

De veranderingen van de modus van de gezonde volwassene, klachten en welbevinden bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek



Eileen Flikweert S2092204

Master program: Positive Psychology and technology

Supervisors: Prof. Dr. G.J. Westerhof & Dr. M.L. Noordzij



Samenvatting

Inleiding Het doel van schematherapie is de oorsprong van gedragspatronen te achterhalen en te veranderen. De focus wordt gelegd op het ontwikkelen van een gezonde kant bij het individu, die de modus van de gezonde volwassene wordt genoemd. Daarbij wordt de focus ook gelegd op het verminderen van klachten en het ervaren van welbevinden. Eerdere studies zijn gericht op het verminderen van disfunctioneel gedrag, maar niet specifiek op het verbeteren van de gezonde kant van de cliënt. In dit onderzoek is de samenhang tussen de verandering in de modus van de gezonde volwassene en de verandering in klachten en welbevinden onderzocht bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, in een klinische setting tijdens en na afloop van de behandeling.

Methode De kliniek waar het onderzoek is uitgevoerd biedt klinische psychotherapie op basis van schematherapie. Aan dit onderzoek hebben 128 deelnemers deelgenomen. Het betreft een longitudinaal onderzoek waarbij gebruik werd gemaakt van een naturalistisch prospectief, within subjects design. Gedurende de 12 maanden dat de deelnemers zijn opgenomen in de kliniek hebben er drie metingen plaatsgevonden, een half jaar na opname heeft er een follow-upmeting plaatsgevonden. Er werd daarbij gebruik gemaakt van de vragenlijsten: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Brief Symptom Inventory (BSI) en Schema Modi Inventory (SMI).

Resultaten Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat er gedurende de behandeling samenhang is tussen de veranderingen in de gezonde volwassene en de veranderingen in klachten en welbevinden. Ook is er een zwakke negatieve samenhang gevonden tussen de veranderingen in de gezonde volwassene en de veranderingen in welbevinden na afloop van de behandeling. Er is geen samenhang gevonden tussen de veranderingen in de gezonde volwassene en de verandering in klachten na afloop van de behandeling.

Discussie Geconcludeerd kan worden dat er veranderingen plaatsvinden, zowel gedurende als na afloop van de behandeling met schematherapie. De gezonde volwassene en het welbevinden nemen toe en de klachten nemen af. Een opvallende bevinding is echter dat respondenten die tijdens de behandeling meer groei vertonen in de gezonde volwassene, meer terugval in welbevinden hebben na afloop van de behandeling. Voor de behandeling wordt aanbevolen om deze meer te richten op het leven buiten de kliniek na opname, waarbij wordt aangeraden om te onderzoeken welk effect de focus op het terugkeren naar de maatschappij heeft op de negatieve samenhang tussen de gezonde volwassene en het welbevinden.

Abstract

Introduction The purpose of schema therapy is to identify origin of behavioural patterns and to change dysfunctional patterns. The focus is on developing a healthy side of the individual, which is called the healthy adult mode. The focus is also placed on reducing complaints and experiencing well-being. Previous studies have focused on reducing dysfunctional behaviours, but not specifically improving the healthy side of the client. This study investigates the relationship between the healthy adult mode, the symptoms, and the well-being, in a clinical setting during and after treatment.

Method The clinic where the participants are admitted offers clinical psychotherapy based on schema therapy. This is a longitudinal study that uses a naturalistic prospective, within subjects' design. 128 participants are participating in this study. During the 12 months that the participants have been admitted, three measurements are taken, followed by a follow-up measurement six months after the treatment. The questionnaires that are used are: Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF), Brief Symptom Inventory (BSI) and Schema Modi Inventory (SMI).

Results The results of this study show that during treatment there is a relationship between the changes in the healthy adult and the changes in symptoms and well-being. A negative correlation was also found between the healthy adult and well-being at the end of the treatment. No association was found between the healthy adult and symptoms after the end of treatment.

Discussion It can be concluded that there are changes during and after treatment with schema therapy. The healthy adult mode and well-being increase, and symptoms decrease. However, a remarkable finding is that respondents who show more growth in the healthy adult during treatment have relapsed in well-being after the end of treatment. It is recommended for treatment to focus more on life outside the clinic, if applied, follow-up studies can further investigate the effect this has on the negative correlation between the healthy adult and well-being.

Inleiding

Sinds begin deze eeuw is er naast aandacht voor klachten en symptomen meer aandacht voor de positieve psychologie en herstel bij cliënten (Bannink, 2012; Chakhssi, Kraiss, Sommers-Spijkerman, & Bohlmeijer, 2018; Iasiello, van Agteren, Keyes, & Muir Cochrane, 2019; Lamers, Westerhof, Glas & Bohlmeijer 2015; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Bij de kliniek voor Persoonlijkheidsstoornissen van Mediant bestaat de behandeling uit klinische psychotherapie op basis van schematherapie. In schematherapie wordt er de laatste jaren meer aandacht besteed aan het positief functioneren van een persoon door middel van de modus van de gezonde volwassene. De focus wordt niet alleen gelegd op het verminderen van psychopathologie maar ook op het verbeteren van welbevinden. De modus van de gezonde volwassene dient als positieve psychologische interventie die gericht is op het ontwikkelen van een functionele, adaptieve kant van de cliënt, waarbij gebruik wordt gemaakt van interventies die het welbevinden bevorderen. Naast het verminderen van disfunctionele gedragspatronen krijgt de cliënt handvatten aangeleerd om functioneel gedrag toe te passen door genuanceerde en positieve gevoelens en gedachten over zichzelf te hebben (Arntz & Jacob, 2012; van Vreeswijk, Broersen, & Nadort, 2008). Verschillende studies (Nenadića, Lamberthb, & Reiss, 2017; Phagoë, 2018; Renner, et al., 2014; Roelofs et.al., 2016; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016; Wolterink & Westerhof, 2018) zijn gericht op onderzoek naar klachten, welbevinden en alle gemoedstoestanden, modi, van een persoon, maar niet specifiek naar de modus van de gezonde volwassene terwijl deze juist veel aandacht krijgt in de therapie. Dit artikel richt zich daarom op de ontwikkeling van de modus van de gezonde volwassene binnen schematherapie in een klinische setting gekoppeld aan welbevinden en klachten, om meer zicht te krijgen op de rol die de gezonde volwassene speelt zowel tijdens als na afloop van de behandeling van de cliënt.

Persoonlijkheidsstoornissen worden getypeerd door een aantal overkoepelende symptomen die het voor een individu lastig maken om zich aan te passen in wisselende situaties. Een persoonlijkheidsstoornis bestaat uit een groep aandoeningen die gekenmerkt worden door aanhoudende, doordringende, inflexibele, onaangepaste denk- en gedragspatronen die het functioneren van een individu aanzienlijk beperken. De denk- en gedragspatronen manifesteren zich op het terrein van cognities, affectiviteit, impulsbeheersing en interpersoonlijk functioneren en wijken af van de verwachtingen van de cultuur waarin het individu leeft. De patronen leiden tot disfunctioneren op beroepsmatige, sociale, relationele en andere gebieden en kunnen herleid worden uit de adolescentie of jongvolwassenheid

(American Psychiatric Association, 2013; Davey, 2014). Naar schatting blijkt dat tussen 4,4% en 13,5% van de volwassen bevolking en 60% van de psychiatrische patiënten aan een persoonlijkheidsstoornis lijdt (GGZ-Richtlijnen, 2008; Hakstege & Hutsebaut, 2019). Een persoonlijkheidsstoornis gaat gepaard met hardnekkige symptomen, die zich op verschillende gebieden manifesteren en het functioneren van een individu hardnekkig kunnen beïnvloeden. Het is van belang dat de behandeling voor een persoonlijkheidsstoornis zich daarom richt op verschillende gebieden en niet alleen op klachtvermindering.

Er zijn verschillende effectieve behandelingen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis waaronder schematherapie (GGZ-Richtlijnen, 2008; KenniscentrumPS, n.d.). Schematherapie is een vorm van psychotherapie voor mensen met ernstige psychische stoornissen en is effectief gebleken voor het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014). Het doel van schematherapie is de oorsprong van gedragspatronen te achterhalen en te veranderen. De basisbehoeften van een individu staan centraal in schematherapie, waarbij het ontstaan van psychische problemen wordt verklaard doordat de basisbehoeften in de kindertijd onvoldoende zijn vervuld. Een ander doel van schematherapie is dat cliënten leren hun behoeften waar te nemen, te herkennen en zelf te vervullen (Arntz & Jacob, 2012; Young, Klosko, & Weishaar, 2005). Schematherapie gaat uit van vroeg onaangepaste schema's die bij een individu in de kindertijd zijn ontwikkeld. Deze schema's verwijzen naar stabiele, destructieve, emotionele en cognitieve patronen die doordringend zijn in alle levensgebieden en latere waarnemingen en waarderingen van het individu beïnvloeden. Kort gezegd blijven deze emotionele en cognitieve patronen zich het hele leven herhalen en worden door middel van schemamodi geuit. Schemamodi zijn actuele maar tijdelijke emotionele gemoedstoestanden en coping reacties die geactiveerd worden in situaties die door het individu als problematisch worden gezien. Er wordt uitgegaan van het bestaan van 14 schemamodi die worden onderverdeeld in vier groepen zoals wordt weergegeven in het schemamodimodel in tabel 1 (Arntz & Jacob, 2012; Reubsaet, 2018; Young et al., 2005). Volgens schematherapie hebben personen met een persoonlijkheidsstoornis als kind denk- en gedragspatronen aangeleerd, die toen functioneel waren maar in de huidige situatie disfunctioneel zijn. Echter heeft de persoon niet geleerd hoe wel te reageren of zich aan te passen aan de nieuwe situatie, de functionele kant van een persoon is onvoldoende ontwikkeld. Het is daarom van belang om de disfunctionele modi te reduceren en de modus van de gezonde volwassene, de functionele kant van een persoon te versterken (Arntz &

Jacob, 2012; Young et al., 2005; Young & Pijnaker, 1999). In dit onderzoek wordt de focus specifiek gelegd op de modus van de gezonde volwassene en niet op alle 14 modi.

Tabel 1.

Het schemamodimodel

Soort	Modi
Disfunctionele oudermodi	Veeleisende ouder Straffende ouder
Disfunctionele kindmodi	Kwetsbare kind Woedende kind Razende kind Impulsieve kind Ongedisciplineerd kind
Disfunctionele coping modi	Willoze inschikkelijke Onthechte beschermer Onthechte zelfsusser Zelfverheerlijker Pest en aanval
Functionele modi	Gezonde volwassene Blijde kind

Aangepast uit: Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.

De modus van de gezonde volwassene is de laatste jaren steeds belangrijker geworden, desondanks is er weinig onderzoek verricht naar de modus van de gezonde volwassene. Een belangrijk doel van schematherapie, gericht op de basisbehoeften, is het versterken van de modus van de gezonde volwassene. Claassen en Pol (2015) beschrijven dat de modus van de gezonde volwassene aan het eind van een schemagerichte behandeling niet als modus, een tijdelijke emotionele gemoedstoestand, moet worden gezien, maar als een blijvend aanwezig onderdeel van de cliënt, een functioneel, adaptief onderdeel van een persoon. De definitie van de gezonde volwassene beschrijven Claassen en Pol (2014) als volgt:

De Gezonde Volwassene zet zijn psychische vermogens in, om zichzelf vrij te maken van oude destructieve patronen om zo in voldoende mate te kunnen streven naar bevrediging van zijn basisbehoeften als zelfstandig en verantwoordelijk functionerend persoon in een positieve verbondenheid met zichzelf en zijn omgeving. (p. 21)

In 2015 is de definitie van de modus van de gezonde volwassene uitgebreider beschreven waarin een duidelijk beeld geschetst wordt van er wordt bedoeld met het ontwikkelen van een functioneel en adaptieve kant van een persoon (Claassen & Pol, 2015). Hierin staat centraal

dat een individu met een sterke ontwikkelde modus van de gezond volwassene, niet vrij is van klachten maar heeft geleerd balans te vinden in het leven en heeft geleerd om te gaan met het volwassen leven. Daarbij streeft het individu naar welbevinden door verantwoordelijkheid te nemen en verbondenheid aan te gaan en kan het individu taken uitvoeren en verplichtingen aangaan. Ook kan het individu een realistische inschatting maken van conflicten, relaties en situaties waarbij eigen en andermans gevoelens goed worden ingeschat en daar balans in wordt gevonden. Het individu blijft realistisch, stelt prioriteiten en zoekt constructieve oplossingen voor problemen. Daarbij streeft het individu op een gezonde manier naar behoeftebevrediging en plezier. Ook worden er verschillende vaardigheden gebruikt zoals empathie, geduld, relativiseringsvermogen, samenwerken, mildheid en zelfcompassie (Claassen & Pol, 2015).

Naast het versterken van de modus van de gezonde volwassene streeft schematherapie naar het verminderen van klachten. Verschillende onderzoeken bevestigen een vermindering van klachten en symptomen door schematherapie (Nenadića, Lamberthb, & Reiss, 2017; Renner, et al., 2014; Roelofs et.al., 2016; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016; Taylor, Bee, & Haddock, 2017; Wolterink & Westerhof, 2018). Zo laat schematherapie een positieve verandering zien in de symptomen van cliënten met een persoonlijkheidsstoornis waarbij er niet alleen een vermindering van symptomen van de persoonlijkheidsstoornis plaatsvindt maar daarnaast ook de algemene psychische klachten verminderen (Giesen-Bloo, et al., 2006; Renner, et al., 2014).

Schematherapie richt zich naast klachtvermindering ook op het bevorderen van het welbevinden. Schematherapie blijkt bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, een positief effect te hebben op kwaliteit van leven en tevredenheid, die beide onder welbevinden vallen (Giesen-Bloo, et al., 2006; Nenadića et al., 2017; Roelofs et.al., 2016; van Asselt, et al., 2008;). Positieve schema's worden daarnaast gezien als sterke bijdragers van geluk en de tevredenheid van een cliënt (Tomlinson, Keyfitz, Rawana, & Lumley, 2016). Het verbeteren van welbevinden is een onderdeel van het versterken van de modus van de gezonde volwassene. Welbevinden wordt gezien als een staat waarin een individu zijn eigen mogelijkheden kan realiseren, om kan gaan met de normale stress van het leven, productief kan werken en een bijdrage kan leveren aan de maatschappij (De World Health Organization, 2005). Het welbevinden wordt versterkt door positieve psychologische interventies, zoals zelfcompassie, persoonlijke waarden, dankbaarheid en een brief naar de toekomst (Claassen & Pol, 2015). Positieve psychologische interventies hebben een positief effect op gevoelens,

gedragingen en cognities van cliënten en versterken het welbevinden. Bovendien blijkt dat cliënten met een laag welbevinden een hoger risico hebben om symptomen van een psychische aandoening te ervaren, terwijl cliënten met een hoog welbevinden weinig symptomen ervaren. Deze uitkomsten benadrukken het gebruik van interventies gericht op welbevinden in therapie (Chakhssi et al., 2018; Iasiello et al., 2019; Lamers et al., 2015).

Samenvattend heeft schematherapie als doel om disfunctionele modi en klachten te verminderen en de functionele modi, waaronder de modus van de gezonde volwassene, en het welbevinden te versterken. Wanneer de modus van de gezonde volwassene is ontwikkeld, heeft de cliënt handvatten gekregen om in het dagelijks leven om te gaan met zijn beperkingen en balans heeft gevonden tussen klacht en welbevinden (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015). In de literatuur is er geen onderzoek gericht op de modus van de gezonde volwassene samen met de verandering in klachten en welbevinden tijdens en na klinische opname. Wel blijkt uit ander longitudinaal onderzoek gericht op alle modi, klachten en welbevinden dat wanneer modi veranderen, klachten verminderen en het welbevinden toeneemt (Phagoë, 2018; Wolterink & Westerhof, 2018). De toename in functionele modi hangt samen met de vermindering van klachten (Wolterink & Westerhof, 2018). Bij de toename in functionele modi versterkt het welbevinden, waarbij de positieve verandering van het welbevinden sterker is dan de afname in klachten (Phagoë, 2018). Schematherapie zou cliënten aanleren om minder te reageren vanuit de disfunctionele modi en meer te reageren vanuit de modus van de gezonde volwassene (Roelofs, et al., 2016). De modus van de gezonde volwassene is geassocieerd met verminderde psychopathologie, bemiddeld tussen de kindmodi en behoeftetevredenheid en ondersteunt het proces van behoeftebevrediging (Phillips, Brockman, Bailey, & Kneebone, 2020).

Naast dat verandering in modi samenhangen met klachten en welbevinden, hangen klachten en welbevinden ook met elkaar samen. Volgens De World Health Organization (WHO) staan gezondheid en ziekte niet los van elkaar, dit wordt ook bevestigd door Keyes (2005): de afwezigheid van psychische aandoeningen is niet gelijk aan de aanwezigheid van welbevinden. Een model dat past bij deze bevindingen is het twee-continuamodel van Keyes (2007), waar het welbevinden van een individu gezien wordt als een volledige toestand. Dit houdt in dat niet alleen de afwezigheid van een psychische aandoening maar ook de aanwezigheid van welbevinden wordt meegenomen. Het model bestaat dan ook uit twee continua waarbij op het ene continuüm de aan- en afwezigheid van psychische klachten en op

het andere continuüm de aan- en afwezigheid van welbevinden wordt weergegeven (Keyes 2005; Keyes, 2007; Westerhof & Keyes, 2009). Welbevinden wordt door Keyes (2006) omschreven als een staat van positieve gevoelens en functioneren, hieronder vallen psychologisch, emotioneel en sociaal welbevinden. Een individu dat een goed niveau van welbevinden heeft, is tevreden, gelukkig en ervaart een balans tussen verschillende emoties. Op sociaal gebied ontwikkelt een individu vaardigheden die helpen te voldoen aan de maatschappelijke normen. Het individu heeft positieve relaties en accepteert zichzelf, daarnaast is het individu doelgericht, autonoom en maakt persoonlijke groei mee. Dit alles zou resulteren in het positief functioneren in het leven (Keyes, 2006; Keyes, 2013). De hiervoor genoemde omschrijving van welbevinden sluit aan bij de omschrijving van de modus van de gezonde volwassene door Claassen en Pol (2015) zoals eerder genoemd. Schematherapie heeft als doel de functionele kant van een persoon te versterken en daarnaast klachten te verminderen en het welbevinden te versterken. De modus van de gezonde volwassene draagt bij aan balans tussen klachten en welbevinden, wat overeenkomt met het twee-continuamodel.

Er is weinig literatuur bekend over het twee-continuamodel in de klinische setting bij persoonlijkheidsstoornissen, daarom wordt er gekeken naar onderzoek dat plaats heeft gevonden op de algemene bevolking om meer zicht te krijgen op de werking van klachten en welbevinden. Het is gebleken dat welbevinden een buffer vormt tegen psychische klachten (Wood & Tarrier, 2010). Een goed welbevinden is een belangrijke bron om te herstellen van een psychische aandoening en kan klachten verminderen (Iasiello et al., 2019). In de behandeling zorgt het richten op sterke punten en krachten van een individu voor een goed niveau van welbevinden, ondanks de aanwezigheid van psychische klachten (Bos, Snippe, de Jonge, & Jeronimus, 2016). Het bevorderen van welbevinden vermindert de kans op een psychische aandoening, waarbij geen aandacht voor het welbevinden de kans op psychopathologie juist verhoogt (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010). Uit onderzoek van Trompetter et al. (2017) blijkt dat het belangrijk is om therapie te richten op zowel welbevinden als psychopathologie (Trompetter, Lamers, Westerhof, Fledderus, & Bohlmeijer, 2017). Concluderend kan worden gesteld dat een behandeling, zoals schematherapie, gericht op vermindering van klachten, symptomen en verbetering van het welbevinden een positief effect heeft (Greenspoon & Saklofske, 2001; Keyes et al., 2010; Lamers et al., 2015; Lyons, Huebner, Hills, & Shinkareva, 2012; Trompetter et al., 2017), maar welke rol heeft de modus van de gezonde volwassene hierbij?

Schematherapie kan bijdragen aan het verminderen van klachten en het versterken van welbevinden en laat daarbij veranderingen zien op beide continua van het twee-continuummodel (Giesen-Bloo, et al., 2006; Nenadića et al., 2017; Renner, et al., 2014; Roelofs et al., 2016; Schaap et al., 2016; Taylor et al., 2017; Wolterink & Westerhof, 2018). Een individu met een sterke modus van de gezonde volwassene is niet vrij van klachten maar heeft geleerd balans te vinden in het dagelijks leven, deze balans lijkt aanwezig aangezien cliënten veranderingen laten zien op beide continua (Giesen-Bloo, et al., 2006; Nenadića et al., 2017; Renner, et al., 2014; Roelofs et al., 2016; Schaap et al., 2016; Taylor et al., 2017; Wolterink & Westerhof, 2018). Onderzoek gericht op alle 14 modi bevestigt samenhang met de verandering in klachten en welbevinden. Hoewel de modus van de gezonde volwassene de laatste jaren meer aandacht krijgt in schematherapie is er weinig bekend over de samenhang tussen de modus van de gezonde volwassene, klachten en welbevinden. Dit huidige onderzoek zal zich daarom gaan richten op het verloop van de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene, klachten en welbevinden en de samenhang hiervan tijdens en een half jaar na de behandeling met schematherapie om meer zicht te krijgen op de modus van de gezonde volwassene.

In dit onderzoek staat daarom de volgende onderzoeksvraag centraal:

Is er samenhang tussen de verandering van de modus van de gezonde volwassene en de verandering in klachten & welbevinden gedurende en na afloop van de behandeling?

De onderzoeksvraag kan worden opgedeeld in de volgende hypothesen:

- Verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met verandering in klachten gedurende de behandeling.
- Verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met verandering in welbevinden gedurende de behandeling.
- Verandering in de modus van de gezonde volwassene van start van de behandeling tot follow-up hangt samen met verandering in klachten over deze periode.
- Verandering in de modus van de gezonde volwassene van start van de behandeling tot follow-up hangt samen met verandering in welbevinden over deze periode.
- Verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met de verandering in klachten na afloop van de behandeling.
- Verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met de verandering in welbevinden na afloop van de behandeling.

Methode

Setting

Dit onderzoek is uitgevoerd in de kliniek voor Persoonlijkheidsstoornissen in Hengelo. In de kliniek wordt een klinische behandeling aangeboden bestaande uit klinische psychotherapie op basis van schematherapie (Young et al., 2005). Het betreft een vrijwillige opname waarbij de cliënt op elk moment de behandeling kan beëindigen. De cliënt krijgt voor opname eerst een rondleiding door de kliniek en er wordt gevraagd om een motivatiebrief en levensverhaal te schrijven voor de start van de opname. Cliënten die na de intakeprocedure worden doorverwezen naar de kliniek komen in een behandelomgeving terecht waar maximaal 27 cliënten van zondagavond tot vrijdagmiddag zijn opgenomen. De cliënten zijn in de leeftijd van ongeveer 20 tot en met 40 jaar en zijn onderverdeeld in 3 therapiegroepen van maximaal 9 cliënten. In het begin van de behandeling wordt door middel van psychologisch onderzoek antwoord verkregen op de vraag welke schema's en modi de cliënt heeft. De opnameduur is maximaal 12 maanden, waarin de cliënt verschillende vormen van (groeps)therapie krijgt om de ongezonde modi en klachten te verminderen, de gezonde modi te versterken en het algemeen welbevinden te vergroten (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015).

De behandeling bestaat uit de volgende onderdelen die in het dagprogramma verwerkt zijn: sociotherapie, individuele psychotherapie, groepspsychotherapie en vaktherapie. Tijdens sociotherapie wordt de focus gelegd op het hier en nu en het leven in de kliniek. In individuele- en groepspsychotherapie worden situaties uit het heden en verleden besproken en uitgediept. Vaktherapie bestaat uit psychomotorische therapie, dramatherapie en beeldende therapie. In vaktherapie worden oefeningen aangeboden die trachten de cliënt meer zicht te geven op het voelen, denken en handelen. Ook zijn er specifieke modules waar cliënten zich voor kunnen inschrijven zoals trauma, gezonde volwassene, running, mannenblok, vrouwenblok en modi opstellingen. Daarnaast is er trajectbegeleiding en maatschappelijk werk. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende schematherapeutische technieken zoals imaginaire rescripting en de twee stoelentechniek. Bij imaginaire rescripting worden herinneringen opgehaald en wordt de behoefte van het kind vervuld door als het ware in verbeelding de situatie te veranderen. Bij de twee stoelentechniek vertegenwoordigen de stoelen de verschillende modi van de cliënt. Door te wisselen van stoel, voert de cliënt een dialoog met de verschillende modi (Arntz & Jacob, 2012; Young et al., 2005). De therapeutische relatie speelt bij schematherapie een belangrijke rol waarbij de therapeut niet alleen grenzen stelt aan de cliënt maar ook gebruik maakt van empathische confrontatie door

patronen van de cliënt te herkennen en te benoemen. Ook wordt er gebruik gemaakt van limited reparenting waarbij de therapeut als het ware de behoeften van de cliënt vervuld die door ouders of opvoeders niet werden vervuld (Arntz & Jacob, 2012).

Om een beeld te schetsen van het leefmilieu en de structuur, wordt de dag van de cliënten beschreven. De dag van de cliënten begint om 07:45 uur met het ontbijt, daarna is er ruimte voor een wandeling. Om 08:30 uur wordt de dag geopend met een dagopening, daarna beginnen de therapieblokken en volgen de cliënten een vast rooster. De pauzes om 10:30 uur en 12:35 uur worden gezamenlijk met de leefgroep gehouden. De therapieblokken eindigen rond 16:30 uur, er volgt daarna een avondprogramma. De cliënten hebben om 16:30 uur een zelfmoment, zij mogen zich dan terugtrekken op hun kamer. Er vindt een dagsluiting plaats om 17:00 uur, waarna gezamenlijk gekookt wordt. Om 19:45 uur is er nog een koffiepauze en rond 21:30 uur mogen de cliënten naar hun kamer.

Na het afronden van de behandeling kan de cliënt kiezen om deel te nemen aan een re-integratiegroep op een andere locatie. Sinds twee jaar kunnen cliënten er ook voor kiezen om ééns per week deel te nemen aan de nazorggroep van de kliniek. De nazorggroep vindt elke week plaats en duurt één uur en 15 minuten.

Design

Dit onderzoek is een longitudinaal onderzoek waarbij er herhaaldelijk op dezelfde manier metingen worden verricht door middel van vragenlijsten om de ontwikkeling van de cliënten in kaart te brengen. In dit onderzoek wordt gebruikgemaakt van een naturalistisch, prospectief, within subjects design. Er vinden gedurende en na afloop van de opname vier metingen plaats waarna de voortgang van de cliënt wordt besproken. De meetmomenten bestaan uit een beginmeting, tussenmeting, eindmeting en een follow-upmeting zoals te zien is in tabel 2.

Tabel 2.

Meetmomenten

Meting	Moment van meting
Beginmeting	Vanaf een week voor opname tot 4 weken na opname.
Tussenmeting	Tweeëntwintig weken na opname
Eindmeting	In de laatste week van de behandeling
Follow-up meting	6 maanden na de behandeling

Deelnemers

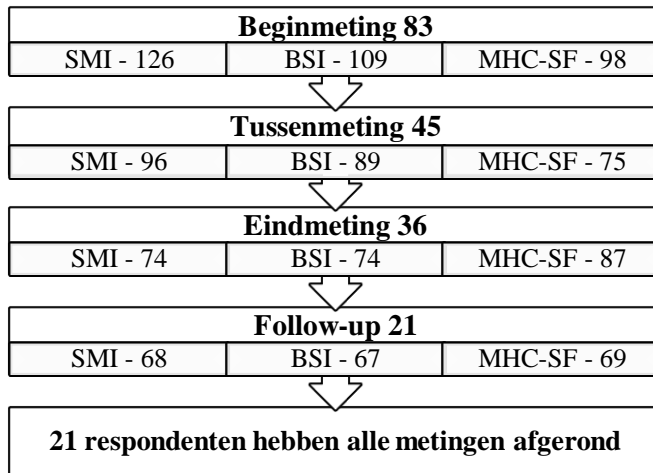
De deelnemers zijn in behandeling in de kliniek voor Persoonlijkheidsstoornissen. Cliënten kunnen worden opgenomen in de kliniek wanneer er sprake is van persoonlijkheidsproblematiek waarbij cliënten op meerdere levensgebieden vast lopen door aangeleerde hardnekkige patronen. Daarnaast moeten cliënten voor opname voldoen aan de volgende therapeutische voorwaarden: cliënten moeten tenminste 18 jaar oud zijn en er mag geen sprake zijn van ernstige bijkomende problematiek zoals bijvoorbeeld anorexia nervosa of een stoornis in het middelengebruik. Cliënten dienen daarom een BMI van boven de 18 te hebben. Ook wordt er verwacht dat cliënten beschikken over een eigen woonruimte, voldoende financiën, een gemiddeld intelligentieniveau hebben, de Nederlandse taal spreken en voldoende gehoor- en visuele capaciteiten hebben om groepstherapie te volgen. Er mag daarnaast geen sprake zijn van vrijheid beperkende maatregelen waardoor gedwongen opname nodig is en dienen cliënten zich te kunnen hanteren in crisis zodanig dat er geen crisisopname nodig is. Tot slot moeten cliënten het behandelplan naleven, dat wordt opgesteld voor de behandeling (de Boerhaven kliniek, n.d.). De deelnemers krijgen voorafgaand aan het psychologisch onderzoek een informed consent, de onderzoeker voorziet de deelnemer van informatie over het onderzoek en de verwerking van gegevens. De cliënten krijgen na elke meting een diagnostisch verslag met de uitkomsten van de vragenlijsten. De data is verzameld van april 2012 tot en met augustus 2018. Er zijn 128 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 27 jaar ($SD=6,7$ jaar). Van de deelnemers is 75% vrouw en 25% man. Deelnemers die binnen zes maanden stoppen met de behandeling worden beschouwd als drop-out. In deze steekproef heeft 60% van de deelnemers de behandeling afgerond waarbij 40% vroegtijdig met de behandeling is gestopt. Dit loopt in lijn met eerdere onderzoeken waar drop-out percentage tussen de 32- 35% ligt (Chakhssi, Schaap, Bohlmeijer, & Westerhof, 2017; Phagoë, 2018; Wolterink & Westerhof, 2018).

De drie vragenlijsten zijn bij sommige cliënten op verschillende momenten ingevuld. Wanneer de meetmomenten meer dan tien dagen verschillen, wordt de data van de laatst ingevulde vragenlijst niet meegenomen in het onderzoek. Er is een verschil in aantal compleet ingevulde vragenlijsten per meting wat maakt dat de vier metingen bestaan uit een wisselende grootte. Dit verschil is ten eerste ontstaan doordat cliënten de behandeling vroegtijdig hebben afgerond. Ten tweede is dit verschil ontstaan doordat de drie vragenlijsten niet op eenzelfde dag zijn afgenomen. Figuur 1 is een overzicht waarin per vragenlijst en per meting is weergegeven hoeveel respondenten de vragenlijsten hebben ingevuld. Ook is er per meting

weergegeven hoeveel respondenten de complete meting, dus alle drie de vragenlijsten compleet, hebben ingevuld. Zo hebben 83 respondenten de complete beginmeting ingevuld waarbij 126 respondenten de SMI, 109 respondenten de BSI en 98 respondenten de MHC-SF hebben ingevuld. Van de 83 respondenten hebben er 45 de tussenmeting compleet ingevuld en zo verder.

Figuur 1.

Overzicht ingevulde vragenlijsten per meting



Noot. Per meetmoment is weergegeven hoeveel respondenten de complete meting hebben afgerond. Daarnaast is per meting weergegeven hoeveel respondenten de vragenlijsten hebben ingevuld.

Meetinstrumenten

Voor dit onderzoek zijn er drie vragenlijsten als meetinstrument gebruikt. De Schema Modi Inventory (SMI) is een zelfrapportage vragenlijst die de aanwezigheid van schemamodi meet (Young, et al., 2008). De SMI meet de aanwezigheid van de 14 modi beschreven in tabel 1, waarbij er in dit onderzoek de focus ligt op het in kaart brengen van de modus van de gezonde volwassene. De SMI bestaat uit 118 items, met een 6 puntsschaal, waarbij 10 items gericht zijn op de modus van de gezonde volwassene. De onderzochte geeft aan in hoeverre de 10 uitspraken van toepassing zijn waarbij de antwoordmogelijkheden variëren van 1 (nooit of bijna nooit) tot en met 6 (altijd). Voorbeeld uitspraken van de modus van de gezonde volwassene zijn: ‘Ik kan leren, groeien en veranderen’ of ‘Ik kom op voor wat ik wil, zonder daarin te overdrijven’ of ‘Ik weet wanneer mijn emoties te uiten en wanneer niet’. De SMI is voldoende valide en betrouwbaar, waar de schaal van de modus van de gezonde volwassene ook een goede betrouwbaarheid laat zien ($\alpha=0.85$) (Lobbestael, 2010; Young et al., 2008). De modus van de gezonde volwassene in dit huidige onderzoek heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha=0.78$).

De Brief Symptom Inventory (BSI) is een zelfrapportage vragenlijst die de aanwezige symptomen en klachten van aanwezige psychopathologie meet (Derogatis, 1993). De BSI bestaat uit 9 subschalen en geeft daarnaast een score voor de ernst van aanwezige symptomen, de totaal aantal klachten en de totaal aantal aanwezige symptomen weer. De subschalen meten de volgende psychopathologie: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. De vragenlijst bestaat uit 53 items met een 5 puntsschaal waarbij de antwoordmogelijkheden variëren van 1 (helemaal niet) tot 5 (heel veel). Respondenten dienen hierbij aan te geven in hoeverre zij de afgelopen week inclusief vandaag de stellingen hebben ervaren. Voorbeeld stellingen van de BSI zijn: *'Je schuldig voelen'*, en *'Je met niemand nauw verbonden voelen'* en *'Je gespannen en opgefokt voelen'*. De BSI wordt gebruikt om de klachten van de onderzochten in kaart te brengen (Derogatis, 1993). De BSI is voldoende betrouwbaar, maar onvoldoende valide (Boulet & Boss, 1991; Cotan beoordeling BSI, 2008). In dit onderzoek heeft de BSI een betrouwbaarheid van $\alpha=0,93$.

Om het welbevinden van de deelnemers in kaart te brengen is er gebruik gemaakt van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). De MHC-SF is een zelfrapportage vragenlijst die het welbevinden meet. Om tot het totale welbevinden te komen gaat de MHC-SF uit van de drie componenten van welbevinden namelijk emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden (Lammers, et al., 2011). De MHC-SF bestaat uit 14 items en heeft een 6 puntsschaal. De vragenlijst begint met de vraag: *'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel...'* daarop volgen 14 vragen zoals: *'...dat u tevreden was?'* of *'...dat u warme en vertrouwde relaties met anderen had?'* of *'...dat u werd uitgedaagd om te groeien of een beter mens te worden?'*. Deelnemers kunnen antwoord geven op een schaal van 1 (nooit) tot en met 6 (elke dag). De MHC-SF is voldoende valide en betrouwbaar (Lammers, et al., 2011). In dit onderzoek heeft de MHC-SF een betrouwbaarheid van $\alpha=0,95$.

Analyses

De statische analyses zijn uitgevoerd met SPSS IBM versie 25. Alle deelnemers die 6 maanden of langer hebben deelgenomen aan de klinische opname zijn meegenomen in dit onderzoek. In figuur 1 is het verschil in aantal ingevulde vragenlijsten weergegeven, alle ingevulde vragenlijsten worden meegenomen in dit onderzoek. De onafhankelijke variabele in dit onderzoek is de modus van de gezonde volwassene die gecorreleerd wordt met de afhankelijke variabelen klachten en welbevinden. Ten eerste werd door middel van een

gepaarde t-toets vastgesteld of er significante veranderingen zijn waarbij ook de Cohen's d berekend werd. Eerst werd het verschil berekend tussen de eindmeting en de beginmeting om de veranderingen in de variabelen gedurende de behandeling te testen. Als tussenstap is ook de eindmeting vergeleken met de beginmeting. Om de veranderingen in de variabelen na afloop van de behandeling te testen is het verschil berekend tussen de follow-upmeting en beginmeting. Tot slot is het verschil tussen de verandering in eindmeting en follow-upmeting berekend voor de variabelen klachten en welbevinden. De Cohen's d wordt berekend om de effect size te bepalen, bij de interpretatie wordt de volgende vuistregel gehanteerd: $< ,49$ = klein effect; $,50$ -. 79 = middelgroot effect; $,80$ -. $1,29$ = groot effect; $> 1,30$ = zeer groot effect (Cohen, 1992).

Vervolgens werden de hypothesen getoetst waar er op basis van de verschillencores berekend werd of er samenhang was in de verandering van de modus van de gezonde volwassene met de verandering in klachten en welbevinden. Om de correlatie te berekenen werd er gebruik gemaakt van de Pearson correlatie. Allereerst is de samenhang berekend van de veranderingen in eind- en beginmeting met de variabelen gezonde volwassene, klachten en welbevinden om de eerste twee hypothesen te toetsen. Om de derde en vierde hypothesen te toetsen is eenzelfde toets gebruikt om de correlaties te verkrijgen van de follow-up-begin meting. De laatste twee hypothesen worden getoetst door de correlatie te verkrijgen van de verandering van de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling en de verandering van klachten en welbevinden na afloop van de behandeling. De sterkte van de correlatiecoëfficiënt (r) werd als volgt geïnterpreteerd: $< .30$ = nauwelijks of geen correlatie, $.30$ -. 50 = zwakke correlatie, $.50$ -. 70 = matige correlatie, $.70$ -. 90 = sterke correlatie en $> .90$ = zeer sterke correlatie (Lean Six Sigma Partners, 2018).

Bij de uitvoering van de analyses werden er steeds zoveel mogelijk respondenten meegenomen die de vragenlijsten op twee meetmomenten hadden ingevuld. Tot slot werden de analyses ook uitgevoerd bij de respondenten die alle vragenlijsten volledig hadden ingevuld.

Resultaten

Beschrijvende analyses

De resultaten zijn weergegeven in de bijgevoegde tabellen, uit de analyse blijkt dat er significante verschillen zijn. Ten eerste blijkt dat de respondenten tijdens de tussenmeting

significant hoger scoren op de modus van de gezonde volwassene in vergelijking met de beginmeting, de effect size is klein. Respondenten scoren tijdens de eindmeting significant hoger op de modus van de gezonde volwassene in vergelijking met de beginmeting, er sprake is van een grote effect size. De ontwikkelingen van de modus van de gezonde volwassene blijft behouden tijdens de follow-upmeting waar de respondenten significant hoger scoren dan tijdens de beginmeting, de effect size hierbij is middelgroot. De score van de modus van de gezonde volwassene laat tijdens de follow-upmeting verbetering zien in vergelijking met de beginmeting, maar een afname ten opzichte van de eindmeting.

Tabel 3.

Beschrijvende gegevens beginmeting - tussenmeting

	Begin		Tussen		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene (N=95)	33.45	5.71	36.03	7.13	$T_{(94)} = -3.95$	$p < 0.01$	$d = +0.41$
Klachten (N=78)	93.09	31.61	82.96	36.55	$T_{(77)} = 2.69$	$p < 0.01$	$d = -0.31$
Welbevinden (N=60)	1.46	0.67	1.98	0.95	$T_{(59)} = -4.88$	$p < 0.01$	$d = +0.63$

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d=Cohen's d,

Tabel 4.

Beschrijvende gegevens beginmeting - eindmeting

	Begin		Eind		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene (N=73)	32.78	5.91	40.22	6.42	$T_{(72)} = -8.32$	$p < 0.01$	$d = +0.97$
Klachten (N=66)	96.91	33.26	58.09	37.37	$T_{(65)} = 8.13$	$p < 0.01$	$d = -1.00$
Welbevinden (N=64)	1.46	0.63	2.49	1.13	$T_{(63)} = -7.56$	$p < 0.01$	$d = +1.13$

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d=Cohen's d,

Tabel 5.

Beschrijvende gegevens beginmeting – follow-upmeting

	Begin		Follow-up		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene (N=67)	33.04	5.70	37.93	8.09	$T_{(66)} = -4.70$	$p < 0.01$	$d = +0.58$
Klachten (N=63)	92.10	28.30	71.00	40.13	$T_{(62)} = 3.94$	$p < 0.01$	$d = -0.77$
Welbevinden (N=49)	1.41	0.64	2.32	1.11	$T_{(48)} = -6.17$	$p < 0.01$	$d = +1.01$

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d=Cohen's d,

Ten tweede zijn de veranderingen van klachten in kaart gebracht. De klachten zijn tijdens de tussenmeting significant lager dan tijdens de beginmeting met een kleine effect size. Deze afname is ook te zien bij de eindmeting, waar de klachten significant lager zijn tijdens de eindmeting in vergelijking met de beginmeting, er is hier sprake van een grote effect size. De

klachten tijdens de follow-upmeting zijn significant lager dan tijdens de beginmeting, met een middelgrote effect size. Hoewel de klachten lijken te stijgen is er een half jaar na opname geen significant verschil gevonden tussen de eindmeting en follow-upmeting zoals te zien is in tabel 6.

Tabel 6.

Beschrijvende gegevens eindmeting–follow-upmeting

	Eind		Follow-up		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene (N=52)	41.28	6.39	38.04	7.68	$T_{(51)}= 3.40$	P .001	d= -0.49
Klachten (N=44)	54.50	33.12	65.34	35.17	$T_{(43)}= -2.01$	p .051	d= +0.32
Welbevinden (N=62)	2.72	1.17	2.37	1.12	$T_{(61)}= 2.78$	p .007	d= -0.31

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d= Cohen's d,

Tot slot worden de veranderingen in welbevinden beschreven. Het welbevinden is tijdens de tussenmeting significant hoger dan tijdens de beginmeting, met een middelgrote effect size.

Ook tijdens de eindmeting is het welbevinden significant hoger dan tijdens de beginmeting met een grote effect size. De ontwikkelingen van het welbevinden blijven behouden tijdens de follow-upmeting waar het welbevinden significant hoger is dan tijdens de beginmeting met een grote effect size. Het welbevinden laat tijdens de follow-upmeting verbetering zien in vergelijking met de beginmeting, maar een afname ten opzichte van de eindmeting. Een half jaar na opname is er bij welbevinden een significant verschil gevonden tussen de eindmeting en follow-upmeting zoals te zien is in tabel 6. Er is sprake van een kleine effect size. De respondenten laten een kleine daling zien van welbevinden in de periode van de eindmeting naar de follow-upmeting.

Correlatiematrix

De hypothesen worden getoetst, waarbij ten eerste de resultaten van de correlatie tussen de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene en veranderingen in klachten en welbevinden gedurende de behandeling zijn weergegeven in tabel 7. Er bestaat een significante, zwakke negatieve correlatie tussen verandering in de modus van de gezonde volwassene en verandering in klachten gedurende de behandeling. Dit betekent dat wanneer de modus van de gezonde volwassene sterker wordt, klachten verminderen. Hierbij kan de eerste hypothese: 'De verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met verandering in klachten gedurende de behandeling' worden

bevestigd. Daarnaast blijkt er ook een significant, matig positief verband te bestaan tussen verandering in de modus van de gezonde volwassene en verandering in welbevinden gedurende de behandeling, wat betekent dat wanneer de modus van de gezonde volwassene sterker wordt, het welbevinden toeneemt. De tweede hypothese: ‘De verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met verandering in welbevinden gedurende de behandeling’ wordt hierbij bevestigd.

Tabel 7.
Correlatiematrix eindmeting-beginmeting

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	-0.46**		
Welbevinden	0.67**	-0,57**	

Noot. ** p < 0.01 level (tweezijdig).

Ten tweede is in tabel 8 de Pearson correlatie weergegeven voor de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene, klachten en welbevinden van beginmeting tot follow-upmeting. Hieruit blijkt dat er een significante, matige negatieve correlatie bestaat tussen verandering in de modus van de gezonde volwassene en verandering in klachten gedurende en na afloop de behandeling. Dit betekent dat wanneer de modus van de gezonde volwassene sterker wordt, klachten verminderen. De volgende hypothese wordt hierbij bevestigd: ‘De verandering in de modus van de gezonde volwassene hangt samen met verandering in klachten na afloop van de behandeling’. Daarnaast bestaat er een significant, sterk positief verband tussen verandering in de modus van de gezonde volwassene en verandering in welbevinden gedurende en na afloop van de behandeling. Wanneer de modus van de gezonde volwassene toeneemt, neemt het welbevinden ook toe. De hypothese dat de verandering in de modus van de gezonde volwassene samenhangt met verandering in het welbevinden gedurende na afloop van de behandeling kan hierbij worden bevestigd.

Tabel 8.
Correlatiematrix follow-upmeting - beginmeting

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	-0.50**		
Welbevinden	0.74**	-0.46**	

Noot. * p < 0.05 ** p < 0.01 level (tweezijdig).

Tot slot is de samenhang tussen de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling en de veranderingen in klachten en welbevinden na afloop van de behandeling weergegeven in tabel 9. De Pearson correlatie wees uit dat er geen significant verband bestaat tussen verandering in de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling en verandering in klachten na afloop van de behandeling, waarbij er sprake is van nauwelijks of geen correlatie. De hypothese die stelt dat de verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling samenhangt met de verandering in klachten na afloop van de behandeling kan hierbij worden verworpen.

Bij verandering in de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling en verandering in het welbevinden na afloop van de behandeling is sprake van een significant, zwakke negatieve correlatie. Dit betekent dat respondenten die gedurende de behandeling meer vooruitgang in de modus van de gezonde volwassene lieten zien, meer terugval in welbevinden hebben na afloop van de behandeling. De hypothese dat de verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling samenhangt met de verandering in welbevinden na afloop van de behandeling kan hierbij worden bevestigd.

Tabel 9.

Correlatiematrix gezonde volwassene tijdens behandeling – klachten & welbevinden na afloop

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	0.29		
Welbevinden	-0.32*	-0.57**	

Noot. * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ level (tweezijdig).

De resultaten in tabel 7, 8 en 9 bevestigen de bevindingen van het twee-continuamodel dat welbevinden en klachten verband houden met elkaar. Er blijkt sprake van een significant, matige negatieve correlatie tussen verandering in klachten en verandering in welbevinden tijdens de behandeling. Daarnaast komt naar voren dat er ook sprake is van een significant, matige negatieve correlatie tussen verandering in klachten en verandering in welbevinden gedurende de eind- en follow-upmeting. Na afloop van de behandeling is er een significant, zwakke negatieve correlatie tussen verandering in klachten en verandering in welbevinden gevonden.

De bovengenoemde analyses zijn ook uitgevoerd bij de 21 respondenten die de volledige metingen hebben ingevuld. Hieruit blijkt dat hetzelfde patroon als hierboven in de resultaten

wordt weergegeven terugkomt. Met name als er gekeken wordt naar de Cohen's d en de correlaties dan zijn er minimale verschillen met 21 respondenten in vergelijking met alle respondenten die alleen op twee meetmomenten de lijsten hebben ingevuld. De tabellen met de resultaten van de 21 respondenten zijn meegenomen in de bijlage (zie bijlage I).

Discussie

Uit dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er samenhang is tussen de verandering in de modus van de gezonde volwassene en de verandering in klachten en welbevinden gedurende en na afloop van de behandeling. De hypothesen die voor dit onderzoek zijn opgesteld kunnen grotendeels worden bevestigd. De eerste vier hypothesen worden bevestigd, zo hangen de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene samen met de veranderingen in klachten en welbevinden gedurende de behandeling. Wanneer de modus van de gezonde volwassene van de respondenten sterker wordt, verminderen klachten en neemt het welbevinden toe. Daarnaast is er sprake van samenhang in de veranderingen na afloop van de behandeling tussen de modus van de gezonde volwassene, klachten en het welbevinden. De vijfde hypothese wordt niet bevestigd, er blijkt geen sprake te zijn van samenhang tussen de verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling en de verandering in klachten na afloop van de behandeling. Tot slot wordt de zesde hypothese wel bevestigd, de verandering in de modus van de gezonde volwassene gedurende de behandeling hangt samen met de verandering in het welbevinden na afloop van de behandeling. Waarbij er sprake is van een significant, zwakke negatieve correlatie. Echter is de negatieve correlatie bij de zesde hypothese wel verwonderlijk aangezien deze stelt dat respondenten die gedurende de behandeling meer vooruitgang in de modus van de gezonde volwassene laten zien, meer terugval hebben in welbevinden na afloop van de behandeling.

In huidig onderzoek worden dezelfde veranderingen in termen van klachten en welbevinden gevonden als in eerder onderzoek met dezelfde dataset (Phagoe, 2018; Wolterink & Westerhof, 2018). Tijdens de behandeling neemt het welbevinden toe en nemen klachten af en ondanks een terugval blijven resultaten behouden na afloop van de behandeling. Waar in vorige onderzoeken uitgebreid is gekeken naar de clusters van modi en er geen onderscheid werd gemaakt in functionele modi, wordt er in dit huidige onderzoek specifiek gekeken naar de modus van de gezonde volwassene (Phagoe, 2018; Wolterink & Westerhof, 2018). Uit de resultaten van dit huidig onderzoek blijkt dat er sprake is van verbeteringen in de modus van de gezonde volwassene met name in de tweede helft van de

behandeling. De modus van de gezonde volwassene laat tijdens de follow-upmeting verbetering zien in vergelijking met de beginmeting, maar een afname ten opzichte van de eindmeting. Ondanks deze afname is de modus van de gezonde volwassene hoger dan tijdens de beginmeting. De toename van de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden tijdens de behandeling kan mogelijk verklaard worden doordat tijdens de therapie de focus meer gelegd wordt op het verminderen van klachten, het verbeteren van het welbevinden en het werken aan positieve factoren zoals verbinding en autonomie (Chakhssi et al., 2017). De focus op positieve factoren wordt echter niet voortgezet na afloop van de behandeling wat mogelijk kan verklaren waarom de behaalde resultaten in de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden afnemen.

De veranderingen in de modus van de gezonde volwassene en de veranderingen in klachten en welbevinden tijdens de behandeling worden in dit onderzoek grotendeels teruggevonden zoals verwacht, tijdens de behandeling hangt de modus van de gezonde volwassene samen met klachten en welbevinden. Een opvallende bevinding is dat na afloop van de behandeling de terugval in welbevinden het grootst lijkt te zijn voor de cliënten die de meeste toename in de modus van de gezonde volwassene hadden tijdens de behandeling. Dit is in strijd met de bevinding van Tomlinson et al. (2016) waar juist naar voren kwam dat positieve schema's sterk bijdragen bij geluk en tevredenheid van een individu (Tomlinson et al., 2016). Waar in onderzoek van Philips et al. (2020) de gezonde modi wordt geassocieerd met het verminderen van psychopathologie lijkt dat in dit onderzoek tijdens de behandeling wel aan de orde maar na afloop van de behandeling niet, er is geen samenhang tussen de toename van de modus van de gezonde volwassene en afname van klachten (Phillips et al., 2020).

Er zijn verschillende mogelijkheden om het verband tussen de negatieve samenhang van de verandering in de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling en de veranderingen in welbevinden na afloop van de behandeling te verklaren. De definitie van de gezonde volwassene stelt onder andere dat de gezonde volwassene een individu is dat streeft naar welbevinden door verantwoordelijkheid te nemen en verbondenheid aan te gaan (Claassen & Pol, 2015). Het aangaan van verbondenheid is gedurende de opname wellicht gemakkelijker voor de cliënten dan na opname terug in hun eigen omgeving. Gedurende de opname komen de cliënten in een omgeving terecht waar zij buiten de therapie continu omgeven zijn door mensen en dus de mogelijkheid hebben tot sociaal contact. Cliënten ervaren hoe het is om een sociaalnetwerk om zich heen te hebben waarbij het aangaan van

verbondenheid gemakkelijker is. Daarnaast geeft het leefmilieu veel voordelen waaronder structuur, verbinding, plezier, altruïsme, hoop, universaliteit, groepscohesie en de ontwikkeling van socialisatietechnieken (Yalom & Leszcz, 2005). Ook heeft de rol die een individu heeft in de groep invloed op het zelfvertrouwen van een individu (Wonnink, 2019; Yalom & Leszcz, 2005). Concluderend biedt de leefomgeving van de cliënten gedurende de behandeling veel mogelijkheden wat maakt dat cliënten de kans krijgen om te werken aan hun gezonde volwassene. De positieve factoren van het leefmilieu verdwijnen echter wanneer de cliënt klaar is met de behandeling en weer in de oude omgeving terecht komt. Cliënten hebben buiten de kliniek gering sociaal contact, wonen alleen en hebben doorgaans nog geen werk of dagbesteding wat maakt dat cliënten weinig structuur hebben. Op basis van klinische ervaring van de onderzoeker zelf blijkt dat cliënten de overgang naar de buitenwereld als een grote stap ervaren. In de ontslagfase geven cliënten aan klaar te zijn om autonoom verder te gaan, maar na een paar maanden geven cliënten aan meer contacturen te wensen gezien de problemen waar zij tegenaan lopen. De cliënten gaven bijvoorbeeld aan het moeilijk te vinden structuur te vinden in hun nieuwe leven en het contact aan te gaan met anderen. Samenvattend zou de negatieve samenhang tussen de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling en de afname in welbevinden na afloop van de behandeling mogelijk verklaard kunnen worden doordat de factoren die de cliënten tijdens de behandeling als positief ervaren en bijdragen aan de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden, ontbreken in het vervolgtraject wat de afname in welbevinden kan verklaren.

Een andere verklaring voor de negatieve samenhang tussen de veranderingen in de modus van de gezonde volwassene en veranderingen in welbevinden kan mogelijk zijn dat cliënten die een grote verandering in de modus van de gezonde volwassene laten zien tijdens de behandeling wellicht de behandeling met een laag niveau van de modus van de gezonde volwassene begonnen zijn. Dit zou betekenen dat deze cliënten sterk gestegen zijn maar dat de modus van de gezonde volwassene mogelijk niet zo bestendig is gezien de daling na afloop van de behandeling.

Er is geen verband gevonden in de verandering van de modus van de gezonde volwassenen gedurende de behandeling met de verandering in klachten na afloop van de behandeling. Verwacht had kunnen worden dat een sterke verbetering in de modus van de gezonde volwassene tijdens de behandeling zou zorgen voor een minder snelle toename van klachten na afloop van de behandeling. Mogelijk staat de modus van de gezonde volwassene op het twee-continuamodel dichterbij het welbevinden dan bij klachten.

Resultaten uit dit onderzoek bevestigen het twee-continuamodel (Keyes, 2005; Keyes, 2007; Westerhof & Keyes, 2009). Klachten en welbevinden hangen met elkaar samen en hangen daarnaast ook samen met de modus van de gezonde volwassene. Echter is de relatie tussen klachten en welbevinden niet zo sterk dat klachten en welbevinden sterk parallel met elkaar samenhangen. Een individu verbetert niet direct in klachten wanneer deze verbetert in welbevinden. De modus van de gezonde volwassene hangt daarnaast enigszins sterker samen met welbevinden dan met klachten wat laat zien dat klachten en welbevinden twee verschillende factoren zijn.

Dit huidige onderzoek is een eerste verkenning specifiek gericht op de modus van de gezonde volwassene in samenhang met klachten en welbevinden, tijdens en na klinische opname. De uitkomsten van dit onderzoek leveren de volgende aanvullende informatie voor de literatuur. Tijdens klinische opname hangt de verandering in de modus van de gezonde volwassene samen met de afname van klachten en de toename van welbevinden. Echter blijkt dat wanneer cliënten tijdens de klinische opname de modus van de gezonde volwassene sterk verbeteren, meer terugval ervaren in het welbevinden na afloop van de behandeling.

De verbetering in de modus van de gezonde volwassene betekent niet dat dit ook bijdraagt aan het behoud van behandelingsresultaat. Bovendien kan de daling in het welbevinden resulteren in een hoger risico tot het ervaren van symptomen wat de kans op terugval aanzienlijk maakt (Chakhssi et al., 2018; Iasiello et al., 2019; Lamers et al., 2015). Deze bevindingen roepen de volgende vragen op: wat gebeurt er tijdens de behandeling en welke invloed heeft dit op de terugkeer naar het leven buiten de kliniek?

Sterke en zwakke punten

Voor dit onderzoek zijn er een aantal op- en aanmerkingen. Allereerst is er onderzocht of er samenhang bestaat tussen de drie variabelen, de modus van de gezonde volwassene, klachten en welbevinden, maar geeft dit onderzoek daarbij niet aan hoe deze samenhang tot stand komt. Onduidelijk is de werking van de samenhang. Gaat verandering in de modus van de gezonde volwassene vooraf aan welbevinden en klachten of gaan mensen minder klachten ervaren en krijgt de modus van de gezonde volwassene op dat moment meer ruimte om tot uiting te komen. Op basis van dit onderzoek kan er geen uitspraak gedaan worden over welke variabele welke andere variabele beïnvloed. Enerzijds is het mogelijk dat de cliënten de kans krijgen om de modus van de gezonde volwassene te ontwikkelen waardoor het welbevinden toeneemt en klachten verminderen. Anderzijds is het mogelijk dat het leefmilieu waar de

cliënten in komen zorgt voor bijvoorbeeld structuur, verbinding, zelfvertrouwen, hoop en erkenning en dat dit leidt tot meer welbevinden (Yalom & Leszcz, 2005).

Ten tweede komt de definitie van de gezonde volwassene en de definitie van welbevinden erg overeen. Beide definities beschrijven het ervaren van balans tussen emoties, het streven naar tevredenheid en plezier, het hebben van positieve relaties en het ervaren van verbondenheid. Daarnaast beschrijven beide definities de eigen verantwoordelijkheid van de persoon, waarbij een individu doelgericht, autonoom is en persoonlijke groei doormaakt en sprake is van zelfcompassie (Claassen & Pol, 2015; Keyes, 2006; Keyes, 2013). Ondanks deze gelijkenissen in definitie verschillen beide variabelen gezien de uitkomsten van dit onderzoek.

Verder zijn de deelnemers die minder dan zes maanden de behandeling hebben gevolgd niet meegenomen in het onderzoek. Hierdoor is geen duidelijk zicht op de reden dat sommige deelnemers de behandeling niet hebben afgerond en kunnen deze ook niet worden meegenomen in de berekeningen. De respondenten die worden meegenomen in dit onderzoek zijn deelnemers die na 6 maanden zijn gestopt en deelnemers die de behandeling wel hebben afgerond maar niet alle vragenlijsten hebben ingevuld, wat maakt dat de toetsen telkens zijn uitgevoerd met een wisselend aantal deelnemers. Er is gebruik gemaakt van bestaande data en een bestaand databestand. Dit is enerzijds een sterk punt omdat het onderzoek zo dicht mogelijk de praktijk volgt, anderzijds levert dit onnauwkeurige data op. Naast dat niet alle respondenten alle vragenlijsten en de volledige metingen hebben ingevuld, kan er geen uitspraak worden gedaan over de respondenten die eerder dan 6 maanden de behandeling hebben beëindigd. Hoewel er weinig verschil blijkt te zijn tussen de resultaten van de incomplete data als de resultaten van de complete data (bijlage I), kan er niet worden onderzocht of de resultaten met betrekking tot de verandering en de samenhang voor de groep die de behandeling vroegtijdig heeft beëindigd, hetzelfde is als voor de groep die de behandeling wel heeft afgerond. Dit levert de volgende vraag op: wat maakt dat mensen hun behandeling vroegtijdig beëindigen? Tot slot is er voor dit onderzoek gebruik gemaakt van drie vragenlijsten met een goede betrouwbaarheid en validiteit, wat het onderzoek sterk maakt.

Implicaties

Om meer zicht te krijgen op de huidige resultaten worden er aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek maar ook voor de praktijk. Aangezien een goed welbevinden een belangrijke bron is om te herstellen van een psychische aandoening maar ook de last van

klachten kan verminderen, is het belangrijk om de focus op het welbevinden te blijven richten (Iasiello et al., 2019). Wanneer het welbevinden daalt hebben de cliënten een hoger risico om klachten te ervaren waardoor de kans op terugval aanwezig is (Chakhssi et al., 2018; Iasiello et al., 2019; Lamers et al., 2015). Om deze reden wordt aanbevolen om niet alleen tijdens de behandeling aandacht te hebben voor de groei van de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden, maar ook meer de nadruk te leggen op hoe de cliënt dit na afloop van de behandeling zelf voort kan zetten.

De modus van de gezonde volwassene behoudt niet het behandelingsresultaat zoals verwacht, de verbetering in de modus van de gezonde volwassene tijdens opname hangt samen met een daling van welbevinden na afloop van de behandeling. Daarom is het belangrijk om meer zicht te krijgen op wat er gebeurt tijdens de behandeling, welke invloed dit heeft op de terugkeer en de overgang naar de wereld buiten de kliniek. Het is raadzaam om de cliënten meer voor te bereiden op de terugkeer in de maatschappij en het leven buiten de kliniek. Cliënten hebben namelijk 12 maanden in de kliniek geleefd. Nu de cliënten thuis zitten hoeven zij niet meer te voldoen aan de regels van de kliniek maar moeten hun eigen leven gaan inrichten, waardoor er veel gevraagd wordt van de modus van de gezonde volwassene en aangeleerde handvatten. Naast voorbereiden zou het de cliënten mogelijk ook helpen om geleidelijk terug te keren naar het leven buiten de kliniek, zodat de overgang en implicaties daarbij nog in therapie besproken kunnen worden.

Een implicatie voor vervolgonderzoek zou ten eerste kunnen zijn om de definitie van de gezonde volwassene te onderzoeken zodat deze en het welbevinden beter kunnen worden onderscheiden. Met de aanbevelingen voor de kliniek gekoppeld aan vervolgonderzoek kan een potentiële vervolgvraag zijn: Als de terugkeer naar buiten de kliniek in een geleidelijke overgang zal plaatsvinden, gaat dit dan de terugval in het welbevinden een half jaar na de behandeling kunnen voorkomen?

Zoals in de inleiding beschreven is het de bedoeling dat aan het eind van schematherapie de ongezonde modi en klachten zijn verminderd en de gezonde modi zijn versterkt. Dat het algemeen welbevinden is gegroeid en de cliënt handvatten heeft gekregen om in het dagelijks leven om te gaan met zijn beperkingen en dus een adaptieve kant heeft ontwikkeld (Arntz & Jacob, 2012; Claassen & Pol, 2015). Uit dit onderzoek blijkt dat door de behandeling met schematherapie, de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden toenemen en dat klachten verminderen. Echter blijken de respondenten die meer vooruitgang in de modus van de gezonde volwassene hebben gedurende de behandeling, onvoldoende handvatten hebben

gekregen om het welbevinden in stand te houden na afloop van de behandeling. Vervolgonderzoek is raadzaam om meer duidelijkheid te verkrijgen over de samenhang van de modus van de gezonde volwassene en het welbevinden.

Literatuur

- American Psychiatric Association . (2013). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schematherapie een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bannink, F. (2012). *Practicing positive CBT: From reducing distress to building success*. Chichester: John Wiley And Sons Ltd.
- Bos, E. H., Snippe, E., de Jonge, P., & Jeronimus, B. F. (2016). Preserving Subjective Wellbeing in the Face of Psychopathology: Buffering Effects of Personal Strengths and Resources. *Plos one*, 1-14.
- Boulet, J., & Boss, M. W. (1991). Reliability and Validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3(3), 433-437.
- Chakhssi, F., Kraiss, J. T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E. T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(211) 2-17.
- Chakhssi, F., Schaap, G. M., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Well-being in psychotherapy for individuals with personality disorder. *Society for the Advancement of Psychotherapy*.
- Claassen, A.-M., & Pol, S. (2015). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Claassen, A.-M., & Pol, S. M. (2014). De gezonde volwassene: van modus naar mens. *Psychopraktijk* 6(4), 19-22.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cotan beoordeling BSI*. (2008). Opgeroepen op 01 05, 2020, van Cotan Documentatie NIP: <https://www-cotandocumentatie.nl/beoordelingen/b/15150/brief-symptom-inventory/>
- Davey, G. C. (2014). *Psychopathology: research, assessment and treatment in clinical psychology*. UK: West Sussex: The British psychological society and John Wiley & Sons.

- de Boerhaven kliniek. (n.d.). *Informatie voor de cliënt*. Brochure. Hengelo: Mediant geestelijke gezondheidszorg.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual (4th Ed.)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- GGZ-Richtlijnen. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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. *Arch. Gen Psychiatry*; 63, 649-658.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective wellbeing and psychopathology . *Social Indicators Research* 54, 81-108.
- Hakstege, F., & Hutsebaut, J. (2019). *Persoonlijkheidsstoornissen Cijfers & Context*. Opgeroepen op december 7, 2019, van Volksgezondheid en zorg: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/persoonlijkheidsstoornissen/cijfers-context/persoonlijkheidsstoornissen-algemeen#node-prevalentie-van-persoonlijkheidsstoornissen-de-algemene-bevolking>
- Iasiello, M., van Agteren, J., Keyes, C. L., & Muir Cochrane, E. (2019). Positive mental health as a predictor of recovery from mental illness. *Journal of Affective Disorders* 251, 227-230.
- kenniscentrumPS. (n.d.). *behandeling*. Opgehaald van kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen: Retrieved 2020, may 20, from <http://www.kenniscentrump.nl/behandeling>
- Lean Six Sigma Partners. (2018). *Samenzinnig verbeteren*. Den Haag: Lean Six Sigma Partners.
- Keyes, C. L. (2006). subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research* 77, 1-10.
- Keyes, C. L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist* 62, 95-108.

- Keyes, C. L. (2013). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the lifespan. In C. L. Keyes, *Mental Well-Being: International Contributions to the Study of Positive Mental Health* (pp. 3-28). Dordrecht: Springer.
- Keyes, C. L., 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(12), 2366-2371.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Glas, C. A., & 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.
- Lammers, 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.
- Lobbestael, J. (2010). Diagnostiek van schema modi. *Psychopraktijk* 2(5), 31-33.
- Lyons, M. D., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Shinkareva, S. V. (2012). The dual-factor model of Mental Health: Further Study of the Determinants of Group Differences. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 183–196.
- Nenadića, I., Lamberthb, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research* 253, 9-12.
- Phagoe, S. (2018). *Veranderingen in schemamodi en welbevinden na klinische opname bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek*. Enschede: University of Twente.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2020). Schema in older adults: does the schema mode model apply? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 341-349.
- Renner, F., van de Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2014). Effecten van schemagroepstherapie bij jongvolwassenen. *Gedragstherapie* 47(1), 20-36.
- Reubsaet, R. J. (2018). *Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N. J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study. *Journal of Child and Family Studies*, 25:2246–2257.
- 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. *American Psychological Association*, 1-11.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist* 55, 5-14.
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 90, 456-479.
- Tomlinson, R. M., Keyfitz, L., Rawana, J. S., & Lumley, M. N. (2016). Unique Contributions of Positive Schemas for Understanding Child and Adolescent Life Satisfaction and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 18:1255–1274.
- Trompetter, H. R., Lamers, S. M., 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 mode in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy* 91, 58-63.
- van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., . . . Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 450-457.
- van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie: Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development* 17(2), 110-119.
- WHO. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization.
- Wolterink, T., & Westerhof, G. (2018). Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. *Gedragstherapie*, 25-43.
- Wonnink, V. A. (2019, 11 28). De werkzame factoren van klinische schematherapie: een exploratief onderzoek naar de perspectieven van cliënten en therapeuten.
- Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review* 30, 819–829.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy 5th ed.* New York: Basic Books.
- Young, J. E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Van Vreeswijk, M. F., & Kolkman, J. (2008). *The schema mode inventory*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijlage I

Resultaten behandeling compleet afgerond

De analyses zijn ook uitgevoerd met alle respondenten die alle metingen hebben afgerond, dit zijn er 21.

Tabel 10.

Beschrijvende gegevens beginmeting - tussenmeting

	Begin (N=21)		Tussen (N=21)		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene	34.05	4.70	35.62	5.15	$T_{(20)} = -1.21$	0.24	d=0.32
Klachten	87.43	23.83	87.48	29.70	$T_{(20)} = -0.01$	0.99	d=0.002
Welbevinden	1.49	0.64	2.03	0.91	$T_{(20)} = -3.13$	p < 0.01	d=0.69

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d=Cohen's d,

Tabel 11.

Beschrijvende gegevens beginmeting - eindmeting

	Begin (N=21)		Eind (N=21)		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene	34.05	4.70	39.19	6.85	$T_{(20)} = -3.17$	p < 0.01	d=0.88
Klachten	87.43	23.83	58.05	33.46	$T_{(20)} = 3.81$	p < 0.01	d=1.01
Welbevinden	1.49	0.64	2.54	1.07	$T_{(20)} = -4.54$	p < 0.01	d=1.19

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d= Cohen's d,

Tabel 12.

Beschrijvende gegevens beginmeting – follow-upmeting

	Begin (N=21)		Follow-up (N=21)		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Gezonde volwassene	34.05	4.70	38.67	6.68	$T_{(20)} = -2.66$	p < 0.05	d=0.80
Klachten	87.43	23.83	64.52	32.47	$T_{(20)} = 2.95$	p < 0.01	d=0.80
Welbevinden	1.49	0.64	2.50	0.99	$T_{(20)} = -4.89$	p < 0.01	d=1.21

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d= Cohen's d,

Tabel 13.

Beschrijvende gegevens eindmeting – follow-upmeting

	Eind		Follow-up		T	p	d
	M	SD	M	SD			
Klachten (N=21)	58.05	33.46	64.52	32.47	$T_{(20)} = -1.05$	p 0.31	d=0.19
Welbevinden (N=21)	2.54	1.07	2.50	0.99	$T_{(20)} = 0.15$	p 0.88	d=0.04

Noot. M= gemiddelde, SD=standaarddeviatie, T= t-score, d= Cohen's d,

Tabel 14.

Correlatiematrix eindmeting-beginmeting

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	-0.57**		
Welbevinden	0.77**	-0.58**	

Noot. ** p < 0.01 level (tweezijdig).

Tabel 15.

Correlatiematrix follow-upmeting - beginmeting

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	-0.70**		
Welbevinden	0.77**	-0.53*	

Noot. * p < 0.05 ** p < 0.01 level (tweezijdig).

Tabel 16.

Correlatiematrix gezonde volwassene tijdens behandeling – klachten & welbevinden na afloop

	Gezonde volwassene	Klachten	Welbevinden
Gezonde volwassene			
Klachten	0.43		
Welbevinden	-0.30	-0.78**	

Noot. * p < 0.05 ** p < 0.01 level (tweezijdig).