

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# *Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek*

Een naturalistische volgstudie in een  
klinische setting

---

TED WOLTERINK & GERBEN WESTERHOF

## *Samenvatting*

Dit onderzoek richt zich op veranderingen in schemamodi en klachten, en de onderlinge samenhang tussen beide. Het onderzoek is uitgevoerd bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek die een jaar behandeld zijn met klinische schemagerichte psychotherapie.

Schematherapie is een effectieve behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen binnen de ambulante setting. In de klinische setting is er echter weinig onderzoek naar gedaan, waardoor er weinig bekend is over effectiviteit van de behandeling bij cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen.

De modi (Schema Modi Inventory; SMI) en klachten (Brief Symptom Inventory; BSI) werden op vier meetmomenten bij 106 cliënten in kaart gebracht in een naturalistische volgstudie zonder controlegroep. Uit een *multilevel*-analyse bleek dat van begin tot eind van de behandeling functionele modi toenamen en klachten afnamen, met grote *effect sizes* (Cohen's *d*: 1,21, respectievelijk 0,88). Disfunctionele modi namen af, met name in het tweede deel van de behandeling, met middelgrote tot grote *effect sizes* (Cohen's *d*: 0,65-0,80), die grotendeels behouden bleven bij follow-up. De veranderingen van disfunctionele kind- en oudermodi, en van functionele modi, bleken samen te hangen met vermindering van klachten. De studie geeft aanwijzingen dat klinische schemagerichte psychotherapie goede resultaten geeft in

klachtvermindering en dat deze samenhangen met veranderingen in schemamodi als veronderstelde werkzame factor in schematherapie.

*Trefwoorden: schematherapie, schemamodi, klachten, complexe persoonlijkheidsstoornissen, klinische behandeling, verandering*

#### INLEIDING

.....

De laatste jaren worden het aantal bedden en de behandelduur in psychotherapeutische klinieken flink teruggedrongen. De psychotherapeutische klinieken moeten zich schikken in de afbouw van de beddencapaciteit van 33%, zoals afgesproken door overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (Ministerie van VWS, 2012). Binnen de klinische psychotherapeutische setting is echter nauwelijks wetenschappelijk onderzoek gedaan. Om de relatie tussen behandel-effect en behandelduur te bepalen, is het noodzakelijk om te weten of en wanneer er structurele en blijvende veranderingen optreden. In dit artikel brengen we die veranderingen in kaart bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek die binnen een klinische psychotherapeutische setting gedurende een jaar behandeld worden met schematherapie.

De laatste jaren zijn er verschillende onderzoeken verschenen die de (kosten)effectiviteit van de ambulante behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen onderbouwen (Arntz, 2016; Wetzelaer, Lokkerbol, Arntz, van Asselt, & Evers, 2016). Schematherapie blijkt een van de effectieve behandelingen te zijn voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Jacob & Arntz, 2013). Schematherapie is in de jaren negentig ontwikkeld door Young en collega's, en richt zich onder andere op vroeg onaangepaste schema's. Deze schema's ontstaan in de kindertijd als basisbehoeften niet vervuld worden. Ze kunnen zich tijdens het hele leven blijven herhalen. Schematherapie gebruikt verschillende technieken om deze schema's inzichtelijk te maken en te veranderen.

Het schemamodimodel is door Young, Klosko en Weishaar (2003) ontwikkeld voor de doelgroep met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Van complexe problematiek is sprake wanneer cliënten niet of onvoldoende profiteerden van eerdere behandeling, er een hoge lijdensdruk is, er comorbide stoornissen zijn en er problemen zijn op meerdere levensgebieden. Het schemamodimodel wordt gezien als een van de belangrijkste ontwikkelingen in de schemagerichte therapie van de afgelopen jaren (Fassbinder, Schweiger, Jacob, & Arntz, 2014; Jacob & Arntz, 2013). Schemamodi zijn een gecombineerd patroon van denken, voelen en handelen, gebaseerd op een set van schema's en copingstijlen. Schemamodi zijn gemoedstoestanden waarin een cliënt voor kortere of langere tijd kan verkeren en worden zichtbaar in het contact met de ander (Young et al., 2003). Het modimodel wordt omschreven als de essentie van schemagerichte therapie bij complexe persoonlijkheidsstoornissen (Kellogg & Young, 2006), waarbij modi de meest stabiele mani-

festatie van persoonlijkheidsstoornissen lijken te representeren (Renner et al., 2014). In eerder onderzoek zijn unieke modiprofielen gevonden voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen (Jacob & Arntz, 2013; Lobbestael, van Vreeswijk, & Arntz, 2008), wat de constructvaliditeit van het modimodel ondersteunt.

Young en collega's (2003) onderscheiden in totaal veertien verschillende modi, die verdeeld zijn over de onderstaande vier categorieën. Er zijn drie categorieën disfunctionele modi en er is één categorie functionele modi:

- 1 De eerste categorie bestaat uit de *disfunctionele kindmodi*: het kwetsbare, het woedende, het razende, het impulsieve en het ongedisciplineerde kind. Deze disfunctionele kindmodi ontstaan als kinderen onbevredigde basisbehoeften hebben. Het resulteert erin dat de cliënt op een kinderlijke wijze voelt, denkt en doet.
- 2 De tweede categorie bestaat uit de *disfunctionele copingmodi*: de willoze inschikkelijke, de onthechte beschermer, de onthechte zelfsusser, de zelfverheerlijker, en pest & aanval. Hierbij gaat het om pogingen van de cliënt om zichzelf te beschermen tegen pijn. Deze modi corresponderen met een overmaat aan vechten, vluchten of bevriezen als copingstijl.
- 3 De derde categorie bestaat uit de *disfunctionele oudermodi*: de strafende ouder en de veeleisende ouder. Deze modi betreffen de geïnternaliseerde ouder die kritisch of afkeurend is, waardoor cliënten zichzelf haten of onder druk zetten.
- 4 De vierde categorie bestaat uit de *functionele modi*: de gezonde volwassene en het blijde kind. Deze modi betreffen gezonde vormen van emotionele expressie, handelen en aanpassing.

Jacob en Arntz (2013), en Kellogg en Young (2006) beschrijven een theoretisch model over de veranderingen van modi waarbij iedere modus een specifieke therapeutische techniek vraagt. Het is aannemelijk dat de functionele modi geleidelijk toenemen vanaf de start van de behandeling indien gezond gedrag gestimuleerd wordt, en er een gestructureerde en veilige omgeving wordt geboden, zoals binnen de klinische schemagerichte psychotherapie het geval is. Bij het experimenteren met nieuw gedrag zal er spanning optreden. In de eerste fase van de behandeling zullen daardoor de copingmodi geactiveerd worden om de kwetsbare kant van de patiënt te beschermen. De duur van deze fase is afhankelijk van de complexiteit van de problematiek. De copingmodi worden in de behandeling geïdentificeerd en gevalideerd tegen het licht van hun ontstaansgeschiedenis. Cliënten krijgen op die manier inzicht in de beperkte noodzaak om de copingmodi in stand te houden. Naast de copingmodi komen ook de disfunctionele oudermodi naar voren die het kind devalueren of te hoge eisen opleggen. Cliënten wordt geleerd om te vechten tegen de boodschap van de oudermodi. Door veelvuldig oefenen met onder andere experiëntiële interventies kunnen de coping- en ouder-

modi later in de behandeling afnemen, waardoor er ruimte ontstaat voor het 'kleine kind' (kindmodi). Er wordt gestreefd naar het valideren en verzorgen van dit 'kleine kind'. Als dit lukt, ontstaat er ook weer ruimte voor de functionele modi (de gezonde volwassene en het blijde kind). Uit onderzoek van Renner en collega's (2014), naar schemagerichte cognitieve gedragstherapie in groepsverband, blijkt dat de afname van disfunctionele modi met name plaatsvindt in de tweede fase van de behandeling (na negen weken), terwijl de functionele modi lineair toenemen gedurende de hele behandeling. Dit is overeenkomstig het beschreven model.

Het bestaande onderzoek naar schematherapie en schemamodi is grotendeels in ambulante behandelingen uitgevoerd. Er is echter een groep die niet of nauwelijks profiteert van ambulante behandelingen. Deze groep wordt vaak verwezen naar klinische behandelcentra (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrel, 2013). Hoewel er aanwijzingen zijn dat klinische behandeling effectief is (Reiss et al., 2013; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016), is er nog weinig bekend over veranderingen in schemamodi en klachten bij klinische behandeling.

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de veranderingen in, en samenhang tussen, schemamodi en klachten gedurende en na de klinische schemagerichte psychotherapie. Gezien het feit dat behandeling van de verschillende modi een eigen specifieke techniek vraagt (Arntz & Jacob, 2012; Young et al., 2003), is het belangrijk te weten wanneer en hoe modi veranderen tijdens de behandeling. De kennis hierover kan bijdragen aan een betere timing en afstemming van de interventies, en kan daarmee de behandeling verder optimaliseren. Op basis van het bovenstaande zijn daarom de volgende zes hypothesen opgesteld:

- 1 De functionele modi nemen toe tijdens zowel het eerste als het tweede deel van de behandeling; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 2 De disfunctionele copingmodi nemen in het eerste deel van de behandeling toe en vervolgens in het tweede deel af; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 3 De disfunctionele oudermodi nemen in het eerste deel van de behandeling toe en vervolgens in het tweede deel af; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 4 De disfunctionele kindmodi veranderen niet in het eerste deel van de behandeling en nemen af in het tweede deel; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 5 De klachten veranderen niet tijdens het eerste deel van de behandeling en nemen af in het tweede deel; deze verandering blijft behouden bij follow-up.
- 6 De veranderingen over de tijd van de verschillende modi hangen samen met de veranderingen in klachten.

## METHODE

28

*Design*

Het onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief, *within subjects* design. Er is sprake van een voormeting, tussenmeting, eindmeting en follow-upmeting een half jaar na ontslag. Het onderzoeksprotocol is goedgekeurd door de wetenschapscommissie van Mediant GGZ en de commissie Ethiek van de Faculteit BMS van de Universiteit Twente.

*Klinische schemagerichte psychotherapie*

Cliënten die behandeld worden binnen de klinische schemagerichte psychotherapie verblijven vijf dagen en vijf nachten per week in de kliniek. In het weekend gaan zij naar huis. De behandelduur is één jaar, waarbij er voor de behandelstaf de mogelijkheid is om een verlenging van de behandeling te indiceren. Er zijn maximaal 27 cliënten opgenomen, die in drie basisgroepen van negen personen de therapie volgen.

De schemagerichte therapie zit verweven in alle onderdelen van de klinische behandeling. De behandeling is grotendeels vormgegeven zoals door Thunnissen en Muste (2002) beschreven. De behandeling volgt dezelfde fasen van behandeling als individuele schematherapie (Young et al., 2003). Voorafgaand aan de behandeling is er een diagnostische fase, waarin de schema's, modi, disfunctionele copingstijlen en hun vroegkinderlijke oorsprong geïdentificeerd worden, en waarin cliënten uitleg krijgen over het schematherapiemodel. Tevens wordt een casusconceptualisatie gemaakt, die verder vorm krijgt in de eerste fase. Cliënten werken met het *Werkboek klinische schematherapie* (Muste, Weertman, & Claassen, 2009).

De eerste fase van de behandeling is de *verbindende en emotieregulatiefase*. Hierin ligt de focus op het creëren van een relatie met de cliënten, op de bewustwording van schema's, modi en emoties, en op de regulatie daarvan. De tweede fase is de *veranderingsfase*. Hierin ligt de focus op het veranderen van schema's en modi, onder andere door experiëntiële, cognitieve en gedragsinterventies. De derde fase is de *autonomiefase*. Hierin worden cliënten gestimuleerd om meer autonomie te ontwikkelen, destructieve relaties los te laten en ervaringen binnen de groepstherapie te generaliseren. Het accent ligt op gedragsverandering, maar ook hier wordt gebruikgemaakt van cognitieve en experiëntiële interventies.

In het algemeen wordt tijdens de klinische behandeling van cliënten verwacht dat ze spreken over de moeilijke en pijnlijke momenten in hun leven. Cliënten worden uitgedaagd om gedrag, gevoelens en gedachten onder de loep te nemen, en die te bespreken met de groep. Daarbij worden ze geconfronteerd met relaties, precies datgene waarin ze in het dagelijks leven

vastlopen. Dit leidt onvermijdelijk tot de activering van schema's en modi, omdat oude patronen herhaald worden en verschillende gevoelens naar voren komen. Cliënten worden uitgedaagd te experimenteren met alternatief nieuw gedrag. Daarbij is de rol van de stafleden belangrijk. Binnen de grenzen van de therapeutische relatie bieden zij waar cliënten als kind behoefte aan hadden. Dit wordt *limited reparenting* genoemd (Young et al., 2003). De behandeling is gericht op de vele facetten van schematherapie. Binnen de behandeling ligt de nadruk aanvankelijk meer op de cognitieve technieken en vervolgens meer op de experiëntiële technieken, ofwel de technieken die meer op modi gericht zijn. Op basis van klinische ervaring en expertise worden de interventies gekozen. In de inleiding wordt een theoretisch model beschreven waarin eerst de coping- en oudermodi veranderen, en vervolgens de kindmodi. De modigerichte interventies zijn niet afgestemd op dit model. Er zit geen fasering in de modigerichte interventies binnen de behandeling.

Cliënten worden behandeld via verschillende disciplines, en er zijn verschillende therapieblokken en -modules. Het behandelprogramma bestaat uit verschillende schemagerichte groepstherapieën. Per week vinden er twee sessies met schemagerichte groepspsychotherapie plaats met twee behandelaren. Daarnaast een sessie creatieve therapie, psychodramatherapie, psychomotorische therapie, maatschappelijke oriëntatie en farmacotherapie. Het grootste deel van de therapieblokken wordt door alle cliënten gevolgd. Daarnaast volgen cliënten vier therapieblokken in de week een module op indicatie. Deze indicatie wordt gesteld door de regiebehandelaar in overleg met de overige stafleden. Deze modules zijn: casusconceptualisatie, cognitieve schematherapie, ervaringsgerichte schematherapie, zelfcontrole en zelfexpressie. Middels milieutherapie zorgen sociotherapeuten onder andere voor een veilig therapeutisch klimaat, het superviseren van dagelijkse activiteiten, therapietrouw en weekendvoorbereidingen.

De schemagerichte groepspsychotherapie wordt uitgevoerd door twee klinisch psychologen en een gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. De twee klinisch psychologen zijn getraind in schematherapie door Jeffrey Young, de ontwikkelaar van schematherapie, in een driedaagse masterclass. In aanvulling daarop kregen ze over een periode van twee jaar maandelijks supervisie van Arnoud Arntz, die gecertificeerd supervisor is. Daarmee werd voldaan aan de criteria van certificering van de Internationale Vereniging voor Schematherapie. De gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog staat onder supervisie van een van de klinisch psychologen. De klinisch psychologen zijn verantwoordelijk voor het therapeutische klimaat en sturen het team waar nodig bij. Er zijn regelmatig behandelplanbesprekingen, casuïstiekbesprekingen en intervisiebijeenkomsten om de behandeling te optimaliseren. Schaap en collega's (2016) hebben dezelfde klinische schemagerichte psychotherapie uitgebreider beschreven, mede aan de hand van het bestuderen van ongestructureerde evaluaties van cliënten.

*Deelnemers*

30

De deelnemers voor het onderzoek werden geworven bij psychotherapeutische kliniek De Wieke, onderdeel van het centrum voor persoonlijkheidsstoornissen van Mediant. De kliniek behandelt cliënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen. De deelnemers zijn deels dezelfde als de deelnemers in eerder onderzoek van Schaap en collega's (2016). In dat onderzoek (met  $n = 65$ ) bleek dat positieve behandeluitkomsten werden gevonden met klinische schemagerichte psychotherapie bij patiënten die geen baat hadden gehad bij eerdere behandelingen.

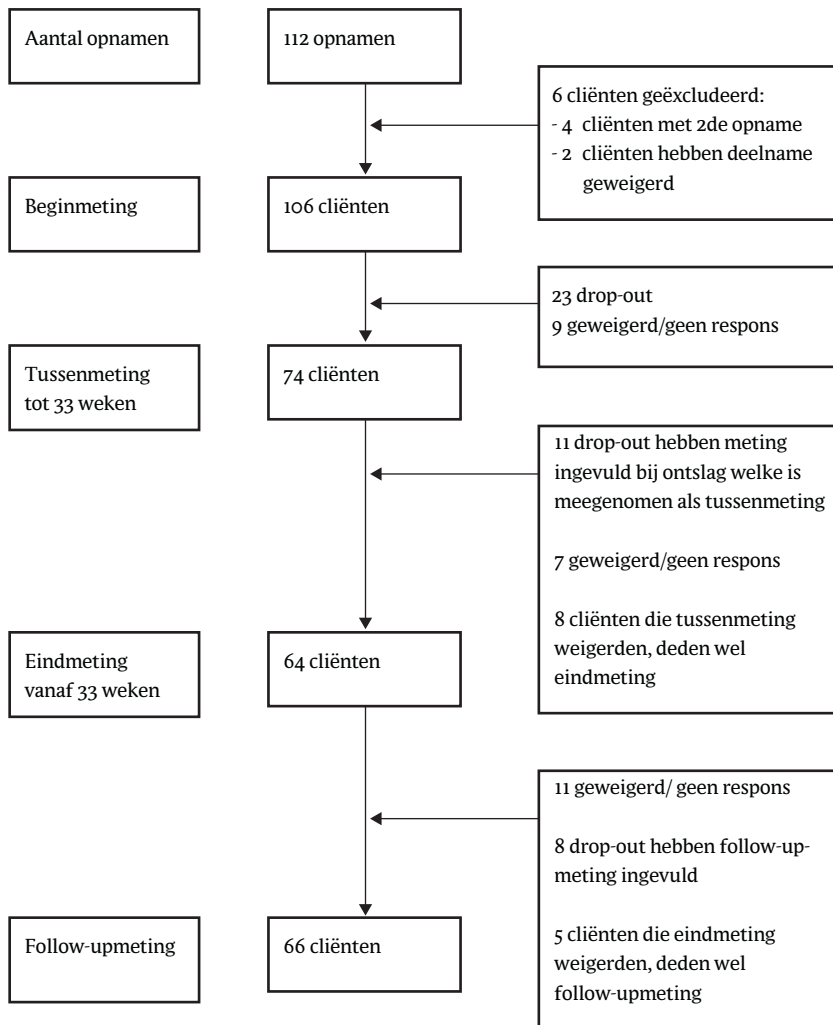
Cliënten hebben voorafgaand aan de klinische behandeling al een ambulante, dagbehandeling en/of klinische behandeling gehad, waarvan zij niet of onvoldoende profiteerden. Cliënten die acuut suïcidaal zijn, een IQ hebben van lager dan 80, gebrekkig Nederlands spreken of zo agressief zijn dat ze een gevaar vormen voor medecliënten, zijn gecontra-indiceerd voor opname.

Cliënten die opgenomen werden in de kliniek in de periode van april 2012 tot februari 2015 werden benaderd om deel te nemen aan dit onderzoek. De dataverzameling liep tot augustus 2016 (één jaar opname en een half jaar follow-up). Er hebben 112 opnamen plaatsgevonden in deze periode. Vier personen werden in deze periode twee keer opgenomen. Van deze personen is alleen de eerste opname (drop-out) meegenomen in dit onderzoek. Twee personen hebben deelname aan het onderzoek geweigerd. Er zijn uiteindelijk 106 deelnemers geïnccludeerd (zie figuur 1).

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 28 jaar ( $SD = 7,8$  jaar). Leeftijden varieerden van 18 tot 44 jaar. Van de deelnemers is 75% vrouw. Een klinisch psycholoog stelde op basis van gesprekken en psychologisch onderzoek een klinische diagnose. Van de deelnemers voldeed 79% aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Van de deelnemers had 21% primair trekken van een persoonlijkheidsstoornis maar voldeed niet aan de criteria om een diagnose te stellen. De helft van hen werd geclassificeerd met een identiteitsstoornis. De meest voorkomende diagnoses zijn: borderline-persoonlijkheidsstoornis (27%), ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis (10%), afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis (7%) en persoonlijkheidsstoornis NAO (37%). De deelnemers hebben veelal ook een comorbide stoornis. Van de deelnemers heeft 59% een stemmingsstoornis, 27% een angststoornis, 12% een eetstoornis en lijdt 11% aan middelenmisbruik.

Van de deelnemers heeft 68% de behandeling afgerond. Hun gemiddelde opnameduur was 48 weken ( $SD = 13,5$  weken). De deelnemers die binnen zes maanden tegen advies van het behandelteam met ontslag gingen worden beoordeeld als drop-out. Dat betrof 32% van de deelnemers. Zij waren gemiddeld dertien weken ( $SD = 6,6$  weken) opgenomen. Uit binaire logistische regressie is gebleken dat de drop-outs niet significant verschillen wat betreft geslacht, leeftijd, klachten en modi bij aanvang van de behandeling, in vergelijking met deelnemers die de behandeling afmaakten.





FIGUUR 1 *Stroomdiagram van de deelnemers aan het onderzoek*

Van de 106 deelnemers hebben alle deelnemers de beginmeting ingevuld, 74 (70%) de tussenmeting, 64 (60%) de eindmeting en 66 (62%) hebben de follow-upmeting ingevuld (figuur 1). De beginmeting vond plaats voorafgaand aan de opname (gemiddelde = -7 weken; SD = 6,7 weken). De metingen tot een opnameduur van 33 weken zijn meegenomen als tussenmeting (gemiddelde = 25 weken; SD = 4,4 weken). Daarna zijn de metingen meegenomen als eindmeting (gemiddelde = 49 weken; SD = 11,3 weken). Bij elf (32%) deelnemers die zijn aangemerkt als drop-out is een meting gedaan bij ontslag tot zes maanden, welke zijn meegenomen als tussenmeting, en bij acht (24%) drop-outs een follow-upmeting. Deze metingen zijn meegenomen in de analyses. Mede daardoor is de SD vrij groot bij follow-up (gemiddelde = 74 weken; SD = 17,2).

Binaire logistische regressie laat zien dat deelnemers die op alle meetmomenten de vragenlijsten hebben ingevuld (28%) niet significant verschillen bij aanvang van de behandeling wat betreft geslacht, leeftijd, klachten en modi van de deelnemers die op een of meerdere meetmomenten de lijsten niet hebben ingevuld.

### *Meetinstrumenten*

Voorafgaand aan de behandeling werden tijdens de diagnostische fase de vragenlijsten afgenomen. De vragenlijsten die gebruikt zijn voor dit onderzoek waren onderdeel van een grotere testbatterij. Masterstudenten psychologie zorgden ervoor dat de deelnemers uitleg kregen betreffende de vragenlijsten en waren tijdens de afname beschikbaar voor vragen van de deelnemers. Dit gebeurde ook bij de tussenmeting en de eindmeting. Tijdens de follow-upmeting is getracht deelnemers (ook de drop-outs) zo veel mogelijk op locatie in aanwezigheid van een masterstudent de vragenlijsten in te laten vullen. Wanneer deelnemers echter niet naar de kliniek konden of wilden komen, is ervoor gekozen de lijsten naar hen op te sturen met een retourenvelop.

Om de klachten van deelnemers te meten is de Brief Symptom Inventory (BSI; de Beurs, 2008) afgenomen. Deze vragenlijst is gericht op symptoominventarisatie. De test bestaat uit 53 items, zoals 'snel ruzie krijgen', 'aanvallen van angst of paniek' en 'moeite iets te onthouden', die gescoord worden op een vijfpuntsschaal (0 = 'helemaal geen' tot 4 = 'heel veel'). Bij de analyses is gebruikgemaakt van de gemiddelde score: de somscore op alle beantwoorde items, gedeeld door het aantal beantwoorde items. De interne consistentie, de test-hertestbetrouwbaarheid en de convergente validiteit zijn goed, en de divergente validiteit is voldoende (de Beurs & Zitman, 2006). In dit onderzoek is Cronbach's alfa goed: 0,94.

Om de schemamodi te meten, is bij de deelnemers de Schema Modi Inventory (SMI; Young et al., 2007) afgenomen. Dit is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 124 items, ontworpen om veertien modi te onderzoeken.

Zoals hierboven beschreven, kunnen deze veertien modi worden ingedeeld in vier categorieën: (1) disfunctionele kindmodi, (2) disfunctionele copingmodi, (3) disfunctionele oudermodi en (4) functionele modi. Voorbeelden van de items zijn: 'Ik voel me inadequaar, gebrekkig of waardeloos' (kindmodi); 'Ik wil mezelf afleiden van gedachten en gevoelens die mij van streek maken' (copingmodi); 'Ik ben streng voor mezelf' (oudermodi); 'Ik weet wanneer mijn emoties te uiten en wanneer niet' (functionele modi). De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal (1 = 'helemaal niet waar' tot 6 = 'helemaal waar'). Bij de analyse is gebruikgemaakt van de somscore. De SMI bezit adequate psychometrische eigenschappen. De interne consistentie en de test-hertestbetrouwbaarheid zijn adequaat, en de constructvaliditeit is matig. Hoewel uit onderzoek is gebleken dat het veertienfactorenmodel in vergelijking met het vierfactorenmodel het best passende model is, bleek het verschil in de *goodness-of-fit*-indicatoren zeer klein, waardoor ook het vierfactorenmodel bruikbaar is (Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten, & Arntz, 2010). In dit onderzoek is Cronbach's alfa voor de functionele modi voldoende (0,75), en voor de coping-, ouder- en kindmodi goed (respectievelijk 0,84, 0,91 en 0,93).

#### *Statistische analyses*

.....

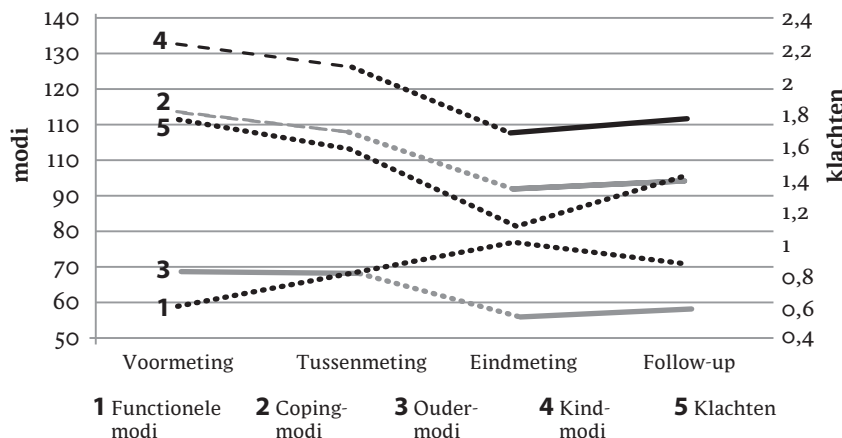
Voor de statistische analyses is gebruikgemaakt van SPSS, versie 24 (IBM). Allereerst is bekeken of de data normaal verdeeld zijn op alle meetmomenten. Dit is getoetst door middel van histogrammen en de Kolmogorov-Smirnov-toets. Een aantal modi bleek op enkele meetmomenten niet normaal verdeeld te zijn. Daarom zijn paarsgewijs de veranderingen tussen opeenvolgende metingen zowel parametrisch als non-parametrisch getoetst. Deze toetsen bleken niet te verschillen.

Vervolgens zijn meerdere multilevel-analyses (*mixed models*) uitgevoerd. Er is voor deze analyse gekozen, omdat er sprake is van *missing data* en middels deze analyse alle data kunnen worden meegenomen zonder data te imputeren. Om de veranderingen van de klachten, kind-, coping-, ouder- en functionele modi te beoordelen zijn deze in aparte analyses ingevoerd als afhankelijke variabele. De metingen zijn telkens als herhaalde meting meegenomen in het model en als *fixed effect* ingevoerd. Er is beoordeeld welk *covariance type* het sterkste model opleverde. Dit is bepaald door de *2 restricted log likelihood* met elkaar te vergelijken voor verschillende covariance types. Het *unstructured covariance type* bleek het sterkste model te geven. Middels LSD (*least significant difference*) is getoetst of de verschillende meetmomenten van elkaar verschillen. De effect sizes (Cohen's *d*) zijn berekend op basis van *estimated marginal means*. Daarbij wordt uitgegaan van de gangbare vuistregel om Cohen's *d* te interpreteren: < 0,49 = klein effect; 0,50-0,79 = middelgroot effect; 0,80-1,29 = groot effect; > 1,30 = zeer groot effect.

Om de samenhang tussen klachten en modi te onderzoeken is een complexere multilevelanalyse uitgevoerd, een zogeheten groei-model. Daarbij zijn stap voor stap de verschillende modi als covariaat toegevoegd aan het model met klachten als afhankelijke variabele. De modi zijn toegevoegd op volgorde van verwachte verandering tijdens de behandeling. Bij iedere stap is getoetst of het model sterker werd, en wel middels de -2LL (Log Likelihood), de AIC (Akaike Information Criterium) en BIC (Bayesian Information Criterium) statistiek.

RESULTATEN

De eerste hypothese luidde dat er een toename plaatsvindt van de functionele modi in zowel het eerste als tweede deel van de behandeling, die behouden blijft bij follow-up. Figuur 2 laat zien dat er sprake is van een significante toename van functionele modi van begin naar tussenmeting, en van tussen- naar eindmeting. Bij follow-up is er een significante afname zichtbaar ten opzichte van de eindmeting. In tabel 1 wordt weergegeven dat de verandering van begin naar eindmeting groot is, in termen van Cohen's *d*, die van beginmeting naar follow-up daarentegen kleiner.



FIGUUR 2 Veranderingen in modi en klachten aan de hand van estimated marginal means (*n* = 106)

NB: Een ononderbroken lijn is niet significant  $p > 0,05$ ; een onderbroken streepjeslijn is significant bij  $p < 0,05$ ; een stippellijn is significant bij  $p < 0,01$ .

De tweede hypothese was dat er in het eerste deel van de behandeling een toename plaatsvindt van de disfunctionele copingmodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up. Van begin- naar tussenmeting is er geen toename maar een afname te zien, evenals van tussen- naar eindmeting (figuur 2). De significante afname van de copingmodi blijft behouden bij follow-up. Cohen's *d* laat zien dat er sprake is van een groot effect van begin- naar eindmeting, terwijl die van beginmeting naar follow-up kleiner is (tabel 1).

De derde hypothese luidde dat er in het eerste deel van de behandeling een toename plaatsvindt van de disfunctionele oudermodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up. De oudermodi nemen alleen significant af van tussen- naar eindmeting (figuur 2). In het eerste deel treedt de verwachte toename niet op. Bij follow-up blijft deze afname van de oudermodi behouden. Cohen's *d* laat een middelgroot effect zien van begin- naar eindmeting, die van beginmeting naar follow-up daarentegen is iets kleiner (tabel 1).

De vierde hypothese was dat er in het eerste deel van de behandeling geen verandering plaatsvindt van de disfunctionele kindmodi, in het tweede deel een afname, en dat deze blijft behouden bij follow-up na zes maanden. De kindmodi nemen af zowel van begin- naar tussenmeting, als van tussen- naar eindmeting (figuur 2). De afname blijft behouden bij follow-up. De Cohen's *d* laat zien dat er een middelgroot effect is van begin- naar eindmeting, en van beginmeting naar follow-up (tabel 1).

TABEL 1 *Effect size (Cohen's d) van de verandering van modi en klachten (op basis van de estimated marginal means van mixed model) (n = 106)*

	Effect begin → tussenmeting	Effect begin → eindmeting	Effect begin → follow-upmeting
	Cohen's <i>d</i>	Cohen's <i>d</i>	Cohen's <i>d</i>
<b>Functionele modi</b>	0,56	1,21	0,77
<b>Copingmodi</b>	-0,23	-0,80	-0,72
<b>Oudermodi</b>	-0,04	-0,65	-0,53
<b>Kindmodi</b>	-0,20	-0,72	-0,62
<b>Klachten (BSI)</b>	-0,33	-0,88	-0,51

De vijfde hypothese was dat er geen verandering van klachten plaatsvindt in het eerste deel van de behandeling, een afname tijdens het tweede deel van de behandeling, en dat deze verandering blijft behouden bij follow-up. Uit de analyse blijkt dat de klachten significant afnemen van begin- tot tussenmeting en van tussen- tot eindmeting (figuur 2). Van eind- tot follow-upmeting nemen de klachten significant toe. De Cohen's *d* laat zien dat de veranderingen groot zijn van begin- naar eindmeting, terwijl die van beginmeting naar follow-up middelgroot zijn (tabel 1).

De zesde hypothese was dat er een samenhang is tussen de verandering in modi en de verandering in klachten tijdens de behandeling en bij follow-up. In tabel 2 staan de resultaten van het groeiemodel. In model A zijn de meetmomenten als herhaalde meting ingevoegd. De factor tijd blijkt samen te hangen met klachten. In model B zijn de functionele modi toegevoegd aan het model, waardoor het model sterker werd. Daarna zijn de copingmodi (model C), de oudermodi (model D) en de kindmodi toegevoegd (model E). Omdat in model E de copingmodi niet meer significant zijn, zijn deze in model F verwijderd. Het model werd daar significant sterker van (zie -2LL, AIC en BIC). Model F blijkt het sterkste model te zijn. Vanuit model F is nog een aantal interactie-effecten (interactie tussen meetmomenten en de verschillende modi) toegevoegd, in een poging het model verder te verbeteren, echter zonder resultaat. Er wordt in model F gevonden dat zowel de afname over tijd van ouder- en kindmodi, als toename van functionele modi, samenhangen met afname van klachten. Tot slot valt op dat de verschillen in klachten tussen de meetmomenten niet meer significant zijn zodra de veranderingen van functionele, ouder- en kindmodi worden toegevoegd aan het model.

## DISCUSSIE

.....

De klinische psychotherapie staat onder (financiële) druk wat betreft behandelduur en vermindering van het aantal bedden. Inhoudelijke argumenten spelen een beperkte rol, mede omdat er nog weinig onderzoek is gedaan. Het onderzoek dat wij hier besproken hebben, geeft inzicht in de veranderingen in modi en klachten, en de samenhang tussen beide, in een klinische schemagerichte psychotherapie voor mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Cliënten profiteren met name in de tweede helft van de klinische schematherapeutische behandeling, zowel wat betreft modi als wat betreft klachten. Hoewel er enige terugval is voor functionele modi en klachten, lijken de effecten grotendeels behouden bij follow-up. Tot slot is er een samenhang gevonden tussen de afname van ouder- en kindmodi en de toename van functionele modi met verbetering op het gebied van klachten.

De hypothesen die op basis van het theoretische modimodel (Jacob & Arntz, 2013; Kellog & Young, 2006) voor dit onderzoek zijn opgesteld, zijn deels bevestigd. Met name de timing van de veranderingen blijkt anders dan

verwacht. De eerste zes maanden nemen niet alleen de functionele modi toe, maar nemen ook de klachten en kind- en copingmodi af, en blijven de oudermodi gelijk. Dit zou te maken kunnen hebben met de meetmomenten. De coping- en oudermodi zouden wel degelijk kunnen toenemen aan het begin van de behandeling, maar de piek zou eerder kunnen liggen dan bij zes maanden. Bij de tussenmeting zouden deze modi weer gezakt kunnen zijn naar het oude niveau, of verder. Het zou echter ook kunnen dat deze modi niet toenemen omdat de cliënten in een veilige, beschermde en gestructureerde omgeving terecht komen. Ook in het onderzoek van Renner en collega's (2014) wordt geen verandering van disfunctionele modi gevonden van begin- naar tussenmeting. Tevens dient opgemerkt te worden dat in de klinische behandeling niet conform het onderzochte modimodel wordt gewerkt. Interventies worden gepleegd op basis van de klinische expertise van de behandelaren. Er zit geen fasering in modigerichte interventies.

De grootste veranderingen blijken plaats te vinden gedurende de tweede helft van de behandeling. De functionele modi nemen significant toe van begin- tot eindmeting, met een grote effect size (Cohen's  $d = 1,21$ ), de disfunctionele modi nemen significant af, met een middelgrote tot grote effect size (Cohen's  $d = 0,65$  tot  $0,80$ ), en de klachten met een grote effect size (Cohen's  $d = 0,88$ ). Deze resultaten zijn vergelijkbaar met andere studies. Uit onderzoek van van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe en Broersen (2014) bij ambulante groepsgerichte schema-cognitieve behandeling bleken effect sizes voor functionele modi van Cohen's  $d = 0,58$  en voor disfunctionele modi van Cohen's  $d = 0,50$  tot  $0,65$ . In een acute klinisch psychiatrische setting met groepsgewijze schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen komen effect sizes naar voren voor functionele modi van Cohen's  $d = 0,44$  en voor disfunctionele modi van Cohen's  $d = 0,69$  (Nenadić, Lamberth, & Reiss, 2017). In drie pilotstudies bij klinische borderlinecliënten werden effect sizes voor afname van klachten gevonden van Cohen's  $d = 0,43$  tot  $2,84$  (Reiss et al., 2013). In veel onderzoeken zijn drop-outs niet meegenomen in de analyses, terwijl dat in het huidige onderzoek wel gebeurd is.

In het merendeel van de bestaande onderzoeken is geen follow-upmeting gedaan. Bij de follow-upmeting blijken cliënten weer meer klachten te ervaren en nemen functionele modi enigszins af. Na ontslag stappen cliënten uit de veilige en beschermde omgeving, en keren ze terug in hun eigen leefomgeving, wat vaak met spanningen gepaard gaat. De disfunctionele modi veranderen niet bij follow-up. Dit kan verklaard worden doordat er mogelijk een persoonlijkheidsverandering heeft plaatsgevonden die structureel en stabiel is. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen of deze persoonlijkheidsverandering ook over langere tijd stabiel blijft.

Uit het groeimodel blijkt dat er een samenhang bestaat tussen de verandering van klachten, en de verandering van kind-, ouder- en functionele modi over de tijd. De copingmodi bleek niet samen te hangen met klachten. Met het toevoegen van de kind-, ouder- en functionele modi zijn er geen signifi-

TABEL 2 Resultaten van het groeiemodel om klachten te voorspellen door functionele modi, copingmodi, oudermodi en kindmodi (n = 106)

	Model A	Model B	Model C	Model D	Model E	Model F
<b>Fixed effects</b>						
<b>Intercept</b>	1,79 *** (0,06)	3,36 *** (0,15)	1,90 *** (0,37)	1,29 ** (0,37)	0,81 * (0,38)	0,75 * (0,36)
<b>Beginmeting (referentie)</b>	0	0	0	0	0	0
<b>Tussenmeting</b>	-0,23 ** (0,07)	-0,01 (0,65)	-0,03 (0,06)	-0,08 (0,06)	-0,10 (0,06)	-0,10 (0,06)
<b>Eindmeting</b>	-0,67 *** (0,09)	-0,19 * (0,09)	-0,20 * (0,08)	-0,20 * (0,08)	-0,22 ** (0,08)	-0,21 * (0,08)
<b>Follow-upmeting</b>	-0,41 *** (0,10)	-0,07 (0,09)	-0,02 (0,09)	-0,03 (0,09)	-0,05 (0,08)	-0,05 (0,08)
<b>Functionele modi</b>		-0,03 *** (0,00)	-0,02 *** (0,00)	-0,01 *** (0,00)	-0,01 ** (0,00)	-0,01 ** (0,00)
<b>Copingmodi</b>			0,01 *** (0,00)	0,00 * (0,00)	-0,00 (0,00)	-
<b>Oudermodi</b>				0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)
<b>Kindmodi</b>					0,01 *** (0,00)	0,01 *** (0,00)



VERANDERING VAN SCHEMAMODI EN KLACHTEN BIJ CLIËNTEN

<b>-2LL</b>	552,166	441,641	431,758	419,946	412,491	406,133			
<b>AIC</b>	572,166	461,641	451,758	439,946	432,491	426,133			
<b>BIC</b>	608,900	497,845	487,816	475,967	468,438	462,228			

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001  
 Standaard error staat tussen haakjes

cante veranderingen meer wat betreft afname van klachten. Of dit een louter mediërend effect is of dat de veranderingen van modi en klachten elkaar wederzijds versterken — zoals ook tussen veranderingen van schema's en klachten wordt verondersteld (van Vreeswijk et al., 2014) — is onduidelijk. Nader onderzoek zal nodig zijn om dit te verhelderen.

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek binnen de klinische setting dat de verandering en samenhang tussen modi en klachten inzichtelijk maakt. Het levert daarmee een bijdrage aan kennis en inzicht in de klinische behandeling van mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek vanuit schematherapie.

In het onderzoek is een drop-outpercentage gevonden van 32%. Dit percentage is vergelijkbaar met andere onderzoeken binnen de klinische setting voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Pham-Scottez et al., 2012; van den Bosch, Sinnaeve, Hakkaart-van Roijen, & van Furth, 2014). Daarnaast bleek de drop-out niet te verschillen wat betreft kenmerken van cliënten bij het begin van de behandeling. Verder onderzoek naar de redenen van drop-out is gewenst.

Door gebruik te maken van complexe statistische analyses is de invloed van ontbrekende data in dit onderzoek beperkt. Wat betreft de data-analyse is er conservatief gehandeld. Van de deelnemers die tweemaal zijn opgenomen zijn bijvoorbeeld enkel de data van de eerste opname meegenomen. Dit betrof in alle gevallen een drop-out. Bij 32% van de drop-outs is een meting gedaan bij ontslag (tot zes maanden) en bij 24% van de drop-outs is een follow-upmeting uitgevoerd. Ook deze data zijn meegenomen in de analyses.

De beperkingen van dit onderzoek zijn deels gerelateerd aan de praktijkgerichtheid ervan. Gebruikmaken van een controlegroep was niet mogelijk. Daardoor valt niet met zekerheid te zeggen dat de resultaten toe te schrijven zijn aan het schematherapeutische behandelprogramma. Bovendien betreft het een *klinisch* behandelprogramma, waarbij niet alle aspecten van het programma typische schematherapeutische interventies betreffen. Ook is de behandelintegriteit van de therapeuten niet gemeten.

In onderzoek van Lobbestael en collega's (2010) wordt gepleit voor het veertienfactorenmodel van modi, onder andere omdat er subtiele maar belangrijke verschillen bestaan tussen de veertien subschalen. In dit onderzoek is gekozen voor het vierfactorenmodel van de SMI, waardoor deze verschillen mogelijk niet in beeld komen. Nader onderzoek zou gericht kunnen worden op de veranderingen van de veertien factoren.

Verder varieerde de opnameduur van de deelnemers. De opnameduur draagt in principe een jaar. Er is echter een groep die eerder met ontslag gaat, maar ook een kleine groep die, op basis van klinisch oordeel, verlenging krijgt van de behandeling. In dit onderzoek zijn deze deelnemers echter allen meegenomen, waardoor de resultaten bij het einde van de behandeling minder nauwkeurig zijn. Daarnaast is de doelgroep divers, waardoor uitspraken over specifieke persoonlijkheidsstoornissen niet kunnen worden gedaan.

Het is aan te bevelen om de interventies tijdens de behandeling meer te richten op de modi, aangezien de modi samenhangen met de klachten. Het is moeilijk te voorspellen in hoeverre modi in de eerste zes maanden te veranderen zijn, wanneer daar intensiever op geïntervenieerd gaat worden. Mogelijk hebben cliënten deze tijd nodig om het vertrouwen te krijgen patronen los te laten. De interventies gericht op modi zouden geïntensiveerd moeten worden en meer systematisch in het programma ingepast moeten worden.

Dit onderzoek draagt bij aan het bewijs dat klinische schemagerichte psychotherapie leidt tot vermindering van de klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Tevens geeft het onderzoek inzicht in de veranderingen en de samenhang van de verschillende modi en de klachten. Daaruit blijkt dat structurele veranderingen vooral worden behaald in het tweede deel van de behandeling en dat de afname van disfunctionele modi behouden blijft na follow-up van zes maanden. Dit impliceert dat het verder inkorten van de duur van de klinische behandeling grote consequenties heeft op het effect van de behandeling. Hopelijk kunnen de uitkomsten van dit onderzoek een inhoudelijke impuls geven aan de discussie over de toekomst van de klinische psychotherapie.

**Ted Wolterink** is als gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog verbonden aan het Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen Mediant te Hengelo.

**Gerben Westerhof** is als hoogleraar verbonden aan de Vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente.

*Correspondentieadres:* Ted Wolterink, Mediant Hengelo, Boerhaavelaan 69, 7555 BB Hengelo. E-mail: t.wolterink@mediant.nl

**Summary** *Change of schema modes and psychological distress in clients with complex personality problems during and after an inpatient schema therapeutic treatment: A naturalistic prospective study*

This research focuses on change in schema modes and psychological distress, and on the mutual connection between the two. The research was conducted on clients with complex personality pathology who are treated one year with inpatient schema focused psychotherapy.

Schema therapy is an effective treatment for personality disorders within the outpatient setting. In clinical settings, however, little research has been done. Because of this, little is known about the effectiveness of treatment in clients with complex personality disorders who did not benefit sufficiently from previous treatments.

The modes (Schema Modi Inventory; SMI) and psychological distress (Brief Symptom Inventory; BSI) were measured at four moments, among 106 clients, in a naturalistic prospective study without a control group. The multilevel analysis shows that functional modes increase and psychological distress decrease, with large effect sizes (Cohen's *d*: 1.21 and 0.88, respectively), from start to end of treatment. Dysfunctional modes decrease, especially in the second half of

treatment, with medium to large effect sizes (Cohen's  $d$ : 0.65-0.80), that are largely maintained at follow-up. Changes in dysfunctional child and parent modes, and in functional modes, are associated with decrease of psychological distress. This study shows that inpatient schema focused psychotherapy gives good results in diminishing psychological distress which is related to changes in schema modes as the assumed working mechanism of schema therapy.

**Keywords** *schema therapy, schema modes, psychological distress, complex personality disorders, inpatient treatment, changes*

### Literatuur

- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie*, *49*, 194-207.
- Arntz, A., & Jacob, G. (2012). *Schema-therapie: Een praktische handleiding*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- 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*, 305-322.
- de Beurs, E. (2008). *Brief Symptom Inventory (BSI): Handleiding*. Leiden: PITS.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *61*, 120-141.
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie: Grundlagen & Perspektiven*, *11*, 78-86.
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, *6*, 171-185.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 445-458.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 854-860.
- 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.
- Ministerie van VWS (2012). *Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2012-2014*. Geraadpleegd op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/06/18/bestuurlijk-akkoord-toekomst-ggz-2013-2014>
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2009). *Werkboek klinische schema-therapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nenadić, I., Lamberth, S., & Reiss, N. (2017). Group schema therapy for personality disorders: A pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Research*, *253*, 9-12.
- Pham-Scottez, A., Huas, C., Perez-Diaz, F., Nordon, C., Divac, S., Dardennes, R., ... Rouillon, F. (2012). Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *200*, 807-813.
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrel, J. (2013). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot

- studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Renner, F., van der Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2014). Effecten van schemagroeps-therapie bij jongvolwassenen. *GEDRAGSTHERAPIE*, 47, 20-36.
- Schaap, G.M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for adults with personality pathology: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles and positive mental health. *Psychotherapy*, 53, 402-412.
- Thunnissen, M. M., & Muste, E. H. (2002). Schematherapie in de klinische-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 122-131.
- van den Bosch, L. M. C., Sinnaeve, R., 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. Geraadpleegd op: <http://www.trialsjournal.com/content/15/1/152>
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., & Broersen, J. (2014). 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 and Psychotherapy*, 21, 29-38.
- Wetzelaer, P., Lokkerbol, A., Arntz, A., van Asselt, A., & Evers, S. (2016). Kosteneffectiviteit van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen: Een systematisch literatuuronderzoek van economische evaluatiestudies. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 717-727.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., & van Vreeswijk, M. F. (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York: Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.