

Veranderingen in schemamodi en welbevinden na klinische opname bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek

Masterthese

Sarisha Phagoe

23-7-2018

Eerste begeleider: Dr. Marcel Pieterse

Tweede begeleider: Prof. Dr. Gerben Westerhof

Afstudeerrichting: Master Positieve Psychologie en Technologie, Universiteit van Twente

UNIVERSITEIT TWENTE.

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
Abstract.....	4
Inleiding.....	5
Onderzoeksvraag	10
Subonderzoeksvragen en hypothesen.....	10
Methode.....	11
Resultaten.....	17
Discussie & Conclusie	22
Literatuurlijst	31

Introductie. In dit onderzoek is de samenhang tussen de verschillende categorieën van schemamodi en welbevinden onderzocht bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische setting, die opgenomen zijn voor de gemiddelde duur van een jaar en schemagerichte groepspsychotherapie ontvingen. Ook is het verloop van de veranderingen van het welbevinden in kaart gebracht en vergeleken met de veranderingen in klachten binnen dezelfde populatie. Middels de uitkomsten van dit onderzoek is het belang van een positief psychologische benadering als aanvulling op een klachtgerichte behandeling verder geëxploreerd.

Methode. Het betreft een naturalistisch, prospectief, *within subjects* design. Op vier momenten; vooraf aan de behandeling, een half jaar na aanvang van de behandeling, bij afronding van de behandeling en een half jaar na de behandeling zijn vragenlijsten (MHC-sf en de SMI) afgenomen, die het welbevinden en schemamodi van cliënten meet. Middels mixed-models analyses werd een groeimodel gecreëerd waarin de verschillende categorieën modi: de functionele modi, de disfunctionele copingmodi, oudermodi, en kindmodi, achtereenvolgens als co-variaat werden toegevoegd aan het model. De uitkomstmaat was het algemeen welbevinden (de positieve geestelijke gezondheid). Tijd werd toegevoegd als factor. De metingen en de categorieën modi werden toegevoegd als fixed effect. Ook de Cohen's *d* is berekend voor de vergelijking van de veranderingen in het welbevinden en de veranderingen in klachten.

Resultaten. In dit onderzoek werd gevonden dat het welbevinden al gedurende het eerste deel van de behandeling significant toeneemt tot aan het eind van de behandeling, maar licht afneemt in het half jaar na de behandeling. Toch bleek Cohen's *d* voor deze periode groot ($d=0.87$). Ook is gevonden dat de toename in het welbevinden groter was dan de afname in klachten. Tot slot werd er samenhang gevonden tussen het welbevinden en de functionele modi en het welbevinden en de disfunctionele copingmodi. Er is geen samenhang gevonden met de disfunctionele ouder- en/of kindmodi.

Discussie. Er zijn enerzijds aanwijzingen gevonden voor de bevestiging van het twee-continuamodel. Anderzijds is het opmerkelijk dat de toename in het welbevinden sterker verandert dan de afname in klachten. De belangrijkste aanbevelingen sluiten aan bij de belangrijkste bevinding uit dit onderzoek over de gevonden samenhang tussen welbevinden en functionele modi. Er worden ideeën aangedragen om meer gericht te werken aan de functionele modi tijdens de behandeling en op deze manier wordt bijgedragen aan een verdere exploratie voor het toevoegen van een positief psychologische benadering aan een klachtgerichte behandeling.

Abstract

Introduction. In this study, the relationship between the different categories of schemamodi categories and well-being was investigated in clients with complex personality problems within a clinical setting, who were admitted for the average duration of one year and received schema-based group psychotherapy. The course of the changes in well-being was also mapped and compared with the changes in complaints within the same population. The results of this research have further explored the importance of a positive psychological approach as a supplement to complaint-oriented treatment.

Method. It concerns a naturalistic, prospective, within subjects design. At four moments; treatment questionnaires (MHC-sf and SMI) were administered prior to treatment, half a year after the start of treatment, and six months after the treatment, which measures the well-being and schedule modes of clients. Through mixed-models analysis, a growth model was created in which the different categories of modes: the functional modes, the dysfunctional coping modes, parent modes, and child modes, were successively added to the model as a co-variate. The outcome measure was general well-being (positive mental health). Time was added as a factor. The measurements and the category modes were added as a fixed effect. The Cohen's d has also been calculated for the comparison of changes in well-being and changes in complaints.

Results. In this study it was found that well-being increases significantly during the first part of the treatment until the end of the treatment but decreases slightly in the six months after the treatment. However, Cohen's d appeared to be large for this period ($d = 0.87$). It was also found that the increase in well-being was greater than the decrease in complaints. Finally, coherence was found between well-being and functional modes and well-being and dysfunctional coping modes. No correlation was found with the dysfunctional parent and / or child modes.

Discussion. On the one hand, indications have been found for the confirmation of the two-continua model. On the other hand, it is remarkable that the increase in well-being is changing more than the decrease in symptoms. The most important recommendations are in line with the most important finding from this study about the relationship between well-being and functional modes. Ideas are presented to work more specifically on functional modes during treatment and in this way contribute to further exploration for the addition of a positive psychological approach to complaint-oriented treatment.

Inleiding

In dit artikel zullen de veranderingen in kaart worden gebracht van een behandeling met schematherapie binnen een klinische therapeutische setting, bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Hierbij zal de focus liggen op veranderingen in het welbevinden en de invloed hierop vanuit de schematherapie. In de huidige literatuur is onderzoek veelal gericht op de veranderingen in klachten. De meeste behandelingen focussen zich, vanuit de oorsprong van het klassiek medische model, op klachtenvermindering (Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016; Claassen, 2016). Vanuit deze benadering wordt voornamelijk het disfunctioneren gediagnosticeerd en worden stoornissen beschreven (Bohlmeijer, Westerhof, Bolier, Steeneveld, Geurts, & Walburg, 2013a).

Tegenwoordig wordt gezondheid echter, mede door de invloed van de Positieve Psychologie, niet slechts gezien als de afwezigheid van klachten, maar als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn (Claassen & Pol, 2015). In het twee-continuummodel van Keyes (2007) werd bewezen dat psychopathologie en welbevinden twee gerelateerde, maar te onderscheiden factoren zijn. Dit houdt in dat de afwezigheid van psychopathologie gepaard kan gaan met een hogere mate van welbevinden, maar dat dit niet voor iedereen hoeft te gelden. Andersom kan het ook inhouden dat de aanwezigheid van psychopathologie duidt op een lagere mate van welbevinden, maar ook dit gegeven hoeft niet voor iedereen te gelden. Lamers (2012) onderstreept in haar onderzoek deze bevinding nogmaals.

Ook de World Health Organization (WHO) pleit ervoor om de aandacht voor geestelijke gezondheid niet te beperken tot de afwezigheid van geestelijke ziekte. De WHO (2005) omschrijft geestelijke gezondheid als volgt: *“A state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stress of life and can work productively and fruitfully and is able to make a contribution to his or her community”*. De drie componenten van het welbevinden, de positieve geestelijke gezondheid, komen in deze definitie naar voren, namelijk het *emotioneel welbevinden*: de subjectieve ervaring van het welbevinden, het *psychologisch welbevinden*: het effectief functioneren van het individu in de zin van zelfrealisatie en het *sociaal welbevinden*: het effectief functioneren in de maatschappij (Bohlmeijer, Bolier, Walburg, & Westerhof, 2013b).

Naast de aanwezigheid van psychopathologie, spelen dus ook andere factoren een rol in het ervaren welbevinden van een cliënt. Om deze reden stelt Lamers (2012) dat de effectiviteit van psychologische interventies niet alleen te bepalen is aan de hand van de vermindering van klachten, maar ook aan de hand van verbetering op het emotioneel, sociaal en psychologisch

welbevinden. Dit onderzoek zal daarom een eerste verkenning zijn van het effect van schematherapie op het welbevinden van cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische setting.

Van complexe problematiek wordt gesproken wanneer cliënten niet voldoende hebben geprofiteerd van eerdere behandelingen, er sprake is van problemen op meerdere levensgebieden, er comorbide stoornissen zijn en de lijdensdruk hoog is (Wolterink & Westerhof, 2018). Naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen zijn cross-sectionele onderzoeken gedaan, gebaseerd op de maatschappij in Noord-Amerika en West-Europa. Uit deze onderzoeken komt een prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen tussen de 4% en 15% naar voren (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015). Ook de website Volksgezondheid en Zorg (2018) rapporteert een schatting tussen de 4,4% en 13,5% onder de volwassen bevolking, gebaseerd op een integratie van internationale studies. Onder psychiatrische patiënten voldoet 50% van de populatie aan de diagnose van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (Feenstra & Hutsebaut, 2014). Onder gedetineerden ligt dit percentage zelfs rond de 60% (Verheul, Bartak, & Widiger, 2007; Tyrer, Reed, & Crawford, 2015). De prevalentie van een persoonlijkheidsstoornis in klinische settingen is hoger bij vrouwen dan bij mannen (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015).

Bestaand onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen voor persoonlijkheidsproblematiek is voornamelijk uitgevoerd in ambulante settingen. De groep die niet profiteert van ambulante behandeling, wordt vaak doorgestuurd naar een klinisch behandelklimaat (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrel, 2013). Er is echter binnen de klinische psychotherapeutische setting nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan (Wolterink & Westerhof, 2018). Bovendien blijven veel mensen waarbij sprake is van persoonlijkheidsproblematiek onopgemerkt in de klinische praktijk en krijgen ze behandelingen die ineffectief of schadelijk blijken. Dit komt doordat comorbiditeit met andere stoornissen, zoals angststoornissen, stemmingsstoornissen en/of eetstoornissen, veel voorkomend is en mede door de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis de uitkomsten van de behandelingen vaak negatief zijn (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015; Kongerslev, Chanen, & Simonsen 2015; Muste, Weertman, & Claassen, 2009). Deze doelgroep maakt veelvuldig gebruik van de gezondheidszorg (Mehlum et al., 2018; Kongerslev, Chanen, & Simonsen 2015).

Indien een persoonlijkheidsstoornis succesvol wordt behandeld, kunnen verschillende sectoren, waaronder de gezondheidszorg en de arbeidsmarkt, veel geld besparen (Wetzelaer, Lokkerbol, Arntz, van Asselt, & Evers, 2016). Uit verschillende studies komt de

kosteneffectiviteit van psychotherapeutische interventies ten opzichte van vergelijkingscondities naar voren (Wetzelaer et al., 2016; Bartak et al., 2007; Fonagy & Bateman, 2006). Veel onderzoek is echter gelimiteerd tot de effectiviteit van behandelingen voor de borderline- en antisociale persoonlijkheidsstoornis (Kongerslev, Chanen, & Simonsen 2015). Voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek blijkt een behandeling met Schematherapie (ST) meermaals bewezen (kosten)effectief te zijn (Young, Klosko, & Weishaar, 2005; Bamelis, Evers, & Spinhoven, & Arntz 2014; Arntz, 2016). Ook onderzoek van Schaap, Westerhof en Chakhssi (2016) wijst uit dat klinisch schemagerichte psychotherapie effectief is voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Zij vonden een significante verbetering in disfunctionele schema's en copingstijlen, modi en het welbevinden na klinische behandeling. Schematherapie (ST) werd in 1990 opgericht door Young en collega's met het doel om een behandeling te vinden die aansluit bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen en voor mensen die niet of nauwelijks reageren of terugval vertonen op traditionele (cognitieve) therapie (Farrell, Reis, & Shaw, 2016 p. 5). De ST is ontwikkeld als uitbreiding op de traditionele behandelvormen en -concepten uit de cognitieve gedragstherapie (CGT). De ST is een anders ingerichte vorm van psychotherapie en voegt elementen uit verschillende leerscholen toe, waaronder CGT, hechting, Gestalt, objectrelaties en constructivistische en psychoanalytische scholen (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). In de ST wordt veel meer de nadruk gelegd op het exploreren van de herkomst van psychische problemen in de kinderjaren en adolescentie, waarbij tevens wordt gekeken naar onaangepaste copingstijlen, de relatie tussen cliënt en therapeut en naar de ontvankelijkheid van emoties (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Met behulp van de therapie worden schema's opgespoord, geduid en gestructureerd, waar cliënten zich aan vasthouden in contact met anderen, ook op een later moment in het leven, terwijl deze schema's vaak dan niet meer gelden (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Young, Klosko, & Weishaar (2005) definiëren een schema in het kort als volgt: *“oude, onaangepaste schema's zijn belemmerende emotionele en cognitieve patronen die al vroeg in onze ontwikkeling beginnen en zich ons hele leven herhalen”*. Het problematische gedrag dat de cliënt vertoont, wordt gevormd als reactie op een schema (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Dit gedrag wordt veroorzaakt door gemoedstoestanden, ook wel schemamodi genoemd. Een schemamodus wordt als volgt gedefinieerd: *“de emotionele, cognitieve en gedragsmatige toestand waarin iemand zich op een bepaald moment bevindt”* (Farrell, Reiss, & Shaw, 2016).

Voor de doelgroep met complexe persoonlijkheidsproblematiek is in 2003 door Young, Klosko en Weishaar het schemamodimodel ontwikkeld. Dit model is een belangrijke

ontwikkeling binnen de ST en wordt gezien als de essentie van ST bij complexe persoonlijkheidsstoornissen (Kellog & Young, 2006). In totaal worden veertien modi onderscheiden in vier verschillende categorieën. In Tabel 1 zijn de modi per categorie gerangschikt.

Tabel 1

Het schemamodimodel en de betekenis van de categorieën

Categorie	Modi
Disfunctionele kindmodi <i>Ontstaan als kinderen onbevredigde basisbehoeften hebben. De cliënt voelt, denkt en doet op een kinderlijke wijze</i>	Het kwetsbare kind, het woedende kind, het razende kind, het impulsieve kind, Het ongedisciplineerde kind.
Disfunctionele copingmodi <i>Pogingen van de cliënt om zichzelf te beschermen tegen pijn. Corresponderen met een overmaat aan vechten(overcompensatie), vluchten(vermijden) of bevriezen(overgave) als copingstijl</i>	De willoze inschikkelijke, de onthechte beschermer, de onthechte zelfsusser, de zelfverheerlijker, pest & aanval.
Disfunctionele oudermodi <i>Betreffen de geïnternaliseerde ouder die kritisch of afkeurend is, waardoor cliënten zichzelf onder druk zetten</i>	De straffende ouder, de veeleisende ouder.
Functionele modi <i>gezonde vormen van emotionele expressie, handelen en aanpassing</i>	Het blij kind, de gezonde volwassene.

Noot: Aangepast uit "verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek", door Wolterink, W., & Westerhof, G., 2018, *Gedragstherapie*(51)1 pp. 26.; "Schemagerichte Therapie. Handboek voor therapeuten [Schema-Focused Therapy: Guidelines for therapists]" Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Het uiteindelijke doel van ST is genezing van het disfunctionele schema, gepaard gaand met het vervangen van de disfunctionele modi door de meer functionele modi (Young, Klosko, & Weishaar, 2005 p. 35). In een theoretisch model welke nader wordt toegelicht, wordt beschreven hoe veranderingen in modi kunnen worden bewerkstelligd: Elke modus vereist een specifieke therapeutische techniek (Jacob & Arntz, 2013; Kellog & Young, 2006). In de eerste fase van de behandeling, waarin men experimenteert met nieuw, alternatief gedrag zal de

spanning oplopen. Door de opgelopen spanning zullen copingmodi worden geactiveerd om het kwetsbare deel van de cliënt te beschermen. De duur van deze fase hangt samen met de complexiteit van de problematiek. Tijdens de behandeling worden de copingmodi geïdentificeerd en geheretiketteerd als een overlevingsstrategie en wordt gekeken naar hoe deze modi zijn ontstaan (Wolterink & Westerhof, 2018). Cliënten leren gedurende de behandeling de slecht aangepaste copingstijlen, de disfunctionele copingmodi, te vervangen door aangepaste gedragspatronen, de meer functionele modi (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Ook disfunctionele oudermodi zullen toenemen in het eerste deel van de behandeling die de modus van het kwetsbare kind naar beneden haalt en te hoge eisen oplegt (bijvoorbeeld de modus van de kritische ouder). Tijdens de behandeling leren cliënten om deze oudermodi tegen te spreken, aan de hand van onder meer experiëntiele interventies. Hierdoor wordt ruimte gecreëerd voor de kindmodi, waarbij veel aandacht wordt geschonken aan het verzorgen en valideren van de behoeften en wensen van deze kindmodi. Indien dit lukt, ontstaat er (meer) ruimte voor de functionele modi. Men gaat ervanuit dat de functionele modi vanaf het begin van de behandeling geleidelijk zullen toenemen (Wolterink en Westerhof, 2018). Mede door deze gedragsveranderingen zullen het geheel van herinneringen, emoties, lichamelijke gewaarwordingen en cognities afnemen (Young, Klosko, & Weishaar, 2005).

Uit onderzoek van Renner en collega's (2014) naar schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsverband, bleek dat de afname van disfunctionele modi met name plaatsvindt in het tweede gedeelte van de behandeling, terwijl functionele modi al lineair toenemen vanaf het begin van de behandeling. Ook binnen een klinische psychotherapeutische setting, heeft er al wel onderzoek plaatsgevonden naar de veranderingen van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. In dat onderzoek werd gevonden dat functionele modi gedurende de behandeling toenemen en disfunctionele ouder- en kindmodi afnemen. Deze verandering bleek bovendien samen te hangen met de afname in klachten (Wolterink & Westerhof, 2018). Daarnaast werd in datzelfde onderzoek gevonden dat de grootste verandering plaatsvond in het tweede deel van de behandeling (Wolterink & Westerhof, 2018).

Zoals eerder gesteld zijn huidige onderzoeken nog teveel (alleen) gericht op de veranderingen in klachten. Naast de verschuiving in de definitie van gezondheid volgens het WHO en de invloed van de Positieve Psychologie, pleiten Bohlmeijer, Lamers en Schreurs (2016) tevens voor een meer gebalanceerde gezondheidszorg, welke zich niet alleen richt op de vermindering van klachten, maar ook op het versterken van het welbevinden. Ook Claassen en Pol (2015) pleiten in het boek *Schematherapie en de gezonde volwassene* voor een benadering

in behandeling die meer oog heeft voor de concepten uit de Positieve Psychologie en het meer centraal stellen van de modus van de gezonde volwassene.

Dit onderzoek zal zich daarom gaan richten op veranderingen in welbevinden en de rol die veranderingen in schemamodi daarin spelen, bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Wolterink en Westerhof (2018) hebben binnen dezelfde klinische instelling eenzelfde onderzoek uitgevoerd met klachten als uitkomstmaat. Dat onderzoek zal worden gerepliceerd, met het welbevinden als uitkomstmaat. Naast een replicatie van bovengenoemd onderzoek, zal een secundaire data-analyse worden uitgevoerd op dezelfde dataset. Op deze manier kunnen de twee onderzoeken worden vergeleken, die enerzijds focussen op klachten en anderzijds focussen op het welbevinden. Met behulp van de uitkomsten kan worden onderzocht of het twee-continuamodel wederom wordt bevestigd. Tot slot kan het belang van een positief psychologische benadering als aanvulling op een klachtgerichte behandeling met behulp van de uitkomsten van dit onderzoek worden geëxploreerd.

In dit onderzoek staat daarom de onderzoeksvraag centraal:

“Is er samenhang tussen veranderingen in (dis)functionele modi en de toename van het welbevinden?”

Hierbij zal aandacht zijn voor het verloop van de veranderingen in het welbevinden. Dit leidt tot de subonderzoeksvraag:

1. *“Hoe verandert het welbevinden vanaf het begin van de behandeling tot aan het eind van de behandeling en daarna?”*

De uitkomsten over de veranderingen in het welbevinden, zullen worden vergeleken met de uitkomsten over de veranderingen in klachten uit het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018). Hierbij wordt de volgende subonderzoeksvraag opgesteld:

2. *“Is de verandering in het welbevinden van vergelijkbare grootte als de afname in klachten?”*

Naar aanleiding van de uitkomsten uit het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018), worden de hypothesen opgesteld voor de hoofdonderzoeksvraag:

3. De afname over tijd van de disfunctionele ouder-, coping- en kindmodi én de toename van functionele modi, hangen samen met de toename van het welbevinden. Deze hypothese kan worden uitgesplitst:

3a. De toename over tijd van de functionele modi, hangt samen met de toename van het welbevinden

3b. De afname over tijd van de copingmodi, hangt samen met de toename van het welbevinden

3c. De afname over tijd van de oudermodi, hangt samen met de toename van het welbevinden

3d. De afname over tijd van de kindmodi, hangt samen met de toename van het welbevinden.

Methode

Design

Het design dat is gebruikt voor dit onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief, *within subjects* design. De metingen voor de dataverzameling werden op vier momenten voor, gedurende, bij afronding en een halfjaar na de behandeling uitgevoerd. Een overzicht van de meetmomenten is weergegeven in Tabel 1.

Participanten

De steekproef bestaat uit deelnemers die vrijwillig zijn opgenomen in de kliniek van het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen (CvP) van Mediant in Hengelo. Deelnemers zijn hier in behandeling voor complexe persoonlijkheidsproblematiek en krijgen klinisch schemagerichte psychotherapie. Cliënten die hier zijn opgenomen hebben allen eerder (verschillende) behandeling(en) gehad die niet (voldoende) toereikend is geweest. De data is verzameld tot en met augustus 2016, waarin deelnemers zijn geworven in de periode van april 2012 tot en met februari 2015. In totaal waren er in die periode 112 opnamen waarvan twee cliënten deelname hebben geweigerd en vier cliënten voor de tweede keer zijn opgenomen. Van deze vier is alleen de eerste opname meegenomen in de dataset. De steekproef bestaat uit 106 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 28 jaar ($SD=7.8$ jaar). 75% is vrouw. 79% voldoet aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. De populatie bestaat met name uit cluster B en C persoonlijkheidsproblematiek: 27% is gediagnosticeerd met een Borderline persoonlijkheidsstoornis (cluster B), 7% met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en 10% met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (cluster C). 37% van de populatie bevat de diagnose uit de restcategorie: ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis. De andere 21% liet wel trekken van een persoonlijkheidsstoornis zien maar deze zijn niet toereikend voor het stellen van een diagnose. Er is sprake van veel comorbiditeit bij deze populatie. 50% van de deelnemers had tevens een identiteitsstoornis en 59% een stemmingsstoornis. Daarnaast heeft 27% een comorbide angststoornis, 12% een comorbide eetstoornis en lijdt 11% aan middelenmisbruik.

Alle 106 deelnemers hebben de beginmeting ingevuld. 68% van de deelnemers hebben de behandeling afgerond. 23 deelnemers (32%) zijn voortijdig gestopt met de behandeling (drop-out). Deelnemers die binnen zes maanden tegen advies van het behandelteam stoppen, worden beschouwd als drop-out. 11 van de drop-out hebben een meting ingevuld bij ontslag, welke is meegenomen als tussenmeting en 8 van hen hebben een follow-upmeting ingevuld. Naast de drop-out, hebben 9 cliënten niet gereageerd of deelname aan de tussenmeting

geweigerd, 7 mensen de eindmeting en 11 de follow-upmeting. Echter hebben 8 van de 9 die de tussenmeting weigerden, wel een eindmeting ingevuld en 5 van de 7 cliënten die de eindmeting weigerden hebben wel een follow-upmeting ingevuld. Het responspercentage per meting en het moment van de meting zijn weergegeven in Tabel 2. Slechts 28% van de deelnemers heeft op elk meetmoment de vragenlijsten ingevuld.

Tabel 2

Responspercentage deelnemers per meting

Meting	Moment van de meting in weken	Respons	Percentage
Beginmeting	7 weken vooraf aan de behandeling, M= -7, SD=6.7 weken	106	100%
Tussenmeting	Tot en met 33 weken M=25, SD= 4.4 weken	74	70%
Eindmeting	Na 33 weken, vaak in de laatste week van de behandeling M=49, SD= 11.3 weken.	64	60%
Follow-up meting	6 maanden (+/-24 weken) na de behandeling, M=74, SD=17.2*	66	62%

Noot: gegevens zijn verwerkt in de tabel en overgenomen uit "verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek", door Wolterink, W., & Westerhof, G., 2018, *Gedragstherapie*(51)1 pp. 30-32.

Meetinstrumenten

Vragenlijsten

Met behulp van de Schema Modi Inventory (SMI) zijn de schemamodi in kaart gebracht (Young, Arntz, Atkinson, Lobbestael, Weishaar, van Vreeswijk & Klokman, 2008). De SMI bestaat in totaal uit 124 items en wordt gebruikt om (de aanwezigheid van/score op) de schemamodi te meten. De 14 modi die worden onderscheiden door de SMI, staan beschreven in Tabel 1, ingedeeld per modi-categorie. In de SMI staan uitspraken waarvan aan de onderzochte wordt gevraagd in welke mate de stelling op de cliënt van toepassing is/ hoe vaak de onderzochte over het algemeen overtuigd is van de uitspraak. Op deze zelfrapportagevragenlijst geeft de onderzochte op een zespuntsschaal aan van 1 (= nooit of bijna nooit) tot 6 (= altijd) in welke mate de stellingen van toepassing zijn. Een voorbeeld van een uitspraak uit de SMI is: *‘door anderen te laten merken dat met jou niet te spotten valt, dwing je respect af’* of: *‘ik heb een goed beeld van wie ik ben en wat ik nodig heb om mezelf gelukkig te maken’* (Young et al., 2008). De SMI is voldoende betrouwbaar en valide en heeft een goede test-hertest betrouwbaarheid (Young et al., 2008).

De Mental Health Continuum-Short Form (MHC-sf) is tevens een zelfrapportagevragenlijst die de positieve geestelijke gezondheid, het algemeen welbevinden, meet en bestaat uit 14 items. De MHC-sf bestaat uit drie subschalen die worden gemeten (de drie componenten van het welbevinden): achtereenvolgens het emotioneel welbevinden (3 items), het sociaal welbevinden (5 items) en het psychologisch welbevinden (6 items). De items worden gescoord op een zespuntsschaal van 0 (= nooit) tot 5 (= elke dag) (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011). Het algemeen welbevinden wordt berekend door de totaalscore op de subschalen van het sociaal, emotioneel en psychologisch welbevinden bij elkaar op te tellen en te delen door alle 14 items uit de lijst. Een voorbeeld van een item uit de MHC-sf gaat als volgt: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel ... dat u gelukkig was? /..dat mensen in principe goed zijn? /..dat uw leven richting of zin heeft?* De MHC-sf is voldoende betrouwbaar en valide en heeft een goede test-hertest betrouwbaarheid (Lamers et al., 2011).

Procedure

Klinisch schemagerichte groepspsychotherapie

De deelnemers zijn allen vrijwillig opgenomen geweest voor de duur van een jaar. De cliënten verbleven vijf dagen en nachten in de week in de kliniek, van zondag avond tot en met vrijdagmiddag. In het weekend gingen de cliënten naar huis. Indien nodig, konden cliënten verlenging van de behandelduur aanvragen of wanneer cliënten het gevoel hadden eerder klaar te zijn met de behandeling, konden cliënten met vervroegd ontslag.

Cliënten volgden gedurende de week verschillende therapieblokken, voornamelijk aangeboden in groepssetting. In de kliniek werd niet volgens protocollen gewerkt, maar de therapie is gebaseerd op de klinische schematherapie van Young en collega's (2007), welke tevens in de groepspsychotherapie als fundering werd gebruikt. De cliënten gebruiken in de therapie het handboek *klinische schematherapie* (Muste, Weertman, & Claassen, 2009) als leidraad. Ook hangt de vormgeving van de therapie nauw samen met de fasen van behandeling bij individuele schematherapie zoals opgezet door Young en collega's (2003). De verbindende en emotieregulatiefase is de eerste fase van de behandeling. In deze fase leert men bewust te worden van de schema's, modi en emoties die spelen en hoe deze te reguleren. Daarnaast wordt er ruimte gemaakt voor het ontwikkelen van relaties met andere cliënten en de (hoofd)behandelaar. De tweede fase wordt ook wel de veranderingsfase genoemd. Nadat in de eerste fase ruimte is geboden voor het exploreren van de schema's en modi en het eigen maken van de begrippen uit de schemagerichte therapie, is het tijd voor het veranderen van de schema's

en modi. Dit wordt gedaan door gedragsinterventies, maar ook door middel van experiëntiële en cognitieve interventies. Tot slot is er de autonomiefase, waarin de cliënt wordt gestimuleerd meer autonoom te handelen, destructieve relaties los te laten en het geleerde in de kliniek toe te passen in de praktijk, buiten de kliniek.

In totaal zijn er maximaal 27 cliënten opgenomen in de kliniek, verdeeld in drie basisgroepen van 9 personen. De basisgroepen stonden onder leiding van twee klinisch psychologen en één GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. Zij waren tevens de hoofdbehandelaar van de cliënten uit de desbetreffende groep. Cliënten volgden twee keer in de week 75 minuten groepspsychotherapie. Daarnaast volgden de cliënten in de basisgroepen vaktherapie, waaronder dramatherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie, welke niet voortkomen uit de ST, maar wel gebruik maakten van schematherapeutische technieken binnen de discipline van de vaktherapieën. Ook werd er twee keer in de week een optionele module aangeboden, welke aansloten bij de schema's waaraan cliënten wilden werken. In de modules waren de basisgroepen gemengd. Verder werd er wekelijks een sportblok aangeboden. Daarnaast was er tevens een medicatiesprekkuur bij een psychiater en een blok maatschappelijke oriëntatie.

Bij de start van de behandeling kreeg elke cliënt standaard acht individuele gesprekken met de hoofdbehandelaar. Aanvullend konden de cliënten op indicatie, welke middels een verzoekensysteem werden goed/afgekeurd, individuele therapie aanvragen met de hoofdbehandelaar en/of vaktherapieën en gesprekken met sociotherapeuten. Tot slot volgden de cliënten een socioblok en een bezinningsblok aan het begin en eind van de week, gegeven door de sociotherapeuten om te bespreken hoe het weekend was gegaan en wat de doelen voor komend weekend zouden zijn. Deze blokken stonden los van ST. De cliënten werden gestimuleerd om in de groep te spreken over hun (traumatische) ervaringen en de moeilijke momenten in hun leven, waarbij ze hun gevoelens, gedrag en gedachten bespreekbaar maken. Dit kan tot herkenning leiden bij andere groepsleden, maar vooral tot confrontatie in relaties. De relaties zijn voornamelijk datgene waar de cliënten in het dagelijks leven in vastliepen. Cliënten activeren hierbij schema's en modi die ze in de loop der jaren hebben ontwikkeld en worden uitgedaagd om nieuw, alternatief gedrag te vertonen. Belangrijk is hierbij de rol van de therapeuten, ook wel *limited reparenting*. De therapeut biedt de cliënt waar als kind behoefte aan was, binnen de grenzen van een therapeutische relatie (Young et al., 2003). Daarnaast werd in de therapieblokken gebruik gemaakt van verschillende schematherapeutische technieken, zoals *imaginatie* (verbeeldingsoefeningen, zoals bekend in de Positieve Psychologie), *rescripting* (het herschrijven van een situatie of gebeurtenis vanuit de visie van de Gezonde

Volwassene) en de stoelentechniek. Een andere schematherapeutische techniek is de *casusconceptualisatie*, een samenhangend verhaal over de ontstaansgeschiedenis van de klachten van de cliënt, welke de cliënt in samenwerking met de hoofdbehandelaar invulde tijdens de eerste acht gesprekken, waar tevens behandeldoelen werden opgesteld.

De dag startte elke ochtend om acht uur, met een wandeling na het ontbijt, waarna de therapieblokken startten. De therapieblokken liepen door tot en met half vijf en werden gezamenlijk met de gehele leefgroep afgesloten in de dagafsluiting. Na de dagafsluiting was er ruimte voor een moment van rust, maar moest er ook gekookt worden. Na het avondeten werd er gezamenlijk koffiegedronken, waarna de cliënten zich vanaf half tien 's avonds konden terugtrekken in hun kamer.

De metingen, waarvan de uitkomsten in dit onderzoek zijn gebruikt, werden ongeveer 7 weken vooraf aan de behandeling afgenomen (beginmeting), zes maanden na start van de behandeling tot en met 33 weken (tussenmeting), aan het eind van de behandeling na circa 48 weken (eindmeting) en zes maanden na het afsluiten van de behandeling (follow-upmeting). De vragenlijsten zijn afgenomen en gescoord door masterstudenten van de opleiding Psychologie van de Universiteit van Twente.

Data-analyse

Middels SPSS IBM versie 21 werden de statistische analyses uitgevoerd. Allereerst is voor de MHC-sf gekeken of de data normaal verdeeld was op elk meetmoment. Vervolgens zijn, naar het voorbeeld van Wolterink en Westerhof (2018), meerdere multi-level analyses uitgevoerd. Deze analyses worden ook wel mixed-models genoemd, waarmee alle data kan worden meegenomen, ook die van de drop-out, zonder deze te imputeren. Om deze reden hebben Wolterink en Westerhof (2018) voor mixed-models gekozen. Het model behoudt de ingevulde data van de drop-out en neemt deze mee in de analyses, naast de data van de deelnemers die op elk moment de vragenlijsten hebben ingevuld. De meetmomenten die missen van de drop-out of geweigerde responsen, worden geëxcludeerd in de analyses. Op deze manier wordt de gehele dataset benut (Grace-Martin, 2016).

Allereerst is een analyse uitgevoerd met welbevinden als uitkomstmaat en tijd (in metingen) als factor. Achtereenvolgens is de categorie functionele modi toegevoegd als covariaat, copingmodi als tweede covariaat, oudermodi als derde covariaat en tot slot kindmodi als vierde covariaat. Deze multi-level analyse wordt ook wel een groeimodel genoemd. Zowel de tijd in metingen als de covariaten werden telkens toegevoegd als fixed effect. Deze analyses zijn uitgevoerd om de samenhang in veranderingen in het welbevinden en de veranderingen in

de verschillende categorieën modi te onderzoeken. Met behulp van de statistieken *Log Likelihood (-2LL)*, *Akaike Information Criterium (AIC)* en *Bayesian Information Criterium (BIC)* is bij elke toevoeging van een covariaat getoetst of het model sterker werd. Het unstructured covariance type bleek het sterkste model te geven in het onderzoek van Wolterink & Westerhof (2018) en is tevens in dit model gebruikt als covariance type, om de uitkomsten te kunnen vergelijken. Middels de estimated marginal means en de betrouwbaarheidsintervallen is de significantie getoetst bij een significantieniveau van 0.05. Daarnaast zijn op basis van de estimated marginal means, de effectgroottes berekend in termen van Cohen's *d*. De vuistregels voor het interpreteren van de Cohen's *d* waren: < 0.49 = klein effect, $0.50-0.79$ = middelgroot effect, $0.80-1.29$ = groot effect en boven de 1.30 = zeer groot effect (Wolterink & Westerhof, 2018).

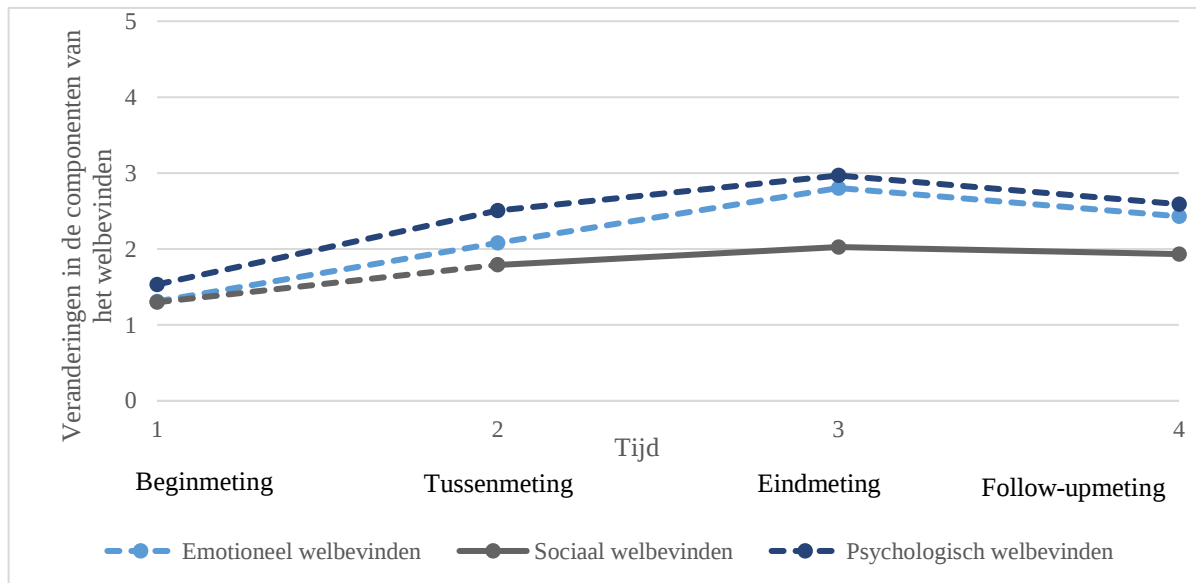
Resultaten

De eerste subvraag luidde als volgt: *“Hoe verandert het welbevinden vanaf het begin van de behandeling tot aan het eind van de behandeling en daarna?”* Deze subvraag is getoetst in het beschreven groeimodel, waarbij het welbevinden de afhankelijke variabele was en tijd de factor. De metingen zijn toegevoegd als herhaalde meting. Model A in Tabel 4 laat zien dat er samenhang is gevonden ten opzichte van het welbevinden en de tijd. Bovendien wordt aangetoond dat elke verandering per fase sterk significant is, bij $p < 0.001$. In Figuur 2 is het verloop van het welbevinden weergegeven ten opzichte van de tijd. In Figuur 2 is bovendien te zien dat het welbevinden van de cliënten al vanaf het eerste gedeelte van de behandeling toeneemt. Ook zijn de effectgroottes berekend in termen van Cohen's d , welke de grote van de verandering beter helpt interpreteren. De effectgroottes van de veranderingen in het welbevinden zijn weergegeven in Tabel 1. Het welbevinden neemt van begin- tot tussenmeting significant toe. Deze significante toename wordt voortgezet van tussen- tot eindmeting, hoewel de toename minder groot is. Van eind- tot follow-upmeting daarentegen, is een significante afname gevonden in het welbevinden van de cliënten.

Ook is het verloop van de drie componenten van het welbevinden weergegeven in Figuur 1. In Figuur 1 ziet men dat het sociaal welbevinden, samen met het emotioneel welbevinden het meest laag wordt gescoord voor de behandeling en dat deze toename ook het minst groot is. Van begin- tot tussenmeting neemt het sociaal welbevinden significant toe. Van tussen- tot eindmeting neemt het sociaal welbevinden nog iets verder toe, maar deze verandering is niet significant. De verandering van eind- tot follow-upmeting is eveneens niet significant, maar deze verandering blijft het meest stabiel.

Het emotioneel welbevinden neemt significant toe van begin- tot tussenmeting. Deze significante toename wordt voortgezet van tussen- tot eindmeting. Van eind- tot follow-upmeting neemt het emotioneel welbevinden significant af, naar net iets boven de score bij de tussenmeting.

Tot slot neemt de score op het psychologisch welbevinden het meest toe tijdens de behandeling. Het psychologisch welbevinden neemt van begin- tot tussenmeting significant toe. Deze significante toename wordt voortgezet van tussen- tot eindmeting. Van eind- tot follow-upmeting neemt het emotioneel welbevinden significant af. Deze afname lijkt even sterk te zijn als de afname in het emotioneel welbevinden.



Figuur 1 De verandering in tijd van het sociaal, emotioneel en psychologisch welbevinden

* een onderbroken streepjeslijn is een significante verandering bij $p < 0.05$.

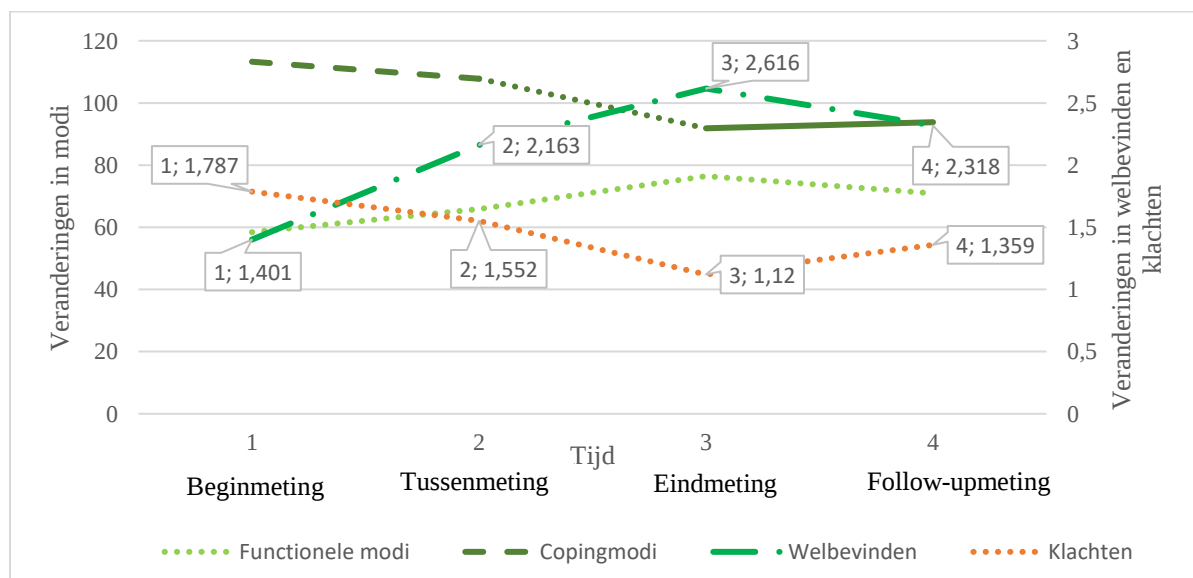
De tweede subvraag was: “*Is de verandering in het welbevinden van vergelijkbare grootte als de afname in klachten?*” Uit het onderzoek van Wolterink & Westerhof (2018) blijkt dat de klachten van begin- tot tussenmeting en van tussen- tot eindmeting significant afnemen, maar significant toenemen van eind- tot follow-upmeting. Het verloop van het welbevinden is hierboven uitgebreid besproken. De veranderingen in klachten ten opzichte van het welbevinden zijn weergegeven in Figuur 2. In Tabel 3 zijn de effectgroottes in termen Cohen’s *d* weergegeven voor de klachten en het welbevinden. Deze laten zien dat de effectgroottes voor de veranderingen in klachten van begin- tot tussenmeting klein zijn, van begin- tot eindmeting groot, maar van begin- tot follow-upmeting middelgroot zijn. De effectgroottes voor de veranderingen in het welbevinden zijn echter van begin- tot tussenmeting, van begin- tot eindmeting en van begin- tot follow-upmeting groot. Dit geldt dus voor zowel alleen de eerste fase van de behandeling, de gehele behandelfase en voor de hele periode tot en met follow-up. Geconcludeerd kan worden dat de toename in het welbevinden groter is dan de afname in klachten.

Tabel 3

Effect size (Cohen's *d*) van de verandering van klachten en welbevinden op basis van de estimated marginal means van het mixed model.

	Effect begin → tussenmeting	Effect begin → eindmeting	Effect begin → follow-upmeting
Klachten (BSI) bij n = 101	Cohen's <i>d</i> -0.33	Cohen's <i>d</i> -0.91	Cohen's <i>d</i> -0.54
Welbevinden (MHC-sf) bij n = 100	0.80	1.16	0.87
Functionele modi (SMI) bij n = 106	0.56	1.21	0.77
Copingmodi (SMI) bij n = 105	-0.23	-0.80	-0.72
Oudermodi (SMI) bij n = 106	-0.04	-0.65	-0.53
Kindmodi (SMI) bij n = 106	-0.20	-0.72	-0.62

* De vergelijkingen moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd omdat ook de Cohen's *d* een betrouwbaarheidsinterval hebben, waardoor de genoteerde waarden punt-schattingen met enige onzekerheid betreffen.



Figuur 2 De significantie en het verloop in de tijd van welbevinden, modi en klachten op basis van de estimated marginal means

* een onderbroken streepjeslijn is een significante verandering bij $p < 0.05$, een onderbroken stippellijn is een significante verandering bij $p < 0.01$, een lange streepjeslijn, onderbroken met stippen is significant bij $p < 0.001$, een ononderbroken lijn is niet significant bij $p < 0.05$.

De hypothese die was opgesteld bij de hoofdonderzoeksvraag was: *“de afname over tijd van de disfunctionele coping-, ouder- en kindmodi én de toename van functionele modi, hangen samen met de toename in het welbevinden”*. De resultaten van het groeimodel zijn weergegeven in Tabel 4. In model B zijn de functionele modi toegevoegd aan het model. Het model werd hierdoor sterker, zoals is af te lezen in de -2LL, AIC en BIC waarden. In Model C zijn de copingmodi toegevoegd waardoor het model, hoewel slechts enkele decimalen, nog iets sterker wordt. Daarna zijn de oudermodi toegevoegd in model D. Hierdoor zijn echter zowel de ouder- als de copingmodi niet (meer) significant. In model E zijn tenslotte de kindmodi toegevoegd. Zowel de coping- als oudermodi waren hierdoor niet meer significant en ook de kindmodi bleken niet significant. In Model F is nog getracht te kijken naar een model waarbij de copingmodi zijn verwijderd. Model F bestaat uit de meetmomenten, functionele modi, oudermodi en kindmodi. In het artikel van Wolterink en Westerhof (2018) werd juist samenhang gevonden tussen klachten en deze categorieën modi. Uit model F bleek dat op de functionele modi na, de andere categorieën modi niet significant waren en het model minder sterk werd. Ook is een aanvullende analyse gedaan om te kijken of er een grotere significantie werd gevonden tussen copingmodi en welbevinden, wanneer de copingmodi als eerst (vòòr de toevoeging van de functionele modi) aan het model werden toegevoegd. Echter was de waarde niet veel verschillend van de gevonden samenhang in de beschreven modellen. Model C blijkt het sterkste model te zijn. De effectgroottes van de veranderingen in de categorieën modi zijn weergegeven in Tabel 3, van begin- tot tussenmeting, begin- tot eindmeting en van begin- tot followupmeting. De functionele modi worden geïnterpreteerd als het belangrijkste co-variaat. In Figuur 2 is de significantie en het verloop van het welbevinden, de modi en de klachten in de tijd weergegeven. Omdat er geen samenhang is gevonden tussen het welbevinden en de ouder- en/of kindmodi en de figuur overzichtelijk te houden, zijn deze weggelaten in de figuur. Er kan worden geconcludeerd dat de hypothese deels is bevestigd. Er is samenhang gevonden tussen welbevinden en de functionele- en copingmodi, maar niet tussen welbevinden en ouder- en/of kindmodi.

Tabel 4

Resultaten van het groeimodel om de samenhang in het welbevinden met functionele modi, copingmodi, oudermodi en kindmodi te onderzoeken.

	Model A	Model B	Model C	Model D	Model E	Model F
Fixed effects						
Intercept	1.40*** (0.07)	-1.91*** (0.16)	-0.94* (0.41)	-0.82 (0.44)	-0.74 (0.47)	-0.94* (0.44)
Beginmeting (referentie)	0	0	0	0	0	0
Tussenmeting	0.76*** (0.11)	0.41*** (0.09)	0.44*** (0.09)	0.45*** (0.09)	0.45*** (0.09)	0.44*** (0.09)
Eindmeting	1.21*** (0.13)	0.31** (0.10)	0.32*** (0.10)	0.32*** (0.10)	0.32*** (0.09)	0.30** (0.09)
Follow-upmeting	0.92*** (0.13)	0.24* (0.09)	0.23** (0.09)	0.23** (0.09)	0.23** (0.09)	0.22* (0.09)
Functionele modi		0.06*** (0.00)	0.05*** (0.00)	0.05*** (0.00)	0.05*** (0.00)	0.05*** (0.00)
Copingmodi			-0.01** (0.00)	-0.00 (0.00)	-0.003 (0.00)	---
Oudermodi				-0.00 (0.00)	-0.00 (0.00)	-0.00 (0.00)
Kindmodi					-0.00 (0.00)	-0.00 (0.00)
-2LL	659.241	418.525	418.208	427.213	437.478	434.372
AIC	679.241	438.525	438.208	447.213	457.478	454.372
BIC	715.151	473.619	473.139	482.103	492.326	489.385

Noot: $n = 100$,

* = $p < 0.05$

** = $p < 0.01$

*** = $p < 0.001$,

() = standaard error

Discussie

Dit onderzoek is een eerste verkenning van het effect van schematherapie op het welbevinden van cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, die opgenomen zijn in een klinische setting. In dit onderzoek is het verloop van de veranderingen van het welbevinden in kaart gebracht en vergeleken met de veranderingen in klachten binnen dezelfde populatie. Ook is de samenhang tussen de verschillende categorieën van schemamodi en welbevinden onderzocht. Middels de uitkomsten van dit onderzoek wordt het belang van een positief psychologische benadering als aanvulling op een klachtgerichte behandeling verder geëxploreerd.

In dit onderzoek werd gevonden dat, gekeken naar de vier meetmomenten, het algemeen welbevinden al vanaf het eerste gedeelte van de behandeling significant toeneemt gedurende de behandeling, maar licht afneemt in het half jaar na de behandeling. Het niveau van het welbevinden is bij de follow-upmeting nog steeds ruim boven het baseline niveau van bij de start van de behandeling. De effectgrootte van het begin van de behandeling tot follow-up is groot ($d=.87$). Op de lange termijn is dus nog steeds een verbetering te constateren in het welbevinden. Ook is gekeken naar de veranderingen van het welbevinden ten opzichte van de veranderingen in de klachten, welke is onderzocht door Wolterink en Westerhof (2018). In termen van Cohen's d werd gevonden dat de effectgroottes voor klachten van begin- tot tussenmeting klein waren, van begin- tot eindmeting groot waren en van begin- tot follow-upmeting middelgroot. De veranderingen in het welbevinden waren daarentegen op elk moment groot. De toename tijdens de behandeling in het welbevinden is groter gebleken dan de afname in klachten. De hypothese dat de afname over tijd van de disfunctionele coping-, ouder- en kindmodi én de toename van functionele modi, samenhangen met de toename in het welbevinden, is deels bevestigd. Er werd gevonden dat de toename in het welbevinden samenhangt met tijd, afname van disfunctionele copingmodi en toename van functionele modi. Er is geen samenhang gevonden tussen welbevinden en disfunctionele ouder- en/of kindmodi.

Wanneer wordt ingezoomd op de drie componenten van het welbevinden, geldt voor het emotioneel- en psychologisch welbevinden hetzelfde verloop als voor het algemeen welbevinden: de componenten nemen toe gedurende de behandeling, maar in de periode na de behandeling af met 15% (Figuur 1). Voor het sociaal welbevinden werd gevonden dat deze aan het begin van de behandeling het laagst werd gescoord, gedurende de behandeling ook het minst toenam, maar stabiel bleef na de behandeling.

De vergelijking van het verloop van welbevinden en klachten tijdens en na de behandeling heeft diverse interessante inzichten opgeleverd. Allereerst bleek, zoals hierboven genoemd, dat de verbetering in welbevinden in deze populatie, gedurende en na de schematherapie, sterker was dan de afname in klachten. Ten tweede viel op dat de curve van beide uitkomstmaten een vergelijkbaar patroon liet zien: tijdens de behandeling werd een significante verbetering gevonden, maar in het halfjaar na de behandeling werd bij beiden een lichte terugval geconstateerd. Tegelijkertijd was ook zichtbaar dat welbevinden al in de eerste behandelfase sterker toenam dan de afname in klachten, waarvan de grootste afname plaatsvond gedurende het tweede deel van de behandeling (Wolterink & Westerhof, 2018). Deze bevinding levert enerzijds aanwijzingen op ter bevestiging van het twee-continuamodel: klachten en welbevinden ontwikkelen zich niet volgens hetzelfde patroon en lijken deels door andere processen (de categorieën modi) gestuurd te worden. Anderzijds is het opmerkelijk dat de toename in het welbevinden sterker verandert dan de afname in klachten, ondanks het feit dat ST geen specifieke, op Positieve Psychologie geënte behandeling is. Dit lijkt enigszins in tegenspraak te zijn met het twee-continuamodel, welke stelt dat psychopathologie en welbevinden twee aan elkaar gerelateerde, maar te onderscheiden dimensies van geestelijke gezondheid zijn (Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016). Derhalve zijn er meer factoren van invloed op de mate van het welbevinden (Claassen, 2016). Ook in het onderzoek van Chakhssi en collega's (2017) bleken welbevinden en psychopathologie twee afzonderlijke dimensies bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. De geestelijke gezondheid werd in dat onderzoek uitgelegd als een combinatie van een zekere mate van welbevinden en gezonde coping, met of zonder de afwezigheid van psychopathologie (Chakhssi, Schaap, Bohlmeijer, & Westerhof, 2017).

Het verschil tussen het verloop van de klachten en het welbevinden kan mogelijk worden verklaard door een verandering van de setting: cliënten hebben niet langer de veilige, gestructureerde en stabiele omgeving van de kliniek om zich heen, maar keren volledig terug in de maatschappij. De terugval in klachten kan mogelijk verklaard worden door de afname in welbevinden. Lage niveaus van welbevinden vormen namelijk een aanzienlijk risico voor psychische problemen, waaronder terugval of herhaling van symptomen (Lamers, Westerhof, Glas, & Bohlmeijer 2015; Wood & Joseph, 2010). Wanneer men enkel gericht is op het verminderen van klachten, kan de behandeling worden gericht op het werken aan voornamelijk de ouder- en kindmodi, naast de functionele modi. Om het welbevinden te bevorderen, dient men de behandeling juist meer te richten op de functionele modi en copingmodi. Om het

welbevinden te verhogen, lijkt het bestrijden van klachten minder effectief dan het versterken van de krachten van de mens.

De Positieve geestelijke gezondheid, ofwel het algemeen welbevinden, het sociaal welbevinden en het psychologisch welbevinden, liggen net beneden het gemiddelde van de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). Het emotioneel welbevinden ligt tevens net beneden het gemiddelde van de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). Het emotioneel welbevinden is wel het meest hoog aan het eind van de behandeling. Wanneer een persoon positieve emoties ervaart, tevreden is over het leven en negatieve emoties afwezig zijn, is het emotioneel welbevinden hoog (Keyes, 2002). Hoewel de cliënten uit deze steekproef nog niet op het niveau van het welbevinden van het landelijk gemiddelde zitten, is er wel degelijk een sterke toename te zien in het welbevinden en in de verschillende componenten van het welbevinden. Bovendien betreft het een populatie met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Het is daarom lastig om de uitkomsten van ST te vergelijken met klinische schematherapie omdat hierbij sprake is van multiële problematiek. In tegenstelling tot de bevindingen over het Nederlandse gemiddelde van Lamers en collega's (2011), stroken de bevindingen uit dit onderzoek echter wel met een bevolkingsonderzoek dat Nederlanders in het algemeen een lager psychologisch welbevinden ervaren (40%) en een hoger emotioneel welbevinden ervaren (80%). Ook komt overeen dat het aantal mensen dat een hoog sociaal welbevinden ervaart, lager ligt dan het niveau van het emotioneel welbevinden (Schotanus-Dijkstra et al., 2016).

In de therapie wordt aandacht geschonken aan de wensen en behoeften voor het leven na de klinische opname en wordt er nadruk gelegd op gevoelens van competentie en autonomie. Daarnaast worden negatieve aspecten van een individu gereduceerd en positieve aspecten versterkt (Chakhssi, Schaap, Bohlmeijer, & Westerhof, 2017). Naast de aandacht hiervoor in de groepstherapie, worden er modules aangeboden, welke insteken op het versterken van deze positieve aspecten: zo is er een module waar cliënten kunnen werken aan hun autonomie, maar ook een module waarbij cliënten kunnen werken aan veiligheid & verbondenheid. Dit zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor de toename in de constructen van het welbevinden. Een verhoogd welbevinden heeft ook een aantal gevolgen: door middel van het ervaren van meer positieve emoties, zou de aandacht worden verbreed wat leidt tot een hoger niveau van efficiëntie, het beter integreren van informatie, een grotere flexibiliteit, creativiteit en verbondenheid. Daarnaast kunnen positieve emoties bijdragen aan het verminderen of voorkomen van psychische en fysieke klachten, in geval van stress (Bohlmeijer et al., 2013b). Een andere mogelijke verklaring voor deze gevolgen is dat in de groepspsychotherapie, aandacht wordt besteed aan de doelen die men wil behalen in de therapie.

De samenhang tussen de afname in disfunctionele copingmodi en de toename in het welbevinden, kan mogelijk worden verklaard doordat men in de eerste fase van de behandeling al experimenteert met nieuw, alternatief gedrag; meer gezonde copingstijlen, welke worden aangeleerd middels de schematherapeutische technieken *imaginatie* en *rescripting*. De *imaginatie* haakt in op de verbeeldingsoefeningen, zoals bekend in de Positieve Psychologie. Bij *rescripting* wordt in de therapie een situatie of gebeurtenis in het leven van de cliënt herschreven vanuit de visie van de Gezonde Volwassene (Claassen, 2016). Hoewel in de literatuur wordt geschreven dat hierdoor de spanning oploopt en copingmodi geactiveerd worden om het kwetsbare deel van de cliënt te beschermen, wordt deze toename in copingmodi niet gevonden in het eerste deel van de behandeling. Wel is gevonden dat, na correctie voor het effect van functionele modi, de copingmodi slechts een marginale bijdrage leveren aan de toename in het welbevinden.

In het groeimodel zijn ook de vier modicategorieën samen getoetst, na correctie voor eventuele effecten van elke categorie afzonderlijk (model E, Tabel 4). Hieruit bleek dat functionele modi de toename in het welbevinden het beste kunnen verklaren en het meest sterk samenhangt met het welbevinden.

De toename van functionele modi, kan mogelijk in de eerste plaats worden verklaard doordat in de beginfase van de behandeling, een belangrijke verandering van context plaatsvindt: cliënten gaan van een instabiele, ongezonde omgeving, naar een actief en sociale omgeving in de kliniek. Functionele modi zijn hierbij nodig om taken te kunnen volbrengen en actief deel te nemen aan de leefgroep. De samenhang van de toename in het welbevinden en in functionele modi, kan mogelijk worden verklaard door de schematherapeutische technieken die worden gebruikt in de kliniek om deze functionele modi te stimuleren. Young en collega's (2003) gaan ervan uit, dat het bewust worden en uitschakelen van de destructieve modi en schema's door *limited reparenting* in de therapeutische relatie leidt tot het vergroten van de modus van de Gezonde Volwassene. Deze modus zorgt dat er op een effectievere manier om wordt gegaan met de andere modi en zorgt voor het vinden van een betere balans tussen de eigen behoeften en de omgeving. Deze modus is echter, aan het begin van de behandeling, weinig of niet aanwezig bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek (Wolterink & Westerhof, 2018). Middels ST kan deze echter versterkt worden (Claassen & Pol, 2015). Gedurende de behandeling ontwikkelt men de modus van de Gezonde Volwassene, waarmee een toegenomen mate van welbevinden samenhangt, welke helpt om doelen te bereiken en stimuleert tot maatschappelijke participatie en zelfactualisatie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005; Arntz, 2016). Uiteindelijk zal de modus van de Gezonde Volwassene zorg dragen voor eigen

emotionele behoeften en het welbevinden (Arntz & Jacob, 2012). In de uitkomsten komt naar voren dat de functionele modi al gedurende het eerste deel van de behandeling toenemen, evenals het welbevinden. Hieruit kan worden opgemaakt dat al in het eerste deel van de behandeling op bovenstaande wijze aandacht wordt geschonken aan het vergroten en versterken van de functionele modi. Normaliter wordt later in de therapie de nadruk gelegd op het vergroten en versterken van deze modus, waarbij ook de modus van het blijde kind wordt gestimuleerd (Dickhaut & Arntz, 2014).

Zoals eerder benoemd, kan op basis van de uitkomsten van dit onderzoek het belang van een positief psychologische benadering, als aanvulling op een klachtgerichte behandeling, worden geëxploreerd. Het belang van een aanvullende positieve, psychologische benadering wordt ondersteund door de bevinding dat functionele modi op de eerste plaats zorgen voor een toename in het welbevinden. Ondanks de toenames in het welbevinden, neemt deze lichtelijk af gedurende het halfjaar na de behandeling naar het niveau van de tussenmeting. Bovendien wordt tijdens de behandeling nog niet het niveau van welbevinden van de gemiddelde Nederlandse bevolking bereikt. Daarom lijkt het zinvol om tevens (al aan het begin van de behandeling) positief psychologische technieken in te zetten tijdens de behandeling. Ook Bohlmeijer, Lamers en Schreurs (2016) pleiten voor een meer gebalanceerde gezondheidszorg, welke zich niet alleen richt op de vermindering van klachten, maar ook op het versterken van het welbevinden. Daarnaast benadrukken Claassen en Pol (2015) in het boek *Schematherapie en de gezonde volwassene* het belang van een benadering die meer oog heeft voor de concepten uit de Positieve Psychologie en het meer centraal stellen van de modus van de gezonde volwassene. In het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018) wordt gevonden dat functionele modi geleidelijk toenemen gedurende de behandeling, wanneer gezond gedrag wordt gestimuleerd en er een gestructureerde en veilige omgeving wordt geboden. Er zijn echter weinig schematherapeutische technieken te benoemen die direct gericht zijn op het bevorderen van de functionele modi (Claassen, 2016). Wanneer een imaginatieoefening (verbeeldingsoefening) direct wordt ingezet voor de modus van de Gezonde Volwassene, is het doel om emoties als acceptatie, kracht, moed, dankbaarheid, mildheid en empathie te vergroten en te stimuleren als onderdeel van een gezonde leefstijl (Claassen, 2016). Deze emoties zijn ook een essentieel onderdeel in de Positieve Psychologie. Een dergelijke oefening kan worden ingezet wanneer cliënten geneigd lijken terug te vallen in oude schema's en de modus van de Gezonde Volwassene dreigt af te nemen (Claassen, 2016). ST wordt (nog steeds) geschaard onder klachtgerichte interventies vanwege het feit dat de primaire focus ligt op de reductie van klachten en problemen en niet primair op het vergroten van het welbevinden. ST heeft ook als

doel om de onaangepaste schema's te reduceren (Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Echter komt uit dit onderzoek mede door de gevonden samenhang tussen schemamodi en welbevinden naar voren dat tevens het welbevinden middels ST wordt bevorderd. De exploratie voor het belang van (het toevoegen van) een krachtgerichte benadering, naast de klachtgerichte behandeling, heeft geleid tot de volgende aanbevelingen.

Aanbevelingen

Omdat de functionele modi in de eerste plaats voornamelijk zorgen voor de toename in het welbevinden, wordt gepleit om meer gericht te werken aan de functionele modi tijdens de behandeling. Hoewel er steeds meer aandacht wordt gevraagd voor het centraal stellen van de functionele modi in de behandeling (Claassen & Pol, 2015; Claassen & Pol, 2014; Claassen, 2016) zijn specifieke interventies gericht op het bevorderen van het gezonde deel van cliënten, binnen de schematherapie op één hand te tellen (Claassen & Pol, 2016). Om deze reden is het belangrijk om te onderzoeken of en welke schematherapeutische technieken de precieze bijdrage leveren aan een toename in welbevinden.

Mogelijkheden om het welbevinden te vergroten, zijn het meer gericht werken aan functionele modi tijdens de behandeling, het toepassen van werken met deze functionele modi in modules, meer geïntegreerd werken aan de gezonde volwassene, of door een balans in zowel aandacht voor het reduceren van klachten en het herstellen van ondermijnende processen zoals disfunctionele gedachten, gedrag en emoties, als voor het versterken van de kracht en positieve processen, zoals de focus op positieve emoties, sterke kanten, waarden en positieve relaties (Claassen & Pol, 2014; Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016). Indien er eerder en meer de focus wordt gelegd in de behandeling op het versterken van de functionele modi, kunnen cliënten mogelijk na behandeling beter en langduriger op adequate wijze de emotionele basisbehoeften vervullen. Mogelijk, wanneer men toekomt aan deze basisbehoeften, zal het welbevinden toenemen (Bohlmeijer et al., 2013). Middels (elementen van) Acceptance & Commitment Therapy (ACT), Welbevindentherapie of Positieve Psychotherapie zou dit bereikt kunnen worden (Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016; Ruini et al., 2014). Deze aanbeveling wordt nog eens onderstreept door de bevindingen uit het onderzoek van Lamers, Westerhof, Trompetter, Fledderus en Bohlmeijer (2017) naar de interventie *Voluit Leven*, welke is gebaseerd op ACT, waarin werd gevonden dat klachten afnamen en het emotioneel en psychologisch welbevinden toenamen. Bovendien werd gevonden dat 25% van de deelnemers baat had bij de therapie, ofwel met betrekking tot de afname in klachten, ofwel met betrekking tot de toename in welbevinden, maar niet op beiden. Ook is in het onderzoek van Trompetter

en collega's (2017) onderzoek gedaan naar een zelfhulpinterventie gebaseerd op ACT. Middels ACT, worden vanuit een krachtgerichte benadering, de constructen van het welbevinden bevorderd (Bohlmeijer et al., 2013a).

Om het welbevinden en floreren op lange termijn te bevorderen, wordt een uitgebreide interventie gebaseerd op een positief raamwerk noodzakelijk geacht, die tegelijkertijd gericht is op meerdere welzijnscomponenten zoals positieve emoties, optimisme en positieve relaties (Seligman, 2011). Het toevoegen van deze componenten aan de schemagerichte behandeling, zou de afname van het welbevinden na de behandeling mogelijk kunnen voorkomen.

Sterke punten

Voor zover bekend is dit een van de eerste onderzoeken die de samenhang tussen het welbevinden en modi onderzoekt en beschrijft. Er zijn ook weinig studies bekend in een klinische setting. Voor zover bekend is vooral onderzoek gedaan naar schematherapie en schemamodi in ambulante behandelingen (Renner et al., 2014). Dit onderzoek levert daarom een belangrijke bijdrage aan kennis en inzicht in de klinische behandeling van mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek.

Een ander sterk punt is dat dit een replicatieonderzoek betrof, waarbij een secundaire data-analyse is uitgevoerd op dezelfde dataset. Om de noodzakelijke evidence base op te bouwen voor ST, is replicatieonderzoek gewenst (Arntz, 2016).

Daarnaast is dit onderzoek met haar longitudinale karakter, waarin cliënten gedurende de gehele behandeling en na de behandeling voor de totale duur van ruim twee jaar worden gevolgd, één van de weinige bestaande en bekende onderzoeken in de literatuur.

Tot slot was er een drop-outpercentage van 32%. Dit percentage verschilt niet van andere onderzoeken binnen een klinische setting (Pham-Scottez et al., 2012). Bovendien is dankzij het gebruik van de mixed-models analyse, de invloed van missende data beperkt (Wolterink & Westerhof, 2018). Indien cliënten drop-out waren en zich later wederom hebben aangemeld voor klinische behandeling, welke ze wel hebben afgemaakt, is alleen de eerste opname meegenomen om een vertroebelde weergave van mogelijke behandel-effecten te voorkomen. Van deze cliënten is bij ontslag nog een meting gedaan en een half jaar na ontslag voor een completer beeld van het verloop van het proces. Al deze data zijn meegenomen in de analyses.

Limitaties

De steekproef bestond niet uit mensen met puur en alleen een persoonlijkheidsstoornis, maar uit mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Dit houdt in dat naast de persoonlijkheidsstoornis, vaak comorbide stoornissen voorkomen zoals angst- en stemmingsstoornissen en identiteitsstoornissen.

Daarnaast zijn de diagnoses uit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Five (DSM-5) niet gesteld op basis van gestructureerde interviews, maar gebaseerd op het klinische oordeel van klinisch psychologen of vanuit een doorverwijzing van een andere instantie. De toename in welbevinden kan daarom niet automatisch worden toegeschreven aan genezing van de persoonlijkheidsstoornis, maar kunnen ook te maken hebben met andere klachten/stoornissen die zijn afgenomen.

Ook de behandelintegriteit van de therapeuten is niet gemeten. Belangrijk is om te noemen dat er niet volgens protocol wordt gewerkt in de kliniek, wat impliceert dat mogelijke behandel effecten niet alleen te wijten zijn aan ST.

Bovendien was er geen mogelijkheid tot het gebruiken van een controlegroep. Om deze reden zijn de resultaten niet met zekerheid toe te schrijven aan het behandelprogramma of de schematherapie. Daarnaast is het belangrijk dat de verkregen resultaten worden gerepliceerd in grotere steekproeven en bij verschillende instellingen in een klinische setting.

Hoewel met dezelfde steekproef en populatie is gewerkt als die uit het artikel van Wolterink en Westerhof (2018), om de onderzoeken en uitkomsten te vergelijken, verschilt de steekproefgrootte. In het artikel wordt een steekproefgrootte van 106 mensen gerapporteerd, maar in de analyse blijven hier 101 deelnemers van over. Wanneer de analyses voor het groei-model worden uitgevoerd met betrekking tot de SMI en MHC-sf vragenlijsten, selecteert SPSS echter een steekproefgrootte van 100 mensen. De veranderingen kunnen daarom niet een op een op elkaar worden gelegd. Er kan niet met zekerheid worden gesteld dat dit dezelfde proefpersonen betreft. Tevens zouden de uitkomsten uit beide onderzoeken nader bekeken kunnen worden, om te onderzoeken of afwijkingen in de resultaten mogelijk worden veroorzaakt door de zes ontbrekende participanten in de analyses.

Tot slot worden er in de klinische setting naast schemagerichte therapie in een groepssetting ook aanvullende therapieën gegeven zoals individuele therapie, dramatherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie waarin niet volgens protocol wordt gewerkt. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op zowel de klachten als het welbevinden om betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de invloed en samenhang van klachten en welbevinden op elkaar en de samenhang hiervan met de verschillende categorieën modi, binnen

een klinisch schemagerichte psychotherapie setting waar volgens protocol wordt gewerkt. Op deze manier kunnen de effecten worden toegeschreven aan de behandeling.

Dit onderzoek geeft inzicht in de samenhang tussen het welbevinden en de vier categorieën van schemamodi. Er is gevonden dat er zowel samenhang is tussen de toename in het welbevinden en in functionele modi als samenhang tussen het welbevinden en afname van disfunctionele copingmodi. Ook werd gevonden dat het welbevinden al gedurende het eerste deel van de behandeling toeneemt, evenals de functionele modi. Er is geen samenhang gevonden tussen het welbevinden en de ouder- en/of kindmodi. Bovendien bleek dat de toename in het welbevinden groter is dan de afname in klachten tijdens de behandeling. Beiden nemen licht af in de periode na de behandeling. Hoewel in dit onderzoek de steekproef niet bestond uit puur mensen met persoonlijkheidsstoornissen, maar met complexe persoonlijkheidsproblematiek en dus comorbide stoornissen, er geen gebruik is gemaakt van een controlegroep en de effecten in het welbevinden niet direct zijn toe te schrijven aan de gebruikte, schematherapeutische technieken dragen de uitkomsten van dit onderzoek bij aan de gewenste verschuiving van de behandeling uit een puur klachtgerichte benadering, naar een complementaire, krachtgerichte benadering. Hoewel steeds meer GGZ instellingen de MHC-sf meenemen in het routinematig meten van de uitkomsten, zou het werken aan het welbevinden meer geïntegreerd kunnen worden in de behandeling (Bohlmeijer, Lamers, & Schreurs, 2016). Met behulp van positief psychologische technieken, kan meer gericht worden gewerkt aan het bevorderen de functionele modi en (daarmee) het welbevinden tijdens de behandeling. Wanneer in de behandeling vanaf het begin zowel aandacht wordt besteed aan de functionele modi; de gezonde volwassene en het blijvende kind, maar tevens ook aandacht behouden blijft voor de afname van disfunctionele modi, lijkt deze balans te kunnen worden bewerkstelligd. Een behandeling zou zich daarom niet primair alleen moeten focussen op het verminderen van klachten, maar ook op het versterken van het welbevinden.

Literatuurlijst

- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwerzijds.
- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie*, 49, 194-207.
- 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., Soeteman, D. I., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2007). Strengthening the status of psychotherapy for personality disorders: an integrated perspective on effects and costs. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(12), 803-810.
doi:10.1177/070674370705201208
- Bohlmeijer, E. T., Westerhof, G. J., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M., & Walburg, J. A. (2013a). Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *Psycholoog*, 2013(nov 2013), 49-59.
- Bohlmeijer, E.T., Bolier, L., Westerhof, G.J., & Walburg, J.A. (2013b). *Handboek positieve psychologie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Bohlmeijer, E.T., Lamers, S., & Schreurs, K.M.G. (2016). Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Gedragstherapie*, 49(3), 208-221.
- Claassen, A.M., & Pol, S., (2014). De gezonde volwassene: van modus naar mens. *Psychopraktijk* 6(4).
- 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., & Pol, S (2015). *Schematherapie en de gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Springer.
- Claassen, A.M., (2016). Gezondheid binnen de schematherapie: het accent op de empathische confrontatie en de imaginatie met rescripting vanuit de gezonde volwassene. *PsyXpert* (1)
- 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
- Farrell, J., Reiss, N., & Shaw, I. (2016). *Schematherapie in de klinische praktijk*. Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met

- schemamodi. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J. (2014). De prevalentie, ziektelast, structuur en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. *Tijdschrift voor psychiatrie* 56(5), 319-325.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188(01), 1-3.
doi:10.1192/bjp.bp.105.012088
- Grace-Martin, K. (2016). Linear Mixed Models for Missing Data in Pre-Post Studies.
Retrieved from <https://www.theanalysisfactor.com/linear-mixed-models-for-missing-data-in-pre-post-studies/>
- Kellog, S.H., & Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458
- 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. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62, 95-108.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(1), 31- 48. doi:10.21307/sjcapp-2015-004
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). *Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF)*. *Journal of clinical psychology*, 67(1), 99-110.
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20741>.
- Lamers, S. (2012). *Positive Mental Health; measurement, relevance and implications*. Enschede: University press. Gildeprint.
- 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
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Trompetter, H.R., Fledderus, M., & Bohlmeijer, E.T. (2017). Both mental health and psychopathology should be monitored in psychotherapy:

- confirmation of the dual-factor model in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 58-63. Doi: 10.1016/j.brat.2017.01.008
- Mehlum, L., Bateman, A., Dalewijk, H. J., Doering, S., Kaera, A., Moran, P. A., ... Bohus, M. (2018). Building a strong European alliance for personality disorder research and intervention. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1). doi:10.1186/s40479-018-0082-z
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. M. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pham,-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., ... Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 807-813.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I.A., & Farrel, J. (2013). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Renner, F., Van der Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2014). Effecten van schemagroepstherapie bij jongvolwassenen. *Gedragstherapie*, 47, 20-36.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, Vol 53(4), 402-412. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000056>.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M.E., Westerhof, G.J., De Graaf, R., ten Have, M., ... Bohlmeijer, E.T. (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*, 17(4), 1351-1370. doi: 10.1186/s40359-016-0116-5
- Seligman, M., (2011). *Flourish. A new understanding of happiness and wellbeing: the practical guide to using positive psychology to make you happier and healthier*. United States: Hodder & Stoughton General Devision
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726. doi:10.1016/s0140-6736(14)61995-4

- Verheul, R., Bartak, A., & Widiger, T. (2007). Prevalence and construct validity of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 359-370. doi:10.1521/pedi.2007.21.4.359
- Wetzelaer, P., Lokkerbol, J., Arntz, A., van Asselt, A., & Evers, S. (2016) Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen; een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* (58)10, pp. 717-727
- Wolterink, T., & Westerhof, G. (2018). Veranderingen van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. *Gedragstherapie* 51(1).
- Wood, A. M., & Joseph, S. (2010). The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 213-217. doi:10.1016/j.jad.2009.06.032
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte Therapie. Handboek voor therapeuten [Schema-Focused Therapy: Guidelines for therapists]*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2008). *The schema mode inventory*. New York: Schema Therapy Institute.