

ARTIKEL

Groepsschematherapie voor adolescenten met een persisterende depressieve stoornis; een longitudinale studie

Sylvia Chaudron, Lieke Wijnhoven, Yvonne Stikkelbroek, Sanne Rasing, Ad Vermulst, Daan Creemers

Samenvatting

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis, met een geschatte prevalentie van 16% onder Nederlandse volwassenen en tussen 0,4 en 8,3% bij kinderen en adolescenten. Na reguliere behandeling van depressie herstelt minder dan de helft van de cliënten volledig, waarbij 3-5% therapieresistent is. Hoe jonger iemand een depressie krijgt, des te groter de kans op recidive. Het effectief behandelen van depressie in een zo vroeg mogelijk stadium is daarom essentieel. Schematherapie is een effectief gebleken behandelvorm voor persisterende depressie bij volwassenen (Renner e.a., 2016; Malogiannis e.a., 2014; Carter e.a., 2013). Er is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar de werkzaamheid en effectiviteit

Sylvia J. Chaudron is klinisch psycholoog-psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut/supervisor VGCT, specialistisch-groepstherapeut NVGP, senior schematherapeut (VSt). Werkzaam als klinisch psycholoog-psychotherapeut Jeugd en Jong Volwassenen bij GGNet. Als docent Groepsdynamica en proces van psychologisch handelen binnen de opleiding tot gz-psycholoog van de RCSW, Nijmegen en docent Schematherapie en schemagerichte en groepsdynamische groepsleertherapie binnen Cure and Care Development, in Arnhem. **E-mail** ■ s.chaudron@ggnet.nl

Lieke Wijnhoven is gz-psycholoog en senior onderzoeker, werkzaam bij Karakter, Nijmegen.

Yvonne Stikkelbroek is klinisch psycholoog, PhD, senior onderzoeker bij GGZ Oost Brabant en Universiteit Utrecht, Child Adolescent Studies, Utrecht.

Sanne Rasing is senior onderzoeker en verbonden aan GGZ Oost Brabant en Radboud Universiteit, Behavioural Science Institute, Nijmegen.

Ad Vermulst is werkzaam als statisticus bij GGZ Oost Brabant.

Daan Creemers is klinisch psycholoog, senior onderzoeker en directeur behandelzaken K&J bij GGZ Oost Brabant.

van groepsschematherapie voor adolescenten met een persisterende depressieve stoornis (PDS). Dit artikel beschrijft de resultaten van een dergelijk onderzoek, waarbij depressieve symptomen, schema's, schemamodi en schemacoping werden gemeten voor, tijdens groepsschematherapie, bij afsluiting en tot drie maanden na afronding van de behandeling bij 22 respondenten. De behandelde adolescenten ervoeren na twintig sessies groepsschematherapie significant minder depressieve klachten en dat effect hield aan tot drie maanden na afsluiting. In dezelfde lijn verminderden inadequate schema's en modi significant, en bleken gezonde schemamodi significant toegenomen in sterkte.

Leerdoelen

Na lezing van dit artikel bent u:

1. heeft u meer kennis van (persisterende) depressie en welke behandelmethoden hierin effectief blijken;
2. heeft u meer kennis van schema's, schemamodi, schemacoping en de relatie met depressie, zowel bij volwassenen als adolescenten;
3. heeft u zicht op de effectiviteit van groepsschematherapie voor adolescenten met een persisterende depressieve stoornis (PDS).

Inleiding

Depressie is een veelvoorkomende psychische stoornis. Ongeveer 16% van de volwassen Nederlandse bevolking lijdt op enig moment in hun leven aan een depressieve stoornis (DSM-IV, APA, 2000; Biesheuvel-Leliefeld e.a., 2015; Spijker e.a., 2013). Jaarlijks lijden in Nederland bijna 800.000 mensen van ouder dan 13 jaar aan een depressie, waarvan bij 20% van deze mensen de depressieve klachten ten minste twee jaar aanhouden (Trimbos-instituut, 2011), waarmee ze voldoen aan de criteria van een PDS¹.

Ook bij adolescenten is depressie een veelvoorkomende stoornis. Diverse internationale en Nederlandse onderzoeken geven geschatte prevalentiecijfers van 4-5% in de vroege adolescentie, oplopend tot 14-20% in de late adolescentie (Cuijpers e.a., 2021; Hermens e.a., 2015; Spijker e.a., 2013; Merikangas e.a., 2010; Thapar e.a., 2012). Meer dan 50% van deze groep maakt binnen vijf jaar een tweede depressieve episode door (Bernstein e.a., 2010). Onderzoek wijst uit dat het risico op chroniciteit bij depressie hoog is (Herrman e.a., 2022; Bernstein e.a., 2010). Hoe jonger iemand een depressie krijgt, des te groter de kans op een volgende episode en bij elke depressieve episode neemt deze kans toe (Kruijshaar e.a., 2005; Trimbos-instituut, 2011; Hermens e.a., 2015). Depressie verstoort bij adolescenten de sociale, psychologische en fysieke ontwikkeling en leidt vaak tot aanzienlijke functionele beperkingen op school of werk, en vergroot de kans op criminele activiteiten. Bovendien hebben adolescenten met een depressie een verhoogd risico op middelenmisbruik, suïcidaliteit en terugkerende depressieve episodens tijdens de volwassenheid (Finkelstein e.a., 1996; Bernstein e.a., 2010; Klein, 2010; Jonsson e.a., 2011; Kolovos, Kleiboer & Cuijpers, 2016).

Vroege effectieve interventies zijn dus van groot belang.

Vershillende psychologische behandelingen voor depressieve stoornissen zijn bewezen effectief, zoals Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Interpersoonlijke Psychotherapie (IPT) (Hermens e.a., 2015). Desondanks herstelt ongeveer 60% van de depressieve volwassenen die een dergelijke behandeling krijgen niet volledig. Daarnaast blijkt 3-5% van de mensen met chronische depressie resistent voor behandeling (Carter e.a., 2013). Dezelfde bevindingen komen naar voren uit een meta-analyse: hoewel psychotherapie aan adolescenten met een depressieve stoornis effectief blijkt in vergelijking met een controlegroep, blijkt meer dan 60% van de adolescenten na behandeling niet hersteld (Cuijpers e.a., 2021). Dit vraagt om onderzoek naar meer effectieve behandelvormen voor adolescenten met depressie.

Schematherapie

Vershillende onderzoekers schrijven een belangrijke rol toe aan de impact van emotioneel tekort of traumata in de kindertijd om de hoge prevalentiecijfers van recidive en de relatief beperkte resultaten van veelvoorkomende behandeling van depressie te verklaren (Carter e.a., 2013; Hawke & Provencher, 2011). Het theoretische model², van Young (1995), veronderstelt dat disfunctionele kernovertuigingen zich ontwikkelen wanneer niet aan de basisbehoeften van het kind werd voldaan en het kind emotioneel tekort kwam of getraumatiseerd raakte. Deze disfunctionele kernovertuigingen worden ook wel schema's genoemd. Schema's maken kwetsbaar voor depressieve symptomen, met risico op chroniciteit. Schema's worden gedefinieerd als 'alomvertegenwoordigde patronen, die zowel cognities, emoties, herinneringen, waarnemingen, alsook gedragingen en interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden' (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Er worden achttien schema's onderscheiden, die onderverdeeld zijn in vijf schemadomeinen. Elk schemadomein refereert aan een van de vijf² basale menselijke basisbehoeftes, zoals weergegeven in **tabel 1**. Wanneer deze basisbehoeften onvoldoende vervuld zijn, ontstaan disfunctionele schema's (Arntz & Jacob, 2012).

Tabel 1 Schema's gevormd op basis van tekort in basisbehoeften (Young, 1995)

Basis-behoefte	Veilige hechting, acceptatie	Autonomie	Realistische grenzen	Vrijheid in expressie en behoeften/emoties	Spontaniteit en spel
Schema-domein	Onverbondenheid en afwijzing	Verzwakte autonomie	Verzwakte grenzen	Gerichtheid op de ander	Overmatige waakzaamheid en inhibitie
Schema's	emotionele deprivatie	mislukking	rechthebbend zijn	onderwerping	negativisme-pessimisme
	verlating	functionele afhankelijkheid	gebrekkige zelfbeheersing	opoffering	emotionele geremdheid
	wantrouwen	kwetsbaarheid		goedkeuring zoeken	hoge eisen
	sociale isolatie	verstremgeling			bestraffendheid
	minderwaardigheid/schaamte				

Waar schema's meer vaststaand zijn (*trait*), is het momentane samenspel van gevoelens en gedachten die worden aangestuurd door die schema's meer fluctuerend (*state*). Dit wordt een schemamodus (ook wel modus) genoemd. Verondersteld wordt dat men sneller zicht heeft op schemamodi (ook wel modi genoemd) dan op schema's en dat deze daarom gemakkelijker bewerkt kunnen worden. De schemamodi bestaan uit disfunctionele en functionele modi, zoals weergegeven in **tabel 2**. De disfunctionele modi bestaan uit: disfunctionele kindmodi, disfunctionele copingmodi en disfunctionele oudermodi, gezonde modi zijn 'blij kind' en 'gezonde volwassene'.

De wijze waarop geanticipeerd wordt op de disfunctionele schema's wordt schemacoping genoemd. Deze zijn onder te verdelen op basis van drie copingstijlen. Een neiging tot onderwerping aan het schema wordt 'overgave' genoemd (bijvoorbeeld 'in geval van moeilijkheden geef ik op'), een neiging om activatie van een schema te voorkomen, is 'vermijden' (de pijnlijke emoties vermijden die bij het schema horen, bijvoorbeeld 'ik schakel mijn gevoelens zoveel mogelijk uit') en een neiging om zich te gedragen tegengesteld aan wat het schema oproept, wordt 'overcompensatie' genoemd (bijvoorbeeld 'ik heb de neiging anderen te overheersen en te controleren') (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Tabel 2 Schemamodi, zoals gemeten met de SMI-124 (Young e.a., 2007) en schemacoping, zoals gemeten met de Schemacopingvragenlijst (Rijkeboer e.a., 2010)

Kindmodi	Copingmodi	Oudermodi	Gezonde modi	Schemacoping
kwetsbare kind	willoze inschikkelijke	straffende ouder	gezonde volwassene	overgave
woedende kind	onthechte beschermer	veeleisende ouder	blij kind	vermijding
razende kind	onthechte zelfsusser			overcompensatie
impulsieve kind	zelfverheerlijker			
ongedisciplineerde kind	pest en aanval			

Schematherapie is vooral gericht op het onderkennen van basisbehoeften, waarbij uitgegaan wordt dat iemand vanwege zijn huidige disfunctionele schema's deze behoeften niet goed kan waarnemen en vervullen. Schematherapie maakt gebruik van gedragsmatige interventies (oefenen met 'nee zeggen'), van cognitieve interventies (middels een socraatische dialoog disfunctionele gedachten onderzoeken) en van experiëntiële interventies (zoals imaginatie met rescripting) (Arntz & Jacob, 2012). Verondersteld wordt dat het meer vervullen van behoeften in het heden leidt tot afname van disfunctionele schema's en schemamodi en het versterken van gezonde modi, zoals 'gezonde volwassene' (het op gezonde wijze in eigen behoeften voorzien) en 'blij kind' (het ervaren van positieve gevoelens) (Arntz & Jacob, 2012; Carter e.a., 2013; Van Wijk-Herbrink e.a., 2017a).

Schema's en schemamodi in relatie tot depressie

Meermalen werd een positieve samenhang gevonden tussen disfunctionele schema's en depressieve symptomen met risico op chroniciteit (Hawke & Provencher, 2011; Rezaei, Ghazanfari & Rezaee, 2016; Riso e.a., 2003). Disfunctionele schema's zijn bijvoorbeeld sterker geassocieerd met PDS dan met een eerste depressie (Riso e.a., 2003). Ook vinden

meerdere onderzoekers een verband tussen het hebben van depressieve symptomen en een toename van disfunctionele schema's, zoals 'emotionele deprivatie', 'mislukking' en een afname van 'rechthebbend zijn' (Stopa & Waters, 2005). Daarnaast vonden meerdere onderzoekers een verband tussen depressieve klachten en een verhoging op de schemadomeinen 'verzwakte autonomie', 'overmatige waakzaamheid en inhibitie' en 'onverbondenheid en afwijzing' (Renner e.a., 2012; Riso e.a., 2003; Malogiannis e.a., 2014).

Vanwege de positieve samenhang tussen schema's en PDS zou het therapeutisch bewerken van schema's mogelijk een afname van PDS kunnen bevorderen. Er zijn diverse aanwijzingen dat individuele schemagerichte therapie een effectieve behandeling is voor volwassenen met PDS (Renner e.a., 2016; Malogiannis e.a., 2014; Carter e.a., 2013). In een systematische review over effectstudies naar schematherapie voor verschillende stoornissen zijn echter geen studies gevonden die het effect van groepsschematherapie bij persisterende depressie hebben onderzocht (Taylor, Bee & Haddock, 2017).

Onderzoek naar de effectiviteit van groepsschematherapie voor de behandeling van adolescenten met PDS is nauwelijks voorhanden. Er zijn wel aanwijzingen dat (groeps-) schemagerichte therapie effectief is bij adolescenten met andere vormen van psychopathologie. Zo vonden Roelofs en anderen (2016) in een naturalistische multiple-casestudie positieve effecten bij adolescenten met (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis na behandeling met groepsschematherapie. Van Wijk-Herbrink en anderen (2017a) vonden in een multiple-casestudie een kwalitatieve en kwantitatieve afname van gedragsproblemen, disfunctionele schema's en schemamodi bij jongeren in een justitieel residentieel kader, na het aanbieden van een combinatie van individuele schematherapie en het bieden van een schematherapeutisch leefklimaat door groepsleiders binnen het leefmilieu.

Schemacoping in relatie tot depressie

Van Wijk-Herbrink en anderen (2018) vonden aanwijzingen voor een mediërende rol van schemacoping tussen inadequate schema's en schemamodi bij adolescenten. Meer internaliserende gedragspatronen (zoals terugtrekken) bleken positief geassocieerd met de inadequate schema's in het domein 'onverbondenheid en afwijzing' en met de schemacoping 'overgave'. 'Overgave' zou vaker leiden tot internaliserende modi die op hun beurt weer geassocieerd bleken met internaliserende problemen, zoals depressie.

Op basis van de ondersteunende evidentie voor de werkzaamheid van (groeps-) schematherapie bij jongeren die lijden aan andere vormen van psychopathologie is er alle reden om de werkzaamheid van groepsschematherapie te onderzoeken bij jongeren met PDS. De huidige studie heeft als doel om het effect van groepsschematherapie te testen bij adolescenten met PDS. De verwachting is dat groepsschematherapie een werkzame behandeling is voor adolescenten met PDS: depressieve klachten zullen afnemen, evenals schema's binnen de domeinen 'onverbondenheid en afwijzing', 'verzwakte autonomie' en 'overmatige waakzaamheid'. Daarnaast is de verwachting dat groepsschematherapie een gunstig effect heeft op afname van de schemacoping 'overgave'.

Onderzoeksvragen

Onze primaire onderzoeksvraag is of tijdens groepsschematherapie depressieve klachten zullen afnemen bij adolescenten met PDS. De secundaire onderzoeksvraag is of tijdens groepsschematherapie vroegkinderlijke inadequate schema's, inadequate schemamodi en ongezonde schemacoping zullen afnemen en gezonde schemamodi, zoals de 'gezonde volwassene' en het 'blijve kind', zullen toenemen.

Methode

Ethische aspecten

Voor het huidige longitudinale onderzoek is gebruik gemaakt van data van Routine Outcome Monitoring (ROM). Deelnemers vulden vragenlijsten in zodat hun vorderingen in therapie gevolgd konden worden. Participanten hebben allen schriftelijk toestemming verleend. De studie, aangemeld als C1-Onderzoeksprotocol versie 18.09, met dossiernummer 2018-4665 werd positief beoordeeld door de commissie wetenschappelijk onderzoek en innovatie (CWOI) van GGZ Oost Brabant en werd door de METC CMO regio Arnhem-Nijmegen beoordeeld als niet- wmo-plichtig.

Een van de groepstherapeuten is als coauteur betrokken bij dit artikel. Bij de scoring op kwaliteit van schematherapie door een supervisor van de Vereniging voor Schematherapie (VST) was dit haar niet bekend. Er bleek geen verschil in beoordeelde uitvoering van de groepssessies te zijn tussen de verschillende groepstherapeuten en locaties.

Procedure

Alle 22 deelnemers aan het onderzoek zijn reeds in zorg binnen het Depressie expertise centrum jeugd (DEC-J) van GGZ Oost Brabant (TOP ggz-afdeling voor depressie). De cliënten van het DEC-J worden geïndiceerd voor deze afdeling middels een Decision Tool als op basis daarvan TOP klinische zorg wenselijk wordt geacht vanwege (het risicoprofiel op) chroniciteit (Stichting Topklinische GGZ, 2016). Naast (a) een score hoger dan vijf op deze tool, golden als inclusiecriteria: (b) leeftijd tussen 16 en 23 jaar, (c) chronische depressie of dysthyme stoornis als primaire diagnose, (d) een afgeronde reguliere psychologische of farmacologische behandeling voor depressie en (e) (indien van toepassing) stabiel op medicatie ingesteld zijn gedurende een maand. Als exclusiecriteria golden: geschat IQ onder 80, comorbide stoornis: bipolaire of cyclothyme stoornis, schizofrenie, op de voorgrond staande middelenafhankelijkheid, eetproblematiek of antisociale problematiek. In een multidisciplinair overleg werd besloten of de cliënt de groepsschematherapie zou worden aangeboden. Deelnemers verleenden schriftelijk toestemming nadat voorlichting over deelname aan het onderzoek was verstrekt, waarbij hen twee dagen bedenktijd werd geboden. Vanaf dat moment zijn de verrichte metingen voor deze studie gebruikt, waarbij vragenlijsten vanuit het ROM-systeem digitaal werden verstuurd en ingevuld.

Interventie

Clënten volgden een groepsschematherapie, gebaseerd op het protocol van Farrell, Reiss en Shaw (2016). Na drie voorbereidende (groeps-) sessies werden twintig groepssessies schematherapie aangeboden. De groepen waren gesloten groepen en bestonden uit maximaal acht deelnemers. De groepsbehandeling werd gegeven door twee of drie vaste groepstherapeuten. De 22 deelnemers werden geselecteerd uit zes schematherapiegroepen, verdeeld over drie locaties. Alle zeven groepstherapeuten werden door de onderzoeker vooraf geschoold in het behandelprotocol volgens Farrell Reiss en Shaw (2016) en ten minste een van beide groepstherapeuten is junior schematherapeut. In de onderzoeksfase namen alle groepstherapeuten één keer per zes weken deel aan een speciale intervisie groepsschematherapie. Ten behoeve van borging van de kwaliteit van groepsschematherapie werden alle groepssessies op video opgenomen. Deze video's werden gescoord op kwaliteit van de schematherapeutische interventies door een supervisor van de vst, middels de *Group Schema Therapy Rating Scale-Revised* (GSTRS-R) (Zarbock e.a., 2014). In de figuur in de bijlage wordt een overzicht gegeven van de gefaseerde interventies per modi, zoals deze in de groepsschematherapie gegeven zijn. Beschrijving van de scoring is in **tabel 3** uitgewerkt. Zichtbaar is dat de algemene schematherapeutische vaardigheden, zoals limited reparenting gemiddeld genomen adequaat tot goed zijn bij alle groepstherapeuten, terwijl meer specifieke schematherapeutische interventies en technieken, zoals het aantal experiëntiële interventies relatief matig scoort.

Tabel 3 Scoring van de Group Schema Therapy Rating Scale -Revised (GSTRS-R) (Zarbock e.a., 2014)

	Locatie A	Locatie B	Locatie C
Gemiddelde score op*			
Algemene therapeutische vaardigheden	4,33	4,55	3,96
Limited reparenting	3,30	3,36	3,60
Groepsklimaat	3,37	4,23	4,02
Structuur	4,40	4,43	3,94
Co therapie team	3,43	3,9	2,91
Totaal algemene therapeutische vaardigheden	3,77	4,09	3,69
Psycho-educatie	1,8	1,89	1,33
Modus bewustzijn en -verandering	1,38	1,04	0,74
Cognitieve interventies	1,39	0,88	1,71
Experiëntiële interventies	0,79	0,71	0,36
Doorbreken gedragspatronen	0,25	0	0,48
Totaal beoordeling specifieke vaardigheden	1,12	0,90	0,92

Scoring 0 = erg matig, 1 = matig, 2 = onvoldoende, 3 = voldoende, 4 = goed, 5 = erg goed, 6 = uitstekend

* =gemiddelde score op basis van vijf random bekeken video-opnamen van een totaal van twintig groepssessies per locatie per cyclus.

Design

Het onderzoeksdesign is een simpel pre-postdesign, met een voorfase en een follow-up. De groepsschematherapie is op te delen in fase A (een natuurlijke wachtperiode van vier

tot tien weken), B (conceptualisatiefase van vier weken), C (behandelfase van twintig wekelijkse sessies) en D (follow-upfase van drie maanden met vier driewekelijkse ondersteuningssessies). De verwachting is dat in fase A en B geen verandering over tijd zal plaatsvinden, maar dat een verandering in scores pas begint vanaf fase C.

De centrale vraag is of (a) de verwachte veranderingen in de uitkomstmaten tijdens de behandelfase C plaatsvinden, meer dan in de fasen voor de behandeling (A en B) en (b) dat de verwachte veranderingen aanhouden tijdens een drie maanden follow-up (fase D). De *Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report* (QIDS-SR) (Rush e.a., 2003) werd als cruciale uitkomstmaat wekelijks afgenomen tijdens fasen A, B, C en driewekelijks tijdens de follow-upfase (D). De schema's, schemamodi en schemacoping werden gemeten bij aanvang van fase A, fase B, bij aanvang en na fase C en aan het einde van fase D. Indien gewenst kan de gefaseerde routing van de metingen bij de auteurs worden opgevraagd.

Deelnemers

De kenmerken van de onderzoeksgroep staan weergegeven in **tabel 4**. De classificerende gegevens uit **tabel 4** zijn tot stand gekomen door afname van de *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Lecrubier e.a., 1997). Bij alle participanten werd vooraf de *Structured Clinical Interview for Personality Disorders* (SCID-5PD) afgenomen (First & Williams, 2016), om persoonlijkheidspathologie in kaart te brengen.

Meetinstrumenten

QIDS-SR (Rush e.a., 2003; Trivedi e.a., 2004). Deze zelfrapportagevragenlijst voor depressie bestaat uit zestien items. Op de items kan gescoord worden tussen 0 en 3. De interne consistentie is hoog (Cronbachs $\alpha = 0,85$ tot $0,94$).

Young Schema Questionnaire-Short form (YSQ-S3) (Bach e.a., 2017). Items worden gescoord op een zespunts Likert-schaal, variërend van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. De negentig vragen van deze zelfrapportagevragenlijst omvatten achttien schema's. Elk schema bevat vijf vragen. De Nederlandse versie laat betrouwbaarheden zien van 0,75 tot 0,91 (Rijkeboer, Van den Bergh & Van der Bout, 2005). Voor de Deense versie werden betrouwbaarheden van 0,70 tot 0,92 gevonden (Bach e.a., 2017).

Schema Mode Inventory (SMI) (Young e.a., 2007): een zelfrapportagevragenlijst met 124 items waarmee veertien modi worden gemeten, die behoren tot een viertal categorieën: disfunctionele kindmodi, disfunctionele copingmodi, disfunctionele oudermodi en functionele modi. De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal (van 1 = nooit tot 6 = altijd). Cronbachs α varieert tussen 0,79 en 0,96. De test-hertestbetrouwbaarheid varieert tussen 0,65 en 0,92 (Lobbestael e.a., 2010).

Schemacopingvragenlijst (Rijkeboer e.a., 2010): een twaalf-item zelfrapportagevragenlijst die drie disfunctionele schemacopingstijlen meet: 'overgave', 'vermijding' en 'overcompensatie'. Antwoorden kunnen gescoord worden op een zevenpunts Likert-schaal, variërend van 'helemaal oneens' tot 'helemaal eens'. Betrouwbaarheden variëren tussen 0,75 en 0,86 bij een steekproef van volwassenen (Rijkeboer & Lobbestael, 2016) en tussen 0,71 en 0,78 bij een steekproef van adolescenten (Van Wijk-Herbrink e.a., 2017b).

Tabel 4 Kenmerken van de onderzoeksgroep

	N	%
Geslacht		
Vrouw	22	100
Man	0	0
Locatie		
A	5	23
B	9	41
C	8	36
Opleidingsniveau		
Basisschool/vmbo	4	18
Mbo	9	41
Havo/vwo	4	18
Hbo/universiteit	5	23
Persisterende depressie (DSM-5) uitsplitsen in DSM-IV-diagnosen		
Chronische depressie	11	50
Dysthymie	11	50
Aantal comorbide stoornissen	0	4
	1	5
	2	0
	3 of meer	13
		59,1
Persoonlijkheidsstoornis*):		
	vermijndend	4 (8)
	afhankelijk	0 (3)
	paranoïde	2 (0)
	narcistisch	0 (1)
	borderline	7 (5)
	antisociaal	1 (0)
Gaf-scores		
	35 - 49	5
		22,7
	50 - 55	16
		72,7
	56 - 60	1
		4,5

*) De getallen tussen haakjes geven het aantal deelnemers aan die trekken van betreffende stoornis hebben.

Steekproefgrootte en power

De steekproef bestond uit 22 deelnemers. Na analyse kan worden geconcludeerd dat voor depressieve klachten aan de minimale eisen van een power van 0,80 is voldaan. De power van de analysemethode van de andere 35 variabelen (achttien schema's, veertien schemamodi en drie schemacoping) voldoet hier niet aan met een power van 0,58. Voor de verdere uitleg van de gebruikte analysemethode en powerberekening wordt verwezen naar de bijlage aan het eind van dit artikel.

Uitval

Tijdens de therapie zijn vijf deelnemers voortijdig gestopt: drie om externe redenen (één vanwege een ernstige interfererende somatische aandoening, twee vanwege baanverandering die niet te combineren bleek met de behandeling), en twee vanwege ontbrekende motivatie

(van wie een cliënt op diverse vergeefse pogingen tot contact niet reageerde). De vijf uitvallers verschilden niet significant van de zeventien blijvers op de achtergrondkenmerken locatie, leeftijd, opleidingsniveau, GAF-score of op een van de 36 variabelen die voorafgaand aan de start van de therapie zijn gemeten. Voor locatie en opleidingsniveau is het verschil tussen beide groepen getoetst met Fishers exacttoets, de overige variabelen met de t-toets voor onafhankelijke groepen. Voor geen van de 36 variabelen bleek er een significant verschil te bestaan tussen beide groepen. De uitval lijkt dus aselekt.

Naast de ontbrekende gegevens door voortijdige uitval van deelnemers waren er ook nog incidentele missende waarden doordat participanten niet op alle tijdstippen hun vragenlijsten invulden. De gemiddelde incidentele uitval voor depressieve klachten met 24 meetmomenten is 54% per meetmoment, de gemiddelde incidentele uitval op de overige 35 variabelen met vijf meetmomenten is 30% per meetmoment. De vraag of deze missende waarden op aselechte wijze optraden werd getoetst met Littles MCAR-test (*Missing Completely At Random*). Voor depressieve klachten was het toetsingsresultaat $\chi^2(219) = 138,00$; $p = 1.000$ en voor de 34 overige variabelen was dit $\chi^2(2282) = 332,96$; $p = 1.000$. In beide gevallen was de toetsingsgrootte niet significant, een indicatie dat de uitval aselekt is.

Analyses

Alle veranderingen in de afhankelijke variabelen (geoperationaliseerd met de vier zelfrapportagematen) werden getoetst met behulp van de latentegroei-curve-analyse (LGCA), onderdeel van het statistisch pakket Mplus, versie 7.2 (Muthén & Muthén, 1998-2012). De verwachting is dat depressieve klachten zullen afnemen in de fasen C en D (24 meetmomenten gedurende 32 weken). Er wordt binnen de LGCA een lineaire relatie verondersteld tussen tijd (in weken) en depressieve klachten, waarbij twee parameters worden geschat: de geschatte startwaarde (intercept B0) en het verloop tijdens fasen C en D (uitgedrukt in de regressiecoëfficiënt B1). Voor het schatten van deze parameters werd gebruikgemaakt van de Bayes schattingsmethode, rekening houdend met missende waarden, door alle aanwezige informatie in de data te gebruiken. De analyses zijn gebaseerd op alle 22 respondenten, inclusief de vijf voortijdige uitvallers. De vraag in hoeverre het model (lineair groei-model) past bij de data, wordt uitgedrukt in de *posterior predictive probability*-waarde (PPP-waarde). De 'passing' is ideaal bij PPP = 0,500, maar bij waarden groter dan 0,05 wordt de 'passing' acceptabel geacht (Gelman, 2013). De effectgrootte (Cohens d) wordt bepaald door de regressiecoëfficiënt B1 te vermenigvuldigen met het aantal weken vanaf fasen C en D (totaal 32) en deze te delen door de standaarddeviatie van de QIDS-SR. Een effectgrootte van 0,2 is klein, 0,5 medium en 0,8 groot (Cohen, 1992).

De overige variabelen zijn gemeten op vijf tijdstippen, bij de start van fasen A, B, C, D en bij eind fase D. Voor elke variabele werd een LGCA uitgevoerd waarbij wordt verondersteld dat in fase A en B geen verandering over tijd zal plaatsvinden, maar dat een stijging of daling pas begint vanaf fase C. Om dat in kaart te brengen, worden twee lineaire relaties gelijktijdig onderzocht, een lineaire relatie tijdens fase A en B en een lineaire relatie tijdens fase C en D. De tijd wordt uitgedrukt in maanden, fase A begint op 0 maanden, fase B gemiddeld op 2 maanden, fase C op 3 maanden, fase D op 8 maanden en eindigt na 11 maanden. Er worden drie parameters geschat, de geschatte startwaarde bij fase A

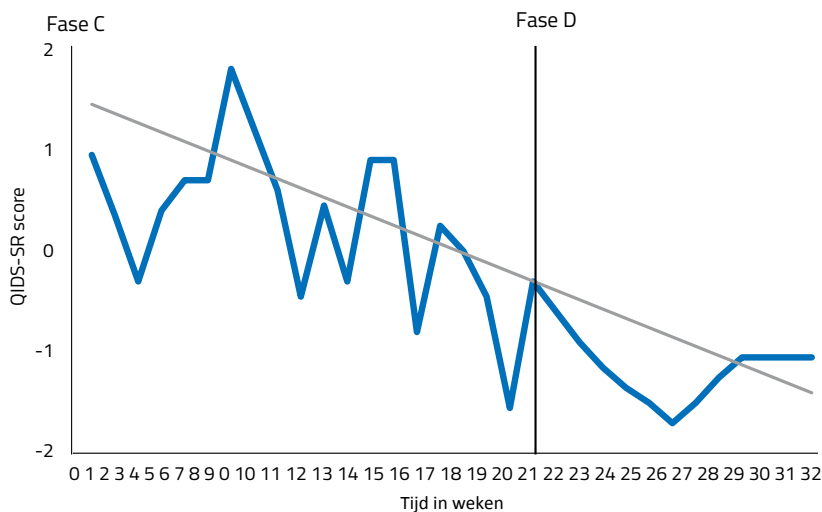
(intercept B0), het verloop tijdens fase A en B (uitgedrukt in de regressiecoëfficiënt B1) en het verloop over de periode C en D (met regressiecoëfficiënt B2). Voor het overige gelden dezelfde opmerkingen als bij depressieve klachten. De effectgroottes (Cohens d) worden geschat door B2 te vermenigvuldigen met het aantal maanden vanaf fase C (8 maanden) en deze vervolgens te delen door de gemiddelde standaarddeviatie over de vijf meetmomenten.

Resultaten

LGCA van depressieve klachten

De LGCA van depressieve klachten laat een geschatte startwaarde (B0) zien van 14,92. De regressiecoëfficiënt (B1) is gelijk aan $-0,175$ met $p = 0,003$. Dat betekent dat depressieve klachten statistisch significant dalen met een factor van $0,175$ per week, zoals in **figuur 1** te zien is. Gedurende 32 weken is dat een daling van $32 * 0,175 = 5,60$; waardoor de geschatte eindwaarde in week 32 gelijk is aan $9,32$. De waarde $5,60$ delen door de standaarddeviatie van de QIDS-SR ($SD = 6$) levert een effectgrootte op van $0,79$. Afgerond op een decimaal ($d = 0,8$) is er dus sprake van een groot effect van de groepsschematherapie op depressieve klachten.

Figuur 1 Het verloop van depressieve klachten gedurende de behandeling, fase C (week 1-20) en de follow-up, fase D (week 21-32)



LGCA van schema's, schemamodi en schemacoping

In **tabel 5** zijn gemiddelden en standaardafwijkingen van alle 35 variabelen weergegeven en in **tabel 6** de resultaten van de LGCA's.

Tabel 5 Gemiddelden en standaardafwijkingen van de 35 variabelen

		Gemiddelde scores					Standaardafwijkingen				
		T1	T2	T3	T4	T5	T1	T2	T3	T4	T5
<i>Young Schema Questionnaire-Short form</i>											
<i>Domein: onverbondenheid en afwijzing</i>											
1	emotionele deprivatie	17,48	17,71	20,49	16,05	16,02	6,47	7,03	6,87	6,48	7,11
2	verlating	21,65	21,29	22,84	16,53	16,02	5,24	4,25	6,89	5,66	6,20
3	wantrouwen	19,62	20,61	20,43	16,56	16,72	6,10	5,95	7,18	6,47	6,06
4	sociale isolatie	18,35	18,06	20,96	14,59	15,19	5,00	5,27	6,71	4,77	6,22
5	minderwaardigheid-schaamte	17,80	18,78	18,47	13,72	14,07	6,96	7,04	7,37	5,20	5,86
<i>Domein: verzwakte autonomie</i>											
6	mislukking	19,51	21,42	19,59	16,99	17,64	6,42	7,68	6,27	6,84	8,39
7	functionele afhankelijkheid	15,60	17,60	13,04	12,18	13,03	4,95	6,91	6,60	3,39	4,55
8	kwetsbaarheid	17,33	16,62	17,36	14,17	13,77	5,67	4,39	6,97	5,19	5,93
9	verstrengeling	12,37	11,88	11,07	10,46	11,89	4,08	4,90	4,75	4,64	5,95
<i>Domein: verzwakte grenzen</i>											
10	rechthebbend zijn	15,32	14,20	17,74	15,49	14,95	4,80	3,72	6,01	5,00	4,25
11	gebrekkige zelfbeheersing	16,99	17,19	17,81	14,78	15,07	4,40	4,98	4,40	3,89	3,67
<i>Domein: gerichtheid op de ander</i>											
12	onderwerping	20,53	18,33	20,14	16,48	17,20	4,64	4,62	5,51	4,74	5,16
13	opoffering	23,54	22,07	22,93	19,03	19,49	3,63	4,15	4,32	3,37	4,91
14	goedkeuring zoeken	20,21	19,17	19,96	16,78	16,02	4,91	4,51	5,80	3,89	4,17
<i>Domein: overmatige waakzaamheid</i>											
15	negativisme-pessimisme	20,03	20,47	20,55	15,78	16,10	5,59	5,57	7,37	5,75	6,33
16	emotionele geremdheid	16,12	16,66	18,80	13,73	13,35	3,36	4,53	4,43	3,69	4,33
17	hoge eisen	20,38	19,01	21,27	17,76	17,95	4,54	4,72	5,17	4,90	4,82
18	bestraffendheid	19,07	20,57	20,80	14,73	16,34	5,90	8,86	7,64	5,77	6,98
<i>Schema Mode Inventory (SMI)</i>											
19	kwetsbare kind	3,65	3,40	4,00	2,86	2,94	0,79	0,83	0,98	0,98	1,04
20	woedende kind	3,15	2,79	3,12	2,65	2,70	1,03	0,94	1,10	0,93	0,91
21	razende kind	1,56	1,43	1,51	1,33	1,53	0,51	0,50	0,54	0,39	0,63
22	impulsieve kind	2,89	2,50	2,89	2,65	2,86	0,94	0,77	0,79	0,86	0,91
23	ongedisciplineerde kind	3,31	3,20	3,39	3,03	3,05	0,81	0,97	0,87	0,82	0,63
24	blijde kind	2,62	2,74	2,33	3,19	3,13	0,58	0,71	0,52	0,84	0,90
25	willoze inschikkelijke	3,66	3,65	4,02	3,13	3,09	0,95	1,12	0,90	1,00	0,98
26	onthechte beschermer	3,10	2,97	3,29	2,62	2,66	0,64	1,01	0,94	0,79	0,82
27	onthechte zelsusser	3,95	3,92	3,84	2,85	3,11	1,20	1,27	0,94	0,87	0,94
28	zelfverheerlijker	2,43	2,44	2,48	2,63	2,58	0,70	0,82	0,82	1,01	0,82
29	pest en aanval	1,85	1,80	1,87	1,78	2,11	0,57	0,68	0,70	0,61	1,17
30	straffende ouder	3,13	2,79	3,35	2,26	2,48	1,02	1,10	1,05	1,05	1,08
31	veeleisende ouder	4,36	3,98	4,38	3,62	3,72	0,92	0,80	0,87	0,62	0,89
32	gezonde volwassene	3,59	3,46	3,32	3,86	3,94	0,53	0,67	0,51	0,72	0,72
<i>Schemacopingvragenlijst</i>											
33	overgave	17,71	17,77	18,91	15,14	13,26	4,31	4,97	3,96	5,60	5,36
34	vermijding	17,84	17,86	17,59	15,98	15,68	4,49	5,52	4,95	5,85	5,19
35	overcompensatie	15,00	15,29	14,29	14,60	14,81	5,68	5,17	6,43	6,64	6,13

Tabel 6 Resultaten van LGCA op 35 variabelen

	B0	B1	p1	B2	p2	PPP- value	Cohens d
<i>Young Schema Questionnaire-Short form</i>							
<i>Domein: onverbondenheid en afwijzing</i>							
1	emotionele deprivatie	17,52	-0,282	0,246	-0,253	0,051	0,341 0,30
2	Verlating	21,57	0,101	0,419	-0,539	0,003	0,277 0,76
3	Wantrouwen	19,69	0,219	0,287	-0,415	0,007	0,154 0,52
4	sociale isolatie	18,44	0,347	0,260	-0,501	0,007	0,233 0,72
5	minderwaardigheid-schaamte	17,77	0,258	0,288	-0,556	0,003	0,271 0,69
<i>Domein: verzwakte autonomie</i>							
6	mislukking	19,70	0,152	0,395	-0,343	0,038	0,242 0,39
7	functionele afhankelijkheid	16,28	-0,569	0,211	-0,251	0,098	0,201 0,38
8	kwetsbaarheid	16,96	0,036	0,468	-0,324	0,054	0,268 0,46
9	verstrengeling	12,71	-0,526	0,103	-0,036	0,414	0,283 0,06
<i>Domein: verzwakte grenzen</i>							
10	rechthebbend zijn	15,44	0,534	0,075	-0,175	0,077	0,254 0,29
11	gebrekige zelfbeheersing	16,89	0,165	0,326	-0,284	0,014	0,240 0,53
<i>Domein: Gerichtheid op de ander</i>							
12	onderwerping	20,58	-0,295	0,288	-0,261	0,068	0,284 0,42
13	opoffering	23,51	-0,232	0,194	-0,335	0,008	0,203 0,66
14	goedkeuring zoeken	20,18	-0,133	0,372	-0,364	0,010	0,294 0,63
<i>Domein: overmatige waakzaamheid</i>							
15	negativisme-pessimisme	20,00	0,168	0,370	-0,518	0,011	0,266 0,68
16	emotionele geremdheid	16,23	0,408	0,182	-0,392	0,024	0,310 0,77
17	hoge eisen	20,48	-0,214	0,348	-0,255	0,043	0,267 0,42
18	bestraffendheid	19,00	0,348	0,276	-0,555	0,007	0,230 0,63
<i>Schema Mode Inventory (SMI)</i>							
19	kwetsbare kind	3,60	-0,018	0,412	-0,063	0,032	0,201 0,55
20	woedende kind	3,20	-0,069	0,170	-0,017	0,218	0,243 0,14
21	razende kind	1,53	-0,026	0,310	-0,006	0,390	0,246 0,09
22	impulsieve kind	2,82	-0,042	0,280	0,000	0,491	0,161 0,00
23	ongedisciplineerde kind	3,28	0,010	0,455	-0,025	0,160	0,240 0,24
24	blije kind	2,69	-0,080	0,068	0,070	0,008	0,221 0,79
25	willoze inschikkelijke	3,63	0,118	0,023	-0,091	0,003	0,311 0,73
26	onthechte beschermer	3,07	0,049	0,244	-0,063	0,037	0,290 0,60
27	onthechte zelfsusser	3,95	-0,049	0,304	-0,081	0,004	0,203 0,62
28	zelfverheerlijker	2,42	0,037	0,261	0,000	0,490	0,314 0,00
29	pest en aanval	1,82	0,006	0,446	-0,003	0,432	0,301 0,03
30	straffende ouder	3,08	-0,052	0,301	-0,055	0,045	0,160 0,41
31	veeleisende ouder	4,31	-0,017	0,360	-0,073	0,007	0,201 0,71
32	gezonde volwassene	3,60	-0,081	0,096	0,058	0,026	0,304 0,74
<i>Schemacopingvragenlijst</i>							
33	overgave	17,48	0,352	0,234	-0,465	0,022	0,242 0,77
34	vermijding	17,90	-0,011	0,487	-0,252	0,045	0,258 0,39
35	overcompensatie	15,55	-0,323	0,170	0,009	0,471	0,188 0,01

B0 is geschatte beginwaarde, B1 is de verandering over tijd gedurende de baseline en de conceptualisatiefase, waarbij p1 significantie weergeeft. B2 is de verandering gedurende behandelfase en follow up, waar p2 desigificantie weergeeft.

Alle 35 groei modellen laten PPP-waarden groter dan 0,154 zien. De keuze van het groei model met twee lineaire relaties wordt daarmee ondersteund. Inspectie van de p-waarden in **tabel 5** na kolom B1 laat zien dat op een na alle veranderingen gedurende fase A en B niet significant zijn. De uitzondering is de schemamodus 'willoze inschikkelijke', die een significante toename laat zien met $p < 0,05$. Kolom B2 laat de verandering zien over tijd gedurende de behandel- en follow-upfase.

Kolom p2 in **tabel 6** toont dat twaalf van de achttien schema's een significante daling over tijd laten zien. Hierbij valt op dat vier van de vijf schema's binnen het schemadomein 'onverbondenheid en afwijzing' over de loop van de behandel fase significant dalen terwijl 'emotionele deprivatie', met $p = 0,051$, op de grens ligt met een medium tot bijna groot effect. Daarnaast zijn schema's binnen het schemadomein 'overmatige waakzaamheid' significant afgenomen op het niveau van een middelgroot effect, grenzend aan een groot effect. 'Mislukking', 'gebrekkige zelfbeheersing', 'opoffering' en 'goedkeuring zoeken' blijken ook significant af te nemen, met middelgrote effecten.

Van de veertien schemamodi laten zes een significante daling zien en twee een significante stijging. Van de kindmodi is 'kwetsbare kind' significant afgenomen (middelgroot effect), terwijl alle, meer externaliserende kindmodi niet significant zijn afgenomen. Van de copingmodi zijn de meer internaliserende copingmodi afgenomen, zoals 'willoze inschikkelijke', alsmede de modi die meer gericht zijn op het 'wegmaken' van emoties ('onthechte beschermer' en 'onthechte zelfsusser'). Al deze effecten zijn 'middelgroot', tenderend naar 'groot'. De externaliserende copingmodi, zoals 'pest en aanval' blijken niet significant veranderd. De beide oudermodi die de straffende en veeleisende kant vertegenwoordigen, zijn afgenomen met een middelgroot effect, grenzend aan groot. Tot slot zijn de gezonde kanten 'blij kind' en 'gezonde volwassene' significant toegenomen, met een middelgroot effect. Afgerond op een decimaal is er een groot effect voor 'blij kind'.

Van de drie vormen van schemacoping blijken 'overgave' (afgerond op een decimaal: groot effect) en 'vermijding' (kleine effectgrootte) significant af te nemen.

Discussie

Het primaire doel van deze studie was om te onderzoeken of depressieve klachten bij adolescenten met PDS afnemen over de loop van groepsschematherapie. Er werd een significante afname in depressieve symptomen gevonden vanaf de start van de behandel fase tot en met drie maanden follow-up. In fasen A en B heeft geen behandeling plaatsgevonden, en tijdens die fasen zijn er bij de uitkomstmaat voor depressie geen significante veranderingen waargenomen. De afname van depressieve symptomen valt samen met het inzetten van groepsschematherapie als interventie. Eerdere multiple single case studies vonden aanwijzingen dat schemagerichte therapie een effectieve behandeling is voor volwassenen met PDS (Renner e.a., 2016; Malogiannis e.a., 2014; Carter e.a., 2013). Onze resultaten laten zien dat dit ook voor adolescenten geldt.

De verwachting dat disfunctionele schema's zouden afnemen werd bevestigd, specifiek binnen de schemadomeinen 'onverbondenheid en afwijzing', 'verzwakte autonomie' en

‘overmatige waakzaamheid’. Dat er in fasen A en B, waarin geen behandeling plaatsvond, geen significante verandering werd vastgesteld, maakt op zijn minst aannemelijk dat de inzet van de groepsschematherapie samenhangt met deze afname, zie kolom p1 in **tabel 6**.

Op twee schema’s na namen alle disfunctionele schema’s binnen deze domeinen significant af gedurende en na de behandelfase. Dit is in lijn met eerdere *single-case studies*, waarin in deze domeinen bij volwassenen met chronische depressie een afname werd gevonden (Renner e.a., 2012; Riso e.a., 2003; Malogiannis e.a., 2014).

Conform verwachting was een afname zichtbaar op de copingmodi die de meer internaliserende copingstijl vertegenwoordigen, zoals ‘willoze inschikkelijke’ als onderwerpende stijl en de emotie-afwerende modi, zoals ‘onthechte beschermer’ en ‘onthechte zelfsusser’, als vermijdende stijl. De significante afname van deze internaliserende copingmodi komt overeen met de significante afname van schemacoping ‘overgave’. Van Wijk-Herbrink en anderen (2018) veronderstelden dat inadequate schema’s in het domein ‘onverbondenheid en afwijzing’ in combinatie met de schemacoping ‘overgave’ vaker zou leiden tot internaliserende copingmodi en internaliserende gedragsproblemen, zoals depressie. In onze studie vonden we op alle schema’s binnen dit domein een initieel hoge score en een significante verbetering na behandeling en follow-up (op ‘emotionele deprivatie’ na ($p = 0,051$)).

De onderzoeksvraag of tijdens groepsschematherapie gezonde schemamodi, namelijk ‘blij kind’ en ‘gezonde volwassene’, zullen verbeteren, bleek positief te beantwoorden. Waar schematherapie zich dient te richten op het leren onderkennen en vervullen van basisbehoeften (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Arntz & Jacobs, 2012), is het versterken van gezonde kanten een belangrijk doel. In onze studie is zichtbaar dat groepsschematherapie heeft geleid tot het versterken van de gezonde schemamodi.

Enkele nevenbevindingen. Riso en anderen (2003) vonden een verband tussen chronische depressie en verhoogde scores op de schemadomein ‘verzwakte autonomie’. De vraag is of er veranderingen binnen ‘verzwakte autonomie’ plaatsvinden wanneer depressieve symptomen afnemen. Binnen het schemadomein ‘verzwakte autonomie’ is alleen het schema ‘mislukking’ significant afgenomen. De andere schema’s zijn afgenomen, maar niet significant. Het meer leren zorgdragen voor eigen behoeften, focus van de schematherapie, houdt ook in dat mogelijke stagnaties van ontwikkelingstaken van de adolescentie worden doorbroken. Enerzijds is losmaking van de ouders hierin een belangrijke taak, anderzijds is enige afhankelijkheid van ouders nog passend. Dat schema’s binnen het domein ‘verzwakte autonomie’ wel afnemen, maar minder sterk dan in onderzoek bij volwassenen is in die zin goed te begrijpen.

In onze studie is de schemacoping ‘vermijding’ significant afgenomen. In een onderzoek door Van Wijk-Herbrink en anderen (2017b) werd een significante positieve correlatie gevonden tussen ‘vermijding’ en internaliserende modi, maar deze was minder sterk dan de correlatie tussen ‘overgave’ en internaliserende modi. In onze studie is dezelfde tendens zichtbaar.

Beperkingen en toekomstig onderzoek

Ondanks de positieve resultaten van deze studie is er ook een aantal beperkingen. Zo zijn er veel incidentele missende waarden. Met een beperkt aantal deelnemers heeft dit impact op de power gehad, niet zozeer voor depressieve symptomen, als wel voor de variabelen met betrekking tot schema's, modi en schemacoping. Ondanks een power van 0,58 bij een medium effectgrootte, blijken toch veel variabelen een significante verandering te laten zien in de verwachte richting. Het zou aan te bevelen zijn dit onderzoek te herhalen in een grotere studie (met meer power) met een grotere steekproef met zowel jongens als meisjes om het gevonden effect te repliceren.

Zoals verwacht en gehoopt traden er geen significante veranderingen op over de loop van de wacht- en casusconceptualisatiefase, maar wel vanaf de behandelfase, met een stabilisatie van die veranderingen tot de follow-up. Toch zou de bewijskracht van deze studie sterker zijn geweest als de gesignaleerde veranderingen vergeleken hadden kunnen worden met het beloop in een controleconditie.

De opzet van dit onderzoek laat geen conclusies toe over de werkzame elementen van de bestudeerde groepsschematherapie. Met andere woorden: het is de vraag in hoeverre het de specifieke schematherapeutische interventies zijn die de therapeutische veranderingen tot stand brengen, of dat specifieke factoren de eigenlijke werkzame factoren zijn. Welke invloed het aspect van groepsdynamiek binnen de therapie heeft op de uitkomsten, verdient nader onderzoek. De betrokkenheid van lotgenoten kan gezien worden als re-familying, een variant op limited reparenting, een belangrijke interventie binnen schematherapie. Het zou interessant zijn deze invloed in volgend onderzoek meer in kaart te brengen. Er zijn slechts enkele onderzoeken bekend die een verband leggen tussen de positieve invloed van sociale cohesie van de groep, hechtingsprocessen en (afname van) depressie (Cruwys e.a., 2014a; Cruwys e.a., 2014b; Stice, Ragan & Randall, 2004).

Schematherapie lijkt een werkzaam behandelaanbod voor adolescenten die kampen met PDS. Groepsschematherapie kan mogelijk een uitkomst bieden in het dilemma van de eerdergenoemde hoge recidivecijfers en de groep therapieresistente patiënten. Waar CGT, IPT of medicatie een goed eerste behandelaanbod is voor depressie bij adolescenten, lijkt schematherapie hierop een goede aanvulling wanneer cliënten onvoldoende baat hebben bij de eerdere interventies of bij chroniciteit. Groepsschematherapie kan hiermee een volgende stap in *stepped care* behandelen worden voor adolescenten met PDS.

Groepsschematherapie kan daarnaast bijdragen aan doelmatige zorg, waarin meer jongeren psychologische zorg kunnen ontvangen. Het kan mogelijk bijdragen aan het terugdringen van wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg.

De resultaten van deze studie zijn hoe dan ook bemoedigend. Groepsschematherapie lijkt effectief in het reduceren van depressieve klachten bij adolescenten met PDS. Het verdient aanbeveling om deze studie te herhalen in een gerandomiseerde en gecontroleerde opzet. Groepsschematherapie kan in de toekomst wellicht binnen het bestaande palet aan *evidencebased* behandelingen voor PDS bij adolescenten een vaste plaats verwerven.

NOTEN

1. Bij de invoering van de DSM-5 (APA, 2013) is de Persisterende Depressieve Stoornis (PDS) toegevoegd als samenvoeging en vervanging van dysthyme stoornis en chronische depressieve stoornis (DSM-IV), die beide als kenmerk hebben dat de depressieve klachten ten minste twee jaar aanhouden. Voor kinderen en adolescenten geldt de aanwezigheid van genoemde criteria voor de duur van een jaar.
2. In een internationale projectgroep vindt cross-cultureel onderzoek plaats om tot betere theoretische fundering van schematherapie te komen. Hier wordt onder meer de hypothese onderzocht of er zeven basisbehoeften zijn, waarbij de vijf basisbehoeften aangevuld zijn met de behoefte aan zelf-coherentie en de behoefte aan rechtvaardigheid (Arntz e.a., 2021).

LITERATUUR

- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition, Text Revision DSM IV-TR). Washington, DC: Author.
- APA (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: Author.
- Arntz, A., & Jacobs, G. (2012). *Schematherapie: een praktische handleiding* Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C.W., e.a. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 45, 1007-1020.
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2017). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 33, 134-143.
- Bernstein, I.H., Rush, A.J., Trivedi, M.H., Hughes, C.W., Macleod, L., Witte, B.P., e.a. (2010). Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19, 185-194.
- Biesheuvel-Liefveld, K.E., Kok, G.D., Bockting, C.L., Cuijpers, P., Hollon, S.D., Marwijk, H.W. van, e.a. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400-410.
- Carter, J.D., McIntosh, V.V., Jordan, J., Porter, R.J., Frampton, C.M., & Joyce, P.R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 500-505.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cruwys, T.A.H.S. Dingle, G.A., Jetten, J., Hornsey, M.J., Desdemona Chong, E.M., & Oei, T.P. (2014a). The new group therapy. *Scientific American Mind*, 25, 60-63.
- Cruwys, T., Alexander Haslam, S., Dingle, G.A., Jetten, J., Hornsey, M.J., Desdemona Chong, E.M., e.a. (2014b). Feeling connected again: interventions that increase social identification reduce depression symptoms in community and clinical settings. *Journal of Affective Disorders*, 159, 139-146.

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Stikkelbroek, Y., Weisz, J.R., e.a. (2021). The effects of psychological treatments of depression in children and adolescents on response, reliable change, and deterioration: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, doi: 10.1007/s00787-021-01884-6. Online ahead of print.
- Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I.A. (2016). Schematherapie in de klinische praktijk. *Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met schemamodi*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Greenberg, P.E., Parsley, R.A., Russell, J.M., Keller, M., e.a. (1996). Improvement in subjective work performance after treatment of chronic depression: Some preliminary results. *Psychopharmacology Bulletin*, 32, 33-40.
- First, M.B., & Williams, J.B. (2016). *SCID-5-CV: Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version*. American Psychiatric Association Publishing.
- Gelman, A. (2013). Two simple examples for understanding posterior p-values whose distributions are far from uniform. *Electronic Journal of Statistics*, 7, 2595–2602.
- Hawke, L.D., & Provencher, M.D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 257-276.
- Herrman, H., Patel, V., Kieling, C., Berk, M., Buchweitz, C., Cuijpers, P., e.a. (2022). Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *Lancet* 2022, 399, 957-1022.
- Hermens, M.L., Oud, M., Sinnema, H., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y., Duin, D. van, e.a. (2015). The multidisciplinary depression guideline for children and adolescents: an implementation study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1207-1218.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., & von Knorring, A.L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorder*, 130, 395-404.
- Klein, D.N. (2010). Chronic depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 96-100.
- Kolovos, S., Kleiboer, A., & Cuijpers, P. (2016). Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 209, 460-468.
- Kruijshaar, M.E., Barendregt, J., Vos, J., Graaf, J. de, Spijker, J., & Andrews, G. (2005). Lifetime prevalence estimates of major depression: An indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal of Epidemiology*, 20, 103-111.
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K.H., e.a. (1997). The MINI International Neuropsychiatric Interview, (MINI). *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, M. van, Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Malogiannis, I.A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., e.a. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 319-329.
- Merikangas, K.R., He, J., & Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., e.a. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academy of Child Adolescence Psychiatry*, 49, 980-989.

- Muthén, B.O. (1997). Latent variable modeling with longitudinal and multilevel data. *Sociological Methodology*, 27, 453-580.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (1998-2012). *Mplus user's guide*. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F.P., Arntz, A., & Huibers, M.J. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F.P., Lobbestael, J., & Huibers, M.J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73.
- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & Rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407-414.
- Riso, L.P., du Toit, P.L., Blandino, J.A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J.S., e.a. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 72-80.
- Roelofs, J., Muris, P., Wesemael, D. van, Broers, N.J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 2246-2257.
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Arnow, B., Klein, D.N., e.a. (2003). The 16-Item quick inventory of depressive symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological psychiatry*, 54, 573-583.
- Rijkeboer, M.M., Bergh, H. van den, & Bout, J. van der (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 129-144.
- Rijkeboer, M.M., & Lobbestael, J. (2016). The schema coping inventory: Cross-validation of its factor structure and associations with personality disorders. Manuscript submitted for publication.
- Rijkeboer, M.M., Lobbestael, J., Arntz, A., & Genderen, H. van (2010). *Schema coping inventory*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Spijker, J., Bockting, C., Meeuwissen, J.A.C., Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Hermens, M.L.M., e.a. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie (Derde revisie): Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: differential direction of effects for parent and peer support? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 155-159.
- Stichting Topklinische GGZ (2016). Decisiontool voor unipolaire depressie versie 1.0 (DTUD).
- Stopa, L., & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Taylor, C.D.J., Bee, P., & Haddock, J. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90, 456-479.

- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., & Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *The Lancet*, 379, 1056-1067.
- Trimbos-instituut (2011). *Preventie van depressie. Factsheet preventie 2011*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M., Suppes, T., e.a. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 34, 73-82.
- Wijk-Herbrink, M.F van., Broers, N.J., Roelofs, J., & Bernstein, D.P. (2017a). Schema therapy in adolescents with disruptive behaviour disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 261-279.
- Wijk-Herbrink, M.F van., Roelofs, J., Broers, N.J., Rijkeboer, M.M., Arntz, A., & Bernstein, D.P. (2017b). Validation of schema coping inventory and schema mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 31, 1-20.
- Wijk-Herbrink, M.F van., Bernstein, D.P., Broers, N.J., Roelofs, J., Rijkeboer, M.M., & Arntz, A.A. (2018). Internalizing and externalizing behaviours share a common predictor: the effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 907-920.
- Young, J.E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M.E., Vreeswijk, M.F van, e.a. (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, NY: Guilford Press.
- Zarbock, G., Farrell, J., Schikowski, A., Heimann, I., Shaw, I., Reiss, N., e.a. (2014). Group schema therapy rating scale-revised (GSTRS-R). doi: 10.4225/23/585a265e14ab8.

Abstract

Group schema therapy for adolescents with a persistent depressive disorder, a longitudinal study

Depression is a common mental health disorder, with an estimated prevalence of 16% among Dutch adults and between 0.4 and 8.3% among children and adolescents. After regular treatment more than half of the people with depression does not fully recover, of which 3-5% is resistant to treatment. The younger the onset of a depression, the higher the chance of recidivism. Treating depression effectively at the earliest stage is therefore essential. Schema therapy seems to be an effective treatment for depression in adults. However, hardly any research has been done on the efficacy and effectiveness of group

schema therapy for adolescents with a persistent depressive disorder. This article describes the results of such a study, in which depressive symptoms, schemas, schema modes and schema coping have been measured before, during group schema therapy, at the end and until three months after completing treatment in 22 respondents. Treated adolescents experienced significantly less depressive symptoms after 20 sessions of group schema therapy, a result which was maintained after 3-months follow-up. In the same lines, a significant reduction of inadequate schemas and modes was observed, with a significant increase of adaptive modes.

Bijlage Steekproefgrootte en power

Voor de gebruikte analysemethode (zie hierna) is via een Monte Carlo-procedure (Muthén, 1997) uitgezocht wat de power is van deze methode om een behandel­effect te vinden op depressieve klachten bij een medium effectgrootte. Voor de 24 meetmomenten van fasen C en D blijkt deze gelijk te zijn aan 0,85. Als er rekening wordt gehouden met de incidentele ontbrekende gegevens blijkt de power 0,84 te zijn.

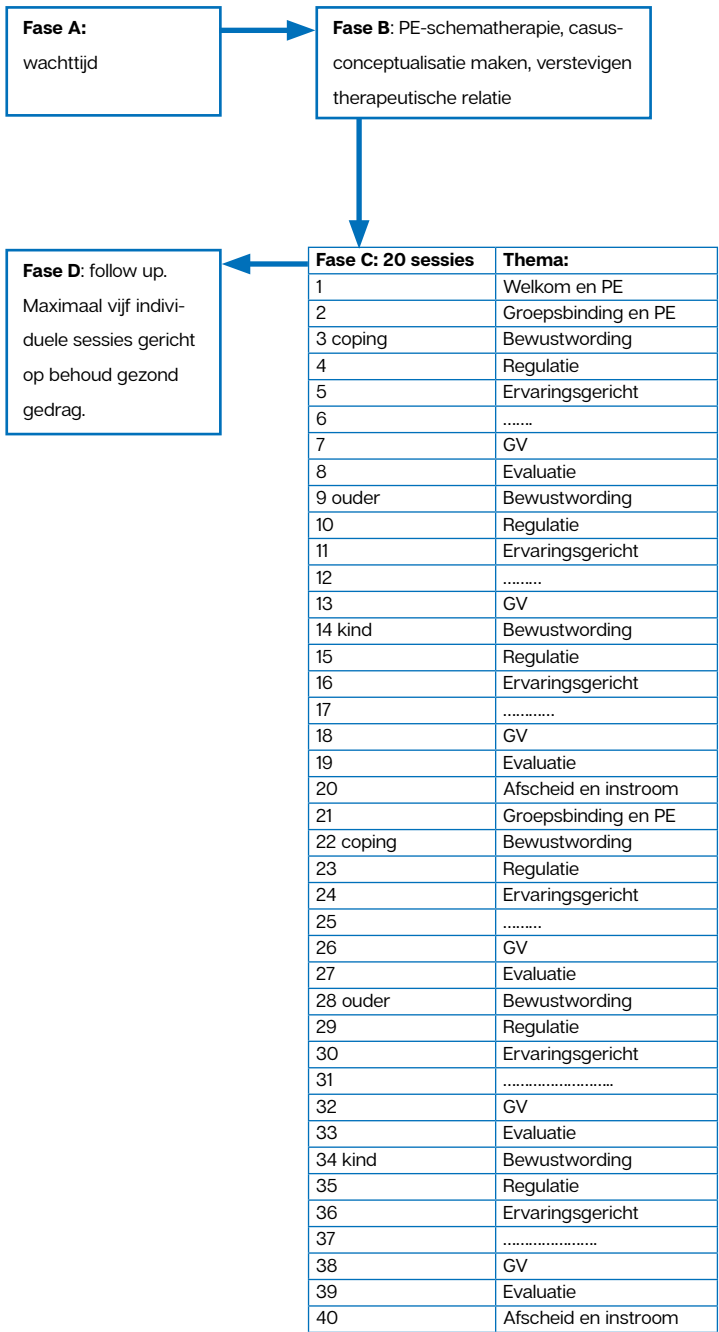
Voor de analyse van de longitudinale data van de overige variabelen met vijf meet­momenten wordt eveneens gebruik gemaakt van LGCA. De Monte Carlo-studie liet zien dat de power van deze analysemethode met een steekproef van $N = 22$, vijf meetmomenten en een medium effectgrootte gelijk is aan 0,70. Wanneer dit herhaald wordt met het percentage incidentele missings gevonden in deze steekproef, blijkt de power 0,58. Duidelijk is dat de power niet voldoet aan de norm van 0,80 bij medium effectgroottes. Pas bij effectgroottes boven medium blijkt de power voldoende te zijn.

Opzet en inhoud groepsschematherapie:

Twee groepstherapeuten begeleiden de groepssessies.

Elke sessie duurt 90 minuten en is opgedeeld in twee delen, waarin een deel gestructureerd is en aan de hand van de fasering zoals hiernaast weergegeven is oefeningen aanbiedt, die gedragsmatig, cognitief of experiëntieel van aard kunnen zijn. Hier wordt gebruikgemaakt van oefeningen zoals Farrell & Shaw (2016) deze hebben ontwikkeld, of afgeleiden hiervan. Het tweede deel is een ongestructureerd onderdeel, waarin de groepsdeelnemers uitgenodigd worden om wat belangrijk voor hen is te delen. Hierin wordt dit door de groepstherapeuten gekoppeld aan de eigen schema's en modi van de cliënt.

Figuur 1 Overzicht van interventies binnen de vier fasen in groepsschematherapie*



GV = gezonde volwassene

* De figuur kan in kleur worden opgevraagd bij de auteur