

## ARTIKEL

# Klinische schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen

## Veranderingen in schemamodi, hechtingstijl en algemeen psychologisch functioneren

Tanja A.G.A. van Hazendonk, Farid Chakhssi, Renate Hulshof-Banus

### Samenvatting

Bij een groep patiënten ( $n = 88$ ) met persoonlijkheidsstoornissen die deelnamen aan groepsschematherapie op een klinische afdeling in een derdelijns behandelsetting, is de verandering in het algemeen psychologisch functioneren tijdens behandeling en bij follow-up onderzocht. Daarnaast is onderzocht of veranderingen in schemamodi en hechtingstijl tijdens de behandeling samenhangen met het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up, gemiddeld 32,6 maanden later. Een intentie-tot-behandelinganalyse laat zien dat er geen significante verbeteringen waren in maladaptieve schemamodi en hechtingstijlen van begin tot eind van de behandeling. De adaptieve schemamodi verbeterden wel significant van begin tot einde behandeling. Aan het einde van de behandeling verbeterde het algemeen psychologisch functioneren significant met een matig tot groot effect, dat standhield bij follow-up. De resultaten ondersteunen het groeiende bewijs dat klinische groepsschematherapie bij kan dragen aan een verbetering in het adaptieve functioneren, ook bij een groep patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen.

---

**Drs. Tanja van Hazendonk**, psychotherapeut en klinisch psycholoog i.o., GGNet, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen 'Scelta'. **Email** ■ [t.vanhazendonk@ggnet.nl](mailto:t.vanhazendonk@ggnet.nl)

---

**Dr. Farid Chakhssi**, senior onderzoeker, GGNet, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen 'Scelta' en universitair docent, vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie, Universiteit Twente.

---

**Drs. Renate Hulshof-Banus**, psychiater, GGNet, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen 'Scelta'.

# Inpatient schema therapy in adults with personality disorders

## Changes in schema modes, attachment style and general psychological functioning

### Abstract

Within a group of patients with personality disorders ( $n = 88$ ) that had undergone inpatient group schema therapy in specialized treatment setting, change in general psychological functioning during treatment and at follow-up was investigated. In addition, it was investigated whether changes in schema modes and attachment style during treatment were related to changes in general psychological functioning at follow-up, on average 32.6 months later. The results of an intention-to-treatment analysis showed no evidence for improvements in maladaptive schema modes or attachment style, but for improvement in adaptive schema modes during treatment. At the end of treatment, general psychological functioning improved significantly with a moderate to large effect, which persisted at follow-up. The results support the growing evidence that inpatient group schema therapy can contribute to an improvement in adaptive functioning, also in a group of patients with personality disorders who did not sufficiently benefit from previous treatments.

---

## Inleiding

Patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteren van ambulante behandeling, kunnen worden geïndiceerd voor gespecialiseerde klinische behandelingen (Reiss e.a., 2014; Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016). Wetenschappelijk onderzoek naar gespecialiseerde klinische behandelingen is schaars en er is meer onderzoek nodig naar de werkingsmechanismen en uitkomsten (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016; Oostendorp & Chakhssi, 2017). In dit onderzoek is de verandering in het algemeen psychologisch functioneren van deelnemers aan een klinische groepsschematherapeutische (GST) behandeling onderzocht. Daarnaast is onderzocht of tijdens de behandeling veranderingen optreden in veronderstelde werkzame mechanismen, schemamodi en/of hechtingstijl, en vervolgens of deze veranderingen samenhangen met het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up.

Schematherapie (ST; Young, Klosko & Weishaar, 2003) is een psychotherapeutische behandeling die zich richt op negatieve kernovertuigingen van een cliënt over zichzelf, de ander en de wereld die al vroeg in het leven zijn ontstaan vanuit pijnlijke frustraties in basale emotionele behoeften, zogenoemde schema's. Wanneer meerdere schema's worden geactiveerd kan iemand in een maladaptieve modus of gemoedstoestand komen en is iemand niet

meer goed in staat om aangepast en adequaat te reageren op actuele gebeurtenissen (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Afname van de intensiteit en de frequentie van maladaptieve modi en het versterken van adaptieve modi, is het doel van ST (Reiss e.a., 2014). Een recente meta-analyse laat zien dat ST een effectieve behandeling is voor persoonlijkheidsstoornissen (Budge e.a., 2013).

In 2009 publiceerden Farrell, Shaw en Webber de eerste resultaten over ambulante GST bij patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS). Patiënten die deelnamen aan GST lieten een afname zien in BPS-trekken als ook een afname in algemene psychische klachten, met matige tot grote effecten. De verbeteringen hielden stand bij een follow-up-meting zes maanden later. Ook pilotstudies naar de effectiviteit van klinische schematherapie in een groep, aangevuld met individuele ST, voor patiënten met een BPS (Dickhaut & Arntz, 2014; Reiss e.a., 2014) tonen een significante afname van zowel algemene psychische klachten als specifieke borderline-kenmerken.

Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016, 2017) deden voor het eerst onderzoek naar effecten van klinische GST bij patiënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Klinische GST bleek in dit onderzoek effectief. De effecten waren matig tot groot ( $d = 0,58 - 1,20$ ) en vergelijkbaar met gerapporteerde effecten in onderzoeken naar individuele (ambulante) schematherapie. Dit onderzoek leverde ondersteuning op voor de veronderstelde werkzame mechanismen van ST: maladaptieve schemamodi namen af tijdens de behandeling en adaptieve schemamodi namen toe. De verbeteringen in schemamodi tijdens de behandeling bleken voorspellend voor het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up na 6 maanden. Deze positieve resultaten met klinische GST bij een groep patiënten die eerder onvoldoende profiteerden van ambulante behandeling wijzen er mogelijk op dat de klinische-en/of groepssetting bijdraagt aan de effectiviteit van de methodiek.

Klinische behandeling biedt ruimte voor het opdoen van correctieve emotionele ervaringen die de hechtingstijl positief kunnen beïnvloeden (Hulshof, Pol & Wentink, 2009). Men kan intensief oefenen met nieuwe gedragsvaardigheden in een veilig therapeutisch milieu. Niet alleen de therapeut kan functioneren als 'goede ouder'. Het hele leefmilieu kan functioneren als 'goed gezin' (Wetzelaer e.a., 2014). In een recent onderzoek (Oostendorp & Chakhssi, 2017) naar klinische dialectische gedragstherapie bij 64 patiënten met een BPS werd tijdens de behandeling een significante positieve verandering in hechtingstijlen gevonden. Deze verandering in hechtingstijlen bleek voorspellend voor een verbetering in het algemeen psychologisch functioneren aan het einde van de behandeling. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen de veronderstelling dat de klinische setting een positieve invloed kan hebben op hechtingstijl, en dat veranderingen in hechtingstijl samenhangen met het algemeen psychologisch functioneren aan het einde van de behandeling.

In dit naturalistische onderzoek naar GST zoals die in een klinische setting in Nederland wordt aangeboden zijn twee – in theorie – belangrijke werkingsmechanismen van klinische GST onderzocht. Hypothese was dat zowel veranderingen in schemamodi (cf. Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016, 2017) als veranderingen in hechtingstijl (cf. Oostendorp & Chakhssi, 2017) voorspellend zouden zijn voor het zelf-gerapporteerde algemeen psychologisch functioneren bij follow-up.

---

## Methode

Het huidige onderzoek betreft een naturalistisch, prospectief design, met een voor-, na- en follow-upmeting. Het onderzoek werd goedgekeurd door de ethische commissie van de universiteit van Twente.

---

## Deelnemers

Deelnemers aan dit onderzoek werden geworven bij Scelta, een derdelijns instelling voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, onderdeel van GGNet. Patiënten hadden voorafgaand aan de klinische behandeling in het onderhavige onderzoek, eerder behandeling gehad in de eerste en/of tweede lijn, waaronder ambulante individuele en/of groepstherapie, dagbehandeling en/of klinische behandeling. Patiënten werden voor gespecialiseerde behandeling doorverwezen omdat zij onvoldoende hadden geprofiteerd van voorgaande behandelingen.

Patiënten hadden als hoofddiagnose een DSM-classificatie cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis (APA, 2015). Exclusiecriteria voor deelname aan de behandeling en daarmee aan dit onderzoek waren een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal, een IQ lager dan 80, acuut suïcidaal gedrag en/of ernstige comorbide problematiek die specifiek op deze problematiek gerichte behandeling vereiste. De karakteristieken van de steekproef worden getoond in [tabel 1](#). Naast de persoonlijkheidsstoornis was er vaak sprake van comorbide psychische problematiek. In de totale steekproef was het grootste gedeelte van de deelnemers vrouw (81%,  $n = 71$ ), de gemiddelde leeftijd bij opname was 26,4 jaar ( $SD = 5,94$ ) en de gemiddelde behandelduur was 7,59 maanden ( $SD = 3,88$  maanden). De gemiddelde behandelduur voor de patiënten die uitvielen (drop-out = 50%) was 4,7 maanden ( $SD = 2,92$ ). Voor de patiënten die de behandeling afrondden was de gemiddelde behandelduur 10,48 maanden ( $SD = 2,20$ ). Het verschil in gemiddelde behandelduur tussen de twee groepen is significant ( $t(86) = 10.48, p < 0,001$ ).

---

## Behandeling

Patiënten verbleven vijf dagen per week in de kliniek en gingen gedurende de weekends naar huis. Het therapieprogramma bestond uit eenmaal per week GST gegeven door een psychiater en een klinisch psycholoog en eenmaal per week groepspsychotherapie (1,25 uur per week). De groepspsychotherapie bestond uit een groepsgesprek begeleid door een klinisch psycholoog. Patiënten konden zelf het onderwerp van het groepsgesprek bepalen en bespreken wat hen op dat moment bezighield.

Aanvullend aan de klinische GST, en ook gebruikmakend van het theoretisch model van schematherapie, bestond het programma uit: milieutherapie (6 uur per week), muziek-

**Tabel 1 Demografische en klinische kenmerken van de participanten**

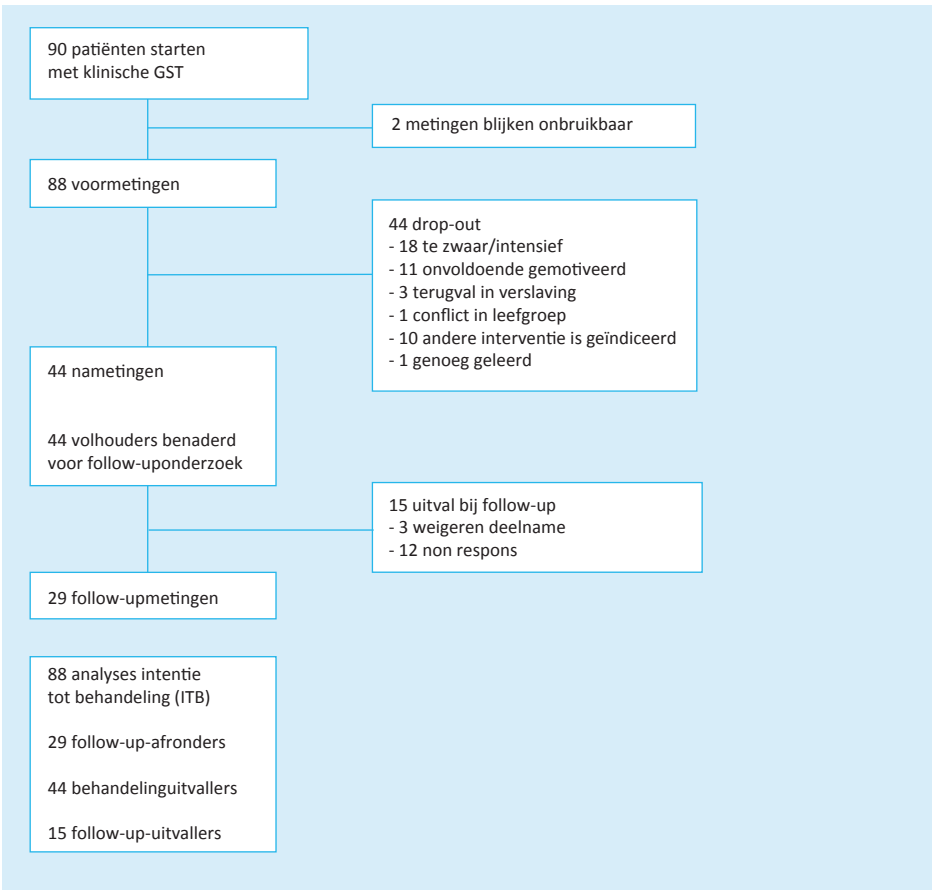
Kenmerken	ITB	Behandeling- volhouders	Behandeling- uitvallers
	N = 88	n = 44 (50%)	n = 44 (50%)
Vrouw	71 (81%)	34 (77%)	37 (84%)
Man	17 (19%)	10 (23%)	7 (16%)
Gemiddelde leeftijd	26,4 (SD: 5,94)	27,5 (SD: 5,41)	25,3 (SD: 6,30)
Gemiddelde behandelduur	7,59 (SD: 3,88)	10,48 (SD: 2,20)	4,70 (SD: 2,92)
Meest frequente persoonlijkheidsstoornissen			
Ontwikkende PS	59 (67%)	36 (81,8%)	28 (63,6%)
Afhankelijke PS	22 (25%)	13 (29,5%)	9 (20,5%)
Borderline PS	41 (46,6%)	18 (40,9%)	23 (52,3%)
Obsessieve-compulsieve PS	7 (7,9%)	4 (9,1%)	3 (6,8%)
Persoonlijkheidsstoornis NAO	43 (48,9%)	20 (45,5%)	23 (52,3%)
Meest frequente comorbide klinische stoornissen			
Depressieve klachten	58 (65,9%)	31 (70,5%)	27 (61,4%)
Angstklachten en PTSS	31 (35,5%)	15 (34,1%)	16 (36,4%)
Eetstoornissen	18 (9%)	7 (15,9%)	11 (25%)
Aandachtstekortstoornissen	8 (9%)	5 (11,4%)	3 (6,8%)
Verslavingsproblematiek	5 (5,7%)	1 (2,3%)	4 (9,1%)

ITB = intentie tot behandeling = alle patiënten die zijn gestart met de behandeling; behandelingvolhouders = alle patiënten die behandeling regulier hebben afgerond; Behandelinguitvallers = alle patiënten die de behandeling voortijdig stopten; PTSS = posttraumatische stressstoornis; PS = persoonlijkheidsstoornis; NAO = niet anderszins omschreven. Percentages overstijgen 100% omdat meerdere classificaties bij dezelfde cliënt kunnen voorkomen. SD = standaarddeviatie.

therapie (1,25 uur per week), beeldende therapie (1,25 uur per week), psychomotore therapie (1,25 uur per week), sociotherapie (1 uur per week), emotieregulatietraining (1 uur per week) en systeemtherapie (1,5 uur per maand). Op indicatie kon individuele psychotherapie worden toegevoegd, bijvoorbeeld voor traumabehandeling of ter stabilisatie van eetproblematiek.

## Procedure

Als onderdeel van de standaard intakeprocedure en indicatiestelling werden klinische stoornissen en persoonlijkheidspathologie volgens de DSM vastgesteld op basis van het klinisch oordeel. Dit werd gedaan door een ervaren psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Daarbij werd ook gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten en een



**Figuur 1 • Stroomdiagram deelnemers**

beschrijving van de levensloop geschreven door de cliënt. In de onderzochte periode zijn in totaal 90 patiënten gestart met de klinische behandeling.

Bij aanvang van de klinische GST en na afloop van de behandeling werden ROM-vragenlijsten ingevuld. De scores van drie vragenlijsten binnen deze ROM-metingen zijn gebruikt voor dit onderzoek. Van alle patiënten (op twee na) die zijn gestart in de behandeling waren de begin- en eindmetingen voor het huidige onderzoek bruikbaar (intentie tot behandeling (ITB);  $n = 88$ ). De helft van de patiënten brak de behandeling voortijdig af (uitvallers,  $n = 44$ ). Voortijdig wil zeggen dat zij voor de geplande ontslagdatum de kliniek verlieten. Zie het stroomdiagram (figuur 1) voor nadere specificatie van redenen van voortijdig vertrek. Voor het follow-uponderzoek zijn alleen patiënten benaderd die de behandeling regulier hebben afgerond (volhouders,  $n = 44$ ). De follow-upmeting vond gemiddeld 32,6 maanden ( $SD = 11,0$ ) na afloop van behandeling plaats. Van de 44 patiënten die werden benaderd voor het follow-uponderzoek hebben 29 patiënten gerespondeerd.

## Meetinstrumenten

De primaire uitkomstmaat in dit onderzoek is het algemeen psychologisch functioneren, gemeten met de *Outcome Questionnaire-45* (oQ-45; Lambert e.a., 2004). De oQ-45 is een zelfbeoordelingsinstrument dat bestaat uit 45 vragen, gescoord op een vijfpuntschaal die loopt van 0 ('nooit') tot 4 ('bijna altijd'). Er kan ook een totaalscore worden berekend door de punten op alle items bij elkaar op te tellen. Dit resulteert in een totaalscore tussen de 0 en 180. Hoe hoger deze score, hoe meer problemen de persoon ervaart. De Nederlandse vertaling heeft goede psychometrische eigenschappen (De Jong e.a., 2007).

De *Schema Modi Inventory* (SMI) (Young, 2007) is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit 118 items, ontworpen om 14 schemamodi te onderzoeken. Daarbij kan ook een totaalscore van de disfunctionele en de functionele modi worden weergegeven. De vragen worden gescoord op een zespuntschaal (1 = 'nooit of bijna nooit' tot 6 = 'altijd'). De SMI bezit adequate psychometrische eigenschappen (Lobbestael e.a., 2010).

De Hechtingstijl-vragenlijst (HSL; Van Oudenhoven, Hofstra & Bakker, 2003; Hofstra, 2009) is een vragenlijst die bestaat uit 24 stellingen die gaan over de band met een ander en die worden gescoord op een vijfpuntschaal. De antwoordmogelijkheden lopen van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'. Er worden vier hechtingstijlen onderscheiden: de angstige, de gepreoccupeerde, de vermijdende en de zekere hechtingstijl. De interne consistentie van de subschalen varieert van 0,64-0,80 (Van Oudenhoven, Hofstra & Bakker, 2003). Factoranalyses laten vier duidelijk te interpreteren factoren zien die overeenkomen met de hechtingstijlen (Van Oudenhoven, Hofstra & Bakker, 2003), waarmee de schalen goed aansluiten bij het model van hechtingstijlen van Bartholomew en Horowitz (1991).

---

## Statistische analyses

Onafhankelijke *t*-toetsen en chi-kwadraattoetsen zijn gebruikt om de patiënten die de behandeling hebben afgerond (volhouders,  $n = 44$ ) te vergelijken met patiënten die voortijdig zijn gestopt met de behandeling (uitvallers,  $n = 44$ ) op demografische en klinische kenmerken en op de uitkomsten van de gebruikte vragenlijsten bij aanvang van de behandeling.

Cohen's *d* (Cohen, 1988), maat voor effectgrootte, werden berekend door het verschil tussen de voor- en nameting te delen door de standaarddeviatie van de voormeting. Een *d* van 0,2 betekent een klein effect, een *d* van 0,5 een matig effect en een *d* groter dan 0,8 een groot effect (Cohen, 1988). Analyses werden gedaan met de scores van de hele groep die startte met behandeling (intentie tot behandeling, ITB,  $n = 88$ ). En met de scores van de groep die de behandeling volledig heeft afgerond (volhouders,  $n = 44$ ).

Er werd een variantieanalyse voor herhaalde metingen gedaan om te onderzoeken of het algemeen psychologisch functioneren van de groep volhouders ( $n = 44$ ) veranderde over de tijd tussen de voormeting (voorafgaand aan behandeling), de nameting (na afloop van behandeling) en bij follow-up. De effectgrootte van deze verandering werd berekend met *eta*, waarbij een score van 0,02 staat voor een kleine effectgrootte, 0,13 gemiddeld is en 0,26 een grote effectgrootte weergeeft.

Analyses werden uitgevoerd met scores van de groep die aan follow-uponderzoek deelnam (follow-up-volhouders;  $n = 29$ ) en met de scores van de groep die werd benaderd voor follow-up (volhouders;  $n = 44$ ). De *last observation carried forward*-methode (LOCF) werd gebruikt om de ontbrekende data ( $n = 15$ ) te imputeren. Dit betekent dat de score op de OQ-45 bij afronding van de behandeling van een cliënt ook werd gebruikt als diens follow-upscore.

Met behulp van een multiële-regressieanalyse werd onderzocht of veranderingen in schemamodi en hechtingstijl tijdens de behandeling voorspellend waren voor het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up. Hiertoe werden eerst de verschillen berekend voor de adaptieve en maladaptieve schemamodi en de hechtingstijl. Deze verschillen zijn tot stand gekomen door de voormeting van de nameting af te trekken. De verschillen werden gedefinieerd als de onafhankelijke variabelen, en het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up als afhankelijke variabele. Analyses werden zowel gedaan voor de groep die de follow-upmeting retourneerde ( $n = 29$ ), als voor de hele groep die werd benaderd voor de follow-upmeting ( $n = 44$ ).

---

## Resultaten

### Verschillen tussen volhouders en behandeling-uitvallers

Patiënten die de behandeling afronden verschilden niet significant van de behandeling-uitvallers op demografische kenmerken en klinische kenmerken (zie [tabel 1](#)). Evenmin werden significante verschillen gevonden tussen deze twee groepen op de scores van de vragenlijsten van de beginmeting (zie [tabel 2](#)).

### Veranderingen tijdens de behandeling

Zoals te zien is in [tabel 3](#) werd een statistisch significante verbetering gevonden in het algemeen psychologisch functioneren voor alle patiënten die gestart zijn met de behandeling (ITB). De effectgroottes (Cohen's *d*) zijn klein tot matig: 0,39 voor de ITB groep en 0,42 voor de volhouders.



**Tabel 2 Gemiddelde scores op de vragenlijsten bij aanvang van de behandeling van behandelingsvolhouders (n = 44) en behandelingsuitvallers (n = 44)**

Vragenlijsten	Behandelingsvolhouders	Behandelingsuitvallers
	M (SD)	M (SD)
OQ-45	91,72 (20,68)	100,13 (16,84)
SMI maladaptief	24,64 (3,92)	25,99 (3,50)
SMI adaptief	29,64 (6,95)	26,45 (6,70)
HSL zeker	22,64 (6,01)	20,64 (6,43)
HSL angstig	17,63 (4,27)	18,09 (5,60)
HSL vermijgend	16,13 (3,20)	16,47 (3,91)
HSL gepreoccupeerd	28,51 (6,30)	27,82 (6,96)

Behandelingsvolhouders = alle patiënten die behandeling regulier hebben afgerond; behandelingsuitvallers = alle patiënten die de behandeling voortijdig stopten; OQ-45 = Outcome Questionnaire; SMI = Schema Mode Inventory; HSL = Hechtingsstijl-vragenlijst. M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie.

**Tabel 3 Verschil aanvangs- en eindscore op OQ-45 voor ITB groep (N = 88) en behandelingsafroenders (n = 44)**

Groep	Beginscore M (SD)	Eindscore M (SD)	d	t
ITB	95,93 (19,22)	88,41 (19,91)	0,39	3,01*
Volhouders	91,72 (20,68)	83,01 (16,12)	0,42	2,41*

OQ-45 = Outcome Questionnaire-45; ITB = intention to treat = alle patiënten die zijn gestart met de behandeling; volhouders = alle patiënten die behandeling regulier hebben afgerond; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; d = Cohen's d (M eindmeting-M startmeting)/SD startmeting. t = t-waarde van de gepaarde t-toets; \*Significant verschil tussen begin- en eindscore,  $p < 0,05$

De veranderingen in schemamodi zijn weergegeven in [tabel 4](#). De adaptieve schemamodi verbeterden significant tijdens de behandeling voor de hele groep die startte met behandeling (ITB). De Cohen's d effectgrootte van de verandering is matig ( $d = 0,61$ ). De effectgrootte van de verbetering in adaptieve schemamodi voor de volhouders was eveneens matig (0,54). De scores op de maladaptieve schemamodi bleven in beide groepen vrijwel gelijk wanneer de beginmeting wordt vergeleken met de eindmeting.

**Tabel 4** Verschil begin en eindscore op SMI maladaptief en SMI adaptief voor ITB groep (N = 88) en volhouders (n = 44)

Groep	Beginscore M (SD)	Eindscore M (SD)	d	t
Maladaptief				
ITB	25,31 (3,75)	25,23 (5,24)	0,02	0,14
Volhouders	24,64 (3,92)	24,46 (4,85)	0,04	0,20
Adaptief				
ITB	28,05 (6,98)	32,28 (8,93)	0,61	-3,47*
Volhouders	29,64 (6,95)	32,91 (8,79)	0,54	1,79

SMI = Schema Mode Inventory; ITB = intention to treat = alle patiënten die zijn gestart met de behandeling; volhouders = alle patiënten die behandeling regulier hebben afgerond; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; d = Cohen's d (M eindmeting-M startmeting)/SD startmeting. t = t-waarde van de gepaarde t-toets; \*Significant verschil tussen begin- en eindscore,  $p < 0,05$

Er werden geen significante veranderingen vastgesteld in hechtingstijl tijdens de behandeling bij de groep die de behandeling regulier afrondde (zie tabel 5). De resultaten van de intentie-tot-behandelinganalyse laten een significante afname zien van de zekere hechtingstijl en een significante toename van de angstige hechtingstijl, met kleine effecten.

**Tabel 5** Verschil begin en eindscore op HSL-subschalen (hechtingstijlen) voor ITB-groep (N = 88) en behandelingsafroenders (n = 44)

Groep	Beginscore M (SD)	Eindscore M (SD)	d	t
Zeker				
ITB	21,64 (6,27)	19,24 (7,32)	0,38	2,68*
Volhouders	22,64 (6,01)	21,63 (7,75)	0,17	0,74
Angstig				
ITB	17,86 (5,18)	19,27 (5,57)	0,27	-2,02*
Volhouders	17,63 (4,27)	18,42 (5,79)	0,18	-0,84
Vermijdend				
ITB	16,30 (3,54)	15,84 (5,20)	0,13	0,91
Volhouders	16,13 (3,16)	15,00 (5,29)	0,36	1,55
Gepreoccupeerd				
ITB	28,17 (6,60)	29,17 (5,75)	0,15	-1,51
Volhouders	28,51 (6,28)	29,22 (5,89)	0,11	-0,68

HSL = Hechtingsstijl-vragenlijst; ITB = intention to treat = alle patiënten die zijn gestart met de behandeling; volhouders = alle patiënten die behandeling regulier hebben afgerond; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; d = Cohen's d (M eindmeting-M startmeting)/SD startmeting. t = t-waarde van de gepaarde t-toets; \*significant verschil tussen begin- en eindscore,  $p < 0,05$

Dit verschil in bevindingen tussen de ITB-groep en behandelingsafroenders kan mogelijk verklaard worden doordat de resultaten van de behandelinguitvallers in de intentie-tot-behandelinganalyse zijn meegenomen.

## Algemeen psychologisch functioneren bij follow-up

In **tabel 6** is de verandering in het algemeen psychologisch functioneren over de tijd weergegeven. De verbetering in het algemeen psychologisch functioneren is significant. De verbetering bij follow-up blijkt groter te zijn dan de verbetering bij afronding van behandeling. Dit geldt zowel voor de volhouders ( $F(2,42) = 7,10, p = 0,002$ ) als voor de follow-up-volhouders ( $F(2,27) = 6,26, p = 0,006$ ). De effectgrootte bij follow-up bleek voor deze laatste groep groot.

## Hechtingstijl, schemamodi en algemeen psychologisch functioneren

Met behulp van een multiple-regressieanalyse werd het algemene psychologische functioneren bij follow-up voorspeld uit de veranderingen in 'schemamodi' en 'hechtingstijl' die zich voordeden van begin tot einde van de behandeling. Uit de resultaten van de volhouders ( $n = 44$ ) bleek dat de proportie verklaarde variantie ( $R^2 = 0,12$ ) niet significant was ( $(F(6,37) = 0,84, p = 0,55)$ ). Deze analyse werd ook verricht voor de follow-up-volhouders ( $n = 29$ ). Het bleek dat de proportie verklaarde variantie ( $R^2 = 0,40$ ) opnieuw niet significant was. Dat het verband in de steekproef niettemin behoorlijk sterk was, suggereert mogelijk dat dit non-significante resultaat een gevolg kan zijn van de kleine steekproef.

**Tabel 6** Verschil over de tijd van begin tot follow-up van de score op OQ-45 voor groep die voor follow-up werd benaderd (ITB, N = 44) en voor groep die respondeerde bij follow-up (follow up-volhouders, n = 29)

Groep	Beginscore M (SD)	Eindscore M (SD)	Follow-up M (SD)	d	eta <sup>2</sup>
ITB	91,72 (20,68)	83,01 (16,12)	76,32 (24,45)	0,75	0,25
Follow up-volhouders	89,94 (22,26)	84,03 (14,24)	71,45 (27,54)	0,83	0,32

OQ-45 = Outcome Questionnaire-45; ITB = intention to treat = alle patiënten die zijn benaderd voor follow-up; volhouders = alle patiënten die deelnamen aan follow-up; M = gemiddelde score; SD = standaarddeviatie; d = Cohen's d tussen beginscore en follow-upscore;  $d = (M \text{ follow-upmeting} - M \text{ startmeting}) / SD \text{ startmeting}$ .

---

## Discussie

In dit onderzoek werd gevonden dat het algemeen psychologisch functioneren van patiënten met complexe persoonlijkheidsstoornissen die deelnamen aan een klinische GST met een gemiddelde behandelduur van 7,6 maanden, na afloop van behandeling verbeterd was in vergelijking met bij aanvang van behandeling. Deze verbetering zette door bij follow-up. De effectgrootte van deze verandering was bij follow-up middelgroot tot groot. Dit resultaat komt overeen met bevindingen van eerder onderzoek naar (klinische) GST (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016; Farrell e.a., 2014; Reiss e.a., 2014) waaruit ook naar voren kwam dat het algemeen psychologisch functioneren verbeterde met een middelgrote tot grote effectgrootte na afloop van een (klinische) GST.

De uitkomsten van dit onderzoek ondersteunen eerdere bevindingen dat klinische GST een zinvolle interventie kan zijn bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteerden van eerdere behandeling.

In tegenstelling tot onze hypothese bleken de verbeteringen in maladaptieve schemamodi en adaptieve schemamodi tijdens de behandeling niet significant samen te hangen met het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up. Deze resultaten wijken af van de bevindingen van een recent onderzoek naar klinische GST (Schaap, Chakhssi & Westerhof, 2016) waaruit naar voren kwam dat verbetering tijdens de behandeling in schemamodi samenhangt met het psychologisch functioneren bij follow-up. Mogelijk verklaren verschillen in de geboden interventies deze discrepantie. In het huidige onderzoek vond GST bijvoorbeeld eenmaal per week plaats en bij Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) kregen patiënten tweemaal per week GST aangeboden. Echter, in geen van de beide onderzoeken werd de therapie-integriteit van GST vastgesteld wat de duiding van de verschillen door het therapie-aanbod lastig maakt. Een andere mogelijke verklaring is het verschil in gemiddelde behandelduur. In het onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) was de duur van de behandeling gemiddeld langer dan in het huidige onderzoek. In onderzoek naar ambulante schematherapie bij patiënten met BPS werd gevonden dat een langere behandelduur samenhangt met een grotere verbetering (Arntz, 2016). Een derde verklaring zou het verschil in prevalentie van verschillende persoonlijkheidsstoornissen tussen de twee onderzoeken kunnen zijn. Het percentage patiënten met BPS is bijvoorbeeld in het huidige onderzoek 46,6% en in het onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) 21,4%. Een andere samenstelling van een patiëntenpopulatie zou mogelijk het verschil in bevindingen kunnen verklaren.

In het onderzoek van Schaap, Chakhssi en Westerhof (2016) kwam bovendien naar voren dat maladaptieve schemamodi tijdens de klinische GST afnamen. Dat is in het huidige onderzoek niet geobserveerd. Uit eerder onderzoek naar verandering in modi tijdens GST komt naar voren dat disfunctionele modi vooral in het tweede deel van GST afnemen, terwijl de functionele modi lineair verbeteren gedurende de gehele behandeling (Renner e.a., 2013). Ook hier kan de kortere behandelduur en de andere samenstelling van de patiëntenpopulatie mogelijk een verklaring bieden. Voor patiënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek lijkt het makkelijker om adaptieve schemamodi in te zetten, en heeft het doen afnemen van maladaptieve schemamodi mogelijk een langere behandeling nodig.

In dit onderzoek werd ook verwacht dat de klinische setting zou bijdragen aan een verbetering in hechtingstijl (Hulshof, Pol & Wentink, 2009; Oostendorp & Chakhssi, 2017) en dat veranderingen in hechtingstijl tijdens de klinische GST zouden samenhangen met een verbetering in het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up. Er werd echter geen significante verbeteringen vastgesteld in hechtingstijlen gedurende de behandeling en ook werd er geen samenhang gevonden tussen verandering in hechtingstijl en het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up. Deze resultaten bevestigen niet de bevindingen van Oostendorp en Chakhssi (2017) waarin naar voren kwam dat verbeteringen in hechtingstijlen tijdens de behandeling het algemeen psychologisch functioneren bij follow-up voorspelden. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat het theoretisch model – klinische dialectische gedragstherapie in het onderzoek van Oostendorp en Chakhssi – een grotere invloed heeft op hechtingstijl bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis dan de klinische GST in het huidige onderzoek. Hoewel beide therapiemodellen dezelfde effecten laten zien op persoonlijkheidspathologie in recente meta-analyses, is een vergelijking op het gebied van hechtingstijlen nooit uitgevoerd. Dit zou onderwerp van toekomstig onderzoek kunnen zijn. Het verschil in lengte van de follow-uptermijn (einde behandeling bij Oostendorp en Chakhssi versus 32,6 maanden na einde behandeling in het huidige onderzoek) zou een verklaring kunnen bieden voor het gebrek aan samenhang in het huidige onderzoek tussen de veranderingen tijdens de behandeling en de follow-up-meting.

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Zo is de behandeldrop-out in dit onderzoek relatief hoog, namelijk 50%. In de literatuur lopen drop-outcijfers bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen sterk uiteen, met een range tussen de 15-80%, met een mediaan van 37% (McMurran, Huband & Overton, 2010). Voor het follow-uponderzoek zijn alleen patiënten benaderd die de behandeling regulier hebben afgerond. Dit kan de resultaten van het onderzoek geflatteerd hebben. Een tweede beperking is dat een controlegroep ontbreekt waardoor de gevonden resultaten niet met zekerheid zijn te interpreteren als een effect van de interventie. Ten derde is de therapie-integriteit niet onderzocht. Daarnaast bestaat een klinisch behandelprogramma uit verschillende aanvullende onderdelen zoals sociotherapie, psychomotore therapie en beeldende therapie die mogelijk een invloed hebben gehad op de uitkomsten. Voor toekomstig onderzoek is een maat van behandelingsintegriteit en een analyse van de verschillende behandelcomponenten een aanbeveling.

Ten slotte zijn de DSM-classificaties gebaseerd op de klinische inschatting van psychiaters en klinisch psychologen. Het vaststellen van de DSM-classificaties op basis van een semi-gestructureerd interview, zoals het Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-stoornissen (SCID-I en -II, Groenestijn e.a., 1999) is voor toekomstig onderzoek aan te bevelen.

Ondanks deze tekortkomingen, waardoor de resultaten dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, betreft dit onderzoek wel een klinische GST-behandeling zoals die in de praktijk gegeven wordt. De resultaten hebben daarmee ecologische validiteit en dragen bij aan het vergaren van kennis over deze klinische behandelvorm. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen al met al de eerdere bevindingen dat klinische GST zinvol is voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen die onvoldoende profiteren van behandeling in de eerste- en tweedelijns ggz.

---

## LITERATUUR

- American Psychiatric Association (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedrags-therapie*, 49, 194-206.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Baardseth, T.P., & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, 1057-1066.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 242-251.
- Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I.A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. West Sussex, UK: Wiley.
- 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.
- Groenestijn, M.A.C. van, Akkerhuis G.W., Kupka R.W., Schneider N., & Nolen W.A. (1999). *Gestructureerd klinisch interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I stoornissen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Hofstra, J. (2009). Development of the attachment styles questionnaire. In J. Hofstra (red.), *Attaching cultures: the role of attachment styles in explaining majority members' acculturation attitudes* (pp. 17-44). Groningen: University of Groningen.
- Hulshof, R., Pol, S., & Wentink, M. (2009). Schemagerichte therapie in een klinische setting. *Tijdschrift voor Groepen*, 3, 24-35.
- Jong K. de, Nugter M.A., Polak M.G., Wagenborg J.E., Spinhoven P., & Heiser W.J. (2007). The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 288-301.
- Lobbestaal, J., Vreeswijk, M.F. van, Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- McMurran, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30, 277-287.
- Oostendorp, J.M., & Chakhssi, F. (2017). Klinische dialectische gedragstherapie: Verbetering van klachten, coping, hechting en kwaliteit van leven. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 750-758.
- Oudenhoven, J.P.L.M. van, Hofstra, J., & Bakker, W. (2003). Ontwikkeling en evaluatie van de hechtingsstijlvragenlijst. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 58, 95-102.

- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I.A., & Farrell, J. (2014). 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 Goor, M., 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*, *51*, 487-492.
- Schaap, G.M., Chakhssi, F., & Westerhof, G.J. (2016). Inpatient Schema Therapy for Nonresponsive Patients With Personality Pathology: Changes in Symptomatic Distress, Schemas, Schema Modes, Coping Styles, Experienced Parenting Styles, and Mental Well-Being. *Psychotherapy*, *53*, 402-412.
- Schaap, G.M., Chakhssi, F., & Westerhof, G.J. (2017). Klinische schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidspathologie die onvoldoende profiteerden van eerdere behandelingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *43*, 93-108.
- Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S.M., Jacob, G.A., Lee, C.W., Brand, O., e.a. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *14*, 319.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M.E., & van Vreeswijk, M.F. (2007). *The Schema Mode Inventory*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioners guide*. New York, NY: Guilford Press.