

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Effecten van Schemagroepstherapie bij jongvolwassenen*

FRITZ RENNER, MICHEL VAN DE GOOR, MARCUS HUIBERS,
ARNOUD ARNTZ, BETTY BUTZ & DAVID BERNSTEIN

Samenvatting

Het doel van deze pilotstudie was het beschrijven van de effecten van een schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsverband (SCBT-g; Van Vreeswijk & Broersen, 2006) op het actuele fysieke en psychische klachtenniveau bij jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen of met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis. Tevens is getracht de stabiliteit van maladaptieve schema's, schemamodi, en copingstijlen gedurende de behandeling vast te stellen, alsmede de relaties tussen deze variabelen en de verbetering van het actuele klachtenniveau gedurende de behandeling. Zesentwintig jongvolwassenen (gemiddelde leeftijd 22,5 jaar; range: 18–29 jaar) met als primaire diagnose een DSM-IV Cluster-B of Cluster-C persoonlijkheidsstoornis kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, hebben deelgenomen aan het 20-sessies durende SCBT-g protocol. Het actuele klachtenniveau was na behandeling beduidend gedaald ten opzichte van voor de behandeling ($d=0.81$). Maladaptieve schema's, schemamodi en disfunctionele copingstijlen werden gereduceerd met middelgrote tot grote effect sizes (d 's=0.56 en 0.98, respectievelijk). Echter, de afname in maladaptieve schema's was niet significant na correctie voor het actuele klachtenniveau. Adaptieve schemamodi namen enigszins toe ($d=0.40$) gedurende de behandeling. De baselinewaarden van maladaptieve schema's voorspelden het actuele klachtenniveau tijdens en halverwege de behandeling, maar niet erna. Onze bevindingen bieden voor-

* Dit artikel is een bewerking van: F. Renner, M. van de Goor, M. Huibers, A. Arntz, B. Butz & D. Bernstein (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behavior Research and Therapy* 2013 Aug; 51(8):487-92. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011. Epub 2013 May 31.

lopig bewijs dat SCBT-g een effectieve behandeling zou kunnen zijn voor jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen of kenmerken hiervan in termen van een verbetering in de mate van het actuele klachtenniveau en onderliggende kwetsbaarheid.

Trefwoorden: persoonlijkheidsstoornissen, groepsschematherapie, vroege adaptieve schema's, schema modi.

Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen ontstaan over het algemeen in de adolescentie of vroege volwassenheid (American Psychiatric Association, 2005). Adolescenten of jongvolwassenen met symptomen van een persoonlijkheidsstoornis lijden aan een verhoogde mate van functionele beperkingen in hun latere leven (Skodol, Johnson, Cohen, Sneed & Crawford, 2007) en hebben een verhoogd risico op suïcidaliteit en de ontwikkeling van as-I-stoornissen op volwassen leeftijd (Johnson et al., 1999).

Ondanks het belang van effectieve behandelingen voor adolescenten en jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen, is er een gebrek aan onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapeutische interventies voor deze patiëntengroep. Schema Therapie (ST) is een relatief nieuwe integrale benadering in de behandeling van chronische as-I en as-II-stoornissen (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Volgens dit model vormen stabiele en persisterende vroege maladaptieve schema's (of Early Maladaptive Schemas) (EMS) de kern van chronische as-I en as-II-stoornissen (Young et al., 2003). Het uiteindelijke doel van ST is het verminderen van de impact van EMS en het vervangen van negatieve copingstijlen en schemamodi door gezondere.

Verscheidene onderzoeken ondersteunen de effectiviteit van ST voor persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis, Evers, Spinhoven & Arntz, 2013; Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; Nordahl & Nysaeter, 2005), onderzoeken bij andere patiëntengroepen zoals bij chronische depressie en in de forensische setting worden momenteel uitgevoerd (Bernstein, Arntz & de Vos, 2007; Bernstein et al., 2012; Renner, Arntz, Leeuw & Huibers, 2013). In een naturalistisch onderzoek van 63 poliklinische patiënten met diverse as-I-stoornissen en/of persoonlijkheidsproblemen is aangetoond dat zelfs een kortdurende schemagerichte cognitief gedragsmatige interventie in groepsvorm (SCBT-g; Van Vreeswijk & Broersen, 2006) geassocieerd is met verbeteringen in de actuele symptomatologie, EMS en schemamodi (Van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe & Broersen, 2012). Het aanbieden van ST in groepsverband kan een kosteneffectief alternatief zijn voor de individuele behandelvorm en heeft verscheidene therapeutische voordelen (Farrell et al., 2009).

Er dient onderscheid te worden gemaakt in het groep ST model van Farrell en Shaw (1990) en het SCBT-g protocol beschreven door Van Vreeswijk

en Broersen (2006). Bij de eerstgenoemde ligt de nadruk op ervaringsgerichte technieken en groepsdynamica, terwijl de laatste een meer gestructureerde en geprotocolleerde behandeling is waarbij de nadruk ligt op psycho-educatie en cognitieve technieken. Bij het model van Farrell en Shaw (1990) is er een focus op schemamodi, bij SCBT-g op EMS. Het kortere en minder intensieve SCBT-g protocol (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) zou met name geschikt kunnen zijn voor jongvolwassenen, omdat kernschema's (EMS) bij hen mogelijk nog niet volledig gevormd zijn en om deze reden minder rigide en toegankelijker voor verandering.

Het doel van het huidige onderzoek was om in een open trial (ongeblijnd onderzoek, er was geen sprake van patiënten random toewijzen aan groepen en geen controle groep) de effecten van SCBT-g op veranderingen in het actuele klachtenniveau bij jongvolwassenen met Cluster-B en Cluster-C persoonlijkheidsstoornissen of met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis te onderzoeken. Het was tevens ons doel om de stabiliteit van EMS, copingstijlen en schemamodi gedurende de behandeling te bepalen, alsmede de relaties tussen deze variabelen en herstel van een gezond klachtenniveau tijdens de behandeling.

METHODE

Deelnemers

Achtentwintig poliklinische patiënten uit een gespecialiseerde tweedelijns zorginstelling in Nederland (PSY-Q, Roermond) namen deel aan een open trial van SCBT-g (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). Van de 28 patiënten die zijn gestart met SCBT-g, vielen er twee voor de tussenmeting af (een met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een met trekken van cluster-C persoonlijkheidsstoornis en symptomen van een borderline persoonlijkheidsstoornis). Derhalve zijn de analyses gebaseerd op de resterende 26 deelnemers die de behandeling en alle metingen hebben voltooid. Het onderzoek werd goedgekeurd door de lokale medisch-ethische commissie en alle deelnemende patiënten gaven informed consent. De inclusiecriteria waren een primaire diagnose van een as-II-stoornis volgens de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, vierde editie (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2005) of het voldoen aan een subklinische DSM-IV as-II-stoornis, vastgesteld door middel van de Structured Clinical Inventory voor DSM-IV (SCID-II, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1994); een aanvullend inclusie criterium was een leeftijd tussen 18 en 29 jaar. Patiënten werden geëxcludeerd wanneer er contra-indicaties bestonden voor groepstherapie (bv. auditieve beperkingen), wanneer zij zelfmoordneigingen hadden, aan ernstige automutilatie deden of bekend waren met oncontroleerbare agressie-uitbarstingen.

De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep was bij aanvang van de studie 22,5 jaar (range: 18–29 jaar); 17 deelnemers waren vrouw; 20 woonden bij hun ouders, 5 woonden zelfstandig en 1 deelnemer woonde samen met een partner. Van de totale groep voldeden tien patiënten niet volledig aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis, zes hadden een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, vijf hadden een borderline persoonlijkheidsstoornis, drie een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis, een persoon had een narcistische persoonlijkheidsstoornis en een had een obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. De meest voorkomende co-morbide as-I-stoornissen waren stemmingsstoornissen ($n=10$) en angststoornissen ($n=7$).

Procedure

Kortdurende schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsverband — Het SCBT-g protocol (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) bestond uit 18 wekelijkse sessies en twee boostersessies van elk 90 minuten. Dit sterk gestructureerde protocol legt een specifieke nadruk op de op cognitieve en gedragsgerichte methoden en technieken van ST, maar ook de ST-specifieke technieken als meerstoelentechniek, rollenspel, limited re-parenting en empathische confrontatie worden toegepast. De groepsinterventie kan globaal in 3 fasen worden ingedeeld. De eerste fase bestaat uit drie sessies van psycho-educatie, de tweede fase bevat 7 sessies waarin voornamelijk cognitieve technieken worden toegepast; de derde fase bestaat uit 7 sessies en is met name gericht op het identificeren van situaties die het schema uitlokken, het voorkomen van deze uitlokkingen in de toekomst en het verstevigen van de gezonde volwassene. In tegenstelling tot de individuele ST (Young et al., 2003), is SCBT-g sterker gefocust op het heden, meer gestructureerd en geprotocolleerd en legt bovendien een sterkere nadruk op cognitieve technieken en EMS in groepsinteracties (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). Een gedetailleerder beschrijving van het SCBT-g protocol is elders terug te vinden (Broersen & Van Vreeswijk, 2012).

Patiënten in dit onderzoek hadden toestemming om naast de groepsinterventie aanvullend een keer per drie weken 30 minuten een professionele zorgverlener te consulteren om sociale, financiële, school- of werkgerelateerde problemen mee te bespreken. In de huidige studie bestond elk van de vier groepen uit zes tot acht patiënten. De groepstherapie werd gegeven door een of twee gecertificeerde schematherapeuten. Beide therapeuten hadden ongeveer acht jaar ervaring met ST en beiden waren getraind in de ST-technieken, waaronder een vierdaagse workshop van Jeffrey Young, de grondlegger van ST.

Meetinstrumenten — As-I en as-II stoornissen werden beoordeeld door twee onafhankelijke psychologen voorafgaand aan deelname aan de studie als onderdeel van de routine diagnostische procedure in de kliniek, gebruik

makend van SCID-I en SCID-II vragenlijst. Bovendien vulden de patiënten een serie zelfrapportagevragenlijsten in voor de eerste groepsessie (voor behandeling), 3 maanden na aanvang van de therapie (mid-behandeling) en na de tweede booster sessie (na behandeling).

Symptom Checklist-90 — De Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, 1977) is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 90 items, die het actuele fysieke en psychische klachtenniveau meet door het gemiddelde te nemen van alle scores. In deze studie werd de Nederlandse versie van de SCL-90 toegepast, waarvan aangetoond is dat deze goede psychometrische eigenschappen heeft (Arrindell & Ettema, 1986). In het huidige onderzoek was de interne consistentie van de algehele schaal α 0.98 voor behandeling.

Schema vragenlijst, korte versie — De Schema vragenlijst (SV) korte versie is een uit 75 items bestaand zelfrapportage instrument, afgeleid van de originele versie met 205 items (Young & Brown, 1994), bedoeld om 15 vroege maladaptieve schema's (EMS) (Young, 1998) te beoordelen. Elk item is geformuleerd als een negatieve kerngedachte over zichzelf of over relaties met anderen en kan gewaardeerd worden op een 6-puntsschaal. Voor de SV zijn adequate psychometrische eigenschappen gerapporteerd (Waller, Meyer & Ohanian, 2001). In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de verkorte SV versie (Rijkeboer, 2008). De interne consistentie van de schaal als geheel was in deze studie α 0.96 voor aanvang van behandeling.

Schema mode inventory — De schema mode inventory versie (SMI) 1.1 (Young et al., 2007) is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 124 items, ontworpen om 14 schemamodi te onderzoeken. Van de SMI is aangetoond dat deze adequate psychometrische eigenschappen bezit (Lobbestael, Van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010). Schemamodi kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën: kindermodi, disfunctionele coping modi, disfunctionele oudermodi en de gezonde volwassene modus (Young et al., 2003). In dit onderzoek werden schemamodi onderverdeeld in 2 categorieën: adaptieve schemamodi (gezonde volwassene en gelukkig kind) en maladaptieve schemamodi (alle andere modi), om in staat te kunnen zijn hun voorspellende waarde te bepalen in de context van een relatief kleine onderzoeksgroep.

In het huidige onderzoek was de interne consistentie voor aanvang van de behandeling α 0.87 voor de adaptieve schemamodi schaal en α 0.96 voor de maladaptieve schemamodi schaal.

Schema Coping Vragenlijst — De schema coping vragenlijst (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) werd gebruikt om schemacoping strategieën te beoorde-

len. Deze vragenlijst bestaande uit 16 items beoordeelt de volgende copingstrategieën schema vermijding, schema overgave en schema overcompensatie op een 6-puntsschaal. In deze studie werd een adequate interne consistentie gevonden voor alle drie de subschalen (coëfficiënt α range = 0.72–0.76).

Statistische analyses — Als actuele analytische benadering werd gebruik gemaakt van de multilevel modeling met de totaalscore van de SCL-90 gedurende de drie metingen als primaire uitkomstmaat. Er werd gebruik gemaakt van een ongestructureerde covariantiestructuur met lineaire en kwadratische fixed effects voor tijd. Om te controleren op veranderingen in EMS, schemamodi en copingstijlen in de loop der tijd werd dezelfde analytische benadering gebruikt als voor de primaire uitkomstmaat, met respectievelijk de totale EMS score, de totale SMI score en de totale copingstijl score als afhankelijke variabele. In deze analyses is het fixed effect van tijd (in het kwadraat) van primair belang. Significante effecten van tijd (in het kwadraat) kunnen duiden op een significante verandering van de afhankelijke variabele in de loop der tijd. Om te kunnen controleren op mogelijke statistische afhankelijkheid binnen de groepen en om generalisatie mogelijk te maken, zou groep als variabele toegevoegd moeten worden als een geneste random effect in de analyses. Dit was echter niet mogelijk gezien het feit dat er in de studie maar 4 groepen waren. Zodoende werd bij alle analyses waarin de verandering met de tijd werd getest, groep en tijd x groep interacties als ‘fixed effects’ toegevoegd.

In de voorspellende modellen was het doel het bepalen of waarden van EMS, SMI en copingstijlen voor de behandeling voorspellend waren in de behandeluitkomst. Gestart werd met een zgn. saturatiemodel door de totale pre-behandeling scores van deze variabelen toe te voegen aan het model van lineaire effecten van tijd alsook de twee-weg interactie van deze variabelen met de tijdvariabele. De twee-weg interactie van tijd met EMS, schemamodi en copingstijlen waren van primair belang in deze voorspellende analyses. Niet-significante interactietermen werden progressief uit het model verwijderd via de backwards-methode. Niet-significante termen van lagere orde de corresponderende significante interactietermen werden behouden in het model. Voor alle continue uitkomstmaten werden effectmaten (Cohen’s d) berekend, gebaseerd op schattingen van de MLM analyses.

Cohen’s $d = (\text{Baseline gemiddelde} - \text{gemiddelde op tijdstip } i) / (\text{Kwadrantwortel baseline variantie})$.

TABEL 1 Gemiddelden, standaarddeviaties en Pearson correlaties tussen de SCL-90 scores, EMS, SMI en copingstijlen.

26

Meetinstrumenten	1	2	3	4	5
1 SCL-90	2.30 (0.17)				
2 EMS	.56*	2.99 (0.73)			
3 SMI Maladaptive	.20	.11	23.47 (5.17)		
4 SMI Adaptive	-.26	-.13	-.65*	34.19 (7.45)	
5 Copingstijlen	.18	.19	.35	-.29	64.00 (13.36)

N = 26; SCL-90 = Symptom Checklist 90 totaalscore, EMS = vroege Maladaptive Schemas totaalscore; SMI Maladaptive Schema Mode Inventory totaalscore van maladaptive schemamodi, SMI Adaptive Schema Mode Inventory totaalscore van adaptieve schemamodi. * Correlatie: $p < .05$ (2-zijdig).

RESULTATEN

.....
Cross-sectionele associaties tussen de onderzoeksvariabelen

Voor aanvang van de behandeling werden eerst de Pearson correlaties onder de totaalscores van de SCL-90, EMS, SMI en copingstijlen berekend. Zoals weergegeven in tabel 1, werd er een significante associatie gevonden tussen het actuele klachtenniveau zoals bepaald middels de SCL-90 en EMS gemeten bij aanvang van de behandeling ($r = .56, p < .01$). Bovendien waren maladaptive schemamodi negatief gerelateerd aan adaptieve schemamodi ($r = -.65, p < .01$). De overige onderzoeksvariabelen correleerden niet met elkaar.

Verandering in het actuele klachtenniveau na verloop van tijd

De resultaten van de multilevel analyses zijn samengevat weergegeven in tabel 2. Het kwadratisch effect van tijd was niet significant ($p = .27$) en om deze reden uit het model verwijderd. Er was een significant lineair effect van tijd

TABEL 2 Resultaten van de Multi level analyses. Wijzigingen in SCL-90, EMS, SMI en disfunctionele copingstijlen over tijd. De analyses zijn aangepast voor groep en tijd (kwadraat) door groepinteracties.

PRIMAIRE ANALYSE *Verandering in SCL-90*

	Estimate	SD	DF	F	p
Intercept	2.24	0.32	22	271.20	<.001
Tijd	-0.06	0.13	22	23.79	<.001

SECUNDAIRE ANALYSES

Verandering in EMS

	Estimate	SD	DF	F	p
Intercept	2.72	0.24	22	842.48	<.001
Tijd	-0.10	0.18	22	13.12	<.01*

Verandering in Maladaptieve Schema Modes

	Estimate	SD	DF	F	p
Intercept	20.95	2.21	22	550.30	<.001
Tijd	7.01	2.69	22	3.47	.08
Tijd 2	-3.13	1.26	22	9.34	<.01

Verandering in Adaptieve Schema Modes

	Estimate	SD	DF	F	p
Intercept	40.80	2.98	22	687.84	<.001
Tijd	-21.40	4.84	22	9.86	<.01
Tijd 2	8.40	2.29	22	13.52	<.01

Verandering in Disfunctionele Copingstijlen

	Estimate	SD	DF	F	p
Intercept	59.33	6.13	22	546.82	<.001
Tijd	-1.66	3.48	22	17.04	<.001

* $p = .08$ na controle voor verandering in depressie-niveaus.

($p < .001$, $d = 0.81$), duidend op een afname van het actuele klachteniveau met een grote effect size (Cohen, 1988) in de loop der tijd (tabel 3). De interactie tussen groep en tijd was niet significant ($p = .19$), wat betekent dat afname in symptomatische stress na verloop van tijd niet significant verschillend was tussen de vier groepen.

Gekeken werd tevens naar de tijd \times diagnostische status interactie (diagnose van een persoonlijkheidsstoornis vs. kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, echter niet volledig voldoende aan de criteria) om te zien of de patronen in verbetering van het actuele klachteniveau verschilden tussen patiënten die volledig voldeden aan de diagnostische criteria van een DSM-IV persoonlijkheidsstoornis en patiënten die niet volledig voldeden aan de diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis. De interactie tussen tijd en diagnostische status was niet significant ($p = .84$) en ook na het verwijderen van de interactie uit het model was het hoofdeffect van diagnostische status niet significant ($p = .17$).

TABEL 3 Gemiddelden en standaarddeviaties van het actuele klachteniveau, EMS, maldaptieve SMI, adaptieve SMI en copingstijlen gedurende de SCBT-groepstherapie.

Meetinstrumenten	Pre-behandeling gemiddelden (SD)	Mid-behandeling gemiddelden (SD)	Na-behandeling gemiddelden (SD)	Na-behandeling effect-size (d)
1 SCL-90	2.34 (0.73)	2.04 (0.63)	1.75 (0.52)	0.81
2 EMS	3.09 (0.66)	2.80 (0.57)	2.51 (0.68)	0.88
3 SMI Maladaptive	23.47 (4.95)	23.60 (4.86)	20.70 (4.89)	0.56
4 SMI Adaptive	34.19 (6.67)	32.08 (8.09)	36.87 (9.13)	0.4
5 Copingstijlen	64.00 (13.71)	57.27 (13.91)	50.54 (14.31)	0.98

Gemiddelden en standaarddeviaties zijn gebaseerd op schattingen van de multi-level modellen:

$d = (\text{pre-behandeling gemiddelden} - \text{na-behandeling gemiddelden}) / \text{pre-behandeling SD}$;

SCL-90 = Symptom Checklist 90; EMS = Vroege Maladaptive Schemas; SMI = Schema Mode Inventory.

*Verandering in vroege maladaptieve schema's, schemamodi
en disfunctionele coping stijlen*

In de analyses met betrekking tot EMS veranderingen na verloop van tijd was het kwadratisch effect van tijd niet significant ($p = .16$) en om deze reden verwijderd uit het model. Na verwijdering was er een significant effect van tijd ($p < .01$), erop wijzend dat EMS gemiddeld genomen afnam met een grote effect size ($d = 0.88$) na verloop van tijd (tabel 3). De interactie tussen groep en tijd was niet significant ($p = .07$). Gezien het feit dat eerdere bevindingen suggereerden dat scores op de schemavragenlijst stemmingsafhankelijk zijn (Stopa & Waters, 2005), voegden wij aan de analyses naar veranderingen in EMS tevens de SCL-90 depressie subschaal toe als een met de tijd variërende voorspellende waarde. Na het controleren voor veranderingen in de mate van depressie was het effect van tijd niet meer significant ($p = .08$). Soortgelijke resultaten werden gevonden na het controleren voor verandering in het actuele klachtenniveau (met uitsluiting van verandering in depressie; hoofd effect van tijd: $p = .12$). Uiteindelijk voerden wij de totaalscore van de SCL-90 als afhankelijke variabele en EMS als een met de tijd variërende covariaat in, om te bepalen of verandering in EMS ook bijdraagt aan veranderingen op het actuele klachtenniveau. Na gecontroleerd te hebben voor veranderingen in EMS bleef het hoofdeffect van tijd significant ($p < .001$).^{*} In de analyses van verandering in maladaptieve schema modi over tijd, was het lineaire effect van tijd niet-significante ($p = .08$), maar het kwadratische tijd effect was significant ($p < .01$) waaruit blijkt dat maladaptieve schema modi verminderd in de tweede helft van behandeling (tabel 3). Post-test was de vermindering van maladaptieve modus niveau een matig effect, $d = 0.56$. In deze analyses was het kwadratische tijd effect x groep interactie niet significant ($p = .26$) en ook de groep x tijd interactie ($p = .07$) was niet significant.

In de analyses naar verandering in adaptieve schema modi in de loop der tijd was het lineair effect van tijd significant ($p < .01$), alsook het kwadratische effect van tijd ($p < .01$). Zoals weergegeven in tabel 3, namen adaptieve schema toe van de periode voor tot na de behandeling, hoewel de effect size vrij klein was ($d = 0.40$). In deze analyses was er een significante interactie tussen groep en tijd ($p < .01$). Hoewel gemiddeld genomen de vier groepen toegenomen adaptieve schemamodi hadden bij nameting, vertoonde een

* Op verzoek van een anonieme revisor werd ook onderzocht of de SMI-verandering leidde tot verandering in symptomatische stress. Uit deze analyses bleek dat het hoofdeffect van tijd significant bleef wanneer er gecontroleerd werd voor verandering in maladaptieve schema modi ($p = .002$), of wanneer gecontroleerd werd voor verandering in adaptieve schema modi ($p < .001$), dit veronderstelt dat verandering in symptomatische stress niet beter verklaard wordt door verandering in schema modi.

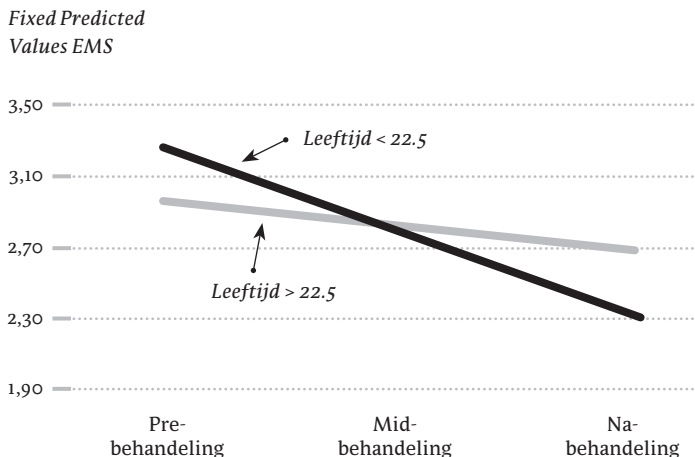
van de groepen een afname van de adaptieve schema modi tussen pre-test en post-test.

30

Tot slot werden disfunctionele copingstijlen ingevoerd als afhankelijke variabele. Na het verwijderen van het niet-significante kwadratische effect voor tijd ($p = .80$) werd een significant hoofdeffect van tijd ($p < .001$) gevonden, duidend op een sterke afname van disfunctionele copingstijlen in het verloop van tijd ($d = 0.98$; tabel 3). De interactie tussen groep en tijd was niet significant ($p = .43$).

Moderatie door leeftijd

Om te onderzoeken of veranderingen in het actuele klachtenniveau, EMS, schemamodi en copingstijlen worden beïnvloed door leeftijd, voegden wij aan elk van de hierboven beschreven analyses een hoofdeffect voor leeftijd en leeftijd x tijd (gekwadrateerd) twee-weg interactie toe. In het voorspellende model voor de verandering in EMS, was de interactie tussen leeftijd en tijd significant ($p < .01$). Om deze interactie te interpreteren, hebben wij de mediaan splitmethode gebruikt en de voorspelde verandering in EMS van patiënten die 22,5 jaar of jonger waren en 22,5 jaar of ouder waren, geplot (figuur 1). Afname in EMS in de loop der tijd was sterker bij jongere patiënten (binnen groepen effect-size jongere groep: $d = 1.40$; binnen groepen effect-size oudere groep: $d = 0.46$). Leeftijd was niet gerelateerd aan een verandering in de andere studie variabelen (alle p -waarden $> .05$).



FIGUUR 1 Moderatie-effect van leeftijd op verandering in EMS.

Voorspellende analyses

Tevens werd onderzocht of uitgangswaarden van EMS, adaptieve en maladaptieve schema modi en copingstijlen de verandering in het actuele klachtenniveau in het verloop van tijd voorspelden. In deze analyses hebben wij EMS, schemamodi, en copingstijlen voor behandeling ingevoerd als voorspellende waarden van de MLM van verandering in het actuele klachtenniveau in de loop der tijd. Door het relatief grote aantal voorspellende waarden en de kleine onderzoeksgroep werd alleen getest voor interacties met lineaire tijdeffecten in deze analyses. De tijd \times coping, tijd \times maladaptieve schemamodi en tijd \times adaptieve schemamodi interacties waren niet significant (alle p -waarden $> .05$). Na het progressief verwijderen van de niet-significante interacties, was er een significante interactie van tijd \times EMS, $p < .01$). De uitgangswaarde van EMS was positief gerelateerd aan het actuele klachtenniveau tijdens- ($r = .88$) en mid-behandeling ($r = .67$), maar niet na behandeling ($r = .09$).

DISCUSSIE

Het primaire doel van het huidige onderzoek was het onderzoeken van de effecten van een kortdurende groep schema cognitieve gedragstherapie (SCBT-g) op veranderingen in het actuele klachtenniveau bij jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen of kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis. Tot op heden zijn de effecten van SCBT-g alleen onderzocht door de ontwikkelaars hiervan (Van Vreeswijk et al., 2012), maar niet door een onafhankelijk onderzoeksteam. Gevonden werd een significante afname in het actuele klachtenniveau ($d = 0.81$) van voor behandeling tot na behandeling. De effect size (Cohen's d) in deze studie was lichtelijk hoger dan de effect size die is gerapporteerd in een recente studie naar SCBT-g in een gemengde groep van poliklinische psychiatrische patiënten (SCL-90: $d = 0.66$; Van Vreeswijk et al., 2012). Een verklaring hiervoor kan zijn dat de huidige studie specifiek gericht was op jongvolwassenen, terwijl het onderzoek door Van Vreeswijk et al. (2012) deelnemers includeerden met een bredere leeftijdsrange (leeftijd patiënten die het onderzoek volledig doorlopen hadden: $M = 39.35$; $SD = 8.05$).

EMS en disfunctionele coping responsen namen tevens significant af met grote effect sizes van voor behandeling tot na behandeling (d 's = 0.88 en 0.98, respectievelijk), terwijl de toename in adaptieve schemamodi klein was ($d = 0.40$). Na te hebben gecontroleerd voor veranderingen in depressieve symptomen en het actuele klachtenniveau was de verandering in EMS over het verloop van tijd niet meer significant. Sommige items van de schema-vragenlijst zijn zodanig geformuleerd dat het onwaarschijnlijk is dat deze

veranderen omdat zij verwijzen naar ervaringen in het verleden, terwijl het van de items verwijzend naar de huidige ervaringen waarschijnlijker is dat deze zullen veranderen. Het is mogelijk dat de items die verwijzen naar de huidige ervaringen samen met het actuele klachtenniveau veranderen, wat tevens zou verklaren waarom veranderingen in het actuele klachtenniveau bijdroegen aan veranderingen in EMS maar andersom niet. Onze bevinding dat EMS stabiel bleef, is overeenkomstig met voorafgaand onderzoek waarin een stabiliteit van EMS werd aangetoond in het verloop van tijd (Riso et al., 2006) en na behandeling (Renner, Lobbstaël, Peeters, Arntz & Huibers, 2012). Langdurig aangeboden ST is mogelijk noodzakelijk om diepere veranderingen in EMS te bereiken. Een voorafgaande studie heeft bijvoorbeeld redelijke afnamen in EMS ($d=0.69$) laten zien na 1,5 jaar individuele ST voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (Nadort et al., 2009).

Onze bevinding dat verandering in EMS werd beïnvloed door de leeftijd van de patiënten bij aanvang van de studie, suggereert dat EMS bij jongere patiënten mogelijk flexibeler is en gevoeliger voor verandering door behandeling. Dit blijft echter speculatief omdat de leeftijdsgroepen mogelijk ook op het gebied van andere variabelen hebben verschild, wat ook heeft bijgedragen in de verschillende veranderingspatronen.

In dit onderzoek werd geen significant verschil gevonden in maladaptieve schemamodi van voor behandeling tot mid-behandeling, maar wel van mid-behandeling tot na behandeling ($d=0.56$). In de eerste sessies van ST worden de schemamodi geïdentificeerd, men kan dan ook niet verwachten dat de schemamodi gedurende deze eerste sessies zullen veranderen. Theoretisch gezien zouden schemamodi gedurende de initiële fasen van ST zelfs kunnen toenemen, doordat de patiënt beschermende modi (*detached protector mode*) zou kunnen activeren om de kwetsbare kant van zichzelf te beschermen (*vulnerable child mode*), (Arntz, 2012). Modi representeren mogelijk bovendien de meest stabiele manifestatie van persoonlijkheidsstoornissen. SCBT-g legt een sterkere nadruk op technieken gericht op cognitie en gedrag (Broersen & Van Vreeswijk, 2012), maar schemamodi worden typisch omschreven als een emotionele condities (Young et al., 2003). Dit is de reden dat schemamodi mogelijk nog beter aangepakt kunnen worden middels ST-interventies met een sterkere focus op ervaringsgerichte technieken.

Tot slot werd gevonden bij patiënten met hogere EMS-waarden voor behandeling een neiging om hogere waarden van actuele klachtenniveau te rapporteren voor de behandeling. Zij vertonen minder verbetering in het actuele klachtenniveau mid-behandeling, dit effect verdween echter na behandeling. Deze bevindingen suggereren dat SCBT-g een geschikte behandeling is voor patiënten met zowel lage als hoge EMS-waarden voor aanvang van behandeling.

Beperkingen — Ten eerste werd in dit onderzoek geen controlegroep geïnccludeerd. Daardoor kan niet met zekerheid worden gezegd dat de gevonden

verbeteringen toe te schrijven zijn aan de behandeling. Het is mogelijk dat de geobserveerde afname in het actuele klachtenniveau komt door aandacht, andere niet-specifieke factoren of regressie naar het gemiddelde. Ten tweede was de studiegroep relatief klein, de resultaten zouden bij grotere groepen gereproduceerd moeten worden en in meer gecontroleerde settings. Ten derde werden de langetermijneffecten van deelname in de groepsinterventie niet onderzocht. Ten vierde konden wij de stabiliteit en associaties van specifieke EMS en specifieke schemamodi met verbetering in het actuele klachtenniveau niet bepalen door de relatief kleine studiegroep. Ten vijfde is het onwaarschijnlijk dat een kortdurende behandeling resulteert in klinisch relevante structurele reducties in symptomen van een persoonlijkheidsstoornis, hoewel wij een afname vonden in het actuele klachtenniveau. De afname in het actuele klachtenniveau reflecteert waarschijnlijk toestandgebonden fluctuaties in symptomatologie in plaats van structurele veranderingen in de persoonlijkheidsstoornis. Bovendien zijn de resultaten volledig gebaseerd op uitkomsten van zelfrapportage-instrumenten en is het mogelijk waarschijnlijker dat een verandering in het zelf gerapporteerde actuele klachtenniveau een weerspiegeling is van een artefact in het studieontwerp dan van een daadwerkelijke verandering in de ernst van onderliggende symptomen. Derhalve zouden de resultaten mogelijk anders zijn geweest wanneer de ernst van symptomen of diagnostische status aan het eind van de behandeling werden bepaald door middel van wederom een gestructureerd interview.

Tot slot werd tijdens een interdisciplinaire stafvergadering het eindbesluit genomen of een potentieel geschikte patiënt kon deelnemen in de groep interventie. Hierdoor is er mogelijk sprake van een bias in de onderzoeksgroep en is deze niet representatief voor de bredere range van jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen en kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis.

Implicaties — De resultaten van deze studie dragen bij aan de toenemende evidentie (Farrell et al., 2009) dat groep ST een effectieve behandeling zou kunnen zijn voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Onze bevinding dat zelfs een kortdurende groep ST interventie effectief is in het reduceren van het actuele klachtenniveau als ook de impact van veronderstelde onderliggende kwetsbare factoren, is een reproductie en uitbreiding van eerdere bevindingen (Van Vreeswijk et al., 2012). Kortdurende ST-interventies zijn mogelijk een realiseerbaar kosteneffectief alternatief voor de meer intensieve langdurige individuele variant, vooral voor jongvolwassenen met persoonlijkheidsstoornissen of trekken van een persoonlijkheidsstoornis.

De bevinding dat mogelijk ook jongvolwassenen die niet volledig voldoen aan de DSM-IV criteria voor persoonlijkheidsstoornis kunnen profiteren van ST wat betreft verbetering in het actuele klachtenniveau is met name belangrijk met betrekking tot de discussie of het mogelijk is om een persoonlijkheidsstoornis te diagnosticeren bij adolescenten (Vito, Ladame & Orlandini,

1999). Gezien de weerstand van menig professionele hulpverlener om de diagnose persoonlijkheidsstoornis in de adolescentie te stellen, zou ST ook geïndiceerd kunnen zijn bij jongere adolescenten (onder 18 jaar) met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis, moeilijke persoonlijkheidstreken of andere voortekenen van een persoonlijkheidsstoornis.

FRITZ RENNER Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht
MICHEL VAN DE GOOR Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht
MARCUS HUIBERS Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht;
 Afdeling Klinische psychologie, VU Amsterdam
ARNOUD ARNTZ Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht
BETTY BUTZ PSY-Q Roermond
DAVID BERNSTEIN Afdeling Klinische Psychologie, Universiteit Maastricht
Correspondentieadres Betty Butz, PsyQ-Roermond, Notenboomlaan 17,
 6042 AV Roermond. E-mail: bbutz@riaggzuid.nl.

Summary The aim of this pilot study was to document the effects of a group schema cognitive-behavioral therapy intervention (SCBT-g; Van Vreeswijk & Broersen, 2006) on global symptomatic distress in young adults with personality disorders or personality disorder features. We also sought to determine the stability of maladaptive schemas, schema modes, and coping responses throughout treatment as well as relations among these variables with improvement in symptomatic distress during treatment. Twenty-six young adults (mean age 22.5 years; range: 18–29 years) with a primary diagnosis of a DSM-IV Cluster-B or Cluster-C personality disorder or with personality disorder features participated in the 20-session SCBT-g protocol. Global symptomatic distress decreased substantially from pre-treatment to post-treatment ($d = 0.81$). Maladaptive schemas, schema modes and dysfunctional coping responses decreased with medium to large effect sizes (d 's = 0.56 and 0.98, respectively), however decrease in maladaptive schemas was not significant after controlling for symptomatic distress. Adaptive schema modes increased slightly ($d = 0.40$) throughout treatment. Baseline levels of maladaptive schemas predicted symptomatic distress concurrently and at mid-treatment but not at post-treatment. Our findings provide preliminary evidence that SCBT-g might be an effective treatment for young adults with personality disorders or personality disorder features in terms of improvements in global symptomatic distress and underlying vulnerability.

Key words *Personality disorders, Group schema therapy, Early Maladaptive Schemas, Schema modes*

Literatuur

American Psychiatric Association
 (2000). *Diagnostic and Statistical
 manual of mental disorders (4th ed.)*

text revision (DSM-IV-TR). Washing-
 ton, D.C.: American Psychiatric Asso-
 ciation.

Arntz, A. (2012). Schema Therapy for
 Cluster C Personality Disorders. *The*

- Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (pp. 397-414): John Wiley & Sons, Ltd.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90, Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2012). Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Manuscript under review*.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & De Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 169-183. doi: 10.1080/14999013.2007.10471261
- Bernstein, D.P., Nijman, H.L.I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V. & Lucker, T.P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324. <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2012.746757>.
- Broersen, J. & Van Vreeswijk, M.F. (2012). Schema Therapy in Groups: A Short-Term Schema CBT Protocol. In: M.F. Van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy Theory: Research, and Practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Derogatis, L. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual for the R(evised) version*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Farrell, J.M. & Shaw, I. A. (1990). *Emotional awareness training for borderline personality disorder patients: a treatment manual*. Unpublished manuscript for NIH RO3. Indianapolis: Indiana University School of Medicine.
- 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.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S. & Brook, J.S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 805-811. doi: 10.1001/archpsyc.56.9.805
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458. doi: 10.1017/S1352465810000226
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P. & Van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.

- Nordahl, H.M. & Nysaeter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 254-264.
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I. & Huibers, M. (2012). Treatment for chronic depression using schema focused therapy. *Manuscript under review*.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A. & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590.
- Renner, F., Goor, M. van de, Huibers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 2013, Aug; 51(8):487-92. doi: 10.1016/j.brat.2013.05.011. Epub 2013 May 31.
- Rijkeboer, M. M. (2008). *Schema-Vragenlijst Verkorte Vorm*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N. & Cherry, M. (2006). The Long-Term Stability of Early Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 515-529.
- Skodol, A. W. E., Johnson, J. G., Cohen, P., Sneed, J. R. & Crawford, T. N. (2007). Personality disorder and impaired functioning from adolescence to adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 415-420. doi: 10.1192/bjp.bp.105.019364
- Stopa, L. & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 45-57.
- Vito, E., Ladame, F. & Orlandini, A. (Eds.). (1999). *Adolescence and personality disorders: Current perspectives on a controversial problem*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Vreeswijk, M.F. van & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte Therapie in Groepen. Cognitieve Groepspsychotherapie bij Persoonlijkheidsproblematiek. Handleiding voor Therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vreeswijk, M.F. van, Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Broersen, J. (2012). Changes in Symptom Severity, Schemas and Modes in Heterogeneous Psychiatric Patient Groups Following Short-term Schema Cognitive-Behavioural Group Therapy: A Naturalistic Pre-treatment and Post-treatment Design in an Outpatient Clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. doi: 10.1002/cpp.1813
- Waller, G., Meyer, C. & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137-147.
- Young, J. E. (1998). *The Young Schema Questionnaire: Short form (1st ed.)*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M.E., Van Vreeswijk, M.F. & Klokman, J. (2007). *The Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute
- Young, J.E. & Brown, G.S. (1994). Young Schema Questionnaire. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Research Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.