische aandoening hebben. De meest voorkomende gelijktijdig optredende stoornissen betreffen posttraumatische stressstoornis en een obsessieve-compulsieve stoornis (Friborg, Martinussen, Kaiser, Tore Øvergard, & Rosenvinge, 2013). Ook Ten Kate, Eurelings-Bontekoe, Muller en Spinhoven (2007) vonden dat Nederlandse cliënten met een persoonlijkheidsstoornis veelal lijden onder andere psychisch klachten, waarbij de ernst van de klachten toeneemt met de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek. Dit komt overeen met de studie van Cramer, Tongersen en Kringlen (2006). Zij stellen dat hoe meer er wordt voldaan aan de diagnostische criteria van een persoonlijkheidsstoornis, hoe lager de kwaliteit van leven is. Een lagere kwaliteit van leven is het gevolg van een lager niveau van welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013).

Onderzoeksvraag

In de huidige studie wordt de relatie tussen het toegenomen welbevinden na een groeps-schematherapeutische behandeling en het algemeen psychisch functioneren in de toekomst onderzocht. De volgende onderzoeksvraag is gesteld: *“In welke mate is de verandering in positieve geestelijke gezondheid tezamen met veranderingen in schema’s, modi en copingstijlen tijdens de groepsbehandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een klinische, schemagerichte groepstherapeutische setting voorspellend voor het algemeen psychisch functioneren een half jaar na de behandeling?”*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden worden de volgende twee deelvragen beantwoord:

- (1) Is de verandering in emotioneel-, psychologisch- en sociaal welbevinden tussen de nulmeting (T0) en de eindmeting (T1), voorspellend voor het algemeen psychisch functioneren dat cliënten rapporteren na hun behandeling bij follow-up (T2)?
- (2) Heeft de verandering in welbevinden tussen de nulmeting (T0) en de eindmeting (T1) een toegevoegde predictieve waarde voor het algemeen psychisch functioneren dat cliënten rapporteren na hun behandeling bij follow-up (T2) boven de veranderingen in schema’s, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen tussen de nulmeting (T0) en de eindmeting (T1)?
- (3) Zijn er verschillen in de resultaten van de voorspellingen tussen de groep ‘completers’ en de ‘intention-to-treat’-groep?

In overeenstemming met het tweecontinuamodel (Keyes et al, 2010) is positieve geestelijke gezondheid niet enkel de afwezigheid van psychopathologie. Positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie zijn twee matig gecorreleerde factoren, die een afspiegeling zijn van de twee dimensies van geestelijke gezondheid. Op basis van het onderzoek van Schaap et al. (2016) wordt verwacht dat een afname in schema’s, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen tijdens de behandeling, samenhangt met het een verbeterd algemeen psychisch functioneren bij follow-up. Zij vonden namelijk in hun studie dat hoe groter de afname in schema’s, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis na groep-schematherapie, hoe beter het algemeen psychisch functioneren was bij follow-up. Op basis van eerdere onderzoeken wordt verwacht dat ook de verandering in welbevinden voorspellend is voor psychologisch functioneren bij follow-up, naast de veranderingen in schema’s, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen (Lamers et al, 2012; Trompetter et al. 2017).

METHODE

Onderzoeksdesign

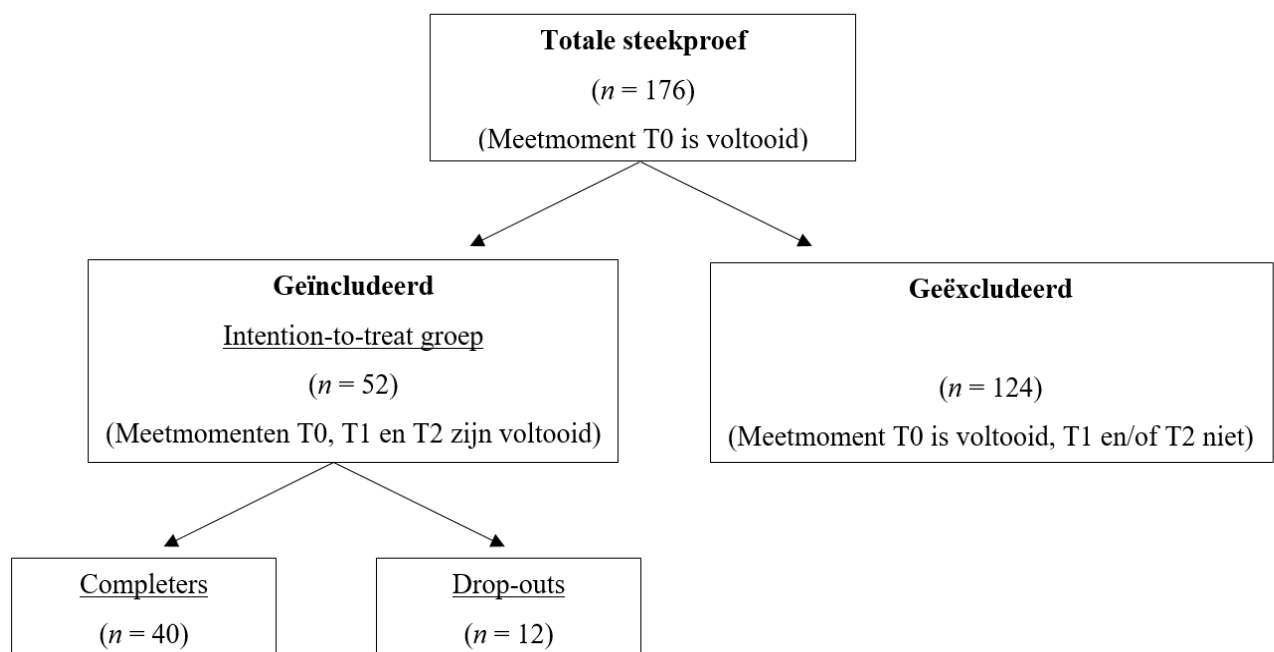
Onderhavige studie is een deel van een groter, longitudinaal onderzoek naar de effecten van de schematherapie binnen de klinische behandeling van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen van Mediant GGZ. Als toevoeging op dit grotere onderzoek werd de voorspellende waarde van de verandering in welbevinden op het psychisch functioneren bij follow-up onderzocht. Eerder was dit nog niet onderzocht. Het huidige onderzoeksdesign was een kwantitatief, naturalistisch, prospective, pre-post, within-subjects design met een follow-up, zes maanden na ontslag uit de kliniek. Ten gevolge van de naturalistische setting was er geen controlegroep. In totaal waren er drie meetmomenten: bij de start van de behandeling was de eerste meting (T0), bij ontslag de eindmeting (T1) en na zes maanden werd de follow-up meting (T2) afgenomen. De data werd verzameld tussen 2011 en 2017.

Deelnemers

De respondenten van dit onderzoek waren cliënten van de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen (later te noemen: CvP) van Mediant GGZ, een regionale geestelijke gezondheidszorginstelling in Hengelo (OV). De kliniek biedt een klinische groep-schema behandeling van twaalf maanden aan, voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster B en C. De cliënten volgden de behandeling op vrijwillige basis, waren minimaal zeventien jaar oud, beheersten de Nederlandse taal en hadden in ieder geval één persoonlijkheidsstoornis die geclassificeerd wordt op basis van de criteria van de DSM-IV-TR en de DSM-5.

Bij aanvang van de behandeling werden de cliënten gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek, waarbij ze een toestemmingsverklaring hebben ondertekend. Deze cliënten werden geïncludeerd voor het onderzoek. De cliënten waren echter op elk moment vrij om te stoppen met hun deelname aan het onderzoek. Doch werd er gestreefd naar een zo groot mogelijke dataset. Er zijn echter ook cliënten voortijdig gestopt met de behandeling. Deze drop-outs hebben de klinische behandeling beëindigd zonder consensus met de regiebehandelaren van de kliniek. De drop-outs zijn opgenomen in het databestand en hun data zal ook geanalyseerd (intention-to-treat groep) worden, maar wel apart van de cliënten die de behandeling wel hebben afgerond (completers). Later in dit hoofdstuk zal worden beschreven op welke wijze de drop-outs zullen worden betrokken bij de statische analyses.

Het aantal cliënten dat bij aanvang van hun behandeling toestemming heeft verleend om deel te nemen aan het onderzoek was 167. Hiervan was ongeveer driekwart vrouw (76%, $n = 127$) en een kwart van de groep bestond uit mannen (24%, $n = 40$). De leeftijd van de totale groep varieert tussen 17 en 44 jaar ($M = 26,97$; $SD = 6,96$). Bij deze respondenten is tenminste de beginmeting (T0) afgenomen. Voor de huidige studie waren, naast de beginmeting, de eind- en follow-up metingen echter ook van belang. Uit de totale groep ($n = 167$) zijn de cliënten geselecteerd die aan alle drie de metingen hebben deelgenomen van in ieder geval de welbevindenvragenlijst (T0, T1 en T2), en ook (het overgrote deel van) de andere vragenlijsten hebben ingevuld. De data van de cliënten ($n = 52$) die aan deze criteria voldeden, werd gebruikt in onderhavige studie. Hiervan was ongeveer twee derde vrouw (67,3%, $n = 35$) en ongeveer een derde man (32,7%, $n = 17$). Een deel van de cliënten ($n = 12$) is de behandeling drie maanden eerder gestopt dan de gebruikelijke twaalf maanden waardoor zij als drop-outs werden beschouwd. Een weergave van de geselecteerde participanten wordt afgebeeld in een stroomdiagram in Figuur 4. De ‘drop-outs’ werden echter wel meegenomen in de analyses omdat zij aan alle drie de metingen hebben meegedaan, doch werden zij, zoals eerder beschreven bij de analyses onderscheiden van de cliënten die de behandeling wel hebben voltooid (completers: $n = 40$).



Figuur 4. Stroomdiagram geselecteerde participanten.

Een overzicht van de diagnoses van de cliënten is te vinden in Tabel 2. Daarin is te zien dat de diagnose die het meest voorkomt ‘persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven’ is ($n = 22$).

Tabel 2

Diagnoses toegekend aan de cliënten ($n = 52$) op basis van DSM-IV-TR en DSM-5-criteria

Diagnose Persoonlijkheidsstoornis	Aantal cliënten
Borderline Persoonlijkheidsstoornis	11
Ontwijkende Persoonlijkheidsstoornis	4
Afhankelijke Persoonlijkheidsstoornis	4
Obsessieve-compulsieve Persoonlijkheidsstoornis	1
Persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven	22
Meer dan één persoonlijkheidsstoornis diagnose	3
Nog geen vastgestelde, specifieke persoonlijkheidsstoornis diagnose bij aanvang van de behandeling	7

Procedure

Huidig onderzoek gebruikt data van cliënten uit de kliniek van het CvP van de geestelijke gezondheidszorginstelling Mediant te Hengelo. Cliënten die geïndiceerd werden voor een klinische behandeling werden gevraagd vragenlijsten in te vullen ten behoeve van de intakeprocedure en alsook ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek. Zij werden mondeling alsook schriftelijk ingelicht over de inhoud van het wetenschappelijk onderzoek door de regiebehandelaar alsook door de (behandelende) psychologiestagiaires. Het invullen van de vragenlijsten vormde geen extra belasting voor de cliënten omdat het onderdeel uitmaakte van hun behandeling en zij terugkoppeling van de resultaten ontvingen door middel van een rapport. Wanneer cliënten akkoord gaven om hun data anoniem te laten gebruiken voor het onderzoek, dienden zij een toestemmingsformulier te ondertekenen. De afname van de zelfrapportagevragenlijsten bij start van de klinische opname was de beginmeting oftewel T0. Vervolgens werden zij bij het einde van de behandeling uitgenodigd om de vragenlijsten wederom in te vullen; de eindmeting (T1). Zes maanden na de afname van T1 werd de laatste meting afgenomen (de follow-up: T2). De (ex-)cliënten werden mondeling benaderd om deel te nemen aan de vervolgmetingen. Dit werd gedaan door de behandelende psychologiestagiairs van de kliniek en een GZ-psycholoog in opleiding tot specialist. Indien de cliënten hier akkoord mee gingen, konden zij de vragenlijsten zelfstandig invullen. Meestal gebeurde dit in een onderzoekskamer van het CvP maar het kwam ook voor dat cliënten de lijsten thuis invulden. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Twente en door de wetenschapscommissie van Mediant.

Klinische behandeling

De behandeling van de cliënten bestond uit groep-schematherapie. Cliënten startten op vrijwillige basis de twaalf maanden durende behandeling in een kliniek. In de kliniek verbleven de cliënten vijf dagen per week (zondagavond tot en met vrijdagmiddag), en overnachtten daar ook. Tijdens de weekenden gingen de cliënten naar huis om het geleerde in praktijk te brengen.

In de kliniek werd schematherapie gebruikt als kader om cliënten te leren hardnekkige denk- en gedragspatronen te veranderen. Binnen dit kader zijn er diverse behandelingsonderdelen te onderscheiden zoals de leefgemeenschap (therapeutisch milieu), basisgroepen, modules en verscheidene therapieën. Binnen de kliniek was er sprake van een leefgemeenschap (maximaal 27 cliënten). De leefgemeenschap bestond uit drie identieke basisgroepen van maximaal 9 cliënten (De A, B en C-groep) met ieder een eigen regiebehandelaar. In deze basisgroepen werden de meeste klinische groepstherapieën uitgevoerd. De volgende domeinen maakten integraal deel uit van het dagprogramma van de kliniek en werden geleid door een multidisciplinair behandelteam:

- Schemagerichte groepstherapie (klinisch psycholoog/psychotherapeut en psychologiestagiair);
- Vaktherapie (psychomotorisch (PMT)-, beeldend- en dramatherapeut);
- Sociotherapie en milieutherapie (sociotherapeuten);
- Maatschappelijk werk (maatschappelijk werkster);
- Behandeling met psychofarmaca (psychiater);
- Systeemtherapie op indicatie (systeemtherapeut/psychotherapeut);
- Modules op indicatie (zoals cognitieve gedragstherapie, zelfexpressie, agressieregulatie, traumatherapie; door verschillende therapeuten);
- EMDR (psychotherapeut).

Meetinstrumenten

Mental Health Continuum – Short Form

De Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, et al., 2008) meet de totale positieve geestelijke gezondheid door middel van veertien items die de drie dimensies van het welbevinden representeren. De MHC-SF bevat drie items voor emotioneel welbevinden, zes voor psychologisch welbevinden en vijf voor sociaal welbevinden. Op een 6-puntsschaal kunnen respondenten de frequentie van het gevoel in de afgelopen maand aangeven, variërend van 0 = ‘nooit’ naar 5 = ‘elke dag’. Een hogere totaalscore betekent een betere positieve

gezondheid (Lamers et al., 2011). Op basis van de normgegevens van de MHC-SF wordt gesteld de positieve gezondheid gemiddeld is bij een totaalscore van 2,98 ($SD = 0,85$) (Lamers, et al., 2011). Er zijn geen normgegevens beschikbaar voor patiëntenpopulaties.

De psychometrische eigenschappen van de MHC-SF zijn onderzocht in een representatieve steekproef van de Nederlandse populatie. Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster en Keyes (2011) vonden bij elke subschaal een goede interne betrouwbaarheid en elke schaal had een goede predictieve validiteit. In hetzelfde onderzoek vonden zij een matige test-hertestbetrouwbaarheid wat suggereert dat de MHC-SF zowel gevoelig is voor veranderingen alsook stabiel is over tijd. Zowel de convergente als divergente validiteit en betrouwbaarheid ($r = > 0,70$) werden goed bevonden in hetzelfde onderzoek zelf voor verschillende populaties inclusief patiëntenpopulaties (Lamers, Glas, Westerhof & Bohlmeijer, 2012). De interne consistentie van de MHC-SF en de andere vragenlijsten in het huidige onderzoek staan beschreven in Tabel 3. Wat betreft de MHC-SF werd ook binnen deze klinische populatie een Cronbach's Alpha gevonden die tamelijk hoog was. Ondanks het lage itemaantal is de vragenlijst voldoende betrouwbaar gebleken.

Brief Symptom Inventory

Door middel van de Brief Symptom Inventory (BSI; Nederlandse versie: De Beurs, 2011) werden verschillende psychopathologische klachten en symptomen gemeten die onderdeel zijn van het algemene psychische functioneren. De BSI is de meest gebruikte zelfrapportagevragenlijst voor psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 53 items waarbij de cliënt op een 5-puntsschaal (variërend van 0 = 'helemaal geen' naar 4 = 'heel veel') kan aan geven in hoeverre hij/zij last had van het probleem gedurende de afgelopen week inclusief vandaag. De dimensies van de BSI betreffen somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten, psychoticisme. Samen met de aanvullende items dragen de antwoorden op de dimensie items bij aan een totaalscore voor psychopathologie. Er zijn voor deze vragenlijst verschillende normgroepen beschikbaar. Een totaalscore van 1,18 ($SD = 0,71$) is gemiddeld voor mannelijke patiënten in de ambulante zorg. Voor vrouwen geldt een gemiddelde totaalscore van 1,24 ($SD = 0,74$) als gemiddeld (De Beurs, 2011). Een lagere totaalscore betekent een beter algemeen psychisch functioneren.

Ten aanzien van de psychometrische eigenschappen blijkt de BSI zeer betrouwbaar te zijn en over uitstekende convergente en divergente validiteit te beschikken (De Beurs, 2011).

Tevens is de BSI gevoelig voor de veranderingen door behandelingseffecten. De interne consistentie van de BSI binnen de huidige onderzoekspopulatie was hoog (Tabel 3).

Young Schema-Questionnaire – Long Form

De relevante disfunctionele schema's van de cliënten werden in kaart gebracht door middel van de zelfrapportagevragenlijst Young Schema-Questionnaire – Long Form (YSQ-L3; Young & Brown, 2003). Op de 232 items tellende vragenlijst konden de cliënten op een 6-puntsschaal aangeven in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing was (variërend van 1 = 'absoluut niet op mij van toepassing' naar 6 = 'geheel op mij van toepassing'). Na afname kan de YSQ-L3 op twee manieren gescoord worden. In het huidige onderzoek werd een gemiddelde score berekend van alle scores per schaal, omdat dit volgens Rijkeboer (2010) de hoogste predictieve waarde heeft. Hoe hoger de gemiddelde score, des te meer schema's. De schalen betroffen achttien schema's zoals beschreven in Tabel 1. Voor de YSL zijn er geen normgroepen beschikbaar.

De psychometrische kwaliteiten van de YSQ-L3 zijn nog niet onderzocht. Eerdere versies van deze vragenlijst zijn echter wel onderzocht. Daaruit blijkt dat de YSQ een betrouwbaar ($r > 0,72$) en valide instrument is (Rijkeboer, Van den Bergh, & Van den Bout, 2005). De interne consistentie van de YSL binnen de huidige klinische populatie was zeer hoog (Tabel 3).

Short-Schema Mode Inventory

Om de aanwezigheid functionele en disfunctionele modi te bepalen werd in onderhavig onderzoek de Short-Schema Mode Inventory gebruikt (SMI; Young, et al., 2007). Door middel van 124 items van de zelfrapportagevragenlijst werden veertien verschillende modi gemeten. Cliënten konden op een 6-puntsschaal de frequentie van de uitspraken beoordelen (variërend van 1 = 'nooit' naar 6 = 'altijd'). Voor de SMI zijn er geen normgroepen beschikbaar.

Volgens Lobbestael, Van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten en Arntz (2010) is een eerdere versie van de SMI zeer bruikbaar instrument is om de aanwezigheid van modi te beoordelen. De SMI bleek een betrouwbaar en valide zelfrapportagevragenlijst en de meest efficiënte manier om modi te meten (Lobbestael, 2010). Voor de huidige onderzoekspopulatie is in Tabel 3 te zien dat de interne consistentie van de disfunctionele modi items hoger was dan van de functionele modi. Mogelijk is er een verschil in interne consistentie doordat het totale item aantal van de functionele modi lager is dan de disfunctionele modi.

Young Coping Inventory en Young-Rygh Avoidance Inventory

In huidig onderzoek werden twee (inadequate) copingstijlen gemeten, te weten overcompensatiestrategieën en vermijdingsstrategieën. Ten aanzien van overcompensatie werd de Young Coping Inventory afgenomen (YCI; Young, 1995). Deze zelfrapportagevragenlijst meet de overcompensatiestrategieën die gepaard gaan met de schema's. De 48 items kunnen beoordeeld worden op een 6-puntsschaal (variërend van 1 = 'helemaal niet van toepassing op mij' naar 6 = 'perfect van toepassing op mij'). Voor de YCI zijn er geen normgroepen beschikbaar.

De coping in het kader van vermijding werd gemeten met de Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI; Young & Rygh, 1994). Net als bij de YCI werd aan de cliënten van het huidige onderzoek gevraagd om op een 40 items tellende lijst te beoordelen in hoeverre een uitspraak klopte (variërend van 1 = 'helemaal niet van toepassing op mij' naar 6 = 'perfect van toepassing op mij'). Voor de YRAI zijn er tevens geen normgroepen beschikbaar.

De psychometrische eigenschappen van zowel de YCI en de YRAI werden als goed aangemerkt (Luck et al. in Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray & Meyer, 2009). Voor de YCI werd in die studie een Cronbach's Alpha van 0,70 gevonden. Voor de YRAI was de interne consistentie echter lager ($\alpha = 0,52 - 0,67$). In de huidige onderzoekspopulatie werd ten aanzien van de YRAI echter een lage betrouwbaarheidsgraad gevonden ($\alpha = 0,39$; Tabel 3). Bij de resultaten die werden verkregen door middel van deze vragenlijst zal een voorzichtige interpretatie nodig zijn omdat de voorspellende waarde laag is.

Tabel 3

Interne consistentie aan de hand van Cronbach's Alpha betreffende de vragenlijsten in het huidige onderzoek (n = 52)

Vragenlijst	Cronbach's Alpha
MHC-SF ($n_{\text{items}} = 14$)	.76
BSI ($n_{\text{items}} = 53$)	.91
YSL ($n_{\text{items}} = 232$)	.98
SMI	
<i>Disfunctionele modi</i> ($n_{\text{items}} = 104$)	.93
<i>Functionele modi</i> ($n_{\text{items}} = 20$)	.69
YCI ($n_{\text{items}} = 48$)	.88
YRAI ($n_{\text{items}} = 40$)	.39

Noot: Bij alle vragenlijsten is T0 gebruikt om de Cronbach's Alpha te bepalen.

Statistische analyses

Om te onderzoeken of de verandering van het welbevinden, schema's, modi en copingstijlen tijdens de klinische behandeling voorspellend was voor het algemeen psychisch functioneren

bij follow-up werden diverse statistische analyses uitgevoerd. De data werd geanalyseerd in Statistical Package for the Social Sciences versie 24 (IBM: SPSS 24). Er werd voldaan aan de statistische voorwaarden met uitzondering van de voorwaardelijke normaalverdeling. Om de scheef verdeelde data te kunnen corrigeren is er gebruik gemaakt van de computergestuurde 'Bootstrap'-methode. Volgens Andy Field (2009; 2016) is Bootstrapping in SPSS een robuuste, elegante manier om met het probleem van scheef verdeelde data om te gaan. Deze methode maakt een schatting van de eigenschappen van de steekproefverdeling op basis van de steekproefdata, waarbij de steekproefdata wordt gezien als een populatie waarvan kleinere steekproeven worden getrokken. De gegevens van de kleine steekproeven worden weer teruggezet voordat een nieuwe kleine steekproef wordt getrokken (Efron & Tibshirani, 1993). In het huidige onderzoek is bij het uitvoeren van de statistische analyses gebruikt gemaakt van de zogenaamde Bootstrap-methode, waarbij de impact van de uitschieters kleiner wordt gemaakt. SPSS 24.0 geeft in de meeste gevallen geen teststatistiek wanneer de methode wordt toegepast, daarom is er bij het interpreteren van de testresultaten gebruik gemaakt van een betrouwbaarheidsinterval (BI) op 95%. Een interval waarbij tussen de laagste grenswaarde en de hoogste grenswaarde zich geen nul bevindt, duidt op significantie.

De groep completers werd geselecteerd op het hebben voltooid van alle drie de metingen van de MHC-SF en het overgrote deel van de overige vragenlijsten. Het kon voorkomen dat er data miste op de overige vragenlijsten. Deze missende data werd geïmputeerd aan de hand van 'Last Observation Carried Forward' (LOCF). Deze methode vervangt de missende data door de meest recente waarde van de vorige meting. Op deze manier werd niet gesuggereerd dat er een verbetering was ten opzichte van de vorige meting.

Door middel van een *t*-toets voor gekoppelde steekproeven werd nagegaan of er een significante verbetering heeft plaatsgevonden tussen de herhaalde metingen op T0, T1 en tussen T1 en T2 binnen de steekproeven. Per vragenlijst werd nagegaan in hoeverre er een significante verbetering optrad tussen de metingen.

Om te onderzoeken in welke mate de verbeteringen tussen de metingen per vragenlijst substantieel en relevant waren, werd de effectgrootte berekend. Een effectgrootte werd gebruikt om de conclusie minder dichotoom te maken en de klinische relevantie beter in te kunnen schatten (Cumming, 2014; Coe, 2002). De *t*-waarden werd getransformeerd in Cohen's *d* om vast te stellen wat de effectgrootte was. Hierbij werd de volgende formule gehanteerd: het verschil tussen T0 en T1 gedeeld door de standaarddeviatie van T0. De Cohen's *d* werd tevens vastgesteld voor het verschil tussen T1 en T2. Er werd gesproken van

een gemiddeld klein effect bij een d van 0,2, een gemiddeld effect bij een d vanaf 0,5 en een groot effect bij een d vanaf 0,8 (Cohen, 1992).

Er werd een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken in hoeverre de verandering op de scores van de vragenlijsten het algemeen psychisch functioneren bij follow-up voorspellen. Ten behoeve van de veranderingsscores werd er gebruikt gemaakt van 'Residualized Gain Scores'. Door toepassing van deze methode werd de meetfout bij herhaalde metingen met hetzelfde instrument gecorrigeerd (Steketee & Chambless, 1992). Door te werken met veranderingsscores was het tevens mogelijk om te corrigeren voor de invloed van het absolute beginniveau. Residualized Gain Scores werden verkregen door de ruwe scores op de begin- en eindmeting van de MHC-SF, YSL, SMI, YCI en YRAI te standaardiseren (z-scores). Vervolgens werden de Z-scores van de nulmeting vermenigvuldigd met de Pearson correlatie op basis van de vergelijking tussen de Z-scores van de beginmeting en eindmeting van de desbetreffende vragenlijst. De volgende formule werd hierbij gebruikt: $z_2 - (z_1 \times r_{1-2})$. In het onderzoek van Schaap et al. (2016) werd eveneens gebruikt gemaakt van deze formule, welke zij hebben gebaseerd op het artikel van Steketee en Chambless (1992).

De Pearson correlatie werd gebruikt om per vragenlijst aan te tonen wat de richting en sterkte is van het verband tussen de begin en eindmeting. Er is sprake vanaf een matige correlatie bij $r \geq 0,30$. Binnen de 'Bootstrap'-methode niet mogelijk om 'Backward Regression' uit te voeren. Tevens is het doel om te onderzoeken in hoeverre de predictor welbevinden statistisch significante toegevoegde waarde heeft binnen het regressiemodel, het doel is niet om te onderzoeken welke predictor de hoogst voorspellende waarde heeft. Om deze reden werd er geen gebruik gemaakt van 'Backward Regression'. Er is wel gebruik gemaakt van een 'bootstrapped' regressieanalyse met 'blokken', wat nader zal worden toegelicht.

Het uitvoeren van de meervoudige regressieanalyse bestond uit drie stappen. Eerst werden alle Residualized Gain Scores van de predictoren MHC-SF, YSL, SMI F & D, YCI en YRAI los van elkaar in het model geplaatst om te onderzoeken in hoeverre de veranderingen per vragenlijst het psychisch functioneren bij follow-up konden voorspellen. Bij de tweede stap werden de predictoren gescheiden van elkaar in het model geplaatst door middel van zogenaamde 'blokken'. Het eerste blok bestond uit de Residualized Gain Scores van de YSL, SMI F & D, YCI en YRAI en het tweede blok bestond uit de Residualized Gain Scores van de MHC-SF. Het doel van het onderzoek was om te onderzoeken in hoeverre de verandering op de MHC-SF een toegevoegde waarde in het model met voorspellers op de psychische

klachten bij follow-up. Het eerste blok met predictoren is gekozen op basis van het onderzoek van Schaap et al. (2016). Door middel van de methoden met blokken binnen de regressieanalyse werd de voorspellende waarde bij toevoeging van de MHC-SF op het bestaande blok goed zichtbaar.

De laatste stap bestond uit het toevoegen van de drop-outs aan de hierboven beschreven (regressie)analyses. In de sample werd de groep vergroot door de intention-to-treat groep (completers uitgebreid met drop-outs). Alle analyses die zijn uitgevoerd voor de completers werden op dezelfde manier voor de intention-to-treat uitgevoerd. Opvallende verschillen in uitkomsten ten opzichte van de eerdere analyses met de completers en de later geanalyseerde intention-to-treat groep, werden beschreven.

RESULTATEN

Om de onderzoeksvraag “*In welke mate is de verandering in positieve geestelijke gezondheid tezamen met veranderingen in schema’s, modi en copingstijlen tijdens de groepsbehandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een klinische, schemagerichte groepstherapeutische setting voorspellend voor het algemeen psychisch functioneren een half jaar na de behandeling?*” te kunnen beantwoorden werden diverse statistische analyses uitgevoerd.

Normaalverdeling

In Tabel 4 zijn de teststatistieken weergegeven, waaruit kan worden opgemaakt dat de data van sommige vragenlijsten (YSL, YCI en YRAI) significant afwijken van een normaalverdeling. Daarom is bij de analyses gebruik gemaakt van de eerdergenoemde Bootstraphmethode.

Tabel 4

Toetsing van normaalverdeling door middel van de Kolmogorov-Smirnov test bij MHC-SF, BSI, YSL, SMI D/F, YCI en YRAI bij de beginmeting (T0), eindmeting (T1) en follow-up (T2).

Variabele	K-S-waarde T0	K-S-waarde T1	K-S-waarde T2
MHC-SF	0,09	0,07	0,08
BSI	0,08	0,09	0,10
YSL	0,12	0,17*	0,13
SMI D	0,11	0,12	0,13
SMI F	0,09	0,09	0,11
YCI	0,07	0,16*	0,13
YRAI	0,16*	0,10	0,08

Noot. K-S = Kolmogorov-Smirnov; MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; BSI = Brief Symptom Inventory; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory.

* $p < 0,05$. ** $p = 0,01$

Verbanden tussen de variabelen

Door middel van Pearson Correlatiecoëfficiënten werd bepaald in hoeverre de vragenlijsten bij de beginmeting een verband met elkaar hadden en welke richting het verband had. De resultaten van deze analyse worden weergegeven in Tabel 5. Er bleek een significante positieve relatie te bestaan tussen het aantal schema’s die een respondent rapporteerde (YSL) en het niveau van algemeen psychologisch functioneren, oftewel de klachten die een respondent ervoer (BSI) ($r = 0,402$, $p < 0,05$, 95% BI = [0,091, 0,653]). Ook bleek er een

significant positief verband te bestaan tussen het aantal gerapporteerde disfunctionele modi (SMI D) en de ernst van de klachten (BSI) ($r = 0,421$, $p < 0,01$, 95% $BI = [0,129, 0,633]$).

Tussen de het aantal gerapporteerde disfunctionele modi (SMI D) en het aantal schema's (YSL) werd de hoogste positieve correlatie gevonden ($r = 0,853$, $p < 0,01$, 95% $BI = [0,720, 0,926]$). Verder had de afname van schema's (YSL) significant positieve verbanden met de afnames van overcompensatie (YCI) ($r = 0,479$, $p < 0,01$, 95% $BI = [0,159, 0,686]$) en afname van vermijdingsstrategieën (YRAI) ($r = 0,318$, $p < 0,05$, 95% $BI = [0,056, 0,654]$). Tevens bleek er een middelmatige significante positieve relatie te bestaan tussen de disfunctionele modi (SMI D) en de overcompensatiestrategieën (YCI) ($r = 0,626$, $p < 0,01$, 95% $BI = [0,323, 0,827]$) en een lage doch significante positieve correlatie tussen de disfunctionele modi en de vermijdingsstijlen (YRAI) ($r = 0,362$, $p < 0,05$, 95% $BI = [0,087, 0,681]$). Tot slot werd er een lage, doch significant positief verband gevonden tussen de afname van overcompensatiestrategieën (YCI) en de afname van vermijdingsstijlen (YRAI) ($r = 0,401$, $p < 0,05$, 95% $BI = [0,126, 0,670]$).

Tabel 5

Pearson Correlaties beginmeting tussen MHC-SF, BSI, YSL, SMID/F, YCI en YRAI (n = 39)

Variabele	MHC-SF	BSI	YSL	SMI D	SMI F	YCI	YRAI
MHC-SF	1						
BSI	-0,20	1					
YSL	-0,18	0,40*	1				
SMI D	-0,23	0,42**	0,85**	1			
SMI F	0,14	-0,09	-0,11	0,08	1		
YCI	-0,01	0,19	0,48**	0,63**	0,21	1	
YRAI	-0,07	-0,01	0,32*	0,36*	-0,02	0,40*	1

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; BSI = Brief Symptom Inventory; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory.

* $p < 0,05$. ** $p = 0,01$ (tweezijdig getoetst). Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Ten aanzien van de richting van de relaties zijn er een aantal opvallende zaken. Zo was er namelijk tussen de BSI en de YRAI een negatief verband. Tevens leek er sprake te zijn van een positief verband tussen disfunctionele modi en functionele modi op de SMI, opvallend was echter dat dit verband niet significant was. Het verband tussen functionele modi op de SMI en vermijdingsstijlen op de YRAI was eveneens positief. Tussen de MHC-SF en de SMI F bestond ook een positief verband.

Veranderingen tussen de herhaalde metingen

Om te onderzoeken in hoeverre er verbeteringen hebben plaatsgevonden tussen de herhaalde metingen op T0, T1 en T2 werd een *t*-toets voor gekoppelde steekproeven (tweezijdig) uitgevoerd. Aan de hand van Cohen's *d* werd duidelijk in welke mate de verbeteringen tussen de herhaalde metingen substantieel en klinisch relevant waren (effectgrootte). In Tabel 6 is per vragenlijst weergegeven in hoeverre er sprake was van een significante verbetering tussen de metingen met bijbehorend effect.

Tabel 6

Begin-, eindmeting en follow-up uitkomsten (n = 39)

Variabele	Beginmeting M (SD)	Eindmeting M (SD)	Follow-Up M (SD)	Van beginmeting naar eindmeting		Van beginmeting naar follow-up	
				BI	<i>d</i>	BI	<i>d</i>
MHC-SF	1,48 (0,67)	2,69 (1,09)	2,43 (1,10)	-1,62; -0,86*	1,81	-1,31; -0,62*	1,42
BSI	1,67 (0,50)	1,11 (0,67)	1,23 (0,74)	0,34; 0,78*	1,12	0,19; 0,67*	0,88
YSL	3,31 (0,71)	2,64 (0,74)	2,67 (0,82)	0,36; 0,99*	0,94	0,39; 1,02*	0,90
SMI D	2,93 (0,43)	2,39 (0,68)	2,39 (0,67)	0,34; 0,76*	1,26	0,32; 0,82*	1,26
SMI F	2,65 (0,29)	3,06 (0,37)	2,92(0,48)	-0,54; -0,26*	1,41	-0,46; -0,12*	0,93
YCI	3,05 (0,54)	2,61 (0,63)	2,61 (0,63)	0,20; 0,62*	0,81	0,23; 0,72*	0,81
YRAI	3,34 (0,57)	2,72 (0,60)	2,85 (0,57)	0,39; 0,84*	1,09	0,30; 0,74*	0,86

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; BSI = Brief Symptom Inventory; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory;

d = $\frac{\text{beginmeting gemiddelde} - \text{eindmeting gemiddelde}}{\text{beginmeting standaarddeviatie}}$

* *p* < 0,05. Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

De respondenten die klinische schematherapie behandeling hebben voltooid, rapporteerden over het algemeen een significante verbetering op alle meetinstrumenten zowel van beginmeting naar eindmeting als van beginmeting naar follow-up. Ten aanzien van de effectgroottes, bleek er bij elke vragenlijst sprake te zijn van een groot effect (*d* > 0,80). De respondenten rapporteerden een toegenomen welbevinden bij het einde van de behandeling (MHC-SF; *d* = 1,81). Ook lieten zij verbeteringen zien bij het einde van de behandeling ten aanzien van het algemeen psychisch functioneren hetzij vermindering van de klachten (BSI; *d* = 1,12). Zowel de schema's als de disfunctionele modi namen af (YSL; *d* = 0,94; SMI D; *d* = 1,26). De functionele modi namen echter toe (SMI F; *d* = 1,41). Tot slot werd bij het einde van de behandeling een significante afname gerapporteerd wat betreft de copingstrategieën, te weten overcompensatie en vermijding (YCI; *d* = 0,81; YRAI *d* = 1,09).

In grote lijnen verschillen de gerapporteerde scores zes maanden na de eindmeting nauwelijks van de gerapporteerde scores op de eindmeting. In Tabel 7 is te zien dat de

verbeteringen die optraden tijdens de behandeling niet stegen op de langere termijn, zonder behandeling. Er is zelfs sprake van een afname van de functionele modi (SMI F; $p = 0,02$) echter is het effect van deze afname klein ($d < 0,50$). Doch blijkt uit nadere analyses dat de scores bij follow-up nog steeds verbeterd zijn ten aanzien van de nulmeting (Tabel 6). De verbetering houdt dus stand tot tenminste zes maanden na het einde van de behandeling en hiermee lijkt er een zekere mate van stabiliteit te zijn behaald. De relevantie van de verbeteringen was substantieel te noemen ($d > 0,8$).

Tabel 7

Eindmeting en follow-up uitkomsten (n = 39)

Variabele	Eindmeting M (SD)	Follow-Up M (SD)	Van eindmeting naar follow-up	
			BI	d
MHC-SF	2,69 (1,09)	2,43 (1,10)	-0,03; 0,55	0,24
BSI	1,11 (0,67)	1,23 (0,74)	-0,33; 0,07	0,18
YSL	2,64 (0,74)	2,67 (0,82)	-0,20; 0,17	0,04
SMI D	2,39 (0,68)	2,39 (0,67)	-0,16; 0,14	0
SMI F	3,06 (0,37)	2,92 (0,48)	0,02; 0,21*	0,38
YCI	2,61 (0,63)	2,61 (0,63)	-0,12; 0,20	0
YRAI	2,72 (0,60)	2,85 (0,57)	-0,24; 0,04	0,22

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; BSI = Brief Symptom Inventory; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory; d = (eindmeting gemiddelde – follow-up gemiddelde) / eindmeting standaarddeviatie.

* $p < 0,05$. Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Voorspellen van algemeen psychisch functioneren bij follow-up

Om de verbanden tussen het algemeen psychisch functioneren (BSI) zes maanden na de behandeling en verbeteringen in welbevinden, schema's, (dis)functionele modi, copingstrategieën (MHC-SF, YSL, SMI, YCI en YRAI) tijdens de behandeling te onderzoeken is een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd. Voor het uitvoeren van de meervoudige regressieanalyse is gebruik gemaakt van 'Residualized Gain Scores'. Een overzicht van de Pearson correlatiecoëfficiënten tussen de T0 en T1 van de MHC-SF, YSL, SMI, YCI en YRAI staat weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8

Pearson Correlaties tussen begin- en eindmeting van MHC-SF, YSL, SMI D/F, YCI en YRAI.

Variabele	<i>r</i>	BI
MHC-SF	0,23	-0,01; 0,504
YSL	0,16	-0,27; 0,56
SMI D	0,30	-0,23; 0,69
SMI F	0,18	-0,08; 0,43
YCI	0,42	0,03; 0,75**
YRAI	0,25	-0,09; 0,48

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form ($n = 40$); YSL = Young Schema Lijst ($n = 40$); SMI = Schema Mode Inventory ($n = 40$); D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory ($n = 39$); YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory ($n = 40$).

* $p < 0,05$. ** $p = 0,01$ (tweezijdig getoetst). Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Stap 1: Afzonderlijke predictoren

Om te onderzoeken in hoeverre de Residualized Gain Scores van de predictoren afzonderlijk, voorspellend waren voor het psychisch functioneren bij follow-up werd elke predictor geïsoleerd in een model geplaatst zodat het niet mogelijk was dat de onafhankelijke variabelen elkaar zouden beïnvloeden. Tabel 9 laat zien dat verminderingen tijdens de behandeling ten aanzien van de schema's (YSL), disfunctionele modi (SMI D), overcompensatiestrategieën (YCI) en vermijdingsstrategieën (YRAI) afzonderlijk, significant voorspellend waren ten opzichte van het algemeen psychisch functioneren bij follow-up. Bij de YSL als afzonderlijke predictor werd de hoogste significant voorspellende waarde gevonden ($R = 0,571$; $R^2 = 0,326$). Opvallend was dat enkel de vragenlijsten met positieve items, namelijk: het verbeterde welbevinden (MHC-SF) en de toegenomen functionele modi (SMI F), afzonderlijk (net) niet significant voorspellend bleken voor het algemeen psychisch functioneren zes maanden na de behandeling.

Tabel 9

Bootstrapped enkelvoudige regressieanalyse op basis van de Residualized Gain Scores tussen T0 en T1 van MHC-SF, YSL, SMI D/F, YCI en YRAI afzonderlijk ($n = 40$).

Variabele	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>	β	SE(β)	BI
MHC-SF	0,304	0,092	3,866	0,057	-0,312	0,173	-0,66; -0,05
YSL	0,571	0,326	18,385	< 0,001	0,579	0,154	0,27; 0,80*
SMI D	0,469	0,220	10,711	0,002	0,492	0,195	0,07; 0,756*
SMI F	0,125	0,016	0,602	0,443	-0,127	0,167	-0,42; 0,21
YCI	0,467	0,218	10,298	0,003	0,519	0,202	0,1; 0,80*
YRAI	0,388	0,151	6,740	0,013	0,401	0,198	0,01; 0,76*

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory.

* $p < 0,05$. Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Stap 2: Voorspellende model met alle predictoren

Het meervoudige regressiemodel met het algemeen psychisch functioneren bij follow-up als afhankelijke variabele en het verschil tijdens de behandeling schema's, modi en copingstijlen (in blok 1) was significant ($F = 3,953$; $p = 0,006$). De voorspelling bleek tamelijk sterk. Tabel 10 laat zien dat 38% van de verschillen in het psychisch functioneren na de behandeling verklaard konden worden door een combinatie van de veranderingen in schema's, modi en copingstijlen tijdens de behandeling ($R = 0,612$; $R^2 = 0,375$; aangepaste $R^2 = 0,280$). De Durbin-Watson waarde ($d = 2,205$), bevond zich tussen de twee kritieke waarden ($1,5 < d < 2,5$). Hierdoor kon ervanuit worden gegaan er geen autocorrelatie aanwezig is in het regressiemodel. Als de MHC-SF (in blok 2) werd toegevoegd aan het model bleek er geen sprake te zijn van een significante invloed op de mogelijkheid van het model om algemene psychisch functioneren bij follow-up te voorspellen ($t = 0,729$; $p = 0,471$). Dit in overeenstemming met stap 1 waarbij de afzonderlijke predictoren werden geanalyseerd op hun voorspellende waarde. De determinatiecoëfficiënt van blok 2 ($R^2 = 0,385$) is ontleend aan blok 2 samen met blok 1.

Tabel 10

Bootstrapped meervoudige regressieanalyse op basis van de Residualized Gain Scores tussen T0 en T1 van blok 1: YSL, SMI D/F, YCI en YRAI en blok 2: MHC-SF (n = 40; completers).

Variabele	R	R ²	F	p	β	SE(β)	BI
Blok 1	0,612	0,375	3,953	0,006	1,229	0,106	1,03; 1,43*
Blok 2	0,620	0,385	3,336	0,011	1,229	0,110	1,02; 1,44*

Noot. Blok 1: YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory; Blok 2: MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form.

* $p < 0,05$.

Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Tabel 11 laat de waarden zien van de predictoren in van het tweede model (blok 1 en 2: YSL, SMI F & D, YCI, YRAI en MHC-SF). De enige statistisch significante voorspeller van het algemeen psychisch functioneren na de behandeling in dat model was de YSL ($\beta = 0,637$; $SE = 0,294$; $BI = 0,134$; $1,125$).

Tabel 11

Bootstrapped meervoudige regressieanalyse op basis van de Residualized Gain Scores van MHC-SF, YSL, SMI D/F, YCI en YRAI op basis van model 2 (= blok 1 en 2)

Variabele	β	$SE(\beta)$	BI
YSL	0,637	0,294	0,13; 1,13*
SMI D	-0,068	0,422	-0,78; 0,67
SMI F	0,093	0,213	-0,24; 0,45
YCI	0,050	0,249	-0,42; 0,55
YRAI	0,004	0,176	-0,30; 0,36
MHC-SF	0,184	0,241	-0,24; 0,65

Noot. MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory.

* $p < 0,05$. Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Stap 3: Intention-to-treat groep: completers in combinatie met drop-outs

Om te analyseren of er verschillen waren tussen de respondenten die de behandeling hebben afgerond en tussen de respondenten die voortijdig zijn gestopt met de behandeling maar wel een begin-, eind- en follow-up meting hebben, zijn dezelfde analyses uitgevoerd met de intention-to-treat groep ($n = 52$). Bij deze groep is er tevens gebruik gemaakt van de Bootstrap methode. De meest opvallende bevindingen zullen worden besproken.

Wat betreft de verbanden tussen de vragenlijsten op de beginmeting kwamen ongeveer dezelfde resultaten naar voren. Een verschil was dat de afname van copingstijlen (YCI) bij de intention-to-treat groep ($n = 52$) positief samenhangt met de toename van het welbevinden (MHC-SF), dit verband was echter niet significant ($r = 0,90$; $p = 0,529$). Tevens zijn de verbeteringen op de functionele modi (SMI F) positief gerelateerd aan een hogere mate van vermijdingsstrategieën (YRAI) ($r = 0,109$; $p = 0,447$).

Ten aanzien van de veranderingen tussen de metingen van de intention-to-treat groep nam het welbevinden en de functionele modi tussen de beginmeting (T0) en de eindmeting (T1) significant toe en de schema's, disfunctionele modi- en copingstijlen significant af. Dit gold ook voor de veranderingen tussen de beginmeting en de follow-up (T2) meting. Tussen de eindmeting en de follow-up meting werden net als bij de completers geen significante veranderingen gemeten, met uitzondering van de functionele modi; deze namen tevens significant af na de behandeling (SMI F; $p = 0,024$; $d = < 0,50$).

Tot slot werd ook een meervoudige regressieanalyse uitgevoerd om te meten of er sprake was van (opvallende) verschillen in einduitkomsten. Het meest opvallende verschil was dat (bij de intention-to-treat groep; $n = 52$) de verbetering in welbevinden (MHC-SF) als afzonderlijke predictor wel significant voorspellend bleek voor het algemeen psychisch

functioneren (BSI) bij follow-up ($F = 5,690$; $p = 0,022$). Bij de groep completers ($n = 40$) was dat niet het geval. In Tabel 12 is te zien dat alle afzonderlijke predictors ook bij deze totale groep voorspellend waren, met uitzondering van de functionele modi (SMI F).

Tabel 12

Bootstrapped enkelvoudige regressieanalyse op basis van de Residualized Gain Scores tussen T0 en T1 van MHC-SF, YSL, SMI D/F, YCI en YRAI ($n = 52$; intention-to-treat).

Variabele	R	R ²	F	p	β	SE (β)	BI
MHC-SF	0,320	0,102	5,690	0,022	-0,258	0,108	-0,50; -0,03*
YSL	0,499	0,249	16,567	< 0,001	0,506	0,396	0,17; 0,58*
SMI D	0,446	0,199	12,395	0,001	0,373	0,105	0,18; 0,55*
SMI F	0,175	0,031	1,578	0,215	-0,140	0,112	-0,33; 0,06
YCI	0,506	0,256	16,834	< 0,001	0,447	0,116	0,22; 0,66*
YRAI	0,410	0,168	10,115	0,003	0,329	0,105	0,11; 0,52*

Noot. Elke predictor is afzonderlijk in het model geplaatst; MHC-SF = Mental Health Continuum – Short Form; YSL = Young Schema Lijst; SMI = Schema Mode Inventory; D = Disfunctioneel; F = Functioneel; YCI = Young Coping Inventory; YRAI = Young-Rygh Avoidance Inventory.

* $p < 0,05$.

Op basis van betrouwbaarheidsinterval (BI; 95%).

Ook bij de intention-to-treat groep waren de veranderingsscores van de predictors van blok 1 (YSL, SMI F & D, YCI en YRAI) in het model significant voorspellend voor het algemene psychisch functioneren bij follow-up ($F = 3,805$; $p = 0,006$). De voorspelling was echter minder sterk dan bij de groep completers. Namelijk 30% van de variantie werd door het model verklaard ($R = 0,545$; $R^2 = 0,297$; aangepaste $R^2 = 0,216$). Dit in tegenstelling tot de 38% bij de groep completers. De Durbin-Watson waarde ($d = 2,219$) lag tussen de twee kritieke waarden. De MHC-SF in het tweede blok had net als bij de completers geen statistisch significant toegevoegde waarde ($t = 0,973$; $p = 0,336$). Bijzonder is dat geen van de predictoren significant voorspellend was in het model, waar bij de groep completers de afname in schema's (YSL) dat nog wel waren.

DISCUSSIE

De doelstelling van het onderzoek was om te bepalen in hoeverre de verandering in welbevinden van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, van toegevoegde waarde was in het model om het algemeen functioneren bij follow-up te voorspellen. De volgende vraag werd gesteld: *“In welke mate is de verandering in positieve geestelijke gezondheid tezamen met veranderingen in schema’s, modi en copingstijlen tijdens de groepsbehandeling van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een klinische, schemagerichte groepstherapeutische setting voorspellend voor het algemeen psychisch functioneren een half jaar na de behandeling?”*

Onderzoeksbevindingen

Er is een model gemaakt van alle hierboven beschreven voorspellende factoren samen. Hierbij is onderzocht in hoeverre het verhoogde welbevinden van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, toegevoegde waarde had in het model waarbij de het algemeen psychisch functioneren bij follow-up werd voorspeld. Het model met de afname in vroege onaangepaste schema’s, disfunctionele modi en overcompensatie- en vermijdingsstrategieën tezamen, bleek passend om in belangrijke mate het niveau van psychisch functioneren te voorspellen. De cliënten die aan het einde van de behandeling minder schema’s, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen rapporteerden ten opzichte van het begin van de behandeling, ervoeren bij follow-up minder klachten. Ondanks de vooraf opgestelde verwachtingen bleek het toevoegen van het toegenomen welbevinden geen evidente meerwaarde te hebben in het model met de andere predictoren. Met name de veranderingen in de eerdergenoemde domeinen waren relevant bij het voorspellen van het toekomstig klachtenniveau.

Passend daarbij is dat het toegenomen welbevinden afzonderlijk ook geen significante voorspeller bleek voor het niveau van klachten zes maanden na de behandeling. Dit gold evenmin voor de toegenomen functionele modi. De veranderingen op de klachtgerichte vragenlijsten bleken separaat van elkaar echter wel significante voorspellers. De afname in vroege onaangepaste schema’s, disfunctionele modi en overcompensatie- en vermijdingsstrategieën tijdens de behandeling resulteerden in significante afzonderlijke voorspellers voor het niveau van algemeen psychisch functioneren zes maanden na de behandeling. Een kanttekening hierbij was dat er een opvallende bevinding werd gedaan bij het toevoegen van de drop-outs aan de analyses. Bij de intention-to-treat groep bleek de

verandering in welbevinden afzonderlijk namelijk wel een significante voorspeller te zijn voor het klachtenniveau bij follow-up. Verderop in dit hoofdstuk zal dit verschil tussen de completers en intention-to-treat groep nader worden toegelicht.

Uit het onderzoek in kwestie is gebleken dat het algemeen psychisch functioneren in hoge mate is verbeterd ten opzichte van voor de behandeling. Het klachtenniveau van de cliënten bij het einde van de behandeling alsook bij de follow-up viel binnen de gemiddelde range in plaats van bovengemiddeld zoals bij de start van de behandeling. Toch rapporteerden ze in vergelijking met de gezonde normgroep van de Nederlandse bevolking nog altijd een bovengemiddeld klachtenniveau (De Beurs, 2011). Vergeleken met een normgroep van ambulante patiënten is het klachtenniveau echter wel gemiddeld.

Tevens verbeterde de positieve geestelijke gezondheid. Tussen het begin en het einde van de klinische schemagerichte groepsbehandeling nam het welbevinden bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (met een zeer groot effect) in hoge mate toe. De cliënten rapporteerden aan het einde van de behandeling een niveau van welbevinden dat zelfs overeenkomt met het landelijk gemiddelde van de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). Dit betekent dat het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden herstelde ten tijde van de therapie. Het herstel hield stand tot in ieder geval zes maanden na de behandeling. Er werd zodoende een langetermijneffect bereikt waarbij het niveau van welbevinden stabiel bleef.

Tot slot rapporteerden de cliënten tevens (met groot effect) een aanzienlijke afname van vroege onaangepaste schema's, disfunctionele modi, overcompensatie- en vermijdingsstrategieën en een toename van de functionele modi. Bij deze factoren werd net als bij het toegenomen welbevinden en algemeen psychisch functioneren duurzaam effect gevonden doordat de veranderingen eveneens stabiel bleven tijdens de follow-upperiode. Dit gold echter niet voor de functionele modi, er was sprake een significante daling van het aantal functionele modi, wat betekent dat cliënten bij follow-up minder functionele modi ervoeren ten opzichte van het einde van de behandeling. Een vergelijking met een normgroep betreffende het herstellniveau was niet mogelijk omdat er voor deze vragenlijsten geen normgroep beschikbaar was.

De hierboven beschreven onderzoeksbevindingen zijn in lijn met de bevindingen van Schaap et al. (2016). In dat onderzoek kwam duidelijk naar voren dat de duurzame veranderingen in vroege onaangepaste schema's en (dis)functionele modi tussen het begin en het einde van de behandeling, voorspellend waren voor het niveau van algemeen psychisch functioneren na de behandeling. In het huidige onderzoek werd als toevoeging op het

onderzoek van Schaap en collega's de voorspellende waarde onderzocht van het toegenomen welbevinden tijdens de behandeling op het algemeen psychisch functioneren, zes maanden na de behandeling. Dit past bij de theorie van Keyes et al. (2010) waarin positieve geestelijke gezondheid en psychopathologie twee afzonderlijke, maar complementaire, matig geassocieerde constructen zijn. In het kader van het tweecontinuummodel stellen Chakhssi et al. (2017) dat mentale gezondheid kan worden uitgelegd als een combinatie van een zekere mate van welbevinden en gezonde coping met of zonder de afwezigheid van psychopathologie.

Welbevinden en psychopathologie bleken, ook bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, twee gescheiden dimensies. Ondanks dat het welbevinden beduidend verbeterde ten opzichte van het begin van de interventie bleek het toegenomen welbevinden in het huidige onderzoek geen significante relatie te hebben met het psychisch functioneren bij follow-up. Zowel Lamers et al. (2015) als Trompetter et al. (2017) hebben in hun studies deze relatie echter wel weten vast te stellen. In beide studies werd namelijk gevonden dat de verandering in positieve geestelijke gezondheid het niveau van psychopathologie in de toekomst kon voorspellen. De tegenstrijdigheid met deze bevindingen en de uitkomsten van huidig onderzoek is groot en maakt het vinden van een sluitende verklaring complex.

Het huidige onderzoek en de studies van Lamers et al. (2015) en Trompetter et al. (2017) hebben veel overeenkomsten, wat betreft het doel, onderzoeksdesign en -instrumenten. Bij beide onderzoeken was er sprake van herhaalde metingen met een follow-upmeting en werd er gebruikt gemaakt van MHC-SF-vragenlijst als maat voor welbevinden. Het algemeen psychisch functioneren werd bij Lamers en collega's eveneens gemeten met de BSI. Bij Trompetter en collega's waren dit stoornis-specifieke klachtenlijsten. Effectgroottes waren van beide studies echter niet bekend. Ondanks deze gelijkenissen zijn er ook verschillen tussen de studies die wellicht te relateren zijn aan het verschil in onderzoeksbevindingen. Bij het onderzoek van Trompetter et al. (2017) is er gebruik gemaakt van een andere therapeutische interventie, namelijk een op zelfhulp gebaseerde methode 'Acceptance and Commitment Therapy'. Deze zelfhulpinterventie kan gezien worden als een meer krachtgerichte behandeling waarbij de verscheidende elementen van het welbevinden, zoals zelfacceptatie, positieve emoties en autonomie worden bevorderd (Bohlmeijer et al, 2013). Tevens bedroeg de klinische diagnose van de respondenten uit de studie van Trompetter en haar collega's een lichte tot matige stemming- of angststoornis en waren ze over het algemeen hoger opgeleid. Het is daarom mogelijk dat de respondenten uit het onderzoek van Trompetter en collega's meer gemotiveerd en zelfverzekerd waren over hun individuele mogelijkheden

om baat te hebben bij de aangeboden behandelmethode (Trompetter, et al. 2017). Het onderzoek van Lamers et al. (2015) betrof een andere doelgroep, te weten gezonde Nederlandse volwassenen. In beide onderzoeken werden respondenten met ernstige psychische klachten geëxcludeerd van het onderzoek.

In het huidige onderzoek was er juist wel sprake van complexe problematiek, te weten volwassenen met ernstige persoonlijkheidspathologie en comorbide stoornissen. Volgens Ten Kate et al. (2007) hebben mensen met een persoonlijkheidsstoornis doorgaans een minder goed algemeen psychisch functioneren in vergelijking met cliënten met een klinische stoornis. Ook neemt de ernst van de klachten toe met de ernst van de persoonlijkheidsstoornis. In hetzelfde onderzoek van Ten Kate en collega's (2007) werd duidelijk dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, in vergelijking met cliënten met een klinische stoornis een hoger niveau van sociale inadequaatie en een lagere zelfwaardering hebben. In hoge mate spanning ervaren bij het uiten van zowel positieve als negatieve gevoelens in een sociale context is volgens dezelfde onderzoekers kenmerkend voor persoonlijkheidspathologie en heeft wellicht invloed op de ervaren kwaliteit van leven.

Zoals eerder beschreven is het duiden van de onderzoeksresultaten in een sluitende verklaring complex. Ondanks het toegenomen welbevinden van cliënten met persoonlijkheidspathologie en de gelijktijdige afname van de klachten, bleek er geen relatie te bestaan tussen deze twee dimensies. Het toegenomen welbevinden had een duurzaam effect, alsook de afname in klachten. De duurzame verandering in welbevinden kon echter het psychisch algemeen functioneren in de toekomst niet voorspellen waar dat in andere studies wel naar voren kwam. Mogelijk hadden de afwijkende bevindingen te maken met de aard van de stoornis van de cliënten met persoonlijkheidspathologie. De karakterologische problemen van de cliënten zijn uniek en maakt dat ze te onderscheiden zijn van cliënten met bijvoorbeeld een as-1-stoornis (Ten Kate et al. 2007). Young en collega's (2005) stelden dat persoonlijkheidspathologie zich met name kenmerkt door een duurzame, inflexibele en hardnekkige patronen van denken, voelen en gedragen. De cliënten ervaren interpersoonlijke problemen en er is veelal sprake van cognitieve en affectieve vermijding. De (diffuse) klachtenpresentatie strekt zich uit over vele belangrijke levenssterreinen. Wellicht verstoort de complexiteit en duurzaamheid van de pathologie in combinatie met comorbide stoornissen de directe relatie tussen welbevinden en toekomstige klachten en is dat bij cliënten met een lichte (klinische) angst- of stemmingsstoornis of bij gezonde personen niet het geval. Mogelijk hebben groepen die gezond zijn, of groepen met een lichte klinische stoornis, al baat bij een kleine verlichting van de klachten, wat leidt tot toename in welbevinden, wat een directe

afname in klachten tot gevolg heeft en vice versa, waardoor het effect zichzelf versterkt en waarneembaar is in analyses.

Opmerkelijk genoeg werd het grootste effect in het huidige onderzoek aangetoond bij de toename in het welbevinden. Dit was een opvallend gegeven omdat het bij schematherapie onduidelijk leek in hoeverre de therapie zich schaarde onder de klachtgerichte interventies of onder de krachtgerichte interventies. Naar aanleiding van het boek van Bohlmeijer et al. (2013) is schematherapie, zeker in het begin, een klachtgerichte interventie doordat er met name gefocust wordt op problemen en klachtenreductie en niet primair op het vergroten van welbevinden en het leiden van een betekenisvol leven. Het doel van schematherapie is namelijk om de cliënten onderliggende vroege onaangepaste denk- en gedragspatronen, die verondersteld worden aan de psychopathologie ten grondslag te liggen, te leren herkennen en te veranderen (Young et al., 2005). Een uitkomst daarvan is klachtreductie maar kennelijk ook een toegenomen emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden, zoals in het huidige onderzoek werd aangetoond. Wat daar wellicht mee te maken heeft is dat later in de therapie er meer nadruk wordt gelegd op het vergroten en versterken van de ‘gezonde volwassene’ (functionele modus) en op het promoten van de expressie van het ‘blijde kind’ (functionele modus) (Dickhaut & Arntz, 2014). De gezonde volwassene kan onder andere zorg dragen voor het eigen welbevinden en kan op een gezonde en adequate manier in emotionele basisbehoefte voorzien (Arntz & Jacob, 2012).

Chakhssi et al. (2017) concludeerden in een artikel dat een hardnekkig laag niveau van welbevinden kan aanhouden zelfs na een succesvolle behandeling van symptomen wat leidde tot een reductie in klachten. In het huidige onderzoek is wellicht de andere component van de geestelijke gezondheid ook waar: na een geslaagde behandeling waarin het welbevinden toenam bestond er na de behandeling nog steeds een hardnekkig laag niveau van algemeen psychisch functioneren. De klachten namen wel degelijk af, maar waren echter nog steeds bovengemiddeld in vergelijking met de algemene bevolking. Het verdient een aanbeveling om de relatie tussen welbevinden en klachten nogmaals te onderzoeken binnen een klinische populatie en waar mogelijk bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Mogelijkerwijs is er wel een relatie waarneembaar tussen de afname van klachten tijdens de schematherapeutische behandeling en het niveau van welbevinden in de toekomst. Het is denkbaar dat welbevinden een uitkomst is in plaats van een accelerator van minder klachten. Dit omgekeerde relatie tussen deze twee factoren is binnen het huidige onderzoek niet geëxploreerd.

Terugkomend op het voorspellende model, bleek in het huidige onderzoek de afname in vroege onaangepaste schema's de enige betekenisvolle voorspeller voor het algemeen psychisch functioneren in de toekomst. Schematherapie bleek een groot effect te hebben op de schema's en met de daarmee samenhangende klachten. Volgens Bamelis et al. (2014) is schematherapie zeer effectief doordat meerdere eigenschappen van de cliënt worden aangesproken om veranderingen in de persoonlijkheidsstructuur en schema's teweeg te brengen. Er wordt in de therapie namelijk gebruik gemaakt van experimentele-, gedragsmatige-, cognitieve- en interpersoonlijke technieken. Daarnaast hebben cliënten binnen schematherapie de mogelijkheid om traumatische gebeurtenissen en negatieve ervaringen tijdens de kindertijd te verwerken (Young, 2005). De cliënten in het huidige onderzoek hebben wellicht veel baat gehad bij de schemagerichte behandeling in een klinische setting waar niet enkel cognitieve gedragstherapie werd aangeboden maar ook andere werkzame elementen aanwezig waren. De kliniek is een veilige omgeving waarin cliënten worden aangemoedigd om te oefenen met nieuw gedrag. Bovendien kenmerkt een kliniek zich door groepstherapieën, waarbij sociale cohesie wordt gestimuleerd. De effectiviteit van een klinische behandelsetting bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen werd al eerder aangetoond in de studie van Bartak et al. (2011). Tevens blijkt uit een andere studie van Bartak et al. (2010) dat cliënten met cluster C-persoonlijkheidsstoornissen meer baat hebben bij een (korte) klinische behandelvorm dan een ambulante of deeltijdbehandeling.

Wat betreft de onderzoeksbevindingen aangaande de effectgroottes werden er ook overeenkomsten gevonden met bestaande literatuur. In het huidige onderzoek werden uitzonderlijk hoge effectgroottes gevonden tussen de begin- en eindmeting alsook tussen de begin- en follow-upmeting. De resultaten tonen een significante toename van welbevinden met een hoge effectgrootte. Dickhaut & Arntz (2014) vonden eveneens een hoge effectgrootte bij de toename van de kwaliteit van leven en geluk wat een gevolg is van een hoog welbevinden (WhOQoL: $d = 1,31$; Happiness scale: $d = 1,77$). Dit onderzoek werd uitgevoerd onder cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis na een gecombineerde (groep en individueel) schemagerichte therapie. In de studie van Bamelis et al. (2014) bleek eveneens dat na drie jaar follow-up, schemagerichte therapie een groot effect had op de kwaliteit van leven van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (WhOQoL: $d = 0,98$). Tot slot heeft Giesen-Bloo et al. (2006) een groot effect aangetoond ten aanzien van de kwaliteit van leven bij ambulante cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (WhOQoL: $d = 1,46$).

Terwijl de negatieve aspecten van het individu met persoonlijkheidspathologie binnen schemagerichte therapie worden verminderd, worden ook de positieve, gezonde aspecten

versterkt (Chakhssi et al. 2017). In het huidige onderzoek werd aangetoond dat de cliënten aanzienlijk minder vroege onaangepaste schema's, disfunctionele modi, overcompensatie- en vermijdingsstrategieën en algemene psychische klachten ervoeren ten aanzien van de beginmeting. Evenals bij de toename in welbevinden werd bij de afname van de negatieve aspecten ook een sterk effect gemeten. In het eerder besproken onderzoek van Dickhaut & Arntz (2014) werden vergelijkbare effectgroottes gevonden voor de afname in algemene klachten (SCL-90: $d = 1,49$), vroege onaangepaste schema's (YSL: $d = 1,64$ en (dis)functionele modi (SMI D: $d = 1,16$; SMI F: $d = 1,48$). Wat betreft de afname in klachten als gevolg van schemagerichte therapie werd in een andere studie eveneens een groot effect gemeten (SCL-90: $d = 0,93$) (Bamelis et al., 2014). Tot slot vonden Farrell, Shaw & Webber (2008) bij een follow-up meting na groepsschematherapie een nog groter effect op het verbeterd algemeen psychisch functioneren van cliënten met borderline (BSI: $d = 2,96$).

In contrast met de bestaande literatuur en de andere meetdomeinen namen de functionele modi echter significant af tussen de eind- en follow-upmeting. Ondanks de eerder beschreven grotere focus op de modus van de gezonde volwassene en het blijvende kind later in de therapie, nemen deze modi af. Een mogelijke implicatie voor de klinische praktijk is eerder en meer focussen op het ontwikkelen en versterken van de functionele modi. Door deze modi sterker te maken kunnen cliënten na de behandeling mogelijk beter en langduriger op adequate wijze expressie geven aan het vervullen van de emotionele basisbehoeften. Wanneer er meer wordt toegekomen aan deze basisbehoeften zal als gevolg het welbevinden toenemen (Bohlmeijer et al., 2013).

Sterkte-zwakteanalyse

Het huidige onderzoek kent sterktes maar ook zwaktes. De onderzoeksgroep bestond uit veertig cliënten tussen de 17 en 44 jaar met overwegend borderline-, afhankelijke-, vermijdende en NAO-persoonlijkheidsstoornis diagnoses. Comorbide stoornissen waren voornamelijk in het kader van stemming, angst en PTSS. Ondanks dat de onderzoeksgroep relatief klein en heterogeen was kunnen onderzoeksbevindingen van deze groep gegeneraliseerd worden naar groepen cliënten met dezelfde kenmerken. Een bijkomstigheid van een kleine, diverse groep is dat er wellicht onvoldoende power aanwezig was en dat de dataverdeling op sommige aspecten afweek van de normaalverdeling. De data bevatte uitschieters, waardoor de kans op een vertekend beeld groter werd. De uitschieters werden in deze studie echter gecorrigeerd door een robuuste statistische methode. Geheel tegen verwachting in bleek bij het toevoegen van de drop-outs aan de analyses de verandering in

welbevinden wel een significante voorspeller voor psychische klachten bij follow-up. Wellicht had de intention-to-treat groep meer power om een eventuele correlatie te detecteren, maar omdat de respondentgroep hierdoor nog meer heterogeen werd, was de kans dat andere factoren dan de toename in welbevinden, invloed hadden op de voorspelling groter en zodoende de bevindingen onbetrouwbaarder.

Aangaande de analysemethode van de onderzoeksvraag werd er in dit onderzoek gebruik gemaakt van verschillscores in plaats van ‘baseline’ scores. Hiermee werd het effect van de behandeling op het toekomstig klachtenniveau gemeten. Mogelijk wordt de relatie tussen welbevinden en het toekomstig niveau van algemeen psychisch functioneren wel waarneembaar door baseline scores te gebruiken. Daarnaast werden ook de respondenten die niet verbeterden ten gevolge van de behandeling meegenomen in de analyses.

Een aspect wat het onderzoek krachtig maakte is dat het heeft plaatsgevonden in een real-life setting, namelijk een schemagerichte groepstherapeutische kliniek. Er is over een langere periode gemeten, iets dat op zeer consistente wijze werd gedaan. Tijdens de behandeling is de data op drie momenten verzameld en zes maanden na ontslag uit de kliniek werd een follow-up meting uitgevoerd. Het is uitzonderlijk dat zelfs bij de follow-up veel cliënten bleven participeren aan het onderzoek. Bij elke meting werden dezelfde zes vragenlijsten afgenomen. De MHC-SF-vragenlijst is een goed gevalideerd en betrouwbaar instrument om het welbevinden te meten. Door de andere vragenlijsten werd het tevens mogelijk om enkele van de werkzame mechanismen van de schemagerichte therapie te betrekken bij de analyses

De kans bestond dat er vertekend beeld ontstond bij het invullen van de zelfrapportagevragenlijsten. In de praktijk werd duidelijk dat enkele cliënten graag in hun persoonlijk onderzoeksrapport wilden teruglezen dat zij minder disfunctionele schema's en modi en meer functionele modi hadden dan aan het begin van hun behandeling en hierdoor heeft een enkeling de vragenlijsten mogelijk iets rooskleuriger ingevuld dan de werkelijkheid. Ook zouden de subjectieve belevingen van welbevinden bij cliënten met psychopathologie gevoelig zijn voor meetfouten. Katschnig (2006) stelde vast dat bij deze groep cliënten er regelmatig affectieve denkfouten optreden, waarbij men de huidige emotionele staat gebruikt om over het algemeen te oordelen.

Wat betreft de therapieën is er geen bestaand protocol en is er continue doorloop in cliënten die in de kliniek verblijven. Ook is de werkstijl van de therapeuten verschillend door uiteenlopende achtergronden en opleidingen. Kortom: elke cliënt heeft een unieke klinische groepsbehandeling gehad die aansloot op zijn/haar unieke kenmerken en behoeften, waarbij

de kaders van groep-schematherapeutische aard waren. Een controlegroep was echter niet relevant omdat het doel van deze studie was om het welbevinden als voorspeller van psychische klachten te onderzoeken. Er werd geen onderzoek gedaan naar het effect van deze specifieke behandeling of therapie.

Conclusie

Het onderzoek draagt bij aan een verificatie van de generaliseerbaarheid van eerdere studies, naar de relatie tussen welbevinden en psychische klachten binnen een klinische populatie met complexe persoonlijkheidspathologie. Binnen deze populatie bleek het model met de afname van vroege onaangepaste schema's, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen tezamen, passend om in belangrijke mate het niveau van psychisch functioneren te voorspellen. De cliënten die ten opzichte van het begin van de behandeling minder schema's, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen rapporteerden aan het einde van de behandeling, rapporteerden bij follow-up minder klachten. Ondanks dat het welbevinden van deze populatie toenam en de klachten afnamen met een duurzaam effect, bleek het toegenomen welbevinden niet direct effect te hebben op het klachtenniveau in de toekomst. Met name de veranderingen in schema's, disfunctionele modi en inadequate copingstijlen waren belangrijk voor het voorspellen van het klachtenniveau in de toekomst.

Mogelijk is de toename in welbevinden bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis een einduitkomst van de afname in klachten in plaats van een accelerator. Omdat binnen het huidige onderzoek de eenzijdige richting van de relatie tussen het toegenomen welbevinden op het algemeen psychisch functioneren werd onderzocht, wordt aanbevolen om de omgekeerde richting van de relatie ook te toetsen in een vervolgonderzoek. Een implicatie voor de praktijk is om binnen klinische schematherapie (nog) meer te focussen op het ontwikkelen en verstevigen van de functionele modi, zodat deze op de langere termijn stabiel blijven. De functionele modi dragen, op adequate wijze zorg voor het eigen welbevinden, wat als buffer dient tegen tal van psychische klachten in de toekomst.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (5^e ed.). Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwerzijds.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bartak, A., Andrea, H., Spreeuwenberg, M.D., Ziegler, U.M., Dekker, J., Rossum, B.V., . . . Emmelkamp, P.M.G. (2011). Effectiveness of Outpatient, Day Hospital, and Inpatient Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster B Personality Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 28-38. doi: 10.1159/000321999
- Bartak, A., Spreeuwenberg, M.D., Andrea, H., Holleman, L., Rijnierse, P., Rossum, B.V., . . . Emmelkamp, P.M.G. (2010). Effectiveness of Different Modalities of Psychotherapeutic Treatment for Patients with Cluster C Personality Disorders: Results of a Large Prospective Multicentre Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 20-30. doi: 10.1159/000254902
- Bergsma, A., ten Have, M., Veenhoven, R., & de Graaf, R. (2011). Most people with mental disorders are happy. *Journal of Positive Psychology*, 6(4), 253-259. doi: 10.1080/17439760.2011.577086
- Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G.J., & Walburg, J.A. (2013). *Handboek positieve psychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Chakhssi, F., Schaap, G.M., Bohlmeijer, E.T., & Westerhof, G.J. (2017). Well-being in Psychotherapy for Individuals with Personality Disorders. Society for the Advancement of Psychotherapy.
- Claassen, A.-M.T.S., & Pol, S. (red.), (2015). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Coe, R. (2002). *It's the Effect Size, Stupid: What effect size is and why it is important*. Gedownload op 29 mei 2017, van <http://www.cem.org/effect-size-resources>.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. *Psychological Bulletin*, 122(1), 155-159.

- Coid, J., Yang, M., Tyber, P. Roberts, A., Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188(5), 423-431. doi: 10.1192/bjp.188.5.423
- Cramer, V., Tongersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184. doi: 10.1016/j.comppsy.2005.06.002
- Cumming, G. (2014). New Statistics: Why and How. *Psychological Science*, 25(1), 7-29. doi: 10.1177/0956797613504966
- Davey, G. (2014). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology* (2^e ed.). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- De Beurs, E. (2011). *Handleiding BSI*. Leiden: PITS B.V.
- Delleman, O.R.J. (2008). *Naar een integrale psychiatrie: De psychiater als specialist van gemankeerde zingeving en de patiënt als vormgever van het herstelproces*. Proefschrift. Oisterwijk: Boxpress.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 242-251. doi: dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.004
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Efron, B., & Tibhsirani, R.J. (1993). *An introduction to the bootstrap*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC.
- Farrell, J.M., Shaw, J.M., & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Field, A.P. (2009). *Discovering statistics Using SPSS: And sex drugs and rock 'n' roll* (3^e ed.) Londen: Sage.
- Field, A.P. (2016). *Handout: Discovering statistics Using SPSS: And sex drugs and rock 'n' roll* (4^e ed.) Londen: Sage.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Tore Øvergaard, K., & Rosenvinge, J.H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective disorders*, 145, 143-155.
- 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, 649-658.

- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139-145.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Keyes, C.L.M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C.L.M., Dhingra, S.S., & Simoes, E.J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Lamers, S.M.A. (2012). *Positive Mental Health: Measurement, relevance and implications*. Enschede: University Press.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M., Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W., & Bohlmeijer, E.T. (2012, online first). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal Psychological Assessment*. doi: 10.1027/1015-5759/a000109
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Glas, C.A.W., & Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560. doi: 10.1080/17439760.2015.1015156
- Lobbestael, J. (2010). Diagnostiek van schema modi. *Psychopraktijk*, 2(5), 31-33.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, Ph., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.-M.T.S. (2009). *Werkboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C.L.M. (2014). The Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121, 291-312. doi: 10.1007/s11205-014-0629-3

- Rijkeboer, M.M. (2010). Diagnostiek van Schema's volgens het model van Young. *Psychodiagnostiek*, 2(5), 29-30.
- Rijkeboer, M.M., Van den Berg, H., & Van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 129-144. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.08.005
- Ryff, C.D., & Keyes, C.L.M. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- 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, experiences parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*. Advance online publication. doi:http://dx.doi.org/10.1037/pst0000056
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2009). Do Schema Processes Mediate Links between Parenting and Eating Pathology? *European Eating Disorders Review*, 17, 290-300. doi: 10.1002/erv.922
- Slade, M. (2010). Mental Illness and Well-being: The central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, 10, 26-39.
- Steketee, G., & Chambless, D.L. (1992). Methodological Issues in Prediction of Treatment Outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 378-400.
- Ten Kate, C.A., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Muller, N., & Spinhoven, Ph. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg: Prevalentie, kenmerken, behandelindicatie en drop-out. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49(9), 597-609.
- Trimbos Instituut. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn persoonlijkheidsstoornissen Versie 1.0*. Utrecht: Author.
- Trompetter, H.R., Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T. (2017). Both positive mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy: Confirmation for the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 58-63. doi: 10.1016/j.brat.2017.01.008

- Wood, A.M., & Joseph, S. (2009). The Absence of Positive Psychological (Eudemonic) Well-Being as a Risk Factor for Depression: A Ten Year Cohort Study. *Journal of Affective Disorders*, 122, 213-217. doi: 10.1016/j.jad.2009.06.032
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)*. Genève: WHO.
- Young, J.E. (1995). *Young Compensation Inventory*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J. Weishaar, M.E., & Van Vreeswijk, M.F. (2007). *The schema Mode Inventory*. New York, NY: Cognitive Center.
- Young, J.E., & Brown, G. (2003). *Young Schema Questionnaire (3rd ed.)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J.E., & Rygh, J. (1994). *Young- Rygh Avoidance Inventory (YRAI)*. New York, NY: Cognitive Therapy Center.