

Welbevinden en persoonlijkheidsproblematiek in klinische schematherapie

S.A. Phagoe, K. Timmerman, A.M. Claassen, G.J. Westerhof

- Achtergrond** In de behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen is welbevinden een welkome aanvulling op een klachtgerichte focus. Klachten nemen af na behandeling en dit hangt samen met de verandering in bepaalde kenmerken van de persoonlijkheidsstoornis (schemamodi).
- Doel** Nagaan hoe het beloop is van welbevinden en of dit samenhangt met veranderingen in schemamodi.
- Methode** Middels een naturalistisch, prospectief within subjects design deden we onderzoek binnen de Boerhaven Kliniek van Mediant. De deelnemers hadden complexe persoonlijkheidsproblematiek en kregen klinische schematherapie. De behandelfocus was zowel afname van persoonlijkheidsproblematiek als toename van functionele modi en welbevinden. Er waren vier momenten: bij 0, 6, 12 en 18 maanden waarbij het welbevinden en schemamodi werden gemeten. Deze werden geanalyseerd met een mixed-modelanalyse.
- Resultaten** Welbevinden nam vanaf het begin gedurende de behandeling significant toe, maar was bij follow-up iets lager. Er werd een samenhang gevonden van de toename in welbevinden met toename van functionele modi en afname van copingmodi.
- Conclusie** Er zijn verschillen in de ontwikkeling van welbevinden en klachten tijdens en na klinische schematherapie. Beide hangen op een andere manier samen met veranderingen in schemamodi. Een positief psychologische benadering wordt aanbevolen als aanvulling op een klachtgerichte behandeling.

Mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek ervaren vaak een grote ziektelast en hebben problemen op veel levensgebieden, hetgeen hun maatschappelijke leven en hun kwaliteit van leven ernstig beperkt (Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen, Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). Effectieve behandeling is dus belangrijk. Veel van de aanbevolen interventies zijn voornamelijk gericht op het doen afnemen van psychiatrische problematiek en dit is ook vaak de focus in wetenschappelijk onderzoek. Daardoor is nog weinig bekend over het effect van behandeling op welbevinden. De WHO (2005) beschrijft zowel de afwezigheid van psychiatrische aandoeningen als de aanwezigheid van welbevinden als wezenlijk onderdeel van geestelijke gezondheid (Bohlmeijer e.a. 2013a). Uit onderzoek blijkt dat hoger welbevinden bijdraagt aan het goed functioneren van een individu (executieve functies, creativiteit en verbondenheid) en het werkt beschermend tegen en herstelbevorderend bij psychische klachten (Bohlmeijer e.a. 2021). Uit eerder onderzoek is bekend dat een afname in klachten niet per se samengaat met een

toename in welbevinden (Bohlmeijer e.a. 2013b; 2016; Claassen 2016; Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). Dit is de kern van het twee-continuamodel van klachten en welbevinden (Bohlmeijer e.a. 2021). Beide verdienen dus afzonderlijk aandacht binnen behandeling. Welbevinden wordt onderverdeeld in 3 componenten: emotioneel welbevinden (de subjectieve ervaring van positieve gevoelens); psychologisch welbevinden (het effectief functioneren van het individu ofwel zelfrealisatie) en het sociaal welbevinden (het effectief functioneren in de maatschappij) (Bohlmeijer e.a. 2013a; 2021).

Schematherapie

De zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017) beschrijft schematherapie als een van de aanbevolen interventies voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Schematherapie is een integratieve vorm van psychotherapie met zowel cognitieve, gedragsmatige als experiëntiële interventies. Dat betekent dat behalve op disfunctionele overtuigingen en gedragingen de focus ook wordt gelegd op problemati-

AUTEURS

Sarisha A. Phagoe, GZ-psycholoog, neurocare group.

Karin Timmerman, vaktherapeut beeldend, psycholoog en onderzoeker, Mediant, De Boerhaven, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Hengelo.

Anne-Marie Claassen, psycholoog/psychotherapeut en programmamanager Schematherapie, Mediant, De Boerhaven, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen, Hengelo.

Gerben J. Westerhof, hoogleraar Narratieve psychologie en technologie, Universiteit Twente.

Correspondentie

Karin Timmerman (k.timmerman@mediant.nl)

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-10-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(2):73-79

sche emoties en biografische aspecten (Young e.a. 2005; Muste e.a. 2009).

Klinische psychotherapie is aangewezen als ambulante behandelingen onvoldoende effect hebben gehad, iemand in meerdere levensgebieden is vastgelopen en onvoldoende sociale steun en dagstructuur heeft (Muste e.a. 2009; Kwaliteitsontwikkeling GGZ 2017). Het schemamodusmodel is door Young e.a. (2005) ontwikkeld voor de behandeling van mensen met een complexe persoonlijkheidsstoornis.

Schemamodi zijn allesoverheersende gemoedstoestanden met een steeds wisselend, gecombineerd patroon van denken, voelen en doen, in het hier en nu. Er worden 14 schemamodi onderscheiden die te zijn verdelen in 4 categorieën. Drie categorieën betreffen de disfunctionele modi: kindmodi, oudermodi en copingmodi. De kindmodi zijn 'kinderlijke' gevoelens, gedachten en gedragingen. Oudermodi betreffen een geïnternaliseerde kritische en straffende kant, die de cliënt onder druk zet. En de copingmodi zijn manieren van overleven die de cliënt heeft aangeleerd en zijn gekoppeld aan vechten-, vluchten- of bevrozenreacties. De vierde categorie betreft functionele modi die de gezonde, positieve en functionele kant beschrijven van voelen, denken en handelen van de cliënt (Young e.a. 2005; Arntz & Jacob 2015).

Klinische schematherapie is erop gericht om disfunctionele modi te verminderen en functionele modi te vermeerderen. Er zijn verschillende theorieën over wat men eerst moet aanpakken. In de praktijk kijkt men echter vaak waar de meeste ingang is en wat het meest op de voorgrond staat (Young e.a. 2005; Muste e.a. 2009; Arntz & Jacob 2015; Claassen & Pol 2015).

De effectiviteit van schematherapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is aangetoond in verschillende studies. Schematherapie blijkt zowel in groepsbehandeling als in individuele behandelingen persoonlijkheidsproblematiek significant te doen afnemen, met middelgrote tot zeer grote effectgroottes (Muste e.a. 2009; Renner e.a. 2104; Arntz 2016; Taylor

e.a. 2017). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van leven ook verbetert (SKP 2006; Timman & Groenink 2008; Bartak 2010; Schaap e.a. 2016). In onderzoeken naar klinische schematherapie worden dezelfde middelgrote tot zeer grote effectgroottes gevonden als in de ambulante setting (Reiss e.a. 2014; Schaap e.a. 2016; Wolterink & Westerhof 2018; Younan e.a. 2018). Ook is gevonden dat disfunctionele modi pas afnemen gedurende de tweede helft van de behandeling, terwijl de functionele modi vanaf het begin toenemen (Renner e.a. 2014; Wolterink & Westerhof 2018).

Uit onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018), naar klinische schematherapie bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, blijkt dat klachten en disfunctionele modi met kleine effectgroottes afnemen in de eerste 6 maanden ($d = 0,04$ tot $0,33$). De functionele modi nemen dan met een middelgrote effectgrootte toe ($d = 0,56$). Van begin tot eind nemen de disfunctionele modi met een middelgrote effectgrootte af ($d = 0,65$ tot $0,8$), klachten nemen af en de functionele modi toe met een grote effectgrootte (resp. $d = 0,88$ en $d = 1,21$). Hoewel er een toename is van klachten en een afname van functionele modi bij de follow-up (18 maanden), blijft de totale verandering vanaf het begin significant met middelgrote effectgroottes (resp. $d = -0,51$ en $d = 0,77$). De disfunctionele modi blijven stabiel tussen de eindmeting en de follow-up. Daarnaast blijkt er zowel een samenhang van afname van klachten met de afname van de ouder- en kindmodi als met de toename van functionele modi. Er is geen samenhang gevonden met de copingmodi.

Er is nog weinig bekend over veranderingen in welbevinden in klinische schematherapie bij complexe persoonlijkheidsproblematiek en hoe deze samenhangen met veranderingen in schemamodi. Binnen schematherapie wordt de laatste jaren steeds meer aandacht besteed aan het ontwikkelen van de functionele modi naast het behandelen van de disfunctionele modi. Binnen deze interventies is het verbeteren van het emotionele, psychologische en sociale welbevinden expliciet

aandachtspunt (Muste e.a. 2009; Claassen & Pol 2015; Claassen & Broersen 2019). Daarom hebben wij de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

- Hoe veranderen zowel algemeen als emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden gedurende de behandeling en tot een half jaar daarna?
- Is er samenhang tussen veranderingen in (dis)functionele modi en veranderingen van algemeen welbevinden?

METHODE

Setting

Dit onderzoek werd uitgevoerd bij de Boerhaven Kliniek voor persoonlijkheidsproblematiek van Mediant. Cliënten werden gemiddeld gedurende een jaar middels klinische schematherapie behandeld met positief psychologische interventies in een multidisciplinaire setting. Ze verbleven doordeweeks in de kliniek en in het weekend thuis. Drie basisgroepen van negen personen vormden de leefgroep en samen met de therapeuten het milieu van de kliniek. Met hun basisgroep volgden de cliënten groepspsychotherapie, verschillende vaktherapieën (drama-, beeldende en psychomotorische therapie) en sociotherapie. De therapeuten waren geschoold in schematherapie en maakten gebruik van cognitieve, gedragsmatige en experiëntiële interventies (niet geprotocolleerd). De cliënten gebruikten het *Werkboek klinische schematherapie* van Muste e.a. (2009). Daarnaast waren er huistherapietaken die de dagelijkse gang van zaken in de kliniek betreffen (structuur en algemene dagelijkse verantwoordelijkheden). Aanvullend op het programma was er de mogelijkheid tot psychofarmacologische behandeling, sport en maatschappelijke ontwikkeling. De positief psychologische interventies waren de schatkwisten (twee keer per jaar), waarbij elke cliënt presenteert wat bij hem of haar positieve emoties oproept, en multidisciplinaire interventies over de functionele modus van de gezonde volwassene zoals beschreven in het boek *Schematherapie en de gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk* van Claassen en Pol (2015).

Opzet

Het onderzoek had een naturalistische, prospectieve, *within-subjects* opzet. Er waren 4 metingen: een voormeting (0 maanden), een tussenmeting (na 6 maanden) en nameting (bij ontslag na 12 maanden) en een follow-upmeting (18 maanden na begin). De data die eerder zijn gebruikt voor het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018) werden aangevuld met metingen betreffende het welbevinden.

Deelnemers

Inclusiecriteria waren: complexe persoonlijkheidsproblematiek, problemen op meerdere leefgebieden, eerdere behandelingen met onvoldoende effect en leeftijd tussen 18 en 45 jaar. Exclusiecriteria waren: een bene-

dengemiddelde intelligentie (IQ < 80), actuele crisis, suïcidale gedragingen of psychose.

De steekproef bestond uit 106 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 28 jaar (SD: 7,8). Van hen was 75% vrouw. 79% voldeed aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis volgens de beoordeling van een klinisch psycholoog. De populatie bestond met name uit cluster B- en C-persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast was er veel comorbiditeit bij deze populatie, waaronder stemmingstoornissen en verslavingsproblematiek. Voor meer details verwijzen we naar Wolterink & Westerhof (2018).

Voor de schemamodi hadden 106 deelnemers de beginmeting ingevuld, 74 de tussenmeting, 64 de eindmeting en 65 de follow-upmeting. Omdat we iets later waren gestart met de meting van welbevinden waren hiervoor 79 afnames bij de beginmeting, 59 bij de tussenmeting, 77 bij de eindmeting en 67 bij de follow-upmeting. Van de 106 deelnemers had 68% de behandeling afgerond. Zowel van deze groep, als van de uitvallers hadden niet alle deelnemers op alle momenten metingen ingevuld (zie Wolterink & Westerhof 2018). Daar werd in de data-analyses rekening mee gehouden.

Tot slot waren vier deelnemers twee keer opgenomen, van hen werd alleen de eerste opname meegenomen om een vertroebelde weergave van mogelijke behandel-effecten te voorkomen.

Meetinstrumenten

De *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-sf) is een zelfrapportagevragenlijst die het mentaal welbevinden meet en bestaat uit 14 items. De MHC-sf heeft 3 subschalen: emotioneel welbevinden (3 items), sociaal welbevinden (5 items) en psychologisch welbevinden (6 items). Voorbeelditems voor de drie subschalen zijn: *In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel ... dat u gelukkig was? /...dat mensen in principe goed zijn? /...dat uw leven richting of zin heeft?* Er wordt gescoord op een zespuntsschaal van 0 (nooit) tot 5 (elke dag). Het algemeen welbevinden wordt berekend als het gemiddelde over alle 14 items. Het emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden als het gemiddelde over de betreffende items van deze schalen. De MHC-sf is voldoende betrouwbaar en valide en heeft een goede test-hertestbetrouwbaarheid (Lamers e.a. 2011). De *Schema Modi Inventory* (SMI) gebruikten we om de schemamodi te meten. De SMI bestaat uit 124 items. Voorbeelden van items zijn: *'door anderen te laten merken dat met jou niet te spotten valt, dwing je respect af'* of: *'ik heb een goed beeld van wie ik ben en wat ik nodig heb om mezelf gelukkig te maken'*. Deelnemers geven op een zespuntsschaal van 1 (nooit of bijna nooit) tot 6 (altijd) aan in welke mate de stellingen op hen van toepassing zijn. De SMI is voldoende betrouwbaar en valide en heeft een goede test-hertestbetrouwbaarheid (Young e.a. 2008). Voor dit onderzoek gebruikten we de totaalscore voor elke categorie modus. Dit vierfactorenmodel is vanuit onderzoek vergelijkbaar qua bruikbaarheid met het veertienfactorenmodel, met Crohnbachs alfa van voldoende tot goed (Lobbestael e.a. 2010).

Data-analyse

Data-analyse werd uitgevoerd met SPSS IBM versie 21. Na analyse bleken de data van het welbevinden groten-deels normaal verdeeld, op het een aantal metingen van het emotioneel en het sociaal welbevinden na. Deze variabelen werden zowel door parametrische als non-parametrische toetsen getest. Daaruit bleken resultaten overeen te komen, behalve bij de vergelijking van de derde en de vierde meting van het emotioneel welbevinden ($p = 0,07$ i.p.v. $< 0,05$).

Met mixed-models analyses keken we naar de ontwikkeling van het welbevinden over tijd en naar de samenhang tussen algemeen welbevinden (totaalscore) en de modi. We kozen ervoor om het algemeen welbevinden te gebruiken en om de modi op dezelfde manier als Wolterink en Westerhof (2018) toe te voegen omdat er een groot aantal analyses werd gedaan en omdat we de analyses wilden vergelijken met het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018), die de verschillende klachten ook samenvoegden tot een totaalscore.

Een ander voordeel van de mixed-models analyse is dat ook alle missende data meegenomen worden (Grace-Martin 2016). Uit Littles MCAR-test bleek overigens dat de missende data random verdeeld waren. Allereerst voerden we een mixed-modelanalyse uit met algemeen welbevinden als uitkomstmaat en tijd als factor (model A). Daarna voegden we de functionele modi toe als covariaat (model B), vervolgens de copingmodi (model C), dan de oudermodi (model D) en tot slot de

kindmodi (model E). Tot slot werden ook geslacht en leeftijd als mogelijke confounders toegevoegd. Zowel tijd, covariaten als mogelijke confounders werden telkens toegevoegd als fixed effect.

Met *log likelihood* (-2LL), Akaike's informatie criterium (AIC) en bayesiaans informatie criterium (BIC) toetsten we bij elk nieuw model of het sterker was dan het eerdere model. Het *unstructured covariance type* bleek het sterkste model in het onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018), daarom gebruikten we dit model hier ook om de uitkomsten te kunnen vergelijken. Op basis van de geschatte marginale gemiddelden (*estimated marginal means*) werden de effectgroottes berekend (Cohens *d*). Dit om de veranderingen in welbevinden te kunnen vergelijken met de veranderingen in klachten vanuit onderzoek van Wolterink en Westerhof (2018).

RESULTATEN

De eerste onderzoeksvraag die we beantwoordden met de beschreven mixed-models analyse is: *Hoe veranderen zowel algemeen als emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden gedurende de behandeling en tot een half jaar daarna?* In **tabel 1** zijn de resultaten van het mixed model voor het algemene welbevinden te zien. Model A laat zien dat welbevinden veranderde over de tijd, waarbij de verschillen tussen de opeenvolgende metingen steeds significant waren: er was een toename van algemeen welbevinden gedurende de behandeling en een achteruitgang bij follow-up.

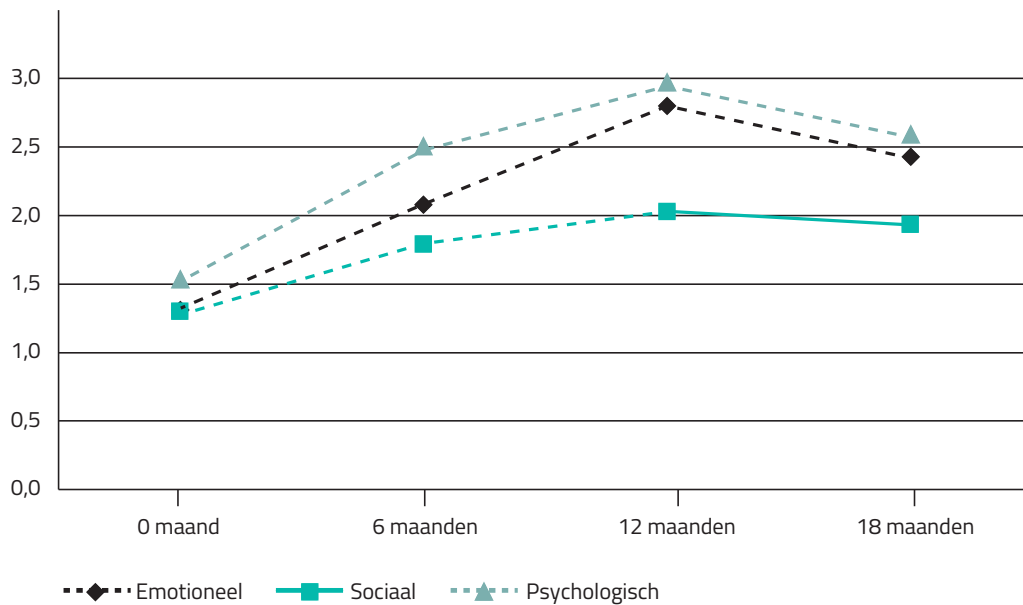
Tabel 1. Resultaten van de mixed-modelanalyses voor de samenhang van het welbevinden met de modi (standaarderror)

Fixed effects	Model A	Model B	Model C	Model D	Model E
Intercept	1,401*** (0,067)	-1,909*** (0,162)	-0,942* (0,415)	-0,819 (0,443)	-0,740 (0,465)
Beginmeting (referentie)	0	0	0	0	0
Tussenmeting	0,761*** (0,111)	0,411*** (0,086)	0,440*** (0,088)	0,451*** (0,088)	0,452*** (0,089)
Eindmeting	1,214*** (0,13)	0,309** (0,097)	0,324*** (0,095)	0,324*** (0,095)	0,322*** (0,095)
Follow-upmeting	0,916*** (0,130)	0,243* (0,09)	0,233** (0,092)	0,233** (0,092)	0,231** (0,092)
Functionele modi		0,057*** (0,002)	0,051*** (0,003)	0,050*** (0,003)	0,049*** (0,004)
Copingmodi			-0,005** (0,002)	-0,004 (0,002)	-0,003 (0,003)
Oudermodi				-0,003 (0,003)	-0,003 (0,003)
Kindmodi					-0,001 (0,002)
-2LL	659,241	418,525	418,208	427,213	437,478
AIC	679,241	438,525	438,208	447,213	457,478
BIC	715,151	473,619	473,139	482,103	492,326

-2LL: *log likelihood*; AIC: Akaike's informatie criterium; BIC: bayesiaans informatie criterium.

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Figuur 1. Ontwikkeling van de drie componenten van welbevinden gedurende 18 maanden



De onderbroken lijnen geven een significante verandering aan en de doorgetrokken lijn een niet-significante verandering.

In **figuur 1** geven we op basis van soortgelijke analyses het verloop van de verschillende componenten van het welbevinden weer ten opzichte van de tijd. Hier is te zien dat alle componenten van welbevinden al vanaf het eerste gedeelte van de behandeling significant toenamen en ook toenamen tussen de tussenmeting en de eindmeting. Van eind- tot follow-upmeting werd een significante afname gevonden in het psychologisch en emotioneel welbevinden van de cliënten. Het sociaal welbevinden bleef stabiel na de eindmeting. Het verschil tussen de begin- en de follow-up-meting bleef voor alle componenten significant.

In **tabel 2** zijn de effectgroottes (Cohens d) weergegeven van het algemene welbevinden en de drie componenten van welbevinden. Het algemene welbevinden en het emotioneel en psychologisch welbevinden lieten een grote verandering zien van begin tot follow-up. Het sociaal welbevinden toonde een middelgrote verandering.

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag: ‘Is er samenhang tussen veranderingen in (dis)functionele modi en de verandering van algemeen welbevinden?’ zijn de resultaten van het mixed model weergegeven in **tabel 1**.

In model B werden de functionele modi toegevoegd aan het mixed model. Het model werd hierdoor sterker, zichtbaar in de lagere -2LL-, AIC- en BIC-waarden. In model C werden de copingmodi toegevoegd waardoor het model, hoewel slechts enkele decimalen, nog iets sterker werd.

Daarna werden de oudermodi toegevoegd in model D. Hierdoor waren echter zowel de ouder- als de copingmodi niet meer significant.

In model E werden ten slotte de kindmodi toegevoegd. Zowel de coping- als oudermodi waren hierdoor niet meer significant evenals de kindmodi. Het model werd ook niet sterker bij het toevoegen van de leeftijd of het geslacht als confounders.

Tabel 2. Effectgroottes (Cohens d op basis van de estimated marginal means) van de verandering van welbevinden*

	Begin-tussenmeting	Begin-eindmeting	Begin-follow-upmeting
	Cohens d	Cohens d	Cohens d
Algemeen welbevinden	0,96	1,29	1,01
Psychologisch welbevinden	1,14	1,67	1,10
Emotioneel welbevinden	0,76	1,30	0,98
Sociaal welbevinden	0,59	0,76	0,68

N (beginmeting) = 79, N (algemeen, tussenmeting) = 57, N (psychologisch + sociaal, tussenmeting) = 58, N (emotioneel, tussenmeting) = 59, N (algemeen + sociaal, eindmeting) = 75, N (emotioneel + psychologisch, eindmeting) = 77, N (algemeen + psychologisch, follow-upmeting) = 66, N (emotioneel + sociaal, follow-upmeting) = 67.

*Vergelijkingen moet men met enige voorzichtigheid interpreteren omdat ook Cohens d’s een betrouwbaarheidsinterval hebben, waardoor de genoteerde waarden puntschattingen met enige onzekerheid betreffen.

Model C was dus het sterkste mixed model: de functionele modi waren de belangrijkste covariaat en er was een significante samenhang met de copingmodi, maar niet met de ouder- en kindmodi.

DISCUSSIE

Verandering in welbevinden

Dit onderzoek geeft inzicht in het verloop van het welbevinden tijdens en na een jaar klinische schematherapie met positief psychologische interventies. Daarnaast onderzochten we de samenhang tussen welbevinden en de vier categorieën van schemamodi.

Er zijn veranderingen in welbevinden tussen alle meetmomenten gevonden: het algemeen welbevinden neemt toe gedurende de behandeling en neemt weer iets af bij de follow-up. Dit verloop is ook gevonden voor het psychologisch en emotioneel welbevinden. Het sociaal welbevinden neemt tijdens behandeling toe, daarna bleef het stabiel. Uiteindelijk is er tussen begin en follow-up een grote effectgrootte voor algemeen, emotioneel en psychologisch welbevinden en een middelgrote effectgrootte voor sociaal welbevinden.

Hoewel cliënten er qua welbevinden dus sterk op vooruitgaan, is het welbevinden bij follow-up gemiddeld nog steeds bijna een halve standaarddeviatie lager dan de normgroep van de Nederlandse bevolking (Lamers e.a. 2011). Wel scoren ze bij de follow-up hoger dan de normgroep voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (Franken e.a. 2019).

Momenteel wordt onderzocht of de daling in welbevinden bij follow-up tijdelijk is in verband met het ontslag uit de kliniek en het weer wennen aan het leven buiten de kliniek of dat de daling verder door zou zetten. Daarnaast wordt in het huidige aanbod extra nazorg geboden, om deze terugval te ondervangen en de overgang van de kliniek naar het leven daarbuiten minder groot te maken.

Samenhang verandering in modi en die in welbevinden

In antwoord op de tweede onderzoeksvraag bleek dat de toename in algemeen welbevinden samenhangt met een toename van functionele modi en een afname van disfunctionele copingmodi, maar niet met veranderingen in ouder- en kindmodi. Het is wellicht niet verwonderlijk dat de toename van de functionele modi samenhangt met welbevinden, omdat bij het vermeerderen van de functionele modi, hetgeen een belangrijke focus is binnen de kliniek, een sterke nadruk wordt gelegd op positieve emoties en gezond gedrag. Dit komt vooral overeen met de emotionele en psychologische componenten van het welbevinden die ook de meeste verandering laten zien.

De samenhang tussen de toename van het welbevinden en de afname in copingmodi kan mogelijk worden verklaard doordat men vanaf het begin van de behandeling

al experimenteert met nieuw, alternatief gedrag. De sociale en veilige omgeving en kaders van de kliniek bieden de voorwaarden en structuur om meer de gezonde coping toe te passen.

Vergelijking met literatuur

In vergelijking met het onderzoek naar klachten van Wolterink en Westerhof (2018) valt op dat welbevinden en klachten niet in gelijke mate en niet op dezelfde momenten veranderen. Welbevinden verandert, anders dan klachten, al in de eerste helft van de behandeling. Bij follow-up is er een grote verandering in welbevinden en een middelgrote verandering in klachten.

Interessant is dat Wolterink en Westerhof (2018) vonden dat de afname van klachten samenhangt met toename van de functionele modi en afname van de ouder- en kindmodi en juist niet met de copingmodi. Hoewel de functionele modi voor zowel welbevinden als klachten van belang zijn, zijn het andere disfunctionele modi die samenhangen met welbevinden dan die samenhangen met klachten. De kind- en oudermodi passen mogelijk meer bij de klachten omdat die meer op het verleden en negatieve emoties gericht zijn.

Twee continua

Deze bevindingen bevestigen het twee-continuummodel: klachten en welbevinden zijn twee gerelateerde, maar aparte factoren, die op andere momenten in de behandeling veranderen en met andere werkzame mechanismen samenhangen. Beide continua, welbevinden én klachten, zouden daarom focus moeten zijn voor behandeling en beide zijn belangrijk als uitkomstmaat voor wetenschappelijk onderzoek.

Een verhoogd welbevinden heeft een aantal positieve consequenties: de aandacht wordt verbreed, wat leidt tot verbeterde executieve functies, grotere flexibiliteit, creativiteit en verbondenheid. Daarnaast kan het bijdragen aan het verminderen of voorkomen van psychische en fysieke klachten (Bohlmeijer e.a. 2013a).

Het vasthouden van de veranderingen is de grootste uitdaging voor de cliënten die na ontslag teruggaan naar dezelfde omgeving als voor de klinische behandeling. Daarom is goede nazorg aan te bevelen met aandacht voor welbevinden, om zo de terugval bij de follow-up te verminderen.

Beperkingen

Dat dit onderzoek is gedaan in een praktijkcontext maakt enerzijds de bevindingen sterk omdat dit aansluit bij de alledaagse behandelpraktijk, maar het brengt ook een aantal beperkingen met zich mee.

Dit is een eerste onderzoek naar veranderingen in welbevinden in klinische schematherapie voor complexe persoonlijkheidsproblematiek. Er zijn daarom nog geen goede vergelijkingsgroepen. Dit maakt het minder zeker of de effecten toe te schrijven zijn aan de behandeling. In vervolgonderzoek zal men hieraan aandacht moeten besteden. Daarbij zouden bijvoorbeeld verschillende

vormen van klinische behandeling met elkaar vergeleken kunnen worden op de effecten op welbevinden en klachten.

Er was een redelijk hoog percentage uitvallers (32%). Dit verschilt echter niet van andere onderzoeken binnen een klinische setting en past mogelijk bij deze doelgroep en deze intensieve behandeling (Pham-Scottet e.a. 2012). De metingen van de uitvallers zijn wel meegenomen; deze kunnen mogelijk de hoogte van het effect wat hebben gedrukt. Ook hebben niet alle deelnemers alle metingen ingevuld, maar dankzij het gebruik van de mixed-modelsanalyse is de invloed van missende data beperkt gebleven.

Een andere beperking is dat de therapieën in de kliniek niet geprotocolleerd zijn. Dit impliceert dat mogelijke behandel-effecten niet alleen toe te schrijven zijn aan schematherapie en positief psychologische interventies, maar dat andere, niet beschreven, werkzame elementen de behandelresultaten kunnen hebben beïnvloed. Dat geeft dus enige onzekerheid over de mogelijke invloed op deze effecten.

CONCLUSIE

Klinische schematherapie bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek, gericht zowel op afname van de problematiek (disfunctionele modi en klachten) als op toename van adaptief functioneren (functionele modi en welbevinden), laat dus zowel vermindering van klachten als verbetering van welbevinden zien.

Voor verder onderzoek is het interessant hoe beide focussen elkaar kunnen aanvullen en versterken, juist doordat ze deels op eenzelfde en deels op een andere manier gerelateerd zijn aan schemamodi. Ook is het interessant te onderzoeken in hoeverre zowel klachten als welbevinden zich op langere termijn ontwikkelen na zo'n intensieve behandeling.

LITERATUUR

- Arntz A. Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie* 2016; 49: 194-206.
- Arntz A, Jacob G. Schematherapie een praktische handleiding. Amsterdam: Nieuwezijds; 2015.
- Bartak A. On the effectiveness of psychotherapy in personality disorders. Amsterdam: UvA; 2010.
- Beurs E de. Brief Symptom Inventory -BSI-, Brief Symptom Inventory 18, -BSI 18-, Handleiding herz. Ed. 2011. Leiden: PITS; 2011.
- Bohlmeijer ET, Lamers S, Schreurs KMG. Welbevinden als uitkomst van acceptance and commitment therapy. *Gedragstherapie* 2016; 49: 208-21.
- Bohlmeijer ET, Bolier L, Westerhof GJ, e.a. Handboek positieve psychologie. Amsterdam: Boom; 2013a.
- Bohlmeijer ET, Jacobs N, Walburg JA, e.a. Handboek positieve psychologie. Amsterdam: Boom; 2021.
- Bohlmeijer ET, Westerhof GJ, Bolier L, e.a. Over de betekenis van de positieve psychologie: Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog* 2013b; 49-59.
- Chakhssi F, Kraiss JT, Sommers-Spijkerman M, e.a. The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 211.
- Claassen AM. Gezondheid binnen de schematherapie: het accent op de empathische confrontatie en de imaginatie met rescripting vanuit de gezonde volwassene. *PsyXpert* 2016; 1.
- Claassen AM, Pol S. Schematherapie en de gezonde volwassene: positieve technieken uit de praktijk. Houten: Springer; 2015.
- Claassen AM, Broersen J. Handleiding module schematherapie en de gezonde volwassene. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019.
- Eurelings-Bontekoe EHM, Luyten P, Jssennagger M, e.a. Relationship between personality organization and Young's cognitive model of personality pathology. *Pers Individ Differ* 2010; 49: 198-203.
- Franken CPM, de Vos JA, Westerhof GJ, e.a. De Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), een handleiding voor behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg voor het interpreteren en bespreken van scores met patiënten. Enschede: Universiteit Twente; 2019.
- Grace-Martin K. Linear mixed models for missing data in pre-post studies. 2016. <https://www.theanalysisfactor.com/linear-mixed-models-for-missing-data-in-pre-post-studies/>
- Kwaliteitsontwikkeling GGZ. Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen. Individueel zorgpad en behandeling. 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen/individueel-zorgplan-en-behandeling>
- Lamers S, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, e.a. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *J Clin Psychol* 2011; 67: 99-110.
- Lobbstaël J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, e.a. Reliability and validity of the short schema mode inventory (SMI). *Behav Cogn Psychother* 2010; 38: 437-58.
- Muste E, Weertman A, Claassen AM. Handboek en Werkboek klinische schematherapie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Pham-Scottet A, Huas C, Perez-Diaz F, e.a. Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment? The role of personality factors. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 807-13.
- Renner F, Van der Goor M, Huibers M, e.a. Effecten van schema-groepstherapie bij jongvolwassenen. *Gedragstherapie* 2014; 47: 20-36.
- Reiss N, Lieb K, Arntz A, e.a. Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: results of three pilot studies of inpatient Schema Therapy. *Behav Cogn Psychother* 2014; 42: 355-67.
- Schaap GM, Chakhssi F, Westerhof GJ. Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy* 2016; 53: 402-12.
- Schotanus-Dijkstra M, Pieterse ME, Westerhof GJ, e.a. What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *J Happiness Stud* 2016; 17: 1351-70.
- Stichting Klinische Psychotherapie. Resultaatonderzoek in de klinische psychotherapie, terugblik op 25 jaar resultaatonderzoek. SKP; 2006.
- Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does Schema Therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother* 2017; 90: 456-79.
- Timman R, Groenink A. STEP-Benchmark onderzoek. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2008.
- Wolterink T, Westerhof GJ. Veranderingen van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. *Gedragstherapie* 2018; 51: 23-48.
- Younan R, Farrell J, May T. 'Teaching me to parent myself': the feasibility of an in-patient group schema therapy programma for complex trauma. *Behav Cogn Psychother* 2018; 46: 463-78.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schemagerichte therapie. Handboek voor Therapeuten. Houten: Bohn Stafleu en van Loghum; 2005.
- Young JE, Arntz A, Atkinson T, e.a. The schema mode inventory. New York: Schema Therapy Institute; 2008.