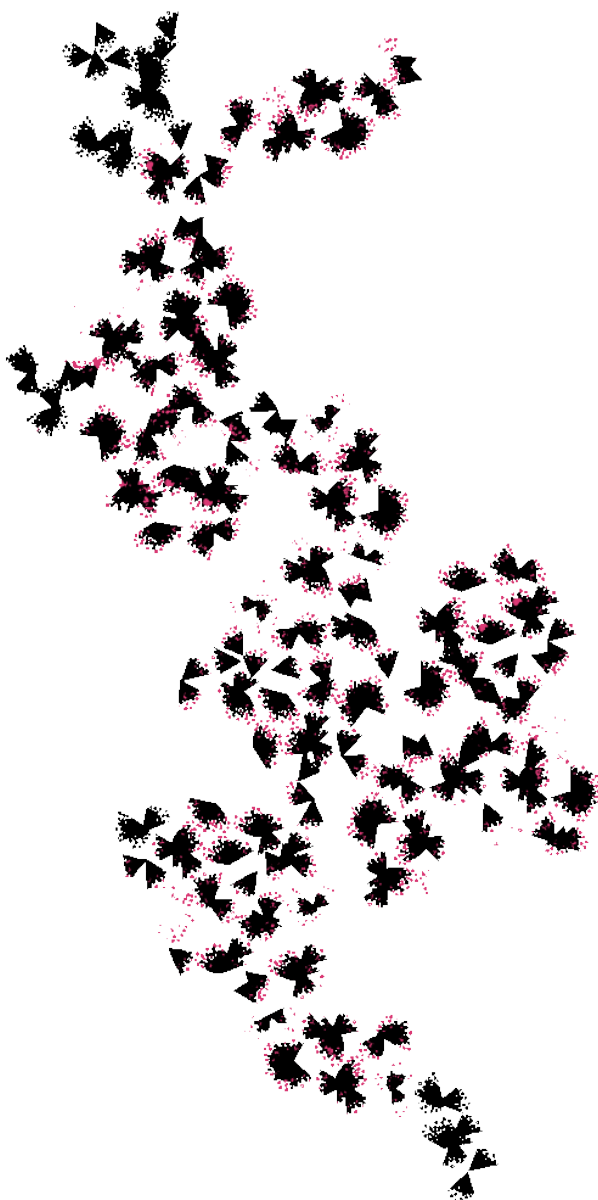


Voorspellers van drop out onder cliënten met
persoonlijkheidsstoornissen in een klinische
behandelsetting gebaseerd op schematherapie.

Master thesis, Universiteit Twente



| | |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Student | Janice Boerstal |
| Opleiding | Positieve Psychologie en Technologie |
| Instelling | Universiteit Twente, Enschede Faculteit Gedragwetenschappen |
| Vakgroep | Psychologie, Gezondheid & Technologie 10 EC thesis |
| 1 ^{ste} begeleider | Prof. dr. G.J. Westerhof |
| 2 ^{de} begeleider | Dr. P.A.M. Meulenbeek |
| Plaats en datum | Enschede, 23 september 2015 |

Voorwoord

Deze thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie met de specialisatie Positieve Psychologie en Technologie aan de Universiteit Twente te Enschede. Het betreft een exploratief onderzoek naar drop out onder cliënten met persoonlijkheidsstoornissen in een klinische behandelsetting gebaseerd op schematherapie. Het onderzoek heb ik gedurende mijn stageperiode bij Mediant, locatie de Wieke, kunnen uitvoeren.

Graag wil ik een aantal personen bedanken die op verschillende wijzen mee hebben geholpen aan het tot stand brengen van dit onderzoek. Allereerst wil ik alle deelnemende cliënten van de Wieke bedanken. Zonder hun toestemming en inspanningen om de vragenlijsten in te vullen, zou het onderzoek niet mogelijk zijn geweest. Daarbij wil ik Ted Wolterink danken voor het aanbrengen van structuur in de afname van de vragenlijsten. Grote dank gaat uit naar mijn medestagiaire bij de Wieke, Sarah Kettendörfer. Zij heeft structuur en orde weten te brengen in de databestanden. Tevens wil ik mijn externe stagebegeleider Joep Giling bedanken. Bij hem kon ik terecht wanneer stage, het onderzoek en mijn werk mij even teveel werden. Frederique Huigens en Meike Langer wil ik bedanken voor het nakijken van mijn thesis op grammaticale en spellingfouten. Uiteraard gaat mijn dank uit naar mijn begeleiders Gerben Westerhof en Peter Meulenbeek. Hun kritische blik en adviezen hebben mij geholpen het onderzoek op te starten en deze thesis te schrijven. Tot slot wil ik mijn naasten bedanken die mij tot steun zijn geweest tijdens mijn studieperiode aan de Universiteit Twente.

Doetinchem, 23 september 2015

Janice Boerstal

Abstract

Objective: For a long period of time the treatment models of personality disorders showed inadequate results. The existing models had insufficient depth for this complex target group. In response, schema therapy was developed by Jeffrey Young. This form of therapy has proven to be a good treatment for clients with a personality disorder. In spite of this treatment, the dropout rate with personality disorders is often higher than in treatment of other psychological problems. The impact that drop-out entails, generates substantial costs to the client, the caregivers and the society.

Purpose: Research on factors that may predict an increased risk of drop-out, in clients with a personality disorder of a clinical treatment setting. This prediction is examined based on the following main question; are there predictors to identify during the intake phase, which increases the risk of drop out?

Method: A number of 97 clients, divided in a drop out group and a group who has completed the treatment, is being investigated on differences in the early maladaptive schemas, schema modes or symptoms. The clients in the drop-out group have ended the treatment, before the period of seven months, this group is more than a third of the respondents. For the data collection, self-report questionnaires are used, de Young Schema Questionnaire, the Schema Mode Inventory and the Brief Symptom Inventory.

Results: This research shows that both the dropout group and the group that completed the treatment show several early maladaptive schemas, schema modes and symptoms. Differences between the groups are found in the schema entitlement/grandiosity, which is stronger for the dropout group. The schema mode detached protector emerged stronger in the group that has completed the treatment than in the drop-out group.

Conclusion: The investigated factors were difficult to link to previous findings from other studies. Partly because these factors in combination with dropout, have not been studied in the past, but also because of de differences in research design. Recommendations for future research argue for a qualitative data collection. The factors who can be addressed are comorbidity, client-therapist relationship, external factors and the type of attachment the client experiences.

Samenvatting

Aanleiding: Voor een lange periode lieten de behandelmodellen voor persoonlijkheidsstoornissen onvoldoende effect zien. De beschikbare modellen hadden onvoldoende diepgang voor deze complexe doelgroep. Als respons hierop is schematherapie door Jeffrey Young ontwikkeld. Deze therapievorm heeft zich bewezen als een effectieve behandeling voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het drop out percentage ligt ondanks deze behandeling vaak hoger bij persoonlijkheidsstoornissen dan bij behandeling van andere psychische problematiek. De gevolgen die drop out met zich meebrengt, kunnen hoge kosten opleveren bij zowel de cliënt als de hulpverleners en de maatschappij.

Doel: Onderzoek naar factoren die een verhoogde kans op drop out kunnen voorspellen, bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in een klinische behandelsetting. Deze voorspelling is onderzocht aan de hand van de volgende hoofdvraag; zijn er voorspellers te identificeren tijdens de intake fase die de kans op drop out verhogen?

Methode: Bij 97 cliënten, onderverdeeld in een drop-out groep en een groep die de behandeling heeft afgerond, is onderzocht of er verschillen zijn in de vroege onaangepaste schema's, schemamodi of klachten. De cliënten die in de drop out groep worden ondergebracht hebben de behandeling beëindigd vóór de periode van zeven maanden. Dit behelste ruim één derde van de respondenten. Voor de dataverzameling is er gebruik gemaakt van zelfrapportage lijsten, de Young Schema Vragenlijst, de Schema Modus Inventory en de Brief Symptom Inventory.

Resultaten: Het onderzoek toont aan dat zowel de drop out groep, als de groep die de behandeling heeft afgerond diverse schema's, schemamodi en klachten vertonen. Een onderscheid tussen deze twee groepen is te maken in het schema gerechtigdheid/grandiositeit die bij de drop out groep sterker naar voren komt. In de groep die de behandeling heeft afgerond is de schemamodus onthechte zelfsusser sterker naar voren gekomen.

Conclusie: De onderzochte factoren bleken lastig te koppelen aan eerdere bevindingen uit andere onderzoeken. Dit komt deels doordat deze factoren in combinatie met drop out nog niet eerder zijn onderzocht, maar ook door de verschillen in onderzoeksopzet. Aanbevelingen voor volgend onderzoek pleiten voor een kwalitatieve dataverzameling. De factoren waarop gericht kan worden zijn comorbiditeit, cliënt-therapeut relatie, externe factoren en het soort hechting die de cliënt ervaart.

Inhoudsopgave

| | |
|---------------------------------------------------------|----|
| Voorwoord | 2 |
| Abstract | 3 |
| Samenvatting | 4 |
| Inhoudsopgave | 5 |
| Hoofdstuk 1. Inleiding..... | 6 |
| 1.1 Relevantie..... | 6 |
| 1.2 Persoonlijkheidsstoornissen en Schematherapie | 7 |
| 1.3 Drop out..... | 11 |
| 1.4 Onderzoeksvragen | 13 |
| Hoofdstuk 2. Methode..... | 15 |
| 2.1 Onderzoeksdesign | 15 |
| 2.2 Respondenten | 15 |
| 2.3 Drop out..... | 16 |
| 2.4 Procedure..... | 17 |
| 2.5 Meetinstrumenten..... | 18 |
| 2.6 Statistische analyse..... | 20 |
| Hoofdstuk 3. Resultaten | 22 |
| 3.1 Vroege onaangepaste schema's..... | 22 |
| 3.2 Schemamodi | 23 |
| 3.3 Klachten..... | 24 |
| Hoofdstuk 4. Conclusie en Discussie | 25 |
| Literatuur | 30 |

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Relevantie

Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis zijn voor een lange tijd door velen bestempeld als onbehandelbaar. Er was een tekort aan behandelmodellen die voldoende diepgang boden voor de behandeling van deze meer complexe doelgroep (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Als reactie hierop is schema (focused) therapie (ST) ontwikkeld door Jeffrey Young. ST combineert elementen van cognitief-gedrag, hechting, Gestalt, objectrelatie, constructieve en psychoanalytische scholen samen in één behandelmodel (Young, et al., 2003). ST wordt door diverse onderzoeken ondersteund als een effectieve behandeling voor deze doelgroep (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2014; Dickhaut & Arntz, 2003; Farrel, Shaw & Webber, 2009; Jacob & Arntz, 2013; Masley, Gillanders, Simpson & Taylor, 2012; Weertman & Arntz, 2007). Naar de drop out in deze therapievorm is er echter nog weinig onderzoek verricht, terwijl (hoge) drop out een reëel risico is bij persoonlijkheidsstoornissen.

Ten Kate, Eurelings-Bontekoe, Muller en Spinhoven (2007) vonden dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een verhoogde kans hebben om de behandeling vroegtijdig te beëindigen in vergelijking met patiënten met alleen een as-I diagnose, 44 ten opzichte van 15 procent. Dickhaut en Arntz (2013) geven aan dat het uitvalspercentage hoger zou kunnen zijn van ST in groepsvorm ten opzichte van individuele ST, de verklaring achter dit verschijnsel is onduidelijk. Groepsbehandelingen zijn vaker verbonden met hogere uitvalspercentages, wat mogelijk veroorzaakt wordt door planningsproblemen van meerdere agenda's (van cliënten en therapeuten) die het met zich meebrengt. Deze groep drop out cliënten is in de diverse onderzoeken naar ST onderbelicht gebleven. Daarnaast zijn de zorgbudgetten beperkt, en de vorm van behandeling berust veelal op stepped care en evidence-based werken. Bij deze werkwijze dient dan ook de drop out in onderzoeken meegenomen te worden. Mede om deze redenen is het van belang om te onderzoeken welke cliënten een verhoogde kans hebben om vroegtijdig de behandeling te beëindigen (Cornelissen, Poppe & Ouwens, 2010). Er zal daarom in dit onderzoek gekeken worden of er tijdens de intake- en diagnostische fase al bepaald kan worden of de cliënt een verhoogde kans heeft om de behandeling vroegtijdig te beëindigen. De resultaten hiervan kunnen gebruikt worden om te bepalen of de cliënt wel geschikt is voor deze behandeling of waar er tijdens deze behandeling extra aandacht aan moet worden besteed om mogelijke drop out te voorkomen. Het beperken van drop out kan er namelijk voor zorgen dat cliënten beter kunnen profiteren van een behandeling doordat zij deze afronden (Cornelissen, Poppe & Ouwens, 2010). In deze these zullen de voorspellers van

drop out bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, in behandeling van ST in groepsvorm centraal staan. Anders dan bij voorgaande onderzoeken, wordt er hier gekeken naar de drop out van een behandelgroep binnen het theoretische kader van de ST.

1.2 Persoonlijkheidsstoornissen en Schematherapie

Persoonlijkheidsstoornissen komen meer voor dan wellicht gedacht wordt. Zo wordt het aantal mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis in Nederland geschat op 100.000 (van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen & van Furth, 2014). Op cross-sectioneel, community-gebaseerde surveys in Noord-Amerika en West-Europa is er een puntprevalentie tussen de 4 en 15 procent gemeten van persoonlijkheidsstoornissen (Tyer, Reed & Crawford, 2015). Als er wordt gekeken naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de geestelijke gezondheidszorg wordt het percentage vele malen groter. Ongeveer een kwart van de cliënten in de eerstelijns gezondheidszorg, de helft van de cliënten in de psychiatrische poliklinieken en tweederde van de justitiële gevangenen voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis (Tyer, et al., 2015). Tevens is er een hoog percentage van comorbiditeit te zien tussen persoonlijkheidsstoornissen en anorexia nervosa, van 47 procent (Pham-Scottez, Huas, Perez-Diaz, Nordon, Divac, Dardennes, Speranza & Rouillon, 2012).

Kennis van persoonlijkheidsstoornissen is om diverse redenen belangrijk voor alle medische beroepsoefenaars. Behalve dat persoonlijkheidsstoornissen veel voorkomend zijn, kan het diverse gevolgen hebben op meerdere terreinen. Een persoonlijkheidsstoornis heeft namelijk een sterk effect op de interactie tussen behandelaar en cliënt, het is een sterke voorspeller op de uitkomst van de behandeling, het belast de samenleving met grote kosten en het is een oorzaak voor veel voortijdige sterfte. Zo is het risico op suïcide bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis 50 maal groter dan bij de algemene populatie (van den Bosch, et al., 2014). Aansluitend gaan persoonlijkheidsstoornissen bij zowel volwassenen als adolescenten gepaard met een ervaren lage kwaliteit van leven (Feenstra & Hutsebaut, 2013). De hoge maatschappelijke kosten worden veelal gevormd doordat cliënten veel zorg bij diverse instellingen ontvangen, vaak zonder voldoende resultaat (Cornelissen, et al., 2010).

Bovenstaande resultaten geven het belang van een goede behandeling voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis aan. ST wordt specifiek aangeboden voor deze doelgroep, maar wat is ST precies? ST bestaat uit vier centrale concepten; disfunctionele schema's (of vroege onaangepaste schema's), schema domeinen, schemamodi en copingsstijlen. Hierbij zijn de disfunctionele schema's de kern van het model (Masley, et al., 2012). Er zijn 18

disfunctionele schema's onderverdeeld in 6 schema domeinen (zie tabel 1). De schema's ontwikkelen zich tijdens de kindertijd en krijgen vorm gedurende de levensduur van een persoon en zijn voor een groot deel disfunctioneel. De schema's zijn ontstaan doordat deze ooit functioneel zijn geweest in het leven van de persoon. Door de nieuwe situatie waarin de persoon zich nu bevindt, is het schema echter niet meer passend en stagneert het mogelijk de verdere ontwikkeling van de persoon. De schema's zijn bijzonder stabiel en duurzaam en bestaan uit herinneringen, cognities, emoties en lichamelijke sensaties met betrekking tot zichzelf en in relatie met anderen.

Er zijn drie manieren hoe er met deze disfunctionele schema's omgegaan kan worden; overcompenseren, overgave en vermijding (Masley, et al., 2012; Young et al., 2003). Bij overcompensatie gaat het individu als het ware vechten tegen het schema, het tegenovergestelde gedrag wordt getoond. Zoals door zich heel zelfverzekerd op te stellen op momenten dat de persoon zich juist onzeker voelt. Bij overgave wordt er toegegeven aan het schema. Als laatste wordt bij vermijding het schema uit de weg gegaan, het individu zal dan bijvoorbeeld situaties waarin het schema mogelijk geactiveerd zou worden, ontwijken.

Tabel 1. *Schemadomeinen en bijbehorende Vroege Onaangepaste Schema's.*

| Domein | Vroege onaangepaste schema's |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Onverbondenheid | 1 Emotionele deprivatie |
| | 2 Verlatingsangst |
| | 3 Wantrouwen |
| | 4 Sociale isolatie |
| | 5 Defect / Schaamte |
| Verzwakte autonomie | 6 Falen / Mislukken |
| | 7 Afhankelijkheid / Incompetentie |
| | 8 Kwetsbaarheid |
| | 9 Verstrengeld zelf |
| Gerichtheid op anderen | 10 Onderwerping |
| | 11 Zelfopoffering |
| | 12 Goedkeuring zoeken |
| Waakzaamheid en inhibitie | 13 Emotionele inhibitie |
| | 14 Onverbiddelijke hoge eisen / Overkritisch |
| Verzwakte grenzen | 15 Gerechtigdheid / grandiositeit |
| | 16 Onvoldoende zelfcontrole |
| Sombere houding/ Waakzaamheid en inhibitie | 17 Negativisme / Pessimisme |
| | 18 Bestraffende houding |

De schemamodi reflecteren een momentopname van een emotionele en gedragsmatige gesteldheid van een individu op een gegeven moment. Disfunctionele schema's en schema modi zijn geen twee afzonderlijke entiteiten, maar schemamodi worden gezien als een geavanceerd component van de schematherapie (Masley, et al., 2012). Er zijn 14 schemamodi, deze zijn onderverdeeld in vier categorieën (zie tabel 2). De eerste is het disfunctionele kind, deze worden geactiveerd wanneer cliënten intense negatieve emoties ervaren die gekoppeld zijn aan hun schema's. Dit kunnen gevoelens van schaamte, bedreiging, verdriet, boosheid of angst zijn. De tweede categorie bevat de disfunctionele coping modi, deze corresponderen met een overmatig gebruik van de fight, flight of freeze copingstrategieën. De derde categorie houdt de disfunctionele ouder modi in. Hierbij legt het individu zichzelf overdreven hoge eisen op of straft zichzelf buiten proporties. Deze zijn wederom verbonden aan de overeenkomstige schema's. De laatste categorie representeert de gezonde modi, deze vertegenwoordigen de functionele toestanden van het individu (Jacob & Arntz, 2013; Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, 2008).

Tabel 2. *Schemamodi onderverdeeld in categorieën.*

| Categorie | Schemamodus |
|----------------------------|--------------------------|
| Disfunctionele kind modi | 1 Kwetsbaar kind |
| | 2 Woedend kind |
| | 3 Razend kind |
| | 4 Impulsief kind |
| | 5 Ongedisciplineerd kind |
| Disfunctionele coping modi | 6 Willoze inschikkelijke |
| | 7 Onthechte beschermer |
| | 8 Onthechte zelfsusser |
| | 9 Zelfverheerlijker |
| Disfunctionele ouder modi | 10 Pesten en aanval |
| | 11 Straffende ouder |
| Gezonde modi | 12 Veeleisende ouder |
| | 13 Blij kind |
| | 14 Gezonde volwassene |

Renner et al (2014) geven het verminderen van de invloed van disfunctionele schema's en het vervangen van negatieve schemamodi en copingstijlen door gezondere, als doel van ST aan. Young et al. (2003) en Masley et al. (2012) noemen als streven het helpen

van mensen die momenteel niet in staat zijn om adaptief te voldoen aan hun eigen kernbehoeften door middel van zelfzorg en hechte adaptieve relaties met anderen. Deze kernbehoeften bestaan uit het gevoel van een basisveiligheid, verbondenheid met anderen, autonomie, zelfwaardering, zelfexpressie en realistische grenzen (Vandereyken, Hoogduin, Emmelkamp, 2006). Het kan dan betekenen dat het nodig is om het copingsgedrag (die als functie hebben de schema's te bestendigen) te identificeren en te verminderen. Dit dient in combinatie gedaan te worden met het ontwikkelen van meer gezonde en adaptieve alternatieven die helend werken op de disfunctionele schema's. Dit proces kan lang duren en vereist van het individu schema's te confronteren en te wijzigen die eerder een beschermende functie vertegenwoordigden (Young et al., 2003; Masley et al., 2012).

Bamelis et al. (2014) noemen vijf kern aspecten van schematherapie. Als eerste wordt de integratieve psychotherapie genoemd, die cognitieve, ervaringsgerichte, gedrags- en interpersoonlijke technieken combineert. Als tweede noemen zij de schemamodi en specifieke therapie technieken voor iedere modus. Als derde worden de negatieve ervaringen uit de kindertijd uitgebreid verwerkt door middel van specifieke technieken, zoals denkbeeldig herschrijven. Als vierde wordt er ervaringsgericht gewerkt om emoties op te wekken en het bevorderen van emotionele verandering, naast cognitieve gedragstherapie. En als laatste wordt er nadruk gelegd op de therapeutische relatie, deze vervult in beperkte mate behoeften en is meer direct en persoonlijker dan de meeste andere benaderingen.

De therapeutische relatie wordt binnen de ST gezien als fundament voor veranderingen. Als er disfunctionele schema's en schemamodi zich voordoen wanneer de basisbehoeften niet worden vervuld, dan trachten de therapeuten deze te identificeren en binnen de kaders van de therapeutische relatie toe te komen. Daarbij kunnen diverse technieken als empathische confrontatie en ervaringsgerichte, gedragsmatige en cognitieve strategieën gebruikt worden (Masley, et al., 2012). Hierbij suggereren de bevindingen van Weertman en Arntz (2007) dat de mate van ervaring van de therapeut een belangrijke invloed kan uitoefenen op de resultaten van ST. Er worden meer positieve klinische effecten gezien in de therapieresultaten bij meer ervaren therapeuten in verhouding tot meer onervaren therapeuten.

Door de jaren heen hebben er diverse onderzoeken plaatsgevonden die de werkzaamheid hebben gemeten van ST. Uit onderzoeken van Masley et al. (2012) en Weertman en Arntz (2007) kwam naar voren dat ST zowel bij borderline

persoonlijkheidsstoornis als bij persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen, goede en grote effecten heeft op de verandering van persoonlijkheidsstoornis gerelateerde schema's. In onderzoek van Farrel et al. (2009) is er schema focused therapie toegevoegd aan een behandeling as usual voor borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit resulteerde in een lager uitvalspercentage bij de toegevoegde ST (0% tegen 25%), een significante vermindering van symptomen van de borderline persoonlijkheidsstoornis en globale psychische symptomen met een hoge effect grootte. Aan het einde van de behandeling as usual met ST voldeed 94% niet meer aan de criteria van borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit was bij de behandeling as usual 16%. Bamelis et al. (2014) vonden dat een significant groter aantal cliënten herstelden na ST in vergelijking met de behandeling as usual. Daarbij hadden cliënten die ST hebben gehad minder depressieve symptomen, waren minder vaak drop out en hadden een hoger algemeen en sociaal functioneren tijdens de follow up meting. Tevens werd er in de nameting bij Renner et al. (2014) een significante afname gevonden in het huidige klachten niveau. Het onderzoek van Dickhaut en Arntz (2003) geeft aan dat ST in groepsvorm een effectievere behandeling zou zijn ten opzichte van individuele ST en dat een gespecialiseerde groep ST het herstel lijkt te versnellen. Jacob en Arntz (2013) sluiten erbij aan dat groepspsychotherapie mogelijk niet alleen kosteneffectiever is dan individuele behandeling, maar noemen ook de belangrijke genezende factoren van een groepsbehandeling, zoals ondersteuning, een gevoel van verbondenheid en begrip, mogelijkheden voor plaatsvervangend leren en het in praktijk uiten van individuele behoeften op een gezonde wijze.

1.3 Drop out

In de literatuur worden er diverse definities gehanteerd voor drop out. Meulenbeek, Seeger en ten Klooster (2015) noemen dat drop out in klinische studies vaak wordt omschreven als het niet terugkeren voordat het programma wordt uitgevoerd, zich terugtrekken van of het niet kunnen afronden van een klinische studie. Aanvullend wordt in de praktijk drop out genoemd wanneer de cliënt beslist om voor het einde van het protocol de therapie te beëindigen of door te vertrekken voordat de therapeut de beslissing van de cliënt heeft kunnen overwegen. In huidig onderzoek wordt voor drop out de volgende definitie gehanteerd. 'Cliënten die de behandeling beëindigen voor de periode van zeven maanden.' In hoofdstuk twee wordt verder toegelicht waarop deze definitie is gebaseerd.

Drop out kan nieuwe of herhaalde teleurstelling tot gevolg hebben met de hulpverlening en een negatief effect hebben op het therapeutisch leefmilieu, zoals het scheppen of toenemen van een onveilig gevoel en minder groepssamenhang (Cornelissen, et al, 2010). Daarbij komt dat wanneer een persoonlijkheidsstoornis niet gediagnosticeerd wordt, de cliënt waarschijnlijk een niet passende behandeling toegewezen krijgt. Hierdoor kunnen acute aandoeningen chronisch worden en worden belangrijke risico's niet opgemerkt (Tyler, et al., 2015), dit leidt mogelijk weer tot een verhoogde kans op drop out. Aanvullend ervaart de behandelaar drop out bijna altijd als een therapeutisch falen (Pham-Scottez, et al., 2012) en kan het leiden tot demoralisatie bij de behandelstaf (Cornelissen, et al, 2010).

In de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg lopen de drop out percentages uiteen van 30 tot 80%. De cliëntengroep, vorm en intensiteit van de behandeling spelen hierin geen significante factor. Er is een hogere kans op het regulier afronden van de behandeling wanneer de cliënt bij aanvang van de behandeling meer psychische problemen ervaart (Cornelissen, et al, 2010). Diverse onderzoeken lopen qua resultaten uiteen, welke vorm persoonlijkheidsstoornis zorgt voor een hogere kans op drop out. Zo wijst onderzoek van ten Kate et al. (2007) erop dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis uit cluster A of C vaker drop out worden dan cliënten uit het B cluster. Bij cliënten met cluster C problematiek is de kans op drop out zelfs elfmaal hoger. In andere studies worden cliënten die voldoen aan de criteria van een borderline persoonlijkheidsstoornis juist tot deze risicogroep gerekend (Cornelissen, et al., 2010). De ernst van de persoonlijkheidsproblematiek lijkt niet samen te hangen met de drop out (ten Kate et al., 2007). De motivatie tot verandering en het bijwonen van het therapeutische programma is significant lager in de drop out groep (Martino, Menchetti, Pozzi & Berardi, 2012). In ditzelfde onderzoek werd een drop out percentage van 51,3 procent gemeten, waarbij 36 procent daarvan plaatsvond in de eerste 2 maanden van de behandeling. De eerste impressie van de stafleden en het programma werden hiermee geassocieerd. Drop out is met deze percentages vanaf de start van de behandeling een belangrijke factor. De kans op drop out kan tevens verhoogd worden als er een aanzienlijke subjectieve verbetering optreedt bij de cliënt. De cliënt ervaart minder last van zijn of haar symptomen en stopt vroegtijdig met de behandeling. Wanneer echter de therapieresultaten van deze cliënten vergeleken worden met de cliënten die hun behandeling volledig afronden, wordt er een significant minder gunstige uitkomst gezien (Jensen, Mortenson & Lotz, 2014; Pham-Scottez, et al., 2012).

In het onderzoek van Cornelissen et al. (2010) kwam naar voren dat een lagere leeftijd en opleidings- en arbeidsniveau het risico op drop out verhogen. Hun verwachting hierbij was dat deze cliëntengroep (met persoonlijkheidsproblematiek) minder goed kunnen omgaan met de tegenslagen die zich tijdens de behandeling kunnen voordoen. De mogelijk achterliggende factoren zijn een geringe impulsbeheersing en lage frustratie tolerantie.

1.4 Onderzoeksvragen

Als resultaat op de bovenstaande bevindingen wordt de volgende onderzoeksvraag gesteld:

Zijn er voorspellers te identificeren tijdens de intake fase die de kans op drop out verhogen?

Door onderscheidende factoren te herkennen in de startfase van een mogelijke behandeling, kan er een extra controle ingebouwd worden om te bepalen of schematherapie de juiste therapievorm is of dat er aanvullende maatregelen getroffen dienen te worden. In vorige onderzoeken is er nog niet zo specifiek gekeken naar voorspellers bij de cliënten in een klinische setting voor ST. In deze studie wordt er voor het eerst onderzocht of er aan de hand van de vroege onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten, voorspellers te identificeren zijn die de kans op drop out verhogen.

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden, worden de volgende deelvragen gesteld:

1. Welke vroege onaangepaste schema's verhogen de kans op drop out van cliënten?
2. Welke schemamodi verhogen de kans op drop out van cliënten?
3. Verhogen de klachten de kans op drop out van cliënten?

Op basis van het onderzoek van Cornelissen et al. (2010) is de verwachting dat bij deelvraag 1 drop out cliënten hoger zullen scoren op de vroege onaangepaste schema's uit het domein verzwakte grenzen (gerechtigdheid/grandiositeit en onvoldoende zelfcontrole). Zij noemen namelijk een geringe impulsbeheersing en een lage frustratie tolerantie als mogelijke factoren voor een vervroegde uitval tijdens de behandeling. Het domein wordt omschreven als een gebrek aan eigen grenzen, verantwoordelijkheid naar anderen of een doelgerichtheid op de lange termijn (Young et al, 2003). Deze cliënt zal vooral gericht zijn op de directe behoeftebevrediging, waarbij impulsen de overhand nemen. Daarbij wordt het schema

onvoldoende zelfcontrole gekenmerkt door problemen met frustratietolerantie en een gebrek aan controle over emoties en impulsen (Young et al, 2003).

Bij deelvraag 2 zijn deze factoren terug te vinden in de categorie disfunctionele kindmodi. Specifiek heeft dit betrekking op de schemamodus het ongedisciplineerde kind. Wanneer deze modus actief is heeft de cliënt een lage tot geen frustratietolerantie. Een geringe impulsbeheersing is dan weer terug te vinden in de modus van het impulsieve kind. De verwachting is daarbij aansluitend dat schemamodi uit deze categorie sterker naar voren zullen komen bij de drop out cliënten.

Volgens Jensen et al. (2014) wijzen diverse studies erop dat cliënten met ernstigere klachten en minder aanpassingsvermogen sneller een drop out worden. Met dit gegeven als uitgangspunt is de verwachting dat in deelvraag 3 de drop out cliënten in totaal meer klachten zullen vertonen dan cliënten die de behandeling afronden.

Schematherapie focust zich voornamelijk op de vroeg onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten die deze met zich meebrengen. De cliënten zijn in de behandeling actief bezig om het effect hiervan aan te passen. Wanneer er bekend is dat een cliënt door zijn of haar specifieke kenmerken een verhoogd risico meedraagt om drop out te worden, is het mogelijk om aanpassingen in het behandelprogramma voor deze cliënten uit te voeren. Om de gestelde vragen te kunnen beantwoorden, is er een exploratief onderzoek opgezet die zich richt op de vroeg onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten van de cliënten. De demografische factoren zijn in dit onderzoek niet meegenomen, door een gebrek aan beschikbare informatie.

Hoofdstuk 2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign is kwantitatief en exploratief van aard. Binnen deze studie is er gekeken naar mogelijke voorspellers van drop out. Het onderzoek is uitgevoerd in een klinische setting. Daarbij zal er onderscheid gemaakt worden tussen drop out cliënten en cliënten die de behandeling hebben afgerond.

2.2 Respondenten

Het onderzoek is uitgevoerd bij de cliënten van de Wieke, een centrum voor klinische psychotherapie en onderdeel van Mediant Geestelijke Gezondheidszorg. Cliënten laten zich hier vrijwillig opnemen gedurende een behandelperiode van circa 12 maanden. Alle cliënten voldoen aan de DSM-IV-TR criteria op een AS II persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, C of NAO.

De originele dataset bestaat uit $n=119$ respondenten, hiervan zijn 22 respondenten verwijderd. Vier respondenten waren voor een tweede maal opgenomen, hun tweede dataset is verwijderd en 18 respondenten zijn nog in behandeling. De uiteindelijke steekproef bestaat uit $n=97$ respondenten. De leeftijd bij opname van de deelnemers loopt uiteen van 18 jaar tot en met 43 jaar ($M=27,72$; $SD=7,02$). Hiervan zijn 23 (23,7%) respondenten man en 74 (76,3%) vrouw. De data is verzameld door mijzelf, maar ook door eerdere stagiaires van de Wieke, in de tijdsperiode van juni 2011 tot en met juni 2015. Demografische gegevens als woonplaats en opleidingsniveau zijn hier niet in opgenomen.

De onderstaande inclusie en exclusie criteria zijn gebaseerd op de standaard criteria die gehanteerd worden voor opname bij de Wieke.

Inclusie criteria

1. Minimale leeftijd van 18 jaar
2. Volgt de klinische behandeling bij de Wieke, centrum voor klinische psychotherapie
3. Heeft de toestemmingsverklaring voor deelname onderzoek ondertekend
4. Voldoet aan de DSM-IV-TR criteria op een ASII persoonlijkheidsstoornis uit cluster B, C of NAO
5. Beheerst de Nederlandse taal

Exclusie criteria

1. Onder de leeftijd van 18 jaar
2. Voldoet aan de DSM-IV-TR criteria op een ASII persoonlijkheidsstoornis uit cluster A
3. Is nog in behandeling

2.3 Drop out

Voor de drop out wordt de volgende definitie gehanteerd;

‘Cliënten die de behandeling beëindigen voor de periode van zeven maanden.’

Deze definitie is vastgesteld op basis van klinisch oordeel. Het klinische oordeel bestond uit een overleg tussen een klinisch psycholoog, een GZ-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog en twee stagiaires psychologie. Gebaseerd op ervaringen van deze deskundigen is vastgesteld dat cliënten in behandeling bij de Wieke minstens zes maanden behandeling nodig hebben om blijvende resultaten te behouden. In het onderzoek van Kettendörfer (2015) bij de Wieke is vastgesteld dat cliënten die minstens zes maanden behandeling hebben gevolgd een significante afname laten zien van de vroege onaangepaste schema's en van klachten. Deze afname blijven zes maanden na de behandeling nog steeds behouden. Dit ondersteunt de opvatting dat cliënten na zes maanden blijvende vooruitgang tonen. In tabel 3 staat de verdeling van de drop out en de respondenten die de behandeling hebben afgerond.

Tabel 3. *Verdeling van de cliënten over drop out en de behandeling afgerond.*

| | N | Percentage | M (maanden) | SD | Range (maanden) |
|----------|----|------------|-------------|------|-----------------|
| Drop out | 35 | 36,1 | 2,89 | 1,51 | 0-6 |
| Afgerond | 62 | 63,9 | 11,32 | 3,08 | 7-20 |
| Totaal | 97 | 100,0 | 8,28 | 4,84 | 0-20 |

In tabel 4 is af te lezen dat er naast een persoonlijkheidsstoornis, diverse comorbide stoornissen aanwezig zijn bij de respondenten. Met name is de stemmingsstoornis sterk vertegenwoordigd, die bij ruim de helft van de respondenten is gediagnosticeerd. Daarnaast heeft ongeveer een kwart van de respondenten een vorm van een angststoornis. Bij de persoonlijkheidsstoornis Niet Anders Omschreven (PS NAO) is er een significant verschil ($p < 0,05$) gevonden in de groep van drop out cliënten en de cliënten die de behandeling hebben afgerond. Cliënten met deze diagnose hebben vaker de behandeling afgerond. Bij de

andere stoornissen is er geen significant verschil tussen de cliënten die drop out zijn en de behandeling hebben afgerond.

De vastgestelde diagnoses zijn veelal gebaseerd op het klinische oordeel van de intaker. Dit betreft een klinisch psycholoog, psychotherapeut of een GZ-psycholoog in opleiding tot specialist (gios).

Tabel 4. *Verdeling as 1 & as 2 volgens DSM-VI-TR stoornissen onder de respondenten.*

| Stoornissen | Drop out (percentage) N=35 | Afgerond (percentage) N=62 | Totaal (percentage) N=97 |
|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Middelenafhankelijkheid | 4 (11,4%) | 7 (11,3%) | 11 (11,3%) |
| Stemmingsstoornis | 19 (54,3%) | 37 (59,7%) | 56 (57,7) |
| Angststoornis | 11 (31,4%) | 15 (24,2%) | 26 (26,8%) |
| Dissociatieve stoornis | 0 (0,0%) | 3 (4,8%) | 3 (3,1%) |
| Eetstoornissen | 4 (11,4) | 8 (12,9%) | 12 (12,4%) |
| Impulscontrole stoornis | 1 (2,9%) | 0 (0,0%) | 1 (1,0%) |
| Aanpassingsstoornis | 0 (0,0%) | 1 (1,6%) | 1 (1,0%) |
| Pervasieve ontwikkelingsstoornis | 0 (0,0%) | 2 (3,2%) | 2 (2,1%) |
| Aandachttekortstoornis | 3 (8,6%) | 2 (3,2%) | 5 (5,2%) |
| Identiteitsproblematiek | 6 (17,1%) | 16 (25,8%) | (22,7%) |
| Antisociale PS | 0 (0,0%) | 1 (1,6%) | 1 (1,0%) |
| Borderline PS | 12 (34,3%) | 15 (24,2%) | 27 (27,8%) |
| Narcistische PS | 0 (0,0%) | 2 (3,2%) | 2 (2,1) |
| Ontwijkende PS | 6 (17,1%) | 3 (4,8%) | 9 (9,3%) |
| Afhankelijke PS | 4 (11,4%) | 3 (4,8%) | 7 (7,2%) |
| Obsessieve-compulsieve PS | 1 (2,9%) | 0 (0,0%) | 1 (1,0%) |
| PS NAO* | 8 (22,9) | 27 (43,5%) | 35 (36,1) |
| PS aanwezig | 28 (80,0%) | 48 (77,4%) | 76 (78,4%) |

*p<0.05

2.4 Procedure

De in paragraaf 2.4 genoemde vragenlijsten zijn afgenomen in een testkamer onder begeleiding van een GZ-psycholoog of een psycholoog in opleiding. Tijdens de intakefase wordt de eerste meting gedaan en cliënten die willen deelnemen, tekenen een toestemmingsverklaring waarin zij toestemming verlenen voor de deelname aan het onderzoek. De tweede meting vindt plaats een half jaar na de start van de opname. De derde meting, ook wel de ‘eindmeting’ genoemd, vindt plaats tijdens de ontslagfase, 12 maanden na de start van de opname. De follow-up meting vindt uiteindelijk zes maanden na het ontslag plaats. Om de resultaten te anonimiseren krijgt iedere respondent een nummer in het

databestand toegewezen. Wanneer cliënten niet willen deelnemen aan het onderzoek, worden hun resultaten niet meegenomen in het onderzoek.

Met betrekking tot dit onderzoek wordt alleen de eerste meting gebruikt, er zal daarbij een onderscheid worden gemaakt tussen de deelnemers die de behandeling hebben afgerond en de deelnemers die vervroegd (drop out) zijn gestopt.

2.5 Meetinstrumenten

De Young Schema Vragenlijst (YSV; Young & Brown, 2001; Nederlandse versie: Sterk & Rijkeboer, 1997) meet de 18 mogelijke schema's bij de deelnemers; emotionele deprivatie, verlatingsangst, wantrouwen, sociale isolatie, defect/schaamte, falen/mislukken, afhankelijkheid/incompetentie, kwetsbaarheid, verstrengeld zelf, onderwerping, zelfopoffering, goedkeuring zoeken, emotionele inhibitie, onverbidelijke hoge eisen/overkritisch, gerechtigdheid/grandiositeit, onvoldoende zelfcontrole, negativisme/pessimisme en bestraffende houding. De YSV is een zelfrapportage vragenlijst, bestaande uit 232 items, met een 6-punts Likertschaal. Er zijn goede psychometrische kwaliteiten gevonden en de vragenlijst is een nuttig instrument voor gebruik in de klinische praktijk en winstgevend voor onderzoek (Rijkeboer, 2005; Rijkeboer & van den Bergh).

De Schema Modus Inventory (SMI; Young, Arntz, Atkinson, Lobbestael, Weishaar, van Vreeswijk & Klokman, 2008) meet de 14 mogelijke schemamodi bij de deelnemers; kwetsbaar kind, woedend kind, razend kind, impulsief kind, ongedisciplineerd kind, blij kind, willoze inschikkelijke, onthechte beschermer, onthechte zelfsusser, zelfverheerlijker, pesten en aanval, straffende ouder, veeleisende ouder en gezonde volwassene. De SMI bestaat uit 124 items, met een 6-punts Likertschaal en is een zelfrapportage vragenlijst. Alle 14 subschalen hebben een aanvaardbare interne consistentie, de vragenlijst heeft voldoende test-hertest-betrouwbaarheid en een matige constructvaliditeit (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010). Lobbestael e.a. (2010) concluderen dat de SMI een waardevol instrument is bij de diagnostiek van schematherapie.

De Brief Symptom Inventory (BSI; De Beurs, 2006) is ook een zelfrapportage vragenlijst en meet de klachten van de deelnemers op 9 schalen; somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten, psychoticisme. Deze worden gemeten aan de hand van 53 items, met een 4-punts Likertschaal. De handleiding van de BSI (De Beurs,

2001) geeft een goede convergente en voldoende divergente validiteit aan. De interne consistentie is als voldoende beoordeeld en de test-hertest-betrouwbaarheid als goed.

In de tabellen 5, 6 en 7 is te zien dat alle drie de vragenlijsten en de bijbehorende schalen een goede betrouwbaarheid in dit onderzoek laten zien.

Tabel 5. *Homogeniteit YSV**.

| Vragenlijst | Schalen | N of items | Cronbach's alpha α |
|-------------|-------------------------------------------|------------|------------------------------|
| YSV | <i>Totaal</i> | 232 | 0,99 |
| | Emotionele deprivatie | 9 | 0,93 |
| | Verlatingsangst | 17 | 0,93 |
| | Wantrouwen | 17 | 0,94 |
| | Sociale isolatie | 10 | 0,92 |
| | Defect / Schaamte | 15 | 0,95 |
| | Falen / Mislukken | 9 | 0,94 |
| | Afhankelijkheid / Incompetentie | 15 | 0,94 |
| | Kwetsbaarheid | 12 | 0,91 |
| | Verstrengeld zelf | 11 | 0,91 |
| | Onderwerping | 10 | 0,91 |
| | Zelfopoffering | 17 | 0,91 |
| | Goedkeuring zoeken | 14 | 0,92 |
| | Emotionele inhibitie | 9 | 0,86 |
| | Onverbiddelijke hoge eisen / Overkritisch | 16 | 0,93 |
| | Gerechtigdheid / Grandiositeit | 11 | 0,87 |
| | Onvoldoende zelfcontrole | 15 | 0,91 |
| | Negativisme / Pessimisme | 11 | 0,92 |
| | Bestraffende houding | 14 | 0,91 |

*Young Schema Vragenlijst

Tabel 6. *Homogeniteit SMI**.

| Vragenlijst | Schalen | N of items | Cronbach's alpha α |
|-------------|------------------------|------------|------------------------------|
| SMI | <i>Totaal</i> | 124 | 0,95 |
| | Kwetsbaar kind | 10 | 0,94 |
| | Woedend kind | 10 | 0,87 |
| | Razend kind | 10 | 0,92 |
| | Impulsief kind | 9 | 0,90 |
| | Ongedisciplineerd kind | 6 | 0,81 |
| | Willoze inschikkelijke | 7 | 0,87 |
| | Onthechte beschermer | 9 | 0,91 |
| | Onthechte zelfsusser | 4 | 0,71 |
| | Zelfverheerlijker | 10 | 0,85 |
| | Pesten en aanval | 9 | 0,85 |
| | Straffende ouder | 10 | 0,93 |
| | Veeleisende ouder | 10 | 0,90 |
| | Blij kind | 10 | 0,92 |
| | Gezonde volwassene | 10 | 0,77 |

*Schema Modus Inventory

Tabel 7. *Homogeniteit BSI**.

| Vragenlijst | Schalen | N of items | Cronbach's alpha α |
|-------------|-----------------------------------|------------|------------------------------|
| BSI | <i>Totaal</i> | 53 | 0,97 |
| | Somatische klachten | 6 | 0,84 |
| | Cognitieve problemen | 7 | 0,81 |
| | Interpersoonlijke gevoeligheid | 4 | 0,84 |
| | Depressieve stemming | 6 | 0,91 |
| | Angst | 6 | 0,86 |
| | Hostiliteit | 5 | 0,80 |
| | Fobische angst | 5 | 0,84 |
| | Paranoïde gedachten | 5 | 0,82 |
| | Psychoticisme | 5 | 0,76 |

*Brief Symptom Inventory

2.6 Statistische analyse

Om mogelijke verbanden te ontdekken tussen de scores op de vragenlijsten en de drop out, zijn de verzamelde data geanalyseerd met SPSS. Er is begonnen met een berekening van frequenties betreffende de leeftijd en het geslacht. Iedere vragenlijst heeft een eigen databestand waarin de items in de schalen worden verdeeld. In de databestanden zullen de respondenten onderverdeeld worden in een groep drop out en een groep die de behandeling

hebben afgerond. De aanwezige vroege, onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten zijn weergegeven door middel van descriptieve analyses.

Allereerst is de groep respondenten onderverdeeld in een drop out groep en een groep die de behandeling heeft afgerond. Voor de bepaling voor een parametrische of een non-parametrische toets, is er naar de normaalverdeling gekeken van alle schalen door middel van een Shapiro-Wilk test. Bij een normale verdeling is er gebruik gemaakt van een t-toets en bij een scheve verdeling van een Mann-Whitney U-toets. Vervolgens is er bij de scheve verdelingen ook een t-toets gebruikt. Bij overeenkomstige resultaten tussen de parametrische en non-parametrische toetsen, ging de voorkeur uit naar de parametrische resultaten. Uiteindelijk is er in alle gevallen gebruik gemaakt van een parametrische toets. Voor de bepaling van de significantie is er een p-waarde gehanteerd van $p < 0,05$.

Hoofdstuk 3. Resultaten

3.1 Vroege onaangepaste schema's

Om de deelvraag 'welke vroege onaangepaste schema's verhogen de kans op drop out van cliënten' te beantwoorden, zijn er t-toetsen en Mann-Whitney U-toetsen uitgevoerd. Bij gelijke uitkomst kreeg de t-toets de voorkeur, in alle gevallen was hier sprake van. De analyse van de data zijn weergegeven in tabel 8.

Tabel 8. De gemiddelden, standaarddeviaties en de t-toetsen van de scores op de YSV**
(n=94).

| Schaal | Drop out m (sd) | Afgerond m (sd) | t (df) |
|----------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Emotionele deprivatie | 3,71 (1,18) | 3,70 (1,27) | 0,06 (90) |
| Verlatingsangst | 3,76 (0,85) | 3,47 (1,00) | 1,35 (84) |
| Wantrouwen | 3,50 (1,09) | 3,33 (1,16) | 0,67 (90) |
| Sociale isolatie | 3,67 (1,04) | 3,88 (1,11) | 0,89 (90) |
| Defect / Schaamte | 3,39 (1,15) | 3,47 (1,07) | 0,33 (89) |
| Falen / Mislukken | 3,60 (1,28) | 3,76 (1,24) | 0,58 (90) |
| Afhankelijkheid / Incompetentie | 3,39 (0,83) | 3,30 (0,98) | 0,44 (89) |
| Kwetsbaarheid | 3,05 (1,08) | 2,91 (0,98) | 0,60 (89) |
| Verstregeld zelf | 2,97 (1,02) | 2,88 (1,17) | 0,37 (90) |
| Onderwerping | 3,53 (1,19) | 3,72 (1,05) | 0,77 (89) |
| Zelfopoffering | 3,85 (1,06) | 4,18 (0,95) | 1,52 (89) |
| Goedkeuring zoeken | 3,48 (0,94) | 3,85 (1,03) | 1,61 (85) |
| Emotionele inhibitie | 3,37 (0,89) | 3,47 (0,83) | 0,53 (90) |
| Onverbiddelijke hoge eisen / Overkritisch | 3,49 (1,06) | 3,59 (1,00) | 0,44 (89) |
| Gerechtigdheid / Grandiositeit | 2,79 (0,92) | 2,43 (0,76) | 2,00 (89)* |
| Onvoldoende zelfcontrole | 3,14 (0,87) | 3,16 (0,86) | 0,08 (90) |
| Negativisme / Pessimisme | 3,79 (1,16) | 3,77 (0,85) | 0,11 (47,31) |
| Bestraffende houding | 3,47 (0,88) | 3,58 (0,74) | 0,62 (89) |
| Onverbondenheid | 3,57 (0,79) | 3,46 (0,82) | 0,59 (83) |
| Verzwakte autonomie | 3,21 (0,81) | 3,19 (0,70) | 0,09 (88) |
| Gerichtheid op anderen | 3,68 (0,89) | 3,96 (0,80) | 1,45 (84) |
| Waakzaamheid en inhibitie | 3,45 (0,88) | 3,55 (0,74) | 0,54 (89) |
| Verzwakte grenzen | 3,01 (0,83) | 2,85 (0,70) | 0,96 (89) |
| Sombere houding | 3,61 (0,94) | 3,67 (0,65) | 0,32 (45,66) |
| Totaal | 3,40 (0,62) | 3,45 (0,56) | 0,31 (80) |

* p < 0,05 ** Young Schema Vragenlijst

Bij de vergelijking van de gemiddelden van de andere vroege onaangepaste schema's is met uitzondering op het schema gerechtigdheid/grandiositeit, geen significant verschil

gemeten tussen de respondenten die de behandeling hebben afgerond en de drop out respondenten. Daarnaast is er een analyse uitgevoerd op de domeinen en de totaal somscore, hierop is geen significant verschil gevonden.

Gemiddeld genomen scoren de drop out respondenten (gemiddelde score 2,79, spreiding 0,92) op het schema gerechtigdheid/grandiositeit hoger dan de respondenten die de behandeling hebben afgerond (gemiddelde score 2,43, spreiding 0,76). Dit verschil is significant $t = 2,00$; $df = 89$; $p < 0,05$ bij tweezijdige toetsing. De score op dit schema kan 4% van de drop out verklaren ($d=0,42$).

3.2 Schemamodi

Bij de tweede deelvraag ‘welke schemamodi verhogen de kans op drop out van cliënten’, zijn er tevens t-toetsen en Mann-Whitney U-toetsen uitgevoerd. Bij gelijke uitkomst kreeg de t-toets de voorkeur, in alle gevallen was hier sprake van. In tabel 9 staat de analyse van de data weergegeven.

Tabel 9. De gemiddelden, standaarddeviaties en de t-toetsen van de scores op de SMI** ($n=89$).

| Schaal | Drop out m (sd) | Afgerond m (sd) | t (df) |
|----------------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Kwetsbaar kind | 4,08 (0,92) | 3,96 (0,70) | 0,70 (85) |
| Woedend kind | 3,45 (1,10) | 3,10 (0,89) | 1,54 (84) |
| Razend kind | 2,02 (1,01) | 1,69 (0,70) | 1,78 (85) |
| Impulsief kind | 2,89 (0,93) | 2,60 (0,82) | 1,46 (85) |
| Ongedisciplineerd kind | 3,26 (0,72) | 3,39 (0,92) | 0,65 (85) |
| Willoze inschikkelijke | 3,62 (1,07) | 3,83 (0,73) | 0,93 (33,46) |
| Onthechte beschermer | 3,27 (0,69) | 3,28 (0,87) | 0,05 (58,51) |
| Onthechte zelfsusser | 3,48 (0,97) | 3,89 (0,80) | 0,06 (85)* |
| Zelfverheerlijker | 2,70 (0,79) | 2,49 (0,77) | 1,17 (85) |
| Pesten en aanval | 2,15 (0,65) | 1,88 (0,63) | 1,81 (85) |
| Straffende ouder | 3,23 (1,12) | 3,15 (0,84) | 0,36 (37,42) |
| Veeleisende ouder | 4,00 (0,92) | 3,82 (0,98) | 0,79 (85) |
| Blij kind | 2,36 (0,59) | 2,49 (0,59) | 0,94 (85) |
| Gezonde volwassene | 2,24 (0,58) | 3,34 (0,56) | 0,72 (84) |
| Disfunctionele kind modi | 3,15 (0,80) | 2,91 (0,58) | 1,56 (84) |
| Disfunctionele coping modi | 2,96 (0,54) | 2,92 (0,45) | 0,37 (84) |
| Disfunctionele ouder modi | 3,62 (0,91) | 3,48 (0,78) | 0,69 (85) |
| Totaal disfunctionele modi | 3,17 (0,64) | 3,02 (0,40) | 1,03 (30,24) |
| Totaal functionele modi | 2,80 (0,44) | 2,91 (0,47) | 1,02 (84) |
| Totaal | 3,11 (0,50) | 3,01 (0,30) | 0,93 (29,71) |

* $p < 0,05$ ** Schema Modus Inventory

Bij de vergelijking van de gemiddelden van de schemamodi is er bij de meeste schalen geen significant verschil gemeten tussen de respondenten die de behandeling hebben afgerond en de drop out respondenten. Daarnaast is er een analyse uitgevoerd op de domeinen en de totaal somscores, hierop is geen significant verschil gevonden.

Gemiddeld genomen scoren de respondenten die de behandeling hebben afgerond (gemiddelde score 3,89, spreiding 0,80) hoger op de schemamodus onthechte zelfsusser dan de drop out respondenten (gemiddelde score 3,48, spreiding 0,97). Dit verschil is significant; $t = 0,06$; $df = 85$; $p < 0,05$ bij tweezijdige toetsing. De score op deze modus kan 5% van de drop out verklaren ($d=0,45$).

3.3 Klachten

Om de laatste deelvraag te onderzoeken ‘verhogen de klachten de kans op drop out van cliënten’ zijn er tevens t-toetsen en Mann-Whitney U-toetsen uitgevoerd. Bij gelijke uitkomst kreeg de t-toets de voorkeur, in alle gevallen was hier sprake van. Tabel 10 laat een overzicht zien van de analyse van de data.

Tabel 10. *De gemiddelden, standaarddeviaties en de t-toetsen van de scores op de BSI** ($n=97$).

| Schaal | Drop out m (sd) | Afgerond m (sd) | t (df) |
|--------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Somatische klachten | 1,30 (0,73) | 1,43 (0,84) | 0,75 (90) |
| Cognitieve problemen | 1,87 (0,75) | 1,96 (0,80) | 0,51 (90) |
| Interpersoonlijke gevoeligheid | 2,07 (0,88) | 2,08 (0,95) | 0,06 (90) |
| Depressieve stemming | 2,34 (1,01) | 2,32 (0,80) | 0,16 (51,82) |
| Angst | 2,04 (0,74) | 1,90 (0,80) | 0,75 (90) |
| Hostiliteit | 1,19 (0,89) | 0,91 (0,73) | 1,65 (90) |
| Fobische angst | 1,72 (0,89) | 1,62 (0,93) | 0,49 (90) |
| Paranoïde gedachten | 1,58 (0,91) | 1,65 (0,93) | 0,36 (90) |
| Psychoticisme | 1,81 (0,73) | 2,02 (0,72) | 1,35 (89) |
| Totaal | 1,78 (0,63) | 1,78 (0,58) | 0,04 (88) |

*Brief Symptom Inventory

Tussen de respondenten die de behandeling hebben afgerond en de drop out respondenten, is bij de vergelijking van de gemiddelden van de schalen geen significant verschil gemeten. Er is tevens een analyse uitgevoerd op de totale somscore van de klachten, hierop is eveneens geen significant verschil gevonden. Opvallend is dat de gemiddelde score van de totaal klachten ($m=1,78$; $t=0,04$) zelfs gelijk zijn.

Hoofdstuk 4. Conclusie en Discussie

In deze studie is er voor het eerst onderzocht of er aan de hand van de vroege onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten, voorspellers te identificeren zijn die de kans op drop out verhogen. De respondenten bestonden uit cliënten met een persoonlijkheidsstoornis die vrijwillig zijn opgenomen in een klinische behandelsetting, die is gebaseerd op schematherapie. Ruim één derde van de respondenten beëindigde de behandeling door drop out. Dit komt volgens Cornelissen et al. (2010) overeen met de laagste percentages drop out volgens Nederlands onderzoek naar drop out en psychotherapie. De aanleiding van dit onderzoek berust op een tekort aan eerdere studies op dit terrein en het voordeel wat de praktijk hiermee kan doen. Er kwamen diverse aspecten naar voren die meespelen in een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Zo komt het schema gerechtigdheid/grandiositeit sterker naar voren bij de groep drop out cliënten en de schemamodus onthechte zelfsusser komt sterker naar voren in de groep die de behandeling heeft afgerond. Deze factoren zijn echter nog weinig specifiek. Een eventuele voorspelling wie een verhoogd risico lopen op drop out was op basis van deze factoren daardoor ook niet te stellen. Dit is nadelig want de kosten van drop out kunnen voor zowel de maatschappij, de hulpverleners als de cliënt zelf hoog oplopen.

Allereerst zijn scores van de vroege onaangepaste schema's geanalyseerd. Er is een significant verschil gevonden op het schema gerechtigdheid/grandiositeit, waarbij dit schema bij drop out respondenten sterker voorkomt. Deze uitkomst komt overeen met de verwachting op basis van het onderzoek van Cornelissen et al. (2010), dat drop out respondenten een hogere score hebben op de vroege onaangepaste schema's uit het domein verzwakte grenzen. Tot dit domein behoren de schema's gerechtigdheid/grandiositeit en onvoldoende zelfcontrole. In het schema onvoldoende zelfcontrole is er geen significant verschil gevonden. Een mogelijke verklaring hiervoor ligt in de algemene omschrijving van dit schema. Een geringe impulscontrole en een gebrek aan remmingen (Young et al, 2003) is niet alleen een kenmerk van dit schema, maar ook één van de diagnostische criteria van een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV-TR (APA, 2000). Het is aannemelijk dat het grootste deel van de respondenten zich herkent in deze omschrijving en daardoor niet de groepen zal onderscheiden. Als er gekeken wordt naar tabel 8, valt ook af te lezen dat de gemiddelde scores van dit schema, overeenkomstig zijn met de gemiddelde scores van de andere schema's. Het schema onvoldoende zelfcontrole lijkt daardoor niet onderscheidend te zijn van de rest. Hoewel er een verschil gevonden is in het schema

gerechtigdheid/grandiositeit, kan de score hierop slechts 4 procent van de drop out verklaren. Op de andere vroege onaangepaste schema's en de diverse categorieën is er geen significant verschil gevonden.

Met betrekking tot de tweede deelvraag zijn de scores van de schemamodi onderzocht. Op de schemamodus onthechte zelfsusser is er een significant verschil gevonden, waarbij het schema sterker voorkomt bij respondenten die de behandeling hebben afgerond dan de drop out respondenten. Wanneer deze modus actief is zoekt de persoon afleiding om zich te onttrekken van negatieve emoties. Dit wordt bereikt door zelfsussend gedrag zoals kalmerende zinnen tegen zichzelf zeggen, of door zelfstimulerende activiteiten te ondernemen zoals het gebruik van psychoactieve middelen (Young et al., 2003). De score op deze modus verklaart echter slechts 5 procent van de drop out. Een eenduidige verklaring voor dit resultaat is nog niet gevonden. Mogelijk is deze beschermingsfunctie af en toe nodig om zich staande te houden, zodat de cliënt niet wordt overspoeld door de intense emoties die tijdens de behandeling opgeroepen worden. Deze uitkomsten komen niet overeen met de verwachtingen gebaseerd op het onderzoek van Cornelissen et al. (2010). De verwachting was op basis van dit onderzoek dat er een hogere score bij de drop out respondenten zou zijn op de disfunctionele kind modi, en specifiek het impulsieve en ongedisciplineerde kind. Deze twee modi geven uiting aan de emoties die op dat moment worden ervaren, zij handelt op verlangens en natuurlijke neigingen van het moment. Hierbij wordt er niet gelet op eventuele gevolgen voor zichzelf of anderen (Young et al., 2003). Een gebrek aan impulsbeheersing en een lage frustratietolerantie zijn bij activatie van deze schema's aanwezig. De overeenkomst tussen dit onderzoek en het onderzoek van Cornelissen et al. (2010) ligt onder andere in de doelgroep die cliënten met overwegend persoonlijkheidsproblematiek bevatten. Een verschil is mogelijk te verklaren door de wijze van data verzameling, wat mogelijk de afwijking in uitkomsten duidt. Waar in het onderzoek van Cornelissen et al. (2010) gebruik is gemaakt van intakebrieven, Gestructureerd Klinisch Interview DSM-IV persoonlijkheidsvragenlijst (SCID-I en -II-interviews) en ontslagbrieven. Is in dit onderzoek gebruik gemaakt van zelfrapportage lijsten over de vroege onaangepaste schema's, schemamodi en de klachten. Deze data is wellicht niet zo goed met de onaangepaste schema's en schemamodi te vergelijken als voorheen werd gedacht.

Als laatste zijn de gemiddelden van de schalen van de BSI onder de respondenten geanalyseerd. Op geen van deze schalen is er een significant verschil gevonden. Opmerkelijk is dat de gemiddelde score van de totaal klachten zelfs identiek aan elkaar zijn. De

verwachting van Jensen et al. (2014), ernstigere klachten verhogen de kans op drop out, wordt in dit onderzoek niet bekrachtigd. Bij vergelijking van dit onderzoek en het onderzoek van Jensen et al. (2014) zijn er diverse overeenkomsten te noemen, maar ook verschillen die wellicht een afwijking in uitkomsten kunnen verklaren. Zowel in dit onderzoek, als bij Jensen et al. (2014) is er gebruik gemaakt van zelfrapportage vragenlijsten. Zij hebben echter een meer uitgebreide vragenlijst gehanteerd die wellicht meer specifieke resultaten oplevert. Daarnaast is er een onderscheid te maken in de vormen van groepsbehandeling. In huidig onderzoek wordt er een meer intensieve behandelvorm aan de cliënten geboden (één jaar klinische opname). De groepsbehandeling van Jensen et al. (2014) bestaat uit drie sessies per week, van ieder anderhalf uur, voor de duur van 39 weken. En als er wordt gefocust op de cliënten heeft slechts 43 procent van de participanten een persoonlijkheidsstoornis of gedragsstoornis, de groep bestaat verder uit diverse soorten problematiek. Deze verschillen interfereren mogelijk met de afwijking in resultaten tussen beide onderzoeken.

Concluderend wijst dit onderzoek op twee mogelijke voorspellers van drop out tijdens de intake en diagnostische fase. Het schema gerechtigdheid/grandiositeit komt sterker naar voren bij de groep drop out cliënten en de schemamodus onthechte zelfsusser komt sterker naar voren in de groep die de behandeling heeft afgerond.

Op basis van huidig onderzoek kunnen tevens enkele aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig drop out onderzoek en de klinische praktijk. Tijdens dit onderzoek is het soort persoonlijkheidsstoornis niet meegewogen in de resultaten. Er is in tabel 4 gekeken naar de verdeling van de persoonlijkheidsstoornissen. Met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO), zijn hier geen significante verschillen in gevonden. Mogelijk heeft de wijze van indicatie stellen hier invloed op gehad. Zoals eerder is aangegeven zijn de meeste diagnoses gebaseerd op een klinisch oordeel tijdens de intakefase. Om een diagnose als een persoonlijkheidsstoornis zuiver te stellen zijn mogelijk meer gesprekken nodig. Uit eigen ervaring blijkt dat tijdens de behandeling vaak nieuwe aspecten van de cliënt naar voren komen, die eerder wellicht meer op de achtergrond stonden. Dit kan invloed hebben op de eerder gestelde diagnose. Daarbij kan het van belang zijn om de DSM-IV-TR-classificaties op een (semi-) gestructureerde wijze vast te stellen. Door dit meer te structureren worden de resultaten meer betrouwbaar en valide. Zo pleiten Jensen et al. (2014) voor een meer systematische selectie van de doelgroep. Hun onderzoek suggereert dat er zowel meer aandacht moet zijn voor spannings-, agorafobische en somatische symptomen, als voor het sociale functioneren, het educatie niveau en de motivatie

om in groepsvorm de problematiek te onderzoeken. Dat de mate van motivatie bij drop out cliënten lager ligt, wordt tevens ondersteund door Martino et al. (2007). Geadviseerd wordt om de data betreffende de diagnoses ook op een kwalitatieve wijze te verwerven en te analyseren, zoals de rapportages van sessies en ontslagbrieven. Mogelijk dat er bij een kwantitatieve analyse tegen dezelfde zwakte punten aangelopen wordt als tijdens dit onderzoek. Het voordeel van kwalitatieve dataverzameling ligt op het mee laten wegen van meerdere factoren die mogelijk interfereren in het voortzetten van de behandeling. Zo kunnen er factoren aan het licht komen, die bij kwantitatieve dataverzameling mogelijk gemist worden.

Deze studie kent enkele limitaties die mogelijk van invloed zijn geweest op de onderzoeksresultaten. Ten eerste zijn er de meetinstrumenten. Hoewel de psychometrische kwaliteiten voor alle drie de vragenlijsten als voldoende tot goed te beoordelen zijn, lijken hun schalen voor dit doel te algemeen. De cliënten rapporteren relatief veel vroege onaangepaste schema's, schemamodi en klachten. Dit maakt dat de schalen niet meer onderscheidend zijn en dit compliceert het vormen van harde conclusies. Daarbij is de data verkregen op basis van zelfrapportage lijsten. De validiteit van zelfrapportage berust op het niveau van zelfinzicht bij cliënten. Hetgeen vaak erg gelimiteerd is bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast speelt ook de bereidbaarheid en het vermogen om zichzelf te onthullen een rol. Idealiter zou de zelfrapportage data gecombineerd worden met meer impliciete meetinstrumenten, zoals de Stroop Test en de Semantisch Simon Paradigma. Impliciete meetinstrumenten die de ernst en prevalentie van schema's meten zijn op dit moment in ontwikkeling (Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe & Broersen, 2014).

Ten tweede zijn de externe factoren en demografische factoren die meespelen en mogelijk van grote invloed zijn geweest, niet meegewogen. Onder de externe factoren worden alle aspecten meegerekend die zich buiten de behandeling afspelen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld een ziekte of overlijden van een dierbare, een relatie die stukloopt of juist opbloeit, financiële problemen, etc. Deze invloed kan zowel een reden zijn om in behandeling te blijven als de behandeling vroegtijdig te beëindigen. Tevens zijn de comorbide stoornissen niet meegewogen in deze studie. Tyler et al. (2015) geven aan dat persoonlijkheidsstoornissen vaak comorbiditeit vertonen met één of meerdere mentale stoornissen. De klachten en symptomen die uit comorbide stoornissen voortkomen, kunnen mogelijk interfereren met de behandeling. Er is in huidig onderzoek geanalyseerd of er een onderscheid is tussen de diverse stoornissen en wel of geen drop out respondenten die in

hoofdstuk 2.3 vermeld staan. De as-I stoornissen wezen hier niet op significante verschillen tussen de twee groepen. Mogelijk heeft dit eveneens te maken met de wijze van diagnose stellen zoals eerder in dit hoofdstuk is aangegeven. Door een gebrek aan beschikbare informatie zijn de comorbide stoornissen en externe- en demografische factoren niet meegenomen in de reden van drop out. Vervolgonderzoek kan door zich op deze factoren te richten, mogelijk meer antwoorden bieden in de oorzaken voor drop out.

Ondanks deze beperkingen is dit, naar onze kennis, één van de eerste onderzoeken die de voorpellers van drop out heeft getracht te meten bij ST. Dit geeft mogelijk een eerste steen om voor andere onderzoeken op voort te bouwen.

Als er naar de praktijk gekeken wordt zijn er verschillende punten die tijdens de behandeling aandacht behoeven. Ten Kate et al. (2007) noemen dat afwijzende hechting en een overmatige controlebehoefte mogelijk belangrijke verklarende factoren voor drop out kunnen zijn. Zij wijzen hierbij vooral naar cluster A en C problematiek. In huidig onderzoek is te zien dat cliënten met een onwijkende persoonlijkheidsstoornis (cluster C) twee maal zo vaak tot de drop out groep behoorde (tabel 4). Gezien de kleine steekproef hiervan zal dit nader onderzoek behoeven. Deze afwijzende hechting kan aangepakt worden door aandacht te hebben voor de bevordering van de therapeutische relatie en daarmee de hechting van de cliënt aan de therapeut. Martino et al. (2012) noemen zelfs dat een eerste subjectieve indruk over de relatie met de therapeut al een sterke impact heeft op een mogelijke vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Geadviseerd wordt om vanaf de intakefase te bouwen aan de therapeutische relatie.

Het onderzoek van Cornelissen et al. (2010) ondersteunt dat er extra aandacht dient uit te gaan naar de impulsbeheersing en frustratietolerantie van de cliënt, die de aandacht van de therapeut tijdens de behandeling verdient. Dit is in dit onderzoek teruggevonden in het schema gerechtigdheid/grandiositeit. Afsluitend kan er gesteld worden dat de vroege onaangepaste schema's, de schemamodi en de klachten weinig voorspellend zijn voor drop out. Er wordt wel aanbevolen om onderzoek op drop out voort te bouwen, de noodzaak om drop out terug te brengen staat immers nog steeds. Er wordt dan ook aanbevolen dat verder onderzoek zich richt op andere factoren zoals comorbiditeit, cliënt-therapeut relatie, externe factoren en de soort hechting die de cliënt ervaart.

Literatuur

- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Harcourt Assessment BV.
- 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. *American Journal of Psychiatry*. 171(3), 305–322.
- Beurs, E. de (2011). *Brief Symptom Inventory -BSI-, Brief Symptom Inventory 18, -BSI 18-, Handleiding herziene editie 2011*. NCS Pearson, Inc. Nederlandse vertaling; PITS B.V., Leiden. ISBN.
- Beurs, E. de (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding*. Leiden: PITS.
- Bosch, L. M. C., van den, Sinnaeve, L., Hakkaart-van Roijen, L., & van Furth, E. F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 15, 152. Doi: 10.1186/1745-6215-15-152.
- Dickhaut, V. & Arntz, A. (2013). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45, 242-251. Doi: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004.
- Cornelissen, A.J.T., Poppe, E., & Ouwens, M.A. (2010). Drop-out bij klinisch psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 52(1), 17-27.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A., Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 40, 317–328. Doi. 10.1016/j.jbtep.2009.01.002.

- Feenstra, D.J., & Hutsebaut, J. (2014). De prevalentie, ziektelast, structuur en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 56(5), 319-325.
- Jacob, G.A. & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders—A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*. 6(2), 171–185.
- Jensen H.H., Mortensen E.L., Lotz M. (2014). Drop-out from a psychodynamic group psychotherapy outpatient unit. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68, 594 – 604.
Doi: 10.3109/08039488.2014.902499.
- Kate, C.A., ten, Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Muller N. & Spinhoven P.H. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Prevalentie, kenmerken, behandelindicatie en drop-out. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 49(9), 597-609.
- Kettendörfer, S. (2015). *The effectiveness of Schema Therapy within a clinical group setting*. Early maladaptive schemas and psychological distress in clients with personality disorders (Master thesis, Universiteit Twente).
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M.F. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*. 46, 854– 860. Doi:10.1016/j.brat.2008.03.006.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M.F., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 38, 437–458. Doi:10.1017/S1352465810000226.
- Martino, F., Menchetti, M., Pozzi, E. & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 66, 180–186. Doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02329.x.

- Masley, S.A., Gillanders, D.T., Simpson, S.G. & Taylor, M.A. (2012). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*. 41(3), 185-202. Doi: 10.1080/16506073.2011.614274.
- Meulenbeek, P., Seeger, K. & ten Klooster, P.M. (2015). Dropout prediction in a public mental health intervention for sub-threshold and mild panic disorder. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 8(5). Doi:10.1017/S1754470X15000057.
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., Speranza, M., & Rouillon, F. (2012). Why Do People With Eating Disorders Drop Out From Inpatient Treatment? The Role of Personality Factors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 200(9). Doi: 10.1097/NMD.0b013e318266bbba.
- Renner, F., van de Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B & Bernstein, D. (2014). Effecten van Schemagroepstherapie bij Jongvolwassenen. *Gedragstherapie*. 47(1).
- Rijkeboer, M.M. (2005). Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Schema Questionnaire. Proefschrift Universiteit Utrecht. Enschede/Amsterdam: PrintPartners Ipskamp.
- Rijkeboer, M.M. & van den Bergh, H. (2006). Multiple Group Confirmatory Factor Analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch versus Non-clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*. 30(3). Doi 10.1007/s10608-006-9051-8
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *Schema-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Tyrer, P., Reed, G.M. & Crawford, M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*. 385, 717–726.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2006). *Handboek Psychopathologie deel 2. Klinische praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- van Vreeswijk, M. F. Spinhoven, P. Eurelings-Bontekoe, E. H.M. & Broersen, J. (2014). Changes in Symptom Severity, Schemas and Modes in Heterogeneous Psychiatric Patiënt Groups Following Short-term Schema Cognitive–Behavioural Group Therapy: A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 21, 29–38 .DOI: 10.1002/cpp.1813.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*. 45, 2133–2143.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M & Klokman, J. (2008). *Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., Klosko, S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.