



Voorspellers van dropout binnen verslavingszorg vanuit een schema-theoretisch kader.

(Predictors of dropout within addiction care using a schema-theoretical framework)

C.I. van der Werf

Master Thesis – Klinische Psychologie

S2032783

4 Juli 2023

Department of Psychology

University of Groningen

Examiner/Daily supervisor: Prof. dr. P.J. de Jong

Project supervisor: K. Bakker

A thesis is an aptitude test for students. The approval of the thesis is proof that the student has sufficient research and reporting skills to graduate, but does not guarantee the quality of the research and the results of the research as such, and the thesis is therefore not necessarily suitable to be used as an academic source to refer to. If you would like to know more about the research discussed in this thesis and any publications based on it, to which you could refer, please contact the supervisor mentioned.

Samenvatting

Verslavingsproblematiek is een grootschalig probleem waarbij chronische patiënten onvoldoende baat lijken te hebben bij reguliere interventies. In de zoektocht naar effectievere behandelmethoden bestaat er een groeiende interesse in de bruikbaarheid van schematherapie. In het huidige onderzoek werd dan ook de relevantie van schema-theoretische constructen in het kader van verslavingsproblematiek onderzocht en beoordeeld of verslavingsproblematiek beter zou kunnen worden begrepen op basis van een hogere orde modestructuur. Aansluitend werden mogelijke voorspellers van dropout onderzocht. Het onderzoek betrof een retrospectief exploratief dossieronderzoek onder 48 patiënten welke tussen 2018 en 2022 waren aangemeld voor de schematherapie deeltijdbehandeling binnen verslavingszorg. Hierbij werden verschillende verslavingsgerelateerde onderzoeksmaten, schema's en modi onderzocht. Gevonden werd onder andere dat de patiëntengroep zich kenmerkte door een combinatie van *kwetsbaar kind*, *straffende ouder* en *onthechte zelfsusser*. *Straffende ouder* vertoonde de sterkste relatie met verslavingsernst en ernst van internaliserende klachten. Tevens bleek dat internaliserende modi samenhangen met het gebruik van meer dempende middelen, maar niet het gebruik van meer stimulerende middelen. Externaliserende modi hingen wel (marginaal) samen met het gebruik van meer stimulerende middelen. Tenslotte werd gevonden dat *modus pest en aanval*, een jongere leeftijd, cluster B persoonlijkheidsstoornissen, polygebruik en het gebruik van cannabis, cocaïne en ecstasy samenhangen met een toegenomen dropout kans. Concluderend lijken schema-theoretische constructen van meerwaarde voor het begrijpen van de onderliggende mechanismen van verslavingsproblematiek, echter is meer onderzoek nodig. Persoonlijks- en patiëntfactoren blijken daarentegen sterker gerelateerd aan dropout dan schema's of modi.

Sleutelwoorden: *Verslaving, schematherapie, schema's, modi, transdiagnostisch, dropout.*

Abstract

Substance use disorders (SUD) are a large-scale problem in which chronic patients seem to benefit insufficiently from regular interventions. In search of more effective treatment methods, there is a growing interest in the usefulness of schema therapy. Therefore, the current study investigated the utility of schema-theoretical constructs in the context of addiction care and assessed whether SUD could be better understood based on a higher-order mode structure. Subsequently, possible predictors of dropout were investigated. The study involved a retrospective explorative case file study among 48 patients who, within addiction care, were signed up for group schema therapy between 2018 and 2022. Various SUD-related research measures, schemas and modes were examined. Among other things, it was found that the patient group was characterized by a combination of *vulnerable child*, *punitive parent* and *detached self-soother*. *Punitive parent* showed the strongest relationship with substance use severity and severity of internalizing problems. It was also found that internalizing modes were associated with the use of more depressants, but not with the use of more stimulants. Externalizing modes were (marginally) associated with the use of more stimulants. Finally, *bully and attack* mode, younger age, cluster B personality disorders, polysubstance use and the use of cannabis, cocaine and ecstasy were found to be associated with an increased dropout rates. In conclusion, schema-theoretical constructs seem to be of added value for understanding underlying mechanisms of substance use disorders, however more research is needed. Personality and patient factors appear to be more strongly related to dropout than schemas or modes.

Keywords: *Substance use disorders, schema therapy, schemas, modes, transdiagnostic, dropout.*

Inhoud

1. Inleiding	7
1.1. Schematherapie	7
1.1.1. Schema-theoretische constructen als onderliggende psychologische mechanismen	10
1.1.2. Het schemamodel binnen verslavingszorg	12
1.2. Dropout	17
2. Methode.....	20
2.1. Participanten	20
2.2. Materiaal	21
2.2.1. Demografie, diagnose en dropout.....	21
2.2.2. Young Schema Questionnaire (YSQ).....	21
2.2.3. Schema Mode Inventory (SMI).....	22
2.2.4. Meten van addicties voor triage en evaluatie (MATE)	23
2.2.5. Depressie, Angst en Stress Schaal (DASS-21).....	23
2.2.6. Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA-12)	24
2.2.7. Procedure	25
2.2.8. Statistische analyses en datareductie	26
3. Resultaten	32
3.1. Schema's en modi: frequentie, intensiteit en hoeveelheid.....	32
3.2. Algeheel psychisch disfunctioneren en kwaliteit van leven	33
3.3. Ernst van verslaving, polygebruik en specifiek middelengebruik.....	37
3.3.1 Schema's, modi en verslavingsernst.....	37
3.3.2. Schema's, modi en polygebruik	39
3.3.3. Schema's, modi en specifiek middelengebruik	41

3.4. Schema's, modi en geslacht.....	44
3.5. Schema's, modi en dropout.....	45
3.6. Patiëntfactoren en dropout	46
3.6.1. Dropout en demografische kenmerken.....	46
3.6.2. Dropout, verslavingsernst en polygebruik.....	47
3.6.3. Dropout en specifiek middelengebruik.....	49
3.6.4. Dropout en comorbiditeit.....	50
4. Discussie.....	52
4.1. Wat zijn de beschrijvende kenmerken van de patiënten die zijn aangemeld voor de schematherapie deeltijdbehandeling binnen verslavingszorg?	53
4.1.1. Hoe kunnen de schema's en modi van deze patiënten worden omschreven met betrekking tot frequentie, intensiteit en hoeveelheid?	53
4.1.2. Hangen intensiteit en/of hoeveelheid schema's en modi samen met zelf-gerapporteerd algeheel psychisch disfunctioneren of minder zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven?	58
4.1.3. Is er een samenhang tussen verslavingsernst en verschillende schema's en/of modi?	60
4.1.4. Is er een samenhang tussen polygebruik of soort middel en schema's en/of modi?	63
4.1.5. Zijn er verschillen op basis van geslacht in (hoeveelheid) schema's en/of modi?	64
4.2. Zijn verschillen te identificeren tussen patiënten die vroegtijdig de behandeling beëindigen en patiënten die de schematherapie deeltijdbehandeling afronden?	65
4.3. Kracht en beperkingen	69
4.4. Conclusie.....	70
5. Literatuurlijst.....	71
6. Bijlage: Toelichting schema mode inventory (SMI).....	88

1. Inleiding

Verslaving is wereldwijd een grootschalig probleem, welke niet slechts nadelige gevolgen heeft voor de persoon (Rehm et al., 2017) en diens omgeving (Barber & Crisp, 1994; Cafferky et al., 2016), maar tevens voor de samenleving als geheel (Shield et al., 2015). Ieder jaar sterven 3.8 miljoen mensen aan de gevolgen van het gebruik van middelen en leven vele miljoenen anderen in slechte gezondheid of raken hierdoor chronisch beperkt (World Health Organization [WHO], 2018, 2019). Hoewel het merendeel van patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen over tijd zelfstandig herstelt of, indien zij worden behandeld, baat hebben bij de reguliere cognitieve gedragstherapieën (CGT), is verslaving voor een deel van deze populatie chronisch (Gooding et al., 2022; Perkonig et al., 2008; Tuithof et al., 2013). Deze groep chronische patiënten kenmerkt zich volgens Roozen en Blaauw (2019) door een ongunstige reactie op de meer eenvoudige interventies en hebben meer en/of intensievere behandelingen nodig. Het is daarom van belang om effectieve methoden te ontwikkelen die het gebruik van middelen reduceert bij patiënten die onvoldoende baat hebben bij reguliere interventies.

1.1. Schematherapie

In de zoektocht naar effectievere behandelmethoden bestaat er een groeiende interesse in de bruikbaarheid van schematherapie bij de behandeling van de onderliggende oorzaken van problematisch middelengebruik. Schematherapie komt voort uit de klassieke CGT en werd initieel door Jeffrey Young ontwikkeld voor patiënten die hier onvoldoende baat bij hadden (Arntz & Jacob, 2020). De achterliggende theorie van schematherapie veronderstelt de aanwezigheid van vroege onaangepaste- ofwel disfunctionele schema's, welke onder andere kunnen ontstaan ten gevolge van nadelige vroegkinderlijke ervaringen. Disfunctionele schema's kunnen worden

omschreven als zelf-ondermijnende emotionele en cognitieve patronen, die zich gedurende het leven herhalen en vaak op verschillende wijzen worden bestendigd (Ball, 2007a; Young et al., 2020). Deze schema's zijn bepalend voor hoe men zichzelf, anderen en de wereld om hen heen ziet en begrijpt (Young et al., 2020). In totaal worden er 18 schema's over vijf schemadomeinen geïdentificeerd (zie tabel 1).

Tabel 1

Overzicht van disfunctionele schema's.

Schemadomein	Schema's
I. Onverbondenheid en afwijzing	1. Verlating/instabiliteit 2. Wantrouwen/Misbruik 3. Emotioneel tekort 4. Tekortschieten/schaamte 5. Sociaal isolement/vervreemding
II. Verzwakte autonomie en verzwakt functioneren	6. Afhankelijkheid/incompetentie 7. Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar 8. Kluwen/onderontwikkeld zelf 9. Mislukken
III. Verzwakte grenzen	10. Veeleisendheid/Rechten toe-eigenen 11. Onvoldoende zelfbeheersing/zelfdiscipline
IV. Gerichtheid op anderen	12. Onderwerping 13. Zelfopoffering 14. Bevestiging zoeken
V. Overmatige waakzaamheid en inhibitie	15. Negativisme/pessimisme 16. Emotionele inhibitie 17. Streng normen/overdreven kritisch 18. Bestraffendheid

Note. Young et al., 2020.

Wanneer disfunctionele schema's worden geactiveerd, gaat dit veelal gepaard met intense emoties zoals angst, verdriet of boosheid. De reactie op deze activatie wordt volgens Young bepaald door de gehanteerde schema-coping strategie. Binnen schematherapie maakt men onderscheid tussen overgave, vermijding en overcompensatie. Het schemamodel beschouwt disfunctioneel gedrag als een reactie op één of meerdere geactiveerde kernschema's. Hierbij wordt middelengebruik gezien als een vermijdende coping strategie, waarbij de beleving van intense negatieve emoties die ontstaan bij activatie van schema's worden gemeden (Young et al, 2020).

Tenslotte werd het concept '(schema)modus' toegevoegd aan het model. Modi worden gedefinieerd als actuele emotionele gemoedstoestanden en gedrag welke samenhangen met één of meerdere geactiveerde schema's. Modi kunnen worden onderverdeeld in kind-, ouder-, coping- en adaptieve modi. Kind modi zijn actief wanneer de patiënt overweldigd wordt door gevoelens welke heftiger zijn dan dat men bij een situatie zou verwachten. Ouder modi zijn de geïnternaliseerde secundaire boodschappen van zelfverwijt, haat of veeleisendheid. Coping modi zijn overlevingsstrategieën waarin patiënten overcompenseren, vermijden of zich overgeven aan de boodschappen en heftige emoties vanuit de (interacties tussen) kind of oudermodi (Arntz & Jacob, 2020). Functionele modi representeren daarentegen de gezonde delen van de patiënt (i.e. gezonde volwassene) of de situatie waarin geen schema's/modi actief zijn (i.e. blij kind). Samengevat zijn disfunctionele modi de manieren waarop schema's zich presenteren nadat zij zijn gemodificeerd door schema-copingstijlen (Roediger et al., 2018). Binnen schematherapie zijn er tot op heden 22 verschillende schemamodi geïdentificeerd binnen vier categorieën (tabel 2).

Tabel 2

Overzicht van disfunctionele modi.

Categorie	Schemamodus
Disfunctionele kindmodi	1. Eenzaam kind *
	2. Verlaten en misbruikt kind *
	3. Afhankelijk kind *
	4. Woedend kind
	5. Razend kind
	6. Impulsief kind
	7. Ongedisciplineerd kind
Disfunctionele coping modi	8. Willoze inschikkelijke (overgave)
	9. Onhechte beschermer (vermijding)
	10. Onthechte zelfsusser (vermijding)
	11. Boze beschermer (vermijding)
	12. Zelfverheerlijker (overcompensatie)
	13. Perfectionistische overcontroleur (overcompensatie)
	14. Achterdochtige overcontroleur (overcompensatie)
	15. Pest en aanval (overcompensatie)
	16. Bedrog en manipulatie (overcompensatie)
	17. Roofdier (overcompensatie)
	18. Aandacht en erkenning zoeker (overcompensatie)
Disfunctionele oudermodi	19. Straffende ouder
	20. Veeleisende ouder
Gezonde modi	21. Gezonde volwassene
	22. Blij kind

Note. Lobbestael et al., 2007.

* varianten van modus kwetsbaar kind.

1.1.1. Schema-theoretische constructen als onderliggende psychologische mechanismen

Hoewel schematherapie voornamelijk wordt ingezet bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en in dat kader ook het meeste onderzoek is verricht, lijkt deze methode ook relevant voor de behandeling van onderliggende oorzaken van problematisch middelengebruik. Deze relevantie vloeit onder andere voort uit het gegeven dat

persoonlijkheidsstoornissen en problematisch middelengebruik een hoge mate van comorbiditeit vertonen. Zo vond Verheul (2001) in zijn review dat, afhankelijk van het soort middel dat wordt gebruikt, er bij 35% tot 73% van de patiënten die onder behandeling zijn voor problematisch middelengebruik, sprake is van één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Een mogelijke verklaring voor deze hoge comorbiditeit wordt gevonden in het schemamodel, waarin wordt veronderstelt dat disfunctionele schema's als psychologische mechanismen vaak de onderliggende oorzaak zijn van veel van de in de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) beschreven chronische stoornissen, waaronder persoonlijkheidsstoornissen en problematisch middelengebruik (Young, 2020). Inmiddels is er veel onderzoek die deze transdiagnostische aard van schemaconstructen lijkt te ondersteunen, waarbij wordt aangetoond dat disfunctionele schema's geassocieerd blijken te zijn met verschillende mentale stoornissen, waaronder depressie (Bishop et al., 2021), eetstoornissen (Mahler et al., 2021), angststoornissen, obsessieve compulsieve stoornissen (Yoosefi et al., 2016) persoonlijkheidsstoornissen (Carr & Francis, 2010. Kunst et al., 2020) en middelengebruik (Roper et al., 2010. Shorey et al., 2013b. Aaron, 2013. Boog et al. 2018). Knapík en Slanková (2020) concluderen dat disfunctionele schema's een verhoogde kwetsbaarheid lijken te zijn voor veel verschillende mentale stoornissen, waaronder verslavingsproblematiek. Dit lijkt tevens te worden ondersteund door recenter onderzoek dat aantoont dat schema's algemene disfunctionele kenmerken lijken te zijn waarbij, afhankelijk van de coping strategie die iemand hanteert, hetzelfde schema kan leiden tot zowel internaliserende- als externaliserende problematiek (van Wijk-Herbrink et al., 2018a). Dit gedachtegoed sluit aan bij de meer recente ontwikkelingen binnen het psychologische wetenschapsgebied, waarbij afstand lijkt te worden genomen van de visie dat mentale stoornissen duidelijk te definiëren categorieën zijn (van der Heijden et al., 2020). In plaats daarvan wordt getracht mentale stoornissen dimensioneel te beschrijven. Schema-theoretische

constructen lijken als onderliggende psychologische mechanismen, goed te passen binnen verschillende dimensionele modellen, waaronder het Hierarchical Taxonomy of Psychopathology model (HiTOP; Kotov et al., 2017). Zo is uit onderzoek gebleken dat disfunctionele modi op basis van een hogere orde structuur, onder te verdelen zijn in internaliserend (e.g. *kwetsbaar kind*, *vermijdende beschermer* en *onthechte beschermer*) externaliserend (e.g. *pest en aanval*, *woedend en razend kind*) en compulsiviteit (e.g. *veeleisende ouder*, *perfectionistische overcontroleur* en *onthechte zelfsusser*). Deze structuren werden zowel in volwassen- (Jacob et al., 2020) als adolescenten populaties (van Wijk-Herbrink et al., 2018b) gevonden. Jacobs et al. (2020) concluderen dat de structuur van modi redelijk consistent is met het HiTOP model, waarbij modi op verschillende niveaus van het model zouden kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast lijken schema-theoretische constructen tevens overeen te komen met de DSM-5 kenmerken uit sectie III van de DSM (APA, 2013). Zo vonden Bach et al. (2016) dat de DSM-5 kenmerken 89,4% van de variatie in de onderzochte schema's en modi kon verklaren. Op basis hiervan concludeerden zij dat DSM-5 kenmerken, welke overeen komen met de HiTOP spectra, kunnen worden gezien als expressies van onderliggende schemaconstructen. Schematheorie zou hierdoor een theoretische basis kunnen vormen voor de a-theoretische DSM-5 kenmerken (Bach et al., 2016).

1.1.2. Het schemamodel binnen verslavingszorg

Hoewel er nog relatief weinig onderzoek is gedaan naar schematherapie binnen verslavingszorg, lijkt onderzoek aan te tonen dat bij zowel klinische als niet klinische populaties, middelengebruikers hoger scoren op het merendeel van de onderzochte schema's. Zo vonden Roper et al. (2010) in een groep klinisch opgenomen alcoholgebruikers ($n = 50$) dat, in vergelijking met een niet-klinische controlegroep ($n = 50$), de klinische groep significant hoger scoorde op 13 van de 15 onderzochte disfunctionele schema's. Ook Shorey et al. (2014) vonden in een groep voor

middelengebruik klinisch opgenomen vrouwen ($n = 180$) dat zij in vergelijking met een controlegroep ($n = 284$) op 16 van de 18 schema's significant hoger scoorde.

Met betrekking tot de rol van modi binnen verslavingszorg bestaat er nog weinig theoretisch fundament en is het onderzoek hiernaar schaars. In dit kader kan echter een theoretisch startpunt worden gevonden in het model van Kersten (2012). In dit model stelt Kersten dat de psychotrope effecten van verschillende middelen, naast vermijding van emoties, tevens andere functies kunnen hebben, waaronder het versterken van overcompensatie en/of het verliezen van controle. Volgens Kersten zou bovendien het soort gebruikte middel kunnen worden voorspeld aan de hand van individuele verschillen in dominante copingmodus, ofwel er zou sprake zijn van coping-congruent middelengebruik. Op basis hiervan voorspelt Kersten (2012) dat overcompenserende modi zouden samenhangen met het gebruik van middelen als cocaïne, ecstasy en speed, vermijdende modi met heroïne, alcohol en cannabis en tenslotte de kind modi en *straffende ouder* met alcohol en cocaïne. Hoewel onderzoek uitwijst dat negatief affect een centrale rol speelt in verslaving en een belangrijke motivator is om middelen te gebruiken (Baker et al., 2004), is er tot dusver weinig bewijs gevonden voor coping-congruent middelengebruik. Zo vonden Boog et al. (2018) dat middelengebruikers ($n = 103$) in vergelijking met een non-patiënt controlegroep ($n = 56$) significant hoger scoorden op *onthechte zelfsusser*, *kwetsbaar kind*, *woedend kind*, *impulsief kind* en *straffende ouder*. Echter werd geen bewijs gevonden voor verschillen in overcompenserende modi, noch werden er verschillen gevonden tussen gebruikers van alcohol en cocaïne. Zij concludeerden op basis van hun bevindingen dat de bestudeerde modi mogelijk meer representatief zijn voor gebruikers in het algemeen. Straver (2017) vond vermijding als mediator voor de relatie tussen activatie van schema's en middelengebruik in een groep recreatief gebruikers ($n = 158$) maar vond geen bewijs voor effecten van overcompensatie. Voor coping-congruent middelengebruik werd door Straver (2017) slechts gedeeltelijke ondersteuning gevonden, te weten dat de *onthechte*

beschermer, zoals voorspeld, gerelateerd was aan cannabis en het gebruik van sedativa, maar niet aan opiaten en ketamine. Tenslotte vonden Knapík en Slancová (2020) in een correlatieel onderzoek wel een positieve relatie tussen intensiteit van disfunctionele schema's en vermijdende én overcompenserende coping stijlen, maar werden geen modi onderzocht. Associaties tussen schema's en soort gebruikt middel werden niet gevonden.

Hoewel een verklaring voor het gebrek aan ondersteuning voor coping-congruent middelengebruik kan worden gevonden in de bevinding dat externaliserende problematiek minder prevalent lijkt te zijn in (poli)klinische populaties (Jacobs et al., 2020; Straver, 2017) en meer bij forensische populaties (Keulen-de Vos et al., 2017), kan een alternatieve verklaring worden gevonden in het onderzoek naar de hogere orde structuur van modi (Jacob et al., 2020). De resultaten van dit onderzoek suggereren dat een verdeling op basis van internaliserende-, externaliserende- en compulsieve modi, mogelijk informatiever is bij het begrijpen van disfunctioneel gedrag, waaronder problematisch middelengebruik. Hoewel Kersten in haar model alle kind- en ouder modi relateert aan overgave coping strategieën, lijken kind modi, op basis van de hogere orde structuur van Jacobs et al. (2020), beter te verdelen in internaliserende- en externaliserende modi. Ook lijkt *veeleisende ouder* mogelijk beter passend bij compulsiviteit. Het is dan ook mogelijk dat gebruik van cocaïne, ecstasy en stimulantia meer passend zijn bij externaliserende modi. Deze gedachte sluit aan bij bevindingen van Lappan et al. (2019), waarbij het gebruik van cocaïne, amfetaminen en andere stimulantia sterker gerelateerd bleek te zijn aan externaliserende problematiek. Aansluitend vonden Bailey et al. (2019) dat vooral externaliserende problematiek voorspellend was voor de ernst van gebruik, met name polygebruik en het gebruik van stimulerende middelen.

Zoals eerder aangegeven bestaat er nog weinig onderzoek naar schematherapie binnen verslavingszorg, waarbij met name het onderzoek naar de rol van modi zeer beperkt is. Bovendien

bestaat er, voor zover bekend, nog geen onderzoek naar modi binnen verslavingszorg op basis van een hogere orde structuur. Gezien het gebrek aan ondersteuning voor het model van Kersten (2012), zal dan ook worden onderzocht of verslavingsproblematiek mogelijk kan worden begrepen op basis van een hogere orde modi-structuur. Met dit onderzoek zal eerst worden getracht inzicht te krijgen in de rol van schema theoretische constructen in het kader van problematisch middelengebruik bij patiënten die zijn aangemeld voor een schematherapie deeltijdbehandeling binnen verslavingszorg.

Zoals eerder aangegeven stellen Young et al. (2020) dat activatie van schema's leidt tot het ervaren van intense negatieve emoties. Op basis van deze assumptie wordt eerst beoordeeld of patiënten met meer en/of intensere schema's en modi, een hogere mate van depressie, angst en/of stress en mogelijk ook een slechtere kwaliteit van leven rapporteren. Kwaliteit van leven is van belang omdat onderzoek aantoont dat patiënten met verslavingsproblematiek en/of persoonlijkheidspathologie vaker een slechtere kwaliteit van leven rapporteren (Armoon et al. 2022; Gibbie et al., 2011; Laudet, 2011; Muller et al., 2016). Kwaliteit van leven wordt als belangrijke behandeluitkomst nagestreefd, omdat verbeteringen in het functioneren op de verschillende domeinen essentieel zijn voor (blijvend) herstel (Laudet, 2011). Een verwachting hieromtrent is dat externaliserende modi sterker samenhangen met een lagere gerapporteerde kwaliteit van leven. Lahey (2021) stelt dat met name externaliserende problematiek zich kenmerkt door gedragspatronen die ervoor zorgen dat de patiënt geen succesvol en bevredigend leven kan opbouwen, waarbij het functioneren op school, werk en in interpersoonlijke situaties wordt verstoord. Een hoge mate van externaliserende problemen zou voor een hoge mate van stress zorgen, echter door de gevolgen van het eigen gedrag en niet zozeer internaliserende klachten. Vervolgens zal worden beoordeeld of er een relatie bestaat tussen schema's en modi enerzijds en verslavingsernst en polygebruik anderzijds. Als meer en/of intensere schema's en modi leiden tot negatievere emoties en middelengebruik wordt aangewend om deze emoties te hanteren, dan is het

mogelijk dat dit tevens samenhangt met een hogere verslavingsernst en/of polygebruik. Tevens zal de relatie tussen schema's en modi enerzijds en diverse gebruiksmiddelen anderzijds, nader worden bestudeerd. In dit kader is het de verwachting dat middelen zoals cocaïne, amfetaminen en andere stimulantia sterker samenhangen met externaliserende modi en het gebruik van alcohol, cannabis en sedatieven met internaliserende modi. Tenslotte wordt in dit onderzoek beoordeeld of er verschillen bestaan met betrekking tot modi op basis van geslacht. Hoewel Shorey et al. (2012a) vonden dat vrouwen hoger scoren op de meeste schema's en dat de verschillen het grootst waren voor *zelfopoffering*, *bestraffendheid*, *onderwerping* en *onvoldoende zelfcontrole*, is onderzoek naar verschillen op basis van modi, voor zover bekend, nog niet gedaan. Samengevat zal in het eerste deel van dit onderzoek dan ook worden getracht om inzicht te krijgen in de volgende hoofdvraag en sub-vragen:

Wat zijn de beschrijvende kenmerken van de patiënten die zijn aangemeld voor de schematherapie deeltijdbehandeling binnen verslavingszorg?

- Hoe kunnen de schema's en modi van deze patiënten worden omschreven met betrekking tot frequentie, intensiteit en hoeveelheid?
- Hangen intensiteit en/of hoeveelheid schema's en modi samen met zelf-gerapporteerd algeheel psychisch disfunctioneren of minder zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven?
- Is er een samenhang tussen verslavingsernst, polygebruik, specifiek middel, geslacht en verschillende schema's en/of modi?

1.2. Dropout

Hoewel er inmiddels onderzoeken bestaan die de effectiviteit van schematherapie bij de behandeling van de onderliggende oorzaken van problematisch middelengebruik lijken aan te tonen (Ball, 2007; Boog et al., 2019; Pourpashang & Mousavi, 2021), wordt de behandeling van verslavingsproblematiek gekenmerkt door een hoge mate van dropout, ofwel een vroegtijdige beëindiging van de behandeling. Gemiddeld één op drie van de patiënten staken voortijdig de behandeling (Lappan et al., 2019). Dit is problematisch omdat dropout demotiverend werkt voor patiënten en behandelaren, hoge kosten met zich brengt (Cornelissen et al., 2010) en onderzoek naar behandel-effectiviteit hierdoor wordt beperkt (Bados et al., 2007). Bovendien heeft onderzoek aantoonde dat de behandeling van (chronisch) problematisch middelengebruik zich kenmerkt door betere behandeluitkomsten (e.g. hogere kans op [blijvende] abstinentie en minder [ernstig] terugval), naarmate behandelduur toeneemt (Simpson, 1979. Simpson, 1981). Het is daarom van belang onderzoek te doen naar voorspellers van dropout om voortijdig uitval in de toekomst te reduceren.

Binnen verslavingszorg bestaat er inmiddels veel onderzoek naar dropout, waarbij Brorson et al. (2013) op basis van hun review ($N = 199,331$) vonden dat over verschillende onderzoeken, de meest consistente voorspellers voor dropout, cognitieve beperkingen (i.e. executieve disfunctie), jongere leeftijd, de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen en lage behandelalliantie waren. In een ander onderzoek vonden Lappan et al. (2019) in hun meta-analyse ($N = 26,243$) dat dropout het hoogst was bij gebruik van cocaïne, amfetaminen en andere stimulantia en het laagst voor gebruikers van alcohol, tabak en heroïne. Volgens hen zou dropout voortkomen uit een verhoogde gedragsdisinhibitie die zich voordoet onder problematisch middelengebruikers waarbij gedragsdisinhibitie voorspellend is voor wie met middelen start. Daarnaast zou middelgebruik an sich zorgen voor gedragsdisinhibitie, omdat op termijn de bij cognitieve gedragscontrole betrokken

hersengebieden blijvend veranderen. Het gebruik van stimulerende middelen (waaronder cocaïne) zou volgens Lappan et al. (2019) specifiek samenhangen met dropout, omdat deze de grootste potentie zouden hebben tot afhankelijkheid, de sterkste impact heeft op mentaal (dis)functioneren, dit soort middelen sterker is gerelateerd aan risicovol gedrag en impulsiviteit en contingency management de meest effectieve methode lijkt te zijn om deze groep gebruikers te behandelen. Tenslotte stellen Martinez-loredo et al. (2021) dat er bij veel problematische gebruikers sprake is van polygebruik en dat dit een voorspeller is voor dropout en slechte behandeluitkomsten. Voorspellers voor dropout zouden volgens hen echter lastig vast te stellen zijn, omdat problematische gebruikers een heterogene groep betreffen. Zij vonden in hun onderzoek zes verschillende gebruikersgroepen ($N = 159$) waarbij specifieke symptomen en persoonlijkheidsfactoren groepslidmaatschap konden voorspellen. Zij vonden dat cocaïne/stimulantia gebruikers zich kenmerken door negatieve urgentie, ofwel de geneigdheid om impulsief te handelen onder negatief affect, een hogere mate van anger-hostility en angstklachten.

Deze bevindingen lijken aan te sluiten bij onderzoek dat aantoont dat vijandigheid, an sich, een voorspeller lijkt te zijn voor dropout (Gamanche et al., 2008. Arntz et al., 2015). Zo vonden Gamanche et al. (2008) in een steekproef van 320 patiënten, waarbij de gepastheid voor psychotherapie werd beoordeeld, dat vijandigheid, een lage global assessment of function (GAF)-score en lage sociaal- en maatschappelijke deelname voorspellend waren voor dropout. Zij veronderstelden dat een chronische vijandigheid en een geneigdheid anderen de schuld te geven voor eigen moeilijkheden, om zo een grandioos zelfbeeld te behouden (welke in dienst staat van zelfverheerlijking), mogelijk een negatieve invloed hebben op het ontwikkelen van een therapeutische alliantie en op behandelretentie. Tenslotte vonden zij dat lage lijdensdruk voorspellend was voor dropout. Hoewel er onderzoek bestaat die deze relatie bevestigt (Karterud et al., 2003. Thormählen et al., 2003) zijn er tevens bevindingen die aantonen dat hoge lijdensdruk

juist samenhangt met dropout (Andersson et al., 2018. Daigre et al., 2019. Sharf, 2008). McMurren et al. (2010) vonden op basis van hun review echter gemengde resultaten en veronderstelden dat de relatie tussen de mate van lijdensdruk en dropout afhankelijk is van het soort behandeling, waarbij hoge lijdensdruk bij steunende behandelingen tot betere behandelretentie leidde, in vergelijking tot inzichtgevende behandelingen. Daar schematherapie een inzichtgevende behandelvorm is, is het mogelijk dat patiënten die een hogere lijdensdruk ervaren, een hogere kans op dropout hebben in vergelijking tot patiënten met een lagere lijdensdruk.

Hoewel er relatief veel onderzoek is gedaan naar dropout binnen verslavingszorg, is er voor zover wij weten nog geen onderzoek gedaan naar dropout vanuit een schema-theoretisch kader. Met dit onderzoek wordt getracht een eerste aanzet te doen naar mogelijke voorspellers van dropout op basis van schema-theoretische constructen. Gezien de exploratieve aard van het huidige onderzoek, zal worden onderzocht of er een relatie bestaat tussen (de hoeveelheid en intensiteit van klinisch significante) schema's/modi en de kans op dropout. In dit kader wordt verwacht dat met name externaliserende modi samenhangen met hogere dropout. Tevens wordt beoordeeld of specifiek middelengebruik (met name het gebruik van cocaïne, stimulantia en/of andere harddrugs), polygebruik, hogere verslavingsernst, comorbiditeit of lijdensdruk samenhangen met een hogere dropout kans. De volgende hoofd- en subvragen zullen worden onderzocht:

Zijn verschillen te identificeren tussen patiënten die vroegtijdig de behandeling beëindigen en patiënten die de schematherapie deeltijdbehandeling afronden?

- Zijn er verschillen tussen groepen bij aanvang van de behandeling met betrekking tot het soort, hoeveelheid of intensiteit van schema's en/of modi?
- Zijn er patiëntfactoren te identificeren die samen hangen met dropout?

2. Methode

2.1. Participanten

Voor het onderzoek werden 86 patiënten benaderd die poliklinisch in behandeling zijn geweest voor een stoornis in het gebruik van middelen, welke tussen september 2018 en begin 2022 zijn gestart met de schematherapie deeltijdbehandeling en deze al dan niet hebben doorlopen. Patiënten ontvingen een brief en een beveiligd e-mailbericht met uitleg over het onderzoek en kennisgeving van het voornemen om het dossier van de patiënt te willen betrekken. Patiënten werden in dit schrijven de mogelijkheid geboden om van deelname aan het onderzoek af te zien door op het e-mail bericht te antwoorden of door middel van het retourneren van een bezwarenformulier middels een bijgevoegde retourenveloppe. Patiënten zijn hierin expliciet gewezen op de vertrouwelijkheid van het onderzoek.

Van de 86 patiënten die waren benaderd, gaven zes patiënten aan niet te willen deelnemen aan het onderzoek. Van de resterende 80 patiënten bleken van 31 patiënten geen YSQ en SMI (zie materiaal) beschikbaar te zijn en zijn daarom uitgesloten van het onderzoek. Ten slotte was er bij een patiënt sprake een gedragsverslaving en geen middelengebruik waardoor deze is uitgesloten. De uiteindelijke steekproef betreft 48 patiënten, waarvan 29 mannen (60%) en 19 vrouwen (40%). De meeste patiënten (65 %) waren tussen 25 en 44 jaar oud. Bij het merendeel van patiënten (69%) was sprake van dropout (tabel 3).

Tabel 3

Kenmerken van de onderzoeksgroep.

Variabele		<i>n</i>	%
Geslacht	Man	29	60
	Vrouw	19	40
Leeftijdscategorie	18 – 24	3	6

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

Variabele		<i>n</i>	%
	25 – 34	16	33
	35 – 44	15	31
	45 – 54	8	17
	55 – 64	6	13
Opleidingsniveau	Lager	7	15
	Middelbaar	24	50
	Hoger	13	27
	Onbekend	4	8
Dropout ^a	Totaal	33	69
	Fase 1	20	61
	Fase 2	10	30
	Fase 3	3	9

Note. *N* = 48.

^a Totale dropout en drop-out per fase.

2.2. Materiaal

2.2.1. Demografie, diagnose en dropout

In het elektronische patiëntendossier werden gegevens verzameld met betrekking tot leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, sociaal netwerk en dagbesteding. Daarnaast werden gegevens verzameld omtrent redenen van beëindiging en eventuele diagnoses.

2.2.2. Young Schema Questionnaire (YSQ)

De Young Schema Questionnaire 2 (YSQ-2; Sterk & Rijkeboer, 1997) bestaat uit 205 items welke worden gescoord op basis van een zes-punts likertschaal (1= *helemaal niet op mij van toepassing* tot en met 6 = *geheel op mij van toepassing*) waarbij hogere scores een sterkere aanwezigheid van disfunctionele kernovertuigingen representeren. De vragenlijst meet de aanwezigheid van 16 cognitieve schema's, namelijk *afhankelijkheid/onbekwaamheid*, *sociale ongewenstheid*, *mislukking*, *sociaal isolement/vervreemding*, *minderwaardigheid/schaamte*, *verlating/ instabiliteit*, *emotionele verwaarlozing*, *wantrouwen/misbruik*, *gebrek aan*

zelfbeheersing/zelfdiscipline, zich rechten toe-eigenen, meedogenloze normen/ overmatig kritisch, emotionele geremdheid, zelfopoffering, onderwerping, verstrengeling/ kluwen en kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar. De YSQ-2 beschikt over goede psychometrische eigenschappen waarbij de interne consistentie van de verschillende schalen in termen van Cronbach's α ligt tussen 0,73 en 0,95 (Rijkeboer & van den Bergh, 2006). Ook de test-hertest betrouwbaarheid werd toereikend bevonden (Rijkeboer et al., 2005).

Relatief recentelijk is de Nederlandse vertaling van de Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-S3; Rijkeboer et al., 2020) uitgekomen. Aan de YSQ-S3 werden items toegevoegd om zo alle 18 schema's die zijn opgenomen het handboek van Young et al. (2020) te kunnen meten. De schema's *bestraffendheid, negativisme/pessimisme* en *goedkeuring/erkenning zoeken* zijn op deze wijze toegevoegd. Het schema *sociale ongewenstheid* werd verwijderd daar deze op basis factoranalyse onbetrouwbaar bleek (Smidt et al., 1995). De structuur van 18 schema's lijkt op basis van factoranalyse te worden ondersteund (Bach et al., 2017; Calvete et al., 2013). De YSQ-S3 bestaat uit 90 vragen en beschikt over positieve psychometrische eigenschappen (Bach et al., 2017; Rijkeboer et al., 2017).

2.2.3. Schema Mode Inventory (SMI)

The Schema Mode Inventory (SMI; Young et al., 2007 zoals beschreven in Lobbestael et al., 2010) is een vragenlijst bestaande uit 118 items en wordt gebruikt om 14 schemamodi in kaart te brengen (Lobbestael et al., 2010). Items worden gescoord middels een zes-punts likert schaal op basis van frequentie (van 1 = *nooit of bijna nooit* tot 6 = *altijd*) waarbij een hogere score een grotere maladaptiviteit representeert. Onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van het instrument wijzen op een toereikende interne consistentie (Cronbach's α lopen van 0,79 tot 0,96)

en construct validiteit. Test-hertest betrouwbaarheid werd voldoende bevonden (Lobbestael et al., 2010).

2.2.4. Meten van addicties voor triage en evaluatie (MATE)

Om de ernst van verslaving en soort(en) middel(en) vast te stellen, zijn gegevens die bij de initiële intake binnen verslavingszorg zijn vastgelegd, verzameld. Hiervoor werd de *meten van addicties voor triage en evaluatie* (MATE; Schippers et al., 2011) geraadpleegd. De MATE is een semigestructureerd interview welke in Nederland binnen verslavingszorg wordt gebruikt bij intake- en (eind)evaluatie instrument. Het instrument verzameld een veelheid aan informatie, waaronder welke middelen in de afgelopen 30 dagen en gedurende het gehele leven (structureel) zijn gebruikt, de hoeveelheid van gebruik, eerdere behandel pogingen, het aantal positieve verslavingssymptomen voor afhankelijkheid en misbruik en het ervaren verlangen. Voor het operationaliseren van de ernst van verslaving werd de MATE handleiding (Schippers et al., 2011) gevolgd, waarbij de som werd genomen van een hogere mate van (ofwel excessief) middelengebruik en/of langduriger frequent gebruik (module 1. bereik 0 - 5), het aantal verslavingssymptomen (module 4. bereik 0 - 9) en de mate van het ervaren verlangen (module Q1. bereik 0 - 20). De totale ernst van verslaving scores lopen van 0 tot 34, waarbij hogere scores een hogere ernst van verslaving representeert. Module 1 werd tevens geraadpleegd om vast te stellen welk(e) middel(en) zijn gebruikt, de hoeveelheid middelengebruik, gebruiksduur en of er sprake was van polygebruik. Polygebruik werd gedefinieerd als het (lifetime) gebruik van meer dan één psychoactieve stof. Module 4 en module Q1 zijn onderdeel van de ROM en wordt daardoor structureel afgenomen. Voor dit onderzoek werden de meest recente metingen voorafgaand aan start van de behandeling gebruikt.

2.2.5. Depressie, Angst en Stress Schaal (DASS-21)

De DASS-21 (De Beurs et al., 2001) is een screening instrument die onderdeel is van de MATE en meet zelfwaargenomen ernst van symptomen rondom depressie (e.g. verdriet of gevoelens van waardeloosheid), angst (e.g. trillen of paniek aanvallen) stress (e.g. agitatie, moeite met ontspannen en geneigdheid overdreven te reageren in stressvolle situaties) over de afgelopen week en wordt in het huidige onderzoek als een maat voor lijdensdruk gebruikt. De DASS-21 bestaat uit 21 items met 7 items per subschaal (depressie, angst en stress). De items worden gescoord op basis van een vier-punts likert schaal (van 0 = *helemaal niet of nooit van toepassing* tot 3 = *zeer zeker of meestal van toepassing*) waarbij de somscores per schaal worden opgeteld en vermenigvuldigd met twee. De totaalscore loopt van 0 tot en met 120 en de subschalen van 0 tot en met 42. De DASS-21 heeft goede psychometrische eigenschappen met interne consistenties (Cronbach's α 's) van 0,94 voor depressie, 0,91 voor angst en 0,89 voor stress en test-hertest betrouwbaarheid (0,74, 0,75, 0,85 respectievelijk) (De Beurs et al., 2001). De DASS-21 is onderdeel van de ROM en wordt daardoor structureel afgenomen. Voor dit onderzoek werd de meest recente meting voorafgaand aan start van de behandeling gebruikt.

2.2.6. Manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA-12)

Voor het bepalen van de subjectief ervaren kwaliteit van leven werd de manchester verkorte kwaliteit van leven meting (MANSA-12; Van Nieuwenhuizen et al., 2017) geraadpleegd. Kwaliteit van leven werd gedefinieerd als een waargenomen gevoel van tevredenheid en welbevinden met betrekking tot huidige omstandigheden (Van Nieuwenhuizen et al., 2017). De zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 12 gesloten vragen waarbij de kwaliteit van leven wordt vastgesteld over verschillende levensdomeinen, waaronder dagbesteding, lichamelijke- en geestelijke gezondheid en het sociale netwerk (e.g. hoe tevreden bent u met het aantal en de kwaliteit van uw vriendschappen?). De MANSA-12 wordt gescoord middels een zeven-punts schaal (van 1 = *kan*

niet slechter tot 7 = kan niet beter; somscorebereik van 12 tot en met 84) waarbij een hogere score een hogere ervaren kwaliteit van leven impliceert. De psychometrische eigenschappen van het instrument zijn goed, waarbij de interne consistentie (Cronbach's α 's) lopen van 0,75 tot 0,84 en heeft tevens voldoende construct en convergente validiteit (Van Nieuwenhuizen et al., 2017). Voor dit onderzoek wordt de meest recente meting voorafgaand aan start van de behandeling gebruikt.

2.2.7. Procedure

De patiënten waren allen bij verslavingszorg onder behandeling (geweest) voor een stoornis in het gebruik van één of meerdere middelen. Bij de initiële aanmelding binnen verslavingszorg vond een intakegesprek plaats waarbij de MATE, MANSA-12 en de DASS-21 werden afgenomen. Delen van de MATE, de MANSA-12 en de DASS-21 waren tevens onderdeel van de tussentijdse routine outcome monitoring (ROM). Abstinentie (waarbij in de eerste fase wordt geleerd om te gaan met terugval) was een voorwaarde voor deelname aan de schematherapie deeltijdbehandeling. Bovendien werden patiënten niet toegelaten tot de schematherapie deeltijdbehandeling wanneer er onvoldoende stabiliteit aanwezig was op verschillende levensgebieden (e.g. geen stabiele woon/verblijfplaats, onvoldoende aanwezig sociaal netwerk, onvoldoende dagstructuur/invulling of andere verstorende financiële en/of sociale problemen) of bij aanwezigheid van andere comorbide problematiek, welke eerst behandeld zou moeten worden (e.g. trauma of depressie). Patiënten die werden aangemeld voor de behandeling werden uitgenodigd voor een intake om te beoordelen of de behandeling passend was. Bij geschiktheid, werden zij gevraagd een YSQ-2 of YSQ-S3 en een SMI in te vullen.

De schematherapie deeltijdbehandeling bestond uit drie fasen (i.e. de oriëntatie fase, de actieve fase en de gezonde volwassene fase). De oriëntatiefase bestond uit acht weken en betrof één dagdeel per week groepsbehandeling. De actieve fase omvatte 16 weken twee dagdelen

groepsbehandeling. In zowel de eerste als tweede fase vonden tweewekelijks individuele gesprekken plaats. Tenslotte omvatte de gezonde volwassene fase 16 weken groepsbehandeling, waarbij er iedere maand een individueel gesprek plaatsvond. Het uitgangspunt is dat patiënten alle fasen doorlopen. Patiënten die de behandeling beëindigden voordat de drie fasen waren doorlopen, werden geclassificeerd als dropout.

Voorafgaand aan het onderzoek werd het onderzoeksvoorstel niet-WMO plichtig verklaard door de medisch ethische toetsingscommissie (METC) van het universitair medisch centrum Groningen (UMCG) daar het een retrospectief dossier onderzoek betrof. Vervolgens werd het onderzoek goedgekeurd door de ethische commissie psychologie (ECP) van de rijksuniversiteit Groningen en de wetenschappelijke ethische toetsingscommissie (WETC) van verslavingszorg noord Nederland (VNN). Conform de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) en de Wet op de behandelovereenkomst (WGBO) werd gebruik gemaakt van een passieve toestemmingsverklaring, de zogenaamde ‘opt out’, waarbij patiënten de mogelijkheid hebben gekregen om binnen drie weken aan te geven bezwaar te hebben tegen inzage in het dossier en deelname aan het onderzoek. Na deze termijn werd gestart met dataverzameling.

2.2.8. Statistische analyses en datareductie

Voor de analyse van de data werd gebruik gemaakt van IBM SPSS statistics (Versie 28). Eerst werden de beschrijvende kenmerken van patiënten in de schematherapie deeltijdbehandeling bestudeerd. Daar slechts voor 11 cases een YSQ-2 beschikbaar was, werd besloten deze niet mee te nemen in de analyse van schema's en werden alleen de gegevens van de YSQ-S3 gebruikt. Voor deze 11 cases waren wel SMI scores beschikbaar en werden daarom in de overige analyses meegenomen. Voor één case was op de YSQ-S3 sprake van missing data met betrekking tot een aantal schema scores. Met betrekking tot de SMI was bij twee cases sprake van missing data voor

een aantal modi scores. Gezien het kleine aantal werden deze vervangen door steekproefgemiddelden van de betreffende schema's en modi.

Om inzicht te krijgen in de intensiteit van schema's en modi, werden gemiddelden en standaarddeviaties berekend. Om een indicatie te krijgen van de frequentie en de gemiddelde hoeveelheid klinisch significante schema's en modi, werden dichotome variabelen gecreëerd. Om de klinische significantie van schema's te bepalen werd gebruik gemaakt van de cutoff waarden, zoals voorgesteld in Rijkeboer (2010). Waarden gelijk aan- of hoger dan de cutoff score werden klinisch significant geacht. Met betrekking tot de klinische significantie van modi, werd gebruik gemaakt van het SMI validatie onderzoek van Lobbestael et al. (2010). De gemiddelden (plus twee standaarddeviaties voor onaangepaste modi en minus twee standaarddeviaties voor adaptieve modi) van de non-patiënten controle groep ($n = 319$), werden gebruikt als normgroep voor de cutoff waarden. Alle klinische significanties (inclusief adaptieve modi) reflecteren op deze wijze maladaptiviteit. Vervolgens werden voor klinisch significante schema's en modi som variabelen gevormd en zijn op basis daarvan gemiddelden en proporties berekend.

Om te beoordelen of de intensiteit en/of hoeveelheid schema's en modi samenhangen met zelf-gerapporteerd algeheel psychisch disfunctioneren of minder zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven, werden gemiddelden en standaarddeviaties berekend met betrekking tot de DASS-21- (inclusief subschalen) en MANSA scores. Om de relatie tussen de hogere orde modigroepen en DASS-21 en MANSA scores te bestuderen, werden composiet (som)variabelen gecreëerd aan de hand van het onderzoek van Jacobs et al. (2020). Een toelichting met betrekking tot verschillen met het Jacobs et al. (2020) onderzoek, alsmede gemaakte keuzes en overwegingen, is opgenomen in de bijlage. Tabel 4 vertoont een overzicht van de verdeling van disfunctionele modi over hogere orde categorieën.

Tabel 4

Overzicht hogere orde categorisering van internaliserende-, externaliserende- en compulsieve modi.

Categorie	Schemamodus
Internaliserende modi	Kwetsbaar kind
	Ongedisciplineerd kind
	Willoze inschikkelijke
	Onthechte beschermer
	Straffende ouder
Externaliserende modi	Woedend kind
	Razend kind
	Impulsief kind
	Zelfverheerlijker
	Pest en aanval
Compulsieve modi	Veeleisende ouder
	Onthechte zelfsusser

Note. Modi werden gemeten middels de schema mode inventory (SMI). Adaptieve modi (i.e. gezonde volwassene en blij kind) werden niet meegenomen.

Omdat er sprake was van scheefverdeeldheid en (extreme) uitbijters (bij schema's, modi, internaliserende modi en DASS-21 scores), werden Spearman's Rho correlaties berekend, daar deze minder gevoelig is voor uitbijters en geen assumpties maakt over verdeling. Als post-hoc test werden non-parametrische partiele correlaties berekend waarbij werd gecorrigeerd voor straffende ouder om te beoordelen of de relatie tussen internaliserende en externaliserende modigroepen en DASS-21 scores zouden kunnen worden verklaard aan de hand van de aanwezigheid van straffende ouder.

Om de relatie tussen schema's, modi en verslavingsernst te bestuderen, werden de verslavingsmaten grafisch bestudeerd. Bij verslavingsernst *middelen* was sprake van ware

uitbijters, waardoor er geen reden was om deze uit te sluiten. Vervolgens werden gemiddelden en standaarddeviaties berekend voor de verslavingsmaten. Voor de relaties met schema's en modi werden Spearman's Rho correlaties berekend. Voor de relaties tussen verslavingsernst en hogere orde composiet variabelen werden initieel Pearson's correlaties berekend, daar parametrische toetsen meer power hebben en er minder sprake was van scheefverdeeltheid en uitbijters. Voor externaliserende modi werd een significante relatie gevonden met verslavingsernst *middelen*. Omdat bij deze variabele sprake was van twee uitbijters, is de correlatie opnieuw berekend zonder de cases. Omdat het resultaat hierna niet significant bleek, werd gekozen voor Spearman's Rho inclusief cases.

Met betrekking tot de relatie tussen schema's, modi, hogere orde modi en polygebruik werd data grafisch bestudeerd. Op het *aantal middelen* was sprake van vijf uitbijters, waaronder een extreme observatie, maar was er geen reden om deze uit te sluiten. Vervolgens werden beschrijvende statistieken (i.e. proporties patiënten per polygebruiksgroep, gemiddeld aantal middelen, inclusief standaarddeviatie) berekend. Daar de polygebruik groepen dichotome variabelen waren, werden vervolgens punt-biseriële correlaties (middels Pearson correlatie) berekend. Uitsluiting van de extreme observatie had als gevolg dat de relatie tussen *pest en aanval* en het aantal middelen significant was, echter was er geen reden om de observatie uit te sluiten en werden correlaties inclusief uitbijters gerapporteerd.

Om de relatie te beoordelen tussen schema's, modi en specifieke gebruiksmiddelen werden punt-biseriële correlaties berekend, daar de gebruiksmiddelen dichotoom gecodeerd waren. Om te beoordelen of de hogere orde modigroepen samenhangen met het gebruik van meer dempende, dan wel meer stimulerende middelen, werden composiet (som)variabelen gemaakt. Variabele *dempende middelen* werd gevormd door de som van alcohol, cannabis en sedativa. Variabele *stimulerende middelen* werd gevormd door de som van stimulantia, cocaïne en ecstasy. Voor de

relatie tussen de hogere orde modigroepen en de *dempend/stimulerend* composiet variabelen werden Spearman's Rho correlaties berekend. Voor de relatie tussen *dempende* en *stimulerende* middelen werden de assumpties geschonden voor de chi-kwadraat toets en werd besloten de Spearman's Rho correlatie te rapporteren. Tenslotte werd de relatie tussen hogere orde modi berekend op basis van de Pearson correlatie.

Om te beoordelen of verschillen bestaan in (de hoeveelheid klinisch significante) schema's en (hogere orde) modi op basis van geslacht, werden onafhankelijke t-toetsen berekend. Op basis van bloxplots bleek er sprake te zijn van uitbijters bij zowel schema's als (hogere orde) modi. Voor de mannen was sprake van uitbijters op de internaliserende- en compulsieve hogere orde modi. Uitsluiting hiervan had geen noemenswaardig effect. Voor vrouwen was bij *woedend kind* sprake van een rechts-scheve platte verdeling (skewness = 2,13 en kurtosis = 7,06). Uitsluiting van de extreme uitbijter had tot gevolg dat de verdeling normaliteit benaderde, maar had geen noemenswaardige impact op uitkomsten. Daar er geen reden bestond om observaties uit te sluiten, werden t-toetsen inclusief uitbijters berekend. Voor de schema's *falen* en *veeleisendheid* alsook de modi *zelfverheerlijker* en *pest en aanval* was er sprake van ongelijke varianties en zijn niet gepoolde varianties gebruikt en werd gecorrigeerd voor het aantal vrijheidsgraden. Gezien de exploratieve aard van het onderzoek werden *p*-waarden gerapporteerd zonder Bonferroni correctie.

Om te beoordelen of er met betrekking tot dropout sprake was van verschillen in (hoeveelheid klinisch significante) schema's en modi, werden onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd. Op basis van bloxplots bleek bij de dropout groep sprake te zijn van meerdere uitbijters op schema's en modi, maar er bestond geen reden om deze uit te sluiten. Voor de patiënten die de behandeling hadden afgerond was er bij impulsief kind sprake van een rechts-scheve platte verdeling (skewness = 2,11 en kurtosis = 5,92). Bij de overige schema's en modi werden er geen extreme afwijkingen van normaliteit gevonden. Bij *pest en aanval* was sprake van ongelijke

varianties waardoor niet gepoolde varianties zijn berekend en werd gecorrigeerd voor het aantal vrijheidsgraden.

Om te beoordelen of er demografische kenmerken zijn die samenhangen met dropout, werden beschrijvende statistieken berekend voor de dropout versus non-dropout groep. Behalve op leeftijd waren beide groepen nagenoeg gelijk. Om te toetsen of leeftijd significant samenhangt met dropout werd een chi-kwadraat toets berekend. Daar de assumpties hiervoor waren geschonden, werd de non-parametrische Somers' Delta gerapporteerd met dropout als afhankelijke variabele.

Om te beoordelen of er een relatie is tussen verslavingsernst of polygebruik en dropout, werden eerst beschrijvende statistieken berekend. Met betrekking tot de verschillende verslavingsernst maten, bleek voor beide groepen dat er sprake was van een uitbijter op het verslavingsernst *middelen*. Uitsluiting van de twee cases had geen belangrijke invloed op de uitkomsten. Daar geen reden was om de cases uit te sluiten, werden punt-biseriële correlaties inclusief cases berekend.

Met betrekking tot de relatie tussen dropout en polygebruik, bleek dat de *geen polygebruik* groep weinig observaties had ($n = 5$). Tevens was er voor de non-dropout groep sprake van een extreme observatie bij het aantal gebruikte middelen. Voor de relatie tussen het aantal gebruikte middelen en dropout werden punt-biseriële correlaties berekend (met en zonder extreme observatie). Uitsluiting van de extreme uitbijter had tot gevolg dat de relatie verbeterde. Bovendien werden de relaties tussen dropout enerzijds en laag bereik polygebruik en het aantal verslavingskenmerken anderzijds significant. Er bestond echter geen reden om de observatie uit te sluiten waardoor de correlaties zijn gerapporteerd inclusief extreme observatie. Met betrekking tot polygebruik waren *geen polygebruik* en *laag bereik polygebruik* gelijkwaardig aan elkaar. Voor *hoog bereik polygebruik* werd de chi-kwadraat toets inclusief effectgrootte Phi berekend.

Om te beoordelen of er relaties bestaan tussen specifieke middelen en dropout, werden chi-kwadraat toetsen (inclusief Phi) berekend voor de middelen waarvoor de groepen leken te verschillen. Voor *ecstasy* werd niet voldaan aan de assumpties voor de chi-kwadraat toets. Om alsnog een effect indicatie te kunnen geven, werd de Fisher's exact toets toegepast.

Om te beoordelen of er relaties bestaan tussen comorbide stoornissen of lijdensdruk en dropout, werd middels beschrijvende statistieken onderzocht of er sprake was van trends/patronen. Tenslotte werden onafhankelijke t-toetsen berekend om te beoordelen of er verschillen bestonden met betrekking tot DASS-21 scores op basis van dropout. Voor de dropout groep werd een uitbijter op de DASS-21 angstschaal gevonden. Er was geen reden om de observatie uit te sluiten.

3. Resultaten

3.1. Schema's en modi: frequentie, intensiteit en hoeveelheid

De gemiddelde scores en standaarddeviaties op de YSQ-S3 ($n = 37$) en SMI ($n = 48$) alsmede de proporties klinisch significante schema's en modi zijn weergegeven in tabel 5. Bij grafische inspectie van boxplots bleek bij verschillende schema's en modi sprake te zijn van uitbijters. Tevens vertoonden externaliserende modi (i.e. *woedend kind*, *razend kind*, *impulsief kind* en *pest en aanval*) licht (rechts)scheve verdelingen. Er bestond geen reden om observaties uit te sluiten.

Tabel 5

Overzicht van de gemiddelden en proporties van schema's en modi.

Schema	<i>M</i>	<i>SD</i>	% ^c	Modus	<i>M</i>	<i>SD</i>	% ^c
Bevestiging zoeken	3,4	0,8	89	Kwetsbaar kind	3,1	0,8	75
Meedogenloze normen	3,8	0,9	83	Onthechte zelfsusser	3,6	0,9	67
Onvoldoende zelfcontrole	3,3	0,9	83	Straffende ouder	2,6	0,8	67

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

Schema	<i>M</i>	<i>SD</i>	% ^c	Modus	<i>M</i>	<i>SD</i>	% ^c
Emotionele geremdheid	3,2	0,9	81	Blij kind	3,3	0,8	60
Emotioneel tekort	3,3	0,9	78	Onthechte beschermer	2,7	0,9	58
Onderwerping	3,1	0,9	75	Willoze inschikkelijke	3,5	0,6	44
Sociaal isolement	3,2	1,0	72	Razend kind	1,7	0,7	37
Verlating	3,1	1,0	70	Woedend kind	2,6	0,8	35
Bestraffendheid	2,9	0,8	70	Gezonde volwassene	3,8	0,5	27
Minderwaardigheid	2,7	1,1	70	Ongedisciplineerd kind	3,1	0,8	25
Zelfopoffering	3,4	1,0	62	Veeleisende ouder	3,7	0,8	23
Negativiteit	2,9	0,9	62	Zelfverheerlijker	2,6	0,7	17
Wantrouwen/Misbruik	3,0	1,1	59	Impulsief kind	2,5	0,7	17
Veeleisendheid	2,6	0,6	51	Pest en aanval	1,9	0,8	13
Falen/Mislukking	2,6	1,2	45				
Kwetsbaarheid	2,3	0,8	43	Modi ^b	5,6	3,2	
Kluwen	2,5	0,8	43				
Afhankelijkheid	2,1	0,6	32				
Schema's ^a	11,7	4,0					

Note. *N* = 48. Young schema questionnaire 3 (YSQ-3), *n* = 37. Schema mode inventory (SMI), *n* = 48.

^a Representeert de gemiddelde hoeveelheid klinisch significante schema's van patiënten. ^b Representeert het gemiddelde aantal klinisch significante modi van patiënten. ^c Representeert de proportie klinisch significante schema's en modi binnen de steekproef (i.e. frequentie).

De patiënten hadden gemiddeld genomen 11,7 klinisch significante schema's (bereik = 4 - 18) en 5,6 klinisch significante modi (bereik = 0 - 12). Het minst voorkomende significante schema was *afhankelijkheid* (32%); *bevestiging zoeken* (89%) was het meest voorkomend. Met betrekking tot modi kwamen externaliserende modi (i.e. *woedende kind*, *razende kind*, *impulsieve kind*, *zelfverheerlijker* en *pest en aanval*) in verhouding minder voor, waarbij modus *pest en aanval* het minst voorkomend was (13%). *Kwetsbaar kind*, *onthechte zelfsusser* en *straffende ouder* waren daarentegen het meest voorkomend. Tenslotte rapporteerde 27% van de patiënten een significant lagere *gezonde volwassene* en 60% een significant lager *blij kind*.

3.2. Algeheel psychisch disfunctioneren en kwaliteit van leven

Tabel 6 betreft een weergave van de gemiddelde scores en standaarddeviaties op de DASS-21 ($n = 46$) en MANSA ($n = 43$). De gemiddelde groepsscores op de DASS-21 en diens subschalen vielen binnen mild tot gematigd bereik. De gemiddelde MANSA score reflecteert voldoende kwaliteit van leven. Op basis van de boxplots bleek dat er bij de DASS-21 angstscores sprake was van een uitbijter. Bij nadere inspectie had één case een hoge score waarbij geen reden was om deze uit te sluiten.

Tabel 6

Gemiddelden met betrekking tot algeheel psychisch disfunctioneren (DASS-21) en kwaliteit van leven (MANSA).

	<i>M</i>	<i>SD</i>
DASS-21 ^a	41,7	27,0
Depressie	15,3	12,0
Angst	9,7	8,5
Stress	16,2	9,9
MANSA ^b	50,4	10,3

Note. $N = 48$. DASS-21 = Depressie, angst en stress schaal ($n = 46$). MANSA = Manchester verkorte kwaliteit van leven vragenlijst ($n = 43$).

^a Totaalscore op de depressie, angst en stress schaal (DASS-21, scorebereik 0 – 126), inclusief onderliggende individuele sub-schaal scores voor depressie, angst en stress (scorebereik 0 – 42 per subschaal). ^b Totaalscore op de Manchester verkorte kwaliteit van leven vragenlijst (MANSA) (scorebereik 12 - 84).

Tabel 7 bevat een weergave van de significant bevonden non-parametrische correlaties tussen schema's, modi, hogere orde modigroepen enerzijds en DASS-21 en MANSA scores anderzijds. Op basis van tabel 7 wordt duidelijk dat de meerderheid van schema's (11 van de 18), alsmede het hebben van een hogere hoeveelheid klinisch significante schema's, samenhangen met hogere DASS-21 scores. Met betrekking tot kwaliteit van leven hing slechts *kluwen* significant samen met

lagere MANSA scores. Relaties tussen een hogere hoeveelheid- en/of intensiteit van schema's en lagere MANSA scores werden niet gevonden.

Met betrekking tot modi bleek dat acht van de 14 modi significant samenhangen met DASS-21 scores. Meer specifiek hingen *kwetsbaar kind*, *woedend kind*, *ongedisciplineerd kind* en *straffende ouder* significant samen met hogere DASS-21 scores. *Blij kind* en *gezonde volwassene* hingen negatief samen met DASS-21 scores. *Razend kind* en *pest en aanval* hingen alleen samen met stress, maar niet de totaalscore. Met betrekking tot de MANSA scores, bleek dat alleen *kwetsbaar-* en *razend kind* samenhangen met lagere zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven. Voor de *gezonde volwassene* werd een positieve relatie gevonden met MANSA scores. Tenslotte werd er bewijs gevonden voor de verwachting dat een grotere hoeveelheid klinisch significante modi samenhangt met hogere DASS-21 scores en lagere MANSA scores.

Tabel 7

Overzicht van significant bevonden non-parametrische correlaties tussen schema's, modi en DASS-21 en MANSA scores.

Variabele		DASS-21 ^a	Depressie	Angst	Stress	MANSA ^b
Schema	Meedogenloze normen	,35*	,33*	,21	,32	-,16
	Zelfcontrole	,45**	,40*	,39*	,34*	-,26
	Geremdheid	,34*	,28	,29	,34*	-,16
	Verlating	,48**	,34*	,43**	,42*	-,30
	Bestraffendheid	,46**	,43**	,31	,34*	-,03
	Minderwaardigheid	,44**	,38*	,53**	,22	-,15
	Negativiteit	,55**	,39*	,49**	,38*	-,12
	Falen	,50**	,54**	,38*	,42*	-,12
	Kwetsbaarheid	,41*	,23	,51**	,22	-,31
	Kluwen	,41*	,36*	,37*	,32	-,51**
	Afhankelijkheid	,43**	,39*	,52**	,24	-,31
	Schema's^c		,58**	,47**	,47**	,39*

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

Variabele		DASS-21 ^a	Depressie	Angst	Stress	MANSA ^b
Modus	Kwetsbaar kind	,43**	,43**	,41**	,18	-,31*
	Straffende Ouder	,55**	,47**	,41**	,45**	-,15
	Blij kind	-,32*	-,36*	-,41**	-,04	,26
	Razend kind	,26	,20	,08	,31*	-,34*
	Woedend kind	,43**	,39**	,25	,43**	-,28
	Gezonde volwassene	-,33*	-,30*	-,42**	-,17	,33*
	Ongedisciplineerd kind	,34*	,33*	,20	,33*	-,16
	Pest en aanval	,27	,20	,09	,32*	-,23
Modi^d		,48**	,45**	,39**	,36*	-,43**
Hogere orde	Internaliserend ^e	,54**	,53**	,46**	,36*	-,19
	Externaliserend ^f	,31*	,27	,10	,39**	-,28

Note. $N = 48$. Overzicht van de schema's, modi en hogere orde modigroepen waarvoor significante correlaties met DASS-21- en/of MANSA scores werden gevonden.

^a Depressie, angst en stress schaal (DASS-21), $n = 46$. ^b Manchester verkorte kwaliteit van leven vragenlijst

(MANSA), $n = 43$. ^c Repreenteert de hoeveelheid klinisch significante schema's die patiënten gemiddeld bezitten.

Schema's gemeten middels de Young schema questionnaire (YSQ), $n = 37$. ^d Repreenteert het gemiddelde aantal

klinisch significante modi van patiënten. Modi werden gemeten middels de schema mode inventory (SMI), $n = 48$. ^e

Repreenteert een composietvariabele met *kwetsbare kind*, *ongedisciplineerde kind*, *willoze inschikkelijke*, *onthechte*

beschermer en *de straffende ouder*. ^f Repreenteert een composietvariabele met *woedend kind*, *razend kind*,

impulsief kind, *zelfverheerlijker* en *pest en aanval*. ^g Repreenteert een composietvariabele met *veeleisende ouder* en

onthechte zelfsusser.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ (tweezijdig).

Vervolgens werd de relatie tussen de hogere orde modigroepen, DASS-21- en MANSA scores bestudeerd (tabel 7). Hieruit bleek dat internaliserende modi samenhangen met DASS-21 scores, inclusief diens subschalen. Externaliserende modi hingen significant samen met de DASS-21 totaalscore en meer specifiek met stress, maar niet met angst of depressie. Compulsieve modi

vertoonden geen significante relatie met DASS-21 scores. Gezien de hoge frequentie van modus *straffende ouder* en de sterke relatie met DASS-21 scores, werden de correlaties tussen de internaliserende- en externaliserende modi groepen en DASS-21 scores non-parametrisch gecontroleerd voor *straffende ouder*. De eerder gevonden relaties met DASS-21 scores waren na correctie niet meer significant voor zowel internaliserende modi ($r [43] = ,223; p = ,141$) als externaliserende modi ($r [43] = ,035; p = ,817$). Tenslotte, hoewel de externaliserende modigroep slechts marginaal samenhang met lagere kwaliteit van leven ($p = ,074$), hingen geen van de modigroepen significant samen met MANSA scores en werd daarmee marginaal bewijs gevonden voor de hypothese dat externaliserende modi samenhangen met lagere kwaliteit van leven.

3.3. Ernst van verslaving, polygebruik en specifiek middelengebruik.

3.3.1 Schema's, modi en verslavingsernst

Een overzicht van de gemiddelden en standaarddeviaties met betrekking tot de verschillende verslavingsernst maten is opgenomen in tabel 8. Om de relatie tussen schema's, modi en ernst van verslaving te bestuderen werden scatterplot-matrices en boxplots bestudeerd. Op basis hiervan bleek er sprake te zijn van drie uitbijters, waarvan één een extreme observatie bij verslavingsernst *middel*. De extreme observatie bleek een data-entry fout te zijn, waardoor deze werd behandeld als missing data. Voor vier patiënten waren twee of meer gegevens met betrekking tot verslavingsernst niet beschikbaar en zijn daarom uitgesloten.

Tabel 8

Beschrijving van gemiddelden met betrekking tot verslavingsernst.

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Verslavingsernst ^a	44	14,3	4,7
Kenmerken ^b	46	6,9	1,7

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Verlangen ^c	46	6,9	3,7
Middel ^d	44	0,6	0,9

Note. *N* = 48. Ernst van verslaving maten zijn gemeten middels de meten van addicties voor triage en evaluatie (MATE).

^a representeert de totaalscore van ernst van verslaving en betreft de som van kenmerken, verlangen en middel (bereik 0 – 34). ^b representeert het aantal verslavingskenmerken (bereik 0 – 9). ^c representeert de mate van verlangen ofwel craving (bereik 0 – 20). ^d representeert een hogere mate van (ofwel excessief) middelengebruik en/of langdurig frequent gebruik (bereik 0 – 5).

Schema's en modi waarvoor significante non-parametrisch correlaties werden gevonden met verslavingsernst zijn opgenomen in tabel 9. In tegenstelling tot de hypothese dat een hogere intensiteit van schema's samenhangt met toegenomen verslavingsernst, bleek dat geen van de schema's significant samenhangen met de verslavingsernst totaalscore of langdurig/excessief gebruik. Wel werd gevonden dat *gebrek aan zelfcontrole* samenhangt met meer verlangen en *kwetsbaarheid voor ziekte* met het hebben van minder verslavingskenmerken. Er werd geen bewijs gevonden voor de hypothese dat het hebben van meer klinisch significante schema's samenhangt met hogere verslavingsernst.

Met betrekking tot de hypothese dat intensere modi samenhangen met een hogere verslavingsernst, bleek dat alleen *straffende ouder* samenhangt met de verslavingsernst totaalscore. *Straffende ouder* en *ongedisciplineerd kind* hingen positief samen met verlangen. *Razend- en impulsief kind* hingen samen met excessief middelengebruik en/of langduriger frequent gebruik. Er werd geen bewijs gevonden dat een hogere hoeveelheid klinisch significante modi samenhangt met verslavingsernst.

Tenslotte werd onderzocht of internaliserende-, externaliserende- en compulsieve modi tezamen, gerelateerd zijn aan verslavingsernst. Alleen voor internaliserende modi werd een

positieve relatie gevonden met verlangen. Voor de overige modigroepen werden geen relaties gevonden met verslavingsernst. Voor de verwachting dat externaliserende modi samenhangen met verslavingsernst werd slechts partieel ondersteuning gevonden.

Tabel 9

Non-parametrische correlaties tussen schema's modi en verslavingsernst.

Variabele		Verslaving ^a	Kenmerken ^b	Verlangen ^c	Middel ^d
Schema	Zelfcontrole	,17	-,18	,38*	,04
	Kwetsbaarheid	,04	-,36*	,20	,08
Modus	Straffende ouder	,34*	,10	,33*	,17
	Razend kind	,21	-,03	,09	,31*
	Ongedisciplineerd kind	,25	-,08	,38**	,02
	Impulsief kind	,02	-,11	,00	,30*
Hogere orde	Internaliserend ^e	,20	,05	,34*	,02

Note. $N = 48$. Ernst van verslaving maten zijn gemeten middels de meten van addicties voor triage en evaluatie (MATE). Schema's zijn gemeten middels de Young schema questionnaire (YSQ-S3), $n = 37$. Modi zijn gemeten middels de schema mode inventory (SMI), $n = 48$.

^a Repreenteert de totaalscore van ernst van verslaving en betreft de som van kenmerken, verlangen en middel (bereik 0 – 34), $n = 44$. ^b Repreenteert het aantal verslavingskenmerken (bereik 0 – 9), $n = 46$. ^c repreenteert de mate van verlangen ofwel craving (bereik 0 – 20), $n = 46$. ^d Repreenteert een hogere mate van (ofwel excessief) middelengebruik en/of langduriger frequent gebruik (bereik 0 – 5), $n = 44$. ^e Repreenteert een composietvariabele met kwetsbare kind, ongedisciplineerde kind, willoze inschikkelijke, onthechte beschermer en de straffende ouder. * $p < ,05$. ** $p < ,01$ (tweezijdig).

3.3.2. Schema's, modi en polygebruik

Tabel 10 bevat een overzicht van de aantallen en proporties patiënten per polygebruik categorie, alsmede het gemiddelde aantal gebruikte middelen (inclusief standaarddeviatie). Bij

aantal middelen was sprake van uitbijters, waaronder een extreme observatie. Er bestond geen reden om deze uit te sluiten. Bij 43 patiënten was sprake van polygebruik (89,6%), waarbij het merendeel binnen hoog bereik polygebruik viel. Gemiddeld genomen gebruikten patiënten 3,7 verschillende middelen (bereik = 1 – 9).

Tabel 10

Beschrijving met betrekking tot polygebruik.

Polygebruik	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Geen ^a	5	10,4		
Laag bereik ^b	14	29,2		
Hoog bereik ^c	29	60,4		
Aantal middelen ^d	48		3,7	1,9

Note. *N* = 48.

^a Representeert geen polygebruik, hetgeen betekent dat er sprake is van het (lifetime) gebruik van één middel. ^b Representeert laag bereik polygebruik waarbij gebruik zich beperkt tot het (lifetime) gebruik van meer conventionele middelen (i.e. alcohol, tabak, cannabis en sedativen). ^c Representeert hoog bereik polygebruik waarbij sprake is van het (lifetime) gebruik van meer onconventionele middelen (e.g. cocaïne, stimulantia en/of andere harddrugs). ^d Representeert het totale aantal gebruikte middelen (lifetime).

Er werd geen ondersteuning gevonden voor de verwachting dat meer en/of intensere schema's of modi samenhangen met polygebruik, noch voor de hypothese dat externaliserende modi samenhangen met polygebruik. Op basis van (punt-biseriële) correlaties tussen schema's en polygebruik bleek dat *sociaal isolement* samenhang met *geen polygebruik* ($r_{pb} [37] = ,371; p = ,024$). Met betrekking tot modi hing *onthechte zelfsusser* negatief samen met *laag bereik polygebruik* ($r_{pb} [48] = -,288; p = ,047$) en marginaal met *hoog bereik polygebruik* ($r_{pb} [48] = ,258; p = ,076$). Tenslotte werd een marginale relatie gevonden tussen *hoog bereik polygebruik* en *pest en aanval* ($r_{pb} [48] = ,263; p = ,071$). Voor de overige schema's of modi werden geen relaties

gevonden met polygebruik of het aantal gebruikte middelen. Tevens werden geen significante relaties gevonden tussen polygebruik (of aantal middelen) en het aantal klinisch significante schema's, modi of de hogere orde modigroepen.

3.3.3. Schema's, modi en specifiek middelengebruik

Tabel 11 bevat een weergave met betrekking tot de frequenties en proporties van verschillende gebruiksmiddelen. Alcohol (92%) en nicotine (83%) waren de meest voorkomende gebruiksmiddelen. Opiaten (8%) werden daarentegen het minst vaak gebruikt.

Tabel 11

Frequentie en proporties met betrekking tot de onderzochte gebruiksmiddelen.

Gebruiksmiddel	<i>n</i>	%
Alcohol	44	92
Nicotine	40	83
Cocaïne	24	50
Cannabis	22	46
Stimulantia ^a	15	31
Anders ^b	12	25
Ecstasy ^c	9	19
Sedativa ^d	9	19
Opiaten ^e	4	8

Note. *N* = 48.

^a Middelen als amfetaminen, khat, pepmiddelen, ritalin en speed. ^b Middelen als psychedelica, inhalatia, GHB, paddo's. ^c Middelen als ecstasy, MDMA, MDEA, 2CB. ^d Middelen als barbituraten, benzodiazepines, valium en xanax. ^e Middelen als methadon, heroïne, opium, codeïne en demerol.

Tabel 12 geeft een weergave van de significant bevonden punt-biseriële correlaties tussen schema's, modi en de specifieke gebruiksmiddelen. Met betrekking tot schema's bleek dat *sociaal isolement* een negatieve relatie vertoonde met het gebruik van nicotine. Het gebruik van cannabis

hing samen met hogere scores op *onderwerping* en opiaten met hogere scores *emotioneel tekort* en *minderwaardigheid*. Het gebruik van cocaïne hing samen met lagere scores op *verlating* en het gebruik van ecstasy met lagere scores op *falen*.

Met betrekking tot modi en specifieke gebruiksmiddelen bleek er een negatieve relatie te bestaan tussen *gezonde volwassene* en alcoholgebruik. Daarnaast hing *veeleisende ouder* samen met het gebruik van opiaten en hingen *onthechte zelfsusser* en *pest en aanval* samen met cocaïne gebruik. Tenslotte hing *modus willoze inschikkelijke* samen met het gebruik van middelen als GHB, psychedelica en inhalantia. Het aantal klinisch significante schema's of modi vertoonden geen significante samenhang met specifieke gebruiksmiddelen.

Tabel 12

Overzicht significante punt-biseriële correlaties tussen schema's, modi en specifieke middelen.

Variabele	AL	NI	CA	SE	OP	CO	ST	XT	AN
Schema Emotioneel Tekort	-,06	-,02	,06	,22	,37*	-,21	,07	,08	,27
Onderwerping	-,18	-,03	,33*	-,10	,10	-,19	-,13	,03	-,05
Sociaal isolement	-,06	-,33*	0,27	-,06	,32	-,25	,02	,17	,05
Verlating	-,08	,08	-,05	,13	,11	-,35*	-,13	-,15	,12
Minderwaardigheid	-,14	-,18	,12	,16	,49**	-,28	,06	,12	,18
Falen	-,13	-,13	-,05	,19	-,14	-,30	-,16	-,37*	,13
Modus Onthechte Zelfsusser	,12	-,26	,05	,16	,06	,30*	,04	,20	,17
Willoze Inschikkelijke	-,16	-,16	,27	,25	-,02	-,14	,06	,07	,32*
Gezonde Volwassene	-,38**	-,09	-,23	,00	-,12	-,13	,18	-,24	,12
Veeleisende Ouder	,01	-,16	,09	,09	,31*	,05	,01	,08	,12
Pest en Aanval	,18	,08	,12	,10	,25	,33*	,06	,21	-,08

Note. $N = 48$. AL = Alcohol; NI = Nicotine; CA = Cannabis; SE = Sedativa (e.g. barbituraten, benzodiazepines, valium en xanax); OP = Opiaten (e.g. methadon, heroïne, opium, codeïne en demerol); CO = Cocaïne; ST = Stimulantia (e.g. amfetaminen, khat, pepmiddelen, ritalin en speed); XT = Ecstasy (e.g. MDMA, MDEA, 2CB); AN = Andere middelen (e.g. psychedelica, inhalantia, GHB, paddo's). Schema's gemeten middels de Young schema questionnaire (YSQ-S3), $n = 37$. Modi gemeten middels de schema mode inventory (SMI), $n = 48$.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ (tweezijdig).

Tabel 13 bevat een overzicht van correlaties tussen de hogere orde internaliserende- en externaliserende modigroepen enerzijds en dempende middelen en stimulerende middelen anderzijds. De hypothese dat internaliserende modi samenhangen met meer gebruik van dempende middelen werd ondersteund. Internaliserende modi bleken significant samen te hangen met het gebruik van meer dempende middelen, maar niet met het gebruik van meer stimulerende middelen. Voor de hypothese dat externaliserende modi samenhangen met het gebruik van meer stimulerende middelen werd partieel bewijs gevonden. Externaliserende modi hingen marginaal samen met het gebruik van meer stimulerende middelen ($p = ,114$). Tevens werd er een significante relatie gevonden met het gebruik van cocaïne ($r_{pb} [48] = ,332$; $p = ,021$). Met betrekking tot specifieke middelen en internaliserende modi werd alleen een significante negatieve relatie gevonden met nicotine gebruik ($r_{pb} [48] = -,288$; $p = ,048$). Voor de overige middelen werden geen significante relaties gevonden.

Tabel 13

Correlaties tussen internaliserende modi, externaliserende modi, dempende middelen en stimulantia.

Variabele	1	2	3	4
1. Dempend ^a	--			
2. Stimulerend ^b	,37**	--		
3. Internaliserend ^c	,33*	-,06	--	
4. Externaliserend ^d	,18	,23	,49**	--

Note. $N = 48$. Modi gemeten middels de schema mode inventory (SMI), $n = 48$.

^a Representeert een composietvariabele met betrekking tot alcohol, cannabis en sedativen. ^b Representeert een composietvariabele met cocaïne, stimulantia en ecstasy. ^c Representeert een composietvariabele met kwetsbare kind,

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

ongedisciplineerde kind, willoze inschikkelijke, onthechte beschermer en de straffende ouder. ^d Representeert een composietvariabele met woedend kind, razend kind, impulsief kind, zelfverheerlijker en pest en aanval.

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ (tweezijdig).

3.4. Schema's, modi en geslacht

Tabel 14 betreft een weergave van significant bevonden verschillen in schema's en modi op basis van geslacht en bevat gemiddelde scores (inclusief standaarddeviaties), proporties klinisch significante schema's en modi, alsmede een overzicht van onafhankelijke t-toetsen (inclusief effectgroottes). Op basis van bloxplots bleek er sprake te zijn van uitbijters bij zowel schema's als modi, echter was er geen reden om observaties te excluseren. Gezien de exploratieve aard van het onderzoek werden p -waarden gerapporteerd zonder Bonferroni correctie.

Tabel 14

Overzicht significant bevonden verschillen in schema's en modi op basis van geslacht

Variabele		Man ($n = 29$)			Vrouw ($n = 19$)			t	df	p	Cohen's d
		M	SD	%	M	SD	%				
Schema	Bestraffendheid	2,7	0,8	54	3,4	0,7	100	2,56	35	,01	0,88
	Zelfopoffering	3,1	0,9	50	3,9	1,1	85	2,24	35	,03	0,77
	Veeleisendheid	2,8	0,7	63	2,3	0,3	31	-3,06	35	,00	-0,89
	Falen	2,2	0,8	33	3,4	1,4	69	2,79	17	,01	1,10
Modus	Willoze Inschikkelijke	3,3	0,6	34	3,8	0,5	58	2,45	46	,02	0,72
	Zelfverheerlijker	2,8	0,8	24	2,4	0,5	5	-2,06	46	,05	-0,56
	Pest en Aanval	2,1	1,0	21	1,6	0,5	0	-2,23	43	,03	-0,58
Hogere orde	Externaliserend ^a	12,1	3,3		10,3	2,3		-2,15	46	,03	-0,63

Note. $N = 48$. Mannen: $n = 29$; Vrouwen $n = 19$. Schema's werden gemeten middels de Young schema questionnaire (YSQ-S3), $n = 37$ (mannen $n = 23$, vrouwen $n = 13$). Modi werden gemeten middels de schema mode inventory (SMI), $n = 48$ (mannen $n = 29$, vrouwen $n = 19$).

^a Representeert een composietvariabele met woedend kind, razend kind, impulsief kind, zelfverheerlijker en pest en aanval.

Tweezijdig getoetst, *p*-waarden zonder Bonferroni correctie.

Met betrekking tot schema's scoorden vrouwen hoger op *falen*, *zelfopoffering* en *bestraffendheid*. 100% van de vrouwen rapporteerde een significant *bestraffendheid* schema, tegenover 54% van de mannen. Op *veeleisendheid* scoorden mannen gemiddeld hoger en heeft 63% van hen een klinisch significant schema. Verschillen met betrekking tot *meedogenloze normen* en *zelfdiscipline* werden niet gevonden. Met betrekking tot modi scoorden mannen gemiddeld hoger op *zelfverheerlijker* en *pest en aanval*. Van de mannen had 21% een klinisch significant *pest en aanval modus*, tegenover geen van de vrouwen. Vrouwen scoorden hoger met betrekking tot de *willoze inschikkelijke*. Alle significante verschillen vertoonden gematigde tot grote effectgroottes. Bij toepassing van de Bonferroni correctie waren geen van de verschillen significant. Er werden geen verschillen gevonden in het aantal klinisch significante schema's en modi. Tenslotte werd bestudeerd of er een verschil bestond met betrekking tot hogere orde modigroepen op basis van geslacht. Hieruit bleek dat mannen significant hoger scoorden op externaliserende modi en betreft een gematigd effect (tabel 14). Voor internaliserende- of compulsieve modi werden er geen verschillen gevonden.

3.5. Schema's, modi en dropout

Op basis van bloxplots bleek bij de dropout groep sprake te zijn van meerdere uitbijters op schema's en modi, maar er bestond geen reden om deze uit te sluiten. Op basis van uitgevoerde onafhankelijke t-toetsen bleek dat de dropout groep gemiddeld hoger scoorde ($M = 2,0$, $SD = 1,0$ versus $M = 1,5$, $SD = 0,3$) op *pest en aanval* ($t[45] = -2,36$, $p = ,022$). Het verschil betrof een

gematigde effect ($d = -0,55$, 95% BHI [-1,16, 0,08]). Van de dropout patiënten had 18% een klinisch significant *pest en aanval modus* tegenover geen van de non-dropout patiënten. Voor de overige schema's en modi werden geen significante verschillen gevonden. Ook werden geen verschillen gevonden in het aantal klinisch significante schema's en modi.

3.6. Patiëntfactoren en dropout

3.6.1. Dropout en demografische kenmerken

Tabel 15 betreft een overzicht van demografische gegevens van de dropout versus non-dropout groep. De groepen waren gelijk aan elkaar met betrekking tot opleidingsniveau, dagbesteding en sociaal netwerk. In beide groepen was ongeveer 60% man. De dropout groep was gemiddeld jonger dan de non-dropout groep. Figuur 1 vertoont de verdeling van leeftijd over de dropout versus non-dropout groep waaruit zichtbaar wordt dat dropout hoger was voor jongere patiënten. De relatie tussen leeftijd en dropout was significant ($d = -,312$, $p < ,001$).

Tabel 15

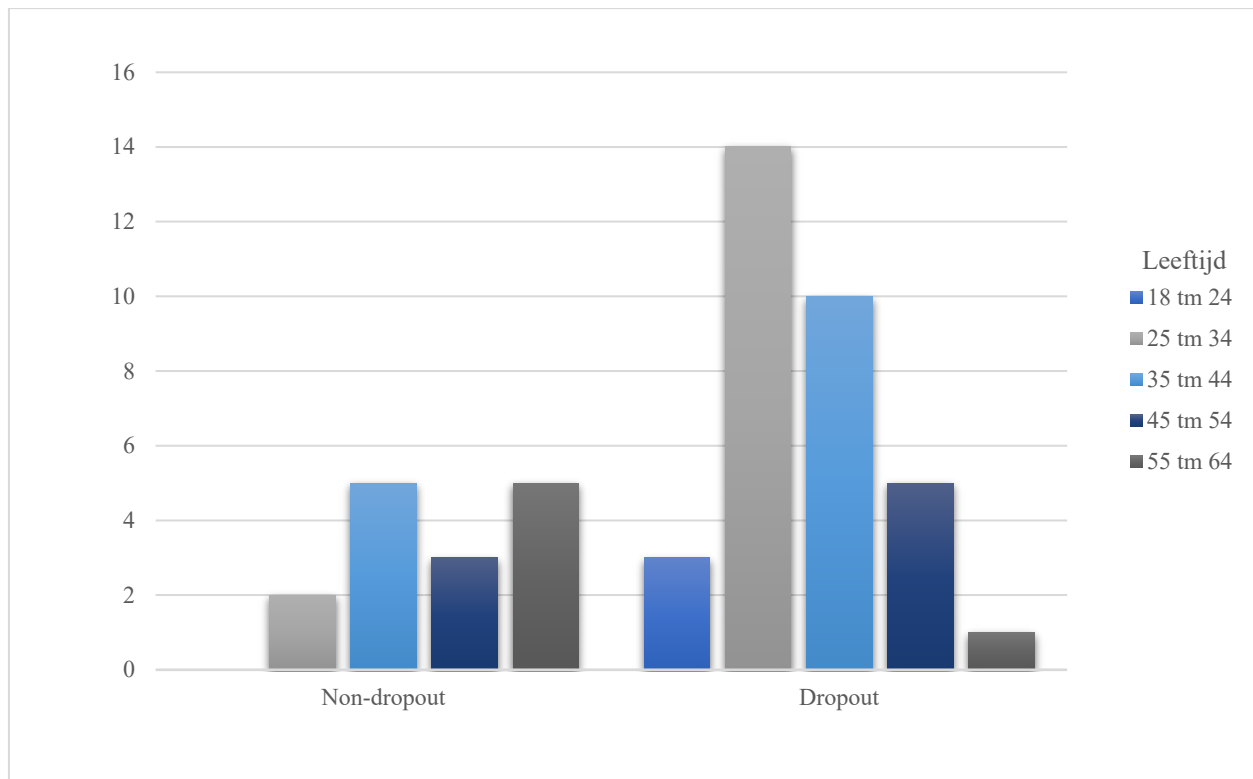
Overzicht demografische kenmerken op basis van dropout

Variabele	Dropout ($n = 33$)			Non-dropout ($n = 15$)		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>	%
Leeftijd	2,6	0,9		3,7	1,1	
Opleiding	1,9	0,9		2,0	0,8	
Geslacht			61			60
Dagbesteding			58			53
Sociaal Netwerk			79			73

Note. $N = 48$. Geslacht: 0 = vrouw, 1 = man; Leeftijdscategorieën: 1 = 18 - 24 jaar, 2 = 25 - 34 jaar, 3 = 35 - 44 jaar, 4 = 45 - 54 jaar, 5 = 55 - 64 jaar. Opleidingscategorieën: 1 = Lager opleidingsniveau, 2 = Middelbaar opleidingsniveau, 3 = Hoger opleidingsniveau.

Figuur 1

Overzicht van frequenties dropout per leeftijdscategorie.



Note. $N = 48$. Dropout op basis van leeftijd (in aantallen); dropout $n = 33$, non-dropout $n = 15$.

3.6.2. Dropout, verslavingsernst en polygebruik

Een weergave van de gemiddelden en standaarddeviaties met betrekking tot verschillende verslavingsernst maten en het gebruikte aantal middelen per dropout groep, wordt gegeven door tabel 16. Tevens geeft het een overzicht van de verdeling van patiënten over polygebruik groepen per dropout groep. Bij beide groepen was sprake van een uitbijter op verslavingsernst *middelen*. Voor de non-dropout groep er sprake van een extreme observatie bij het aantal gebruikte middelen. Voor geen van de uitbijters bestond er een reden om deze uit te sluiten.

Tabel 16

Beschrijving dropout op basis van verslavingsernst en polygebruik.

Variabele		Dropout ($n = 33$)				Non-dropout ($n = 15$)			
		n	M	SD	%	n	M	SD	%
Verslavingsernst	Verslavingsernst ^a	29	14,6	4,6		15	13,6	5,1	
	Kenmerken ^b	32	7,2	1,6		14	6,2	1,9	
	Verlangen ^c	31	7,0	3,9		15	6,9	3,4	
	Middel ^d	29	0,5	0,8		15	0,9	1,1	
Polygebruik	Aantal middelen ^e	33	4,2	1,9		15	2,6	1,5	
	Geen ^f	2			6	3			20
	Laag bereik ^g	7			21	7			47
	Hoog bereik ^h	24			73	5			33

Note. $N = 48$, dropout $n = 33$, non-dropout $n = 15$. Maten voor verslavingsernst zijn gemeten middels de meten van addicties voor triage en evaluatie (MATE).

^a Representeert de totaalscore van ernst van verslaving en betreft de som van kenmerken, verlangen en middel ($n = 44$). ^b Representeert het aantal verslavingskenmerken ($n = 46$). ^c Representeert de mate van verlangen ofwel craving ($n = 44$). ^d Representeert een hogere mate van (ofwel excessief) middelengebruik en/of langduriger frequent gebruik ($n = 44$). ^e Representeert het totale aantal gebruikte middelen (lifetime). ^f Representeert geen polygebruik (i.e. het [lifetime] gebruik van slechts één middel). ^g Representeert laag bereik polygebruik en betreft het (lifetime) gebruik van meer conventionele middelen (i.e. alcohol, tabak, cannabis en sedativen). ^h Representeert hoog bereik polygebruik en betreft het (lifetime) gebruik van meer onconventionele middelen (e.g. cocaïne, stimulantia en/of andere harddrugs).

Geen van de verschillende verslavingsernst maten correleerden significant met dropout. Met betrekking tot polygebruik bleek dat in de dropout groep gemiddeld meer middelen werden gebruikt dan in de non-dropout groep (i.e. $M = 4,2$, $SD = 1,9$ versus $M = 2,67$, $SD = 1,5$ respectievelijk). De punt-biseriële correlatie voor het aantal gebruikte middelen en dropout was significant en betreft een gematigd effect ($r_{pb} [48] = ,366$; $p = ,01$). Met betrekking tot de verdeling van patiënten over polygebruik groepen, bleek dat de dropout en non-dropout gelijk aan elkaar waren met betrekking tot *geen-* en *laag bereik polygebruik*, maar niet met betrekking tot *hoog*

bereik polygebruik. Van de patiënten die vroegtijdig uitvielen, bleek 73% hoog bereik polygebruiker te zijn, in de non-dropout groep was dit 33%. Op basis van de chi-kwadraat toets werd een significante relatie gevonden tussen dropout en *hoog bereik polygebruik* en betreft een gematigd effect ($\chi^2 [1, 48] = 6,69, \phi = 0,373, p = ,010$). Er lijkt daarmee bewijs te zijn dat het gebruik van onconventionele middelen samenhangt met vroegtijdige beëindiging van de behandeling.

3.6.3. Dropout en specifiek middelengebruik

Tabel 17 geeft een overzicht van de proporties en frequenties waarin verschillende middelen werden gebruikt binnen de dropout versus non-dropout groep. Hieruit wordt duidelijk dat van de dropout patiënten 61% cannabis en/of cocaïne gebruikten (in tegenstelling tot de non-dropout patiënten was dit 13% en 27% respectievelijk). Bovendien gebruikte 27% van de dropout groep ecstasy, in tegenstelling tot geen van de non-dropout patiënten.

Tabel 17

Beschrijving van de relatie tussen dropout en specifieke gebruiksmiddelen.

Variabele	Dropout ($n = 33$)		Non-dropout ($n = 15$)	
	n	%	n	%
Alcohol	30	91	14	93
Nicotine	29	88	11	73
Cannabis	20	61	2	13
Sedativa ^a	6	18	3	20
Opiaten ^b	1	9	3	7
Cocaïne	20	61	4	27
Stimulantia ^c	12	36	3	20
Ecstasy ^d	9	27	0	0
Anders ^e	10	30	2	13

Note. $N = 48$, dropout $n = 33$, non-dropout $n = 15$.

^a Middelen als barbituraten, benzodiazepines, valium en xanax. ^b Middelen als methadon, heroïne, opium, codeïne en demerol. ^c Middelen als amfetaminen, khat, pepmiddelen, ritalin en speed. ^d middelen als ecstasy, MDMA, MDEA, 2CB. ^e Middelen als psychedelica, inhalatia, GHB, paddo's.

Op basis van chi-kwadraat toetsen bleek dat het gebruik van cannabis ($\chi^2 [1, 48] = 9,28, \phi = ,440, p = ,002$) en cocaïne ($\chi^2 [1, 48] = 4,75, \phi = ,315, p = ,029$) significante relaties vertoonden met dropout met een gematigd effect. Voor ecstasy werd niet voldaan aan de assumpties voor de chi-kwadraat toets. De Fisher's exact toets gaf echter $p = ,041$ (tweezijdig). Voor de overige middelen werden geen significante relaties gevonden met dropout.

3.6.4. Dropout en comorbiditeit

De frequenties en proporties omtrent de onderzochte stoornissen voor de dropout- versus non-dropout groep worden gegeven door tabel 18. In de totale steekproef was bij 83% van de patiënten sprake van een comorbide stoornis. In de dropout groep had 85% een comorbide stoornis (versus 80% in de non-dropout groep). Bij 27 (56%) patiënten waren persoonlijkheidsstoornissen verondersteld. Met betrekking tot autisme spectrum stoornis (ASS) en attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) betrof het patiënten waarbij er (mogelijk) sprake was van ASS of ADHD. De overige stoornissen waren op enig moment tijdens de behandelgeschiedenis van de patiënt gesteld. Voor de overige patiënten waren geen gegevens beschikbaar of was er geen sprake van een (persoonlijkheids)stoornis.

Tabel 18

Beschrijving van de relatie tussen dropout en comorbiditeit.

DROPOUT BINNEN VERSLAVINGSZORG VANUIT EEN SCHEMA-THEORETISCH KADER

Variabele		Dropout ($n = 33$)		Non-dropout ($n = 15$)	
		N	%	n	%
Persoonlijkheidsstoornis	Cluster A	1	3	0	0
	Cluster B	13	39	0	0
	Cluster C	6	18	7	47
Overige stoornissen	ADHD	12	36	5	33
	ASS	4	12	1	7
	Angststoornis	8	24	2	13
	Stemmingsstoornis	12	36	6	40
	Psychotische Stoornis	6	18	0	0
	Trauma en stressor	12	36	3	13

Note. $N = 48$, dropout $n = 33$, non-dropout $n = 15$. Betreft een overzicht van patiënten waarbij een of meerdere stoornissen zijn verondersteld. Van de overige patiënten waren gegevens niet beschikbaar of was geen sprake van een stoornis.

Over het geheel genomen bestond er een lichte trend waarbij de dropout groep zich kenmerkte door hogere proporties comorbide stoornissen, behalve met betrekking tot ADHD en stemmingsstoornissen. Met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen bleek dat patiënten met een cluster A of B persoonlijkheidsstoornis allen de behandeling voortijdig hadden beëindigd. Van de patiënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis was dit 46%.

Tenslotte werd gekeken of de dropout groep zich kenmerkt door hogere DASS-21 scores (i.e. een hogere mate van lijdensdruk). Voor de dropout groep werd een uitbijter op de DASS-21 angstschaal gevonden. Er was geen reden om de observatie uit te sluiten.

Tabel 19

Overzicht van DASS-21 scores (lijdensdruk) voor de dropout versus non-dropout groep.

Variabele	Dropout ($n = 33$)		Non-dropout ($n = 15$)	
	M	SD	M	SD
DASS-21 ^a	42,2	30,0	40,7	20,5

Variabele	Dropout ($n = 33$)		Non-dropout ($n = 15$)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Depressie	14,4	12,1	17,3	12,1
Angst	10,3	9,6	8,5	5,6
Stress	17,1	11,3	14,7	6,5

Note. $N = 48$. Gemeten middels de depressie, angst en stress schaal (DASS-21).

^aDASS-21 totaalscore.

Tabel 19 bevat een weergave van de gemiddelden en standaarddeviaties met betrekking tot DASS-21 scores voor de dropout versus non-dropout groep. Er werd geen bewijs gevonden voor de hypothese dat hogere lijdensdruk samenhangt met dropout bij inzicht gevende behandelingen. De dropout groep scoorde gemiddeld wat lager op depressie, maar hoger op angst en stress. Op basis van onafhankelijke t-toetsen werden echter geen significante verschillen gevonden.

4. Discussie

Het doel van het huidige exploratieve onderzoek was het verkrijgen van inzicht in de beschrijvende kenmerken van patiënten die binnen verslavingszorg waren aangemeld voor de schematherapie deeltijdbehandeling. Omdat binnen deze patiëntengroep sprake bleek te zijn van dropout, werden tevens mogelijke voorspellers van dropout onderzocht. De belangrijkste bevindingen waren dat deze patiëntengroep zich het sterkst lijkt te kenmerken door een combinatie van *kwetsbaar kind*, *straffende ouder* en *onthechte zelfsusser*, waarbij *straffende ouder* de sterkste relatie vertoonde met verslavingsernst alsmede de ernst van internaliserende klachten. Tevens werd gevonden dat internaliserende modi samenhangen met het gebruik van meer dempende middelen, maar niet met het gebruik van meer stimulerende middelen. Externaliserende modi hingen daarentegen wel (marginaal) samen met het gebruik van meer stimulerende middelen. Tenslotte werd gevonden dat *modus pest en aanval*, een jongere leeftijd, cluster B

persoonlijkheidsstoornissen, polygebruik en het gebruik van cannabis, cocaïne en ecstasy samenhangen met een verhoogde kans op dropout.

4.1. Wat zijn de beschrijvende kenmerken van de patiënten die zijn aangemeld voor de schematherapie deeltijdbehandeling binnen verslavingszorg?

4.1.1. Hoe kunnen de schema's en modi van deze patiënten worden omschreven met betrekking tot frequentie, intensiteit en hoeveelheid?

Met betrekking tot schema's werd gevonden dat patiënten gemiddeld 12 klinisch significante schema's hadden. Meest voorkomende schema's waren *bevestiging zoeken*, *meedogenloze normen*, *gebrek aan zelfcontrole* en *emotionele geremdheid*. Minst voorkomende schema's waren daarentegen *falen/mislukken*, *kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar*, *kluwen* en *afhankelijkheid*.

De gevonden hoge gemiddelde scores op *meedogenloze normen*, *zelfopoffering* en *gebrek aan zelfcontrole* is consistent met eerder onderzoek waarbij deze schema's tevens veelvuldig worden gevonden met betrekking tot verslavingsproblematiek (Shorey et al., 2012b, 2013a, 2013c, 2015; Janson et al., 2019; Pauwels et al., 2018). Het schema *gebrek aan zelfcontrole* wordt binnen verslavingszorg gezien als belangrijk schema (Ball, 1998; Shorey et al., 2013; Young et al., 2020) en kenmerkt zich door problemen met zelfcontrole/impulsiviteit, zelfdiscipline/frustratietolerantie (i.e. het kunnen verdragen van uitgestelde behoeftebevrediging) en moeite met het leren van negatieve gevolgen van gedrag. Patiënten met dit schema kunnen op overdreven wijze ongemakken trachten te vermijden, onder andere door het gebruik van middelen (Young et al., 2020). Hoge scores op dit schema hangen mogelijk samen met de gevonden relaties tussen impulsiviteit en verslavingsproblematiek (Kozak et al., 2019; Verdejo-Garcia et al., 2008), frustratie tolerantie en verslavingsproblematiek (Baars et al., 2013; Leyro et al., 2010; Ramírez Castillo et al., 2019) en

bevindingen dat sommige patiënten met verslavingsproblematiek baat lijken te hebben bij behandelingen die gedrag positief bekrachtigen zoals contingency management (Miguel et al., 2019; Tomko et al., 2016).

Anders dan bij eerder onderzoek inzake verslavingsproblematiek, werd bij de huidige steekproef *bevestiging zoeken* als belangrijk veelvoorkomend schema gevonden. Bevestiging zoeken is een schema waarbij patiënten sterk gericht zijn op het krijgen van goedkeuring, erkenning of aandacht van anderen, waarbij de eigenwaarde afhankelijk is van de reacties van anderen. Door deze overmatige aandacht voor de reacties van anderen als bron van validatie, hebben patiënten moeite met het ontwikkelen van een stabiel zelfgevoel (Young et al., 2020) en stelt Ball (1998) dat dit schema een belangrijke trigger kan zijn voor terugval in relaties waarin sprake is van middelenmisbruik. *Bevestiging zoeken* ontstaat volgens Young et al. (2020) vaak als compensatie voor een onderliggend schema zoals *sociaal isolement* of *emotioneel tekort*. Dit sluit aan bij de huidige bevindingen dat beide schema's in het huidige onderzoek tevens veelvoorkomend zijn. Volgens Shorey et al., (2013) kunnen patiënten met dit schema middelen gebruiken om sociale interacties te faciliteren en zo negatieve evaluaties van anderen te voorkomen.

Met betrekking tot modi bleek dat patiënten gemiddeld zo'n vijf à zes klinisch significante modi hadden waarbij *kwetsbaar kind* (75%), *onthechte zelfsusser* (67%) en *straffende ouder* (67%) de meest voorkomende waren. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek van Boog et al. (2018) waarbij met betrekking tot deze modi significante verschillen werden gevonden bij patiënten met verslavingsproblematiek versus non-patiënt controle groep. *Kwetsbaar kind* en *straffende ouder* zijn mogelijk echter kenmerkend voor persoonlijkheidspathologie in het algemeen. Zo bleek bijvoorbeeld uit onderzoek van Jacobs et al. (2020) dat *kwetsbaar kind* en *straffende ouder* kenmerkend lijken te zijn voor alle persoonlijkheidspathologie en mogelijk kunnen worden gezien als latente algemene pathologie factor, ofwel p-factor. Aansluitend hieraan

concludeerden Eurelings-bontekoe et al. (2010) dat patiënten met persoonlijkheidspathologie zich kenmerken door een hoge mate van zelf-bestraffendheid en concludeerden Yakin et al. (2020) dat kwetsbaar kind de belangrijkste voorspeller was voor persoonlijkheidspathologie. De bevindingen lijken daarmee te suggereren dat (interacties tussen) *kwetsbaar kind* en *straffende ouder* mogelijk belangrijke transdiagnostische aangrijpingspunten zijn in het kader van persoonlijkheidspathologie en verslavingsproblematiek.

Hoewel *kwetsbaar kind* en *straffende ouder* mogelijk kenmerkend zijn voor persoonlijkheidspathologie in het algemeen, lijkt de *onthechte zelfsusser* relevant specifiek voor patiënten met verslavingsproblematiek. De hoge prevalentie van *onthechte zelfsusser* (maar ook *onthechte beschermer*) ondersteunt de hypothese dat vermijding een belangrijke rol speelt bij verslavingsproblematiek (Ball, 1998; Straver, 2017; Young et al, 2020). Tegelijkertijd werd door het onderzoek van Jacobs et al. (2020) gevonden dat *onthechte zelfsusser* binnen de hogere orde structuur van modi binnen de compulsieve factor werd geplaatst en lijkt daarmee tevens de dwangmatige aard van deze vermijding aan te tonen. Een mogelijkheid is dat *onthechte zelfsusser* kenmerkend is voor stoornissen waarbij sprake is van een compulsieve component waaronder obsessief compulsieve spectrum stoornissen, dwangmatige persoonlijkheidsstoornis en (langdurige) verslavingsproblematiek. Dit lijkt bijvoorbeeld te worden ondersteund door de bevinding dat *onhechte zelfsusser* en niet *onthechte beschermer* geassocieerd was met de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (Lobbestael et al., 2008) en door bevindingen die aantonen dat obsessieve-compulsieve stoornissen (OCS) en verslavingsproblematiek belangrijke (neurologische en psychologische) factoren in gemeen hebben. Zo stellen Cuzen et al. (2013) in hun review dat, net als patiënten met verslavingsproblematiek, patiënten met OCS gekenmerkt worden door obsessieve/instructieve gedachten (bij verslaving is dit middelen gerelateerd) en een drang (gelijkend aan craving) om compulsies uit te voeren om potentiële nadelige gevolgen of

ongemakken te voorkomen. Tevens lijken zowel OCS als verslavingsproblematiek gedeelde neurologische ontregelingen te vertonen (Klugah-Brown et al., 2021; Lubman et al., 2004; Maia et al., 2008) waarbij beide stoornissen zich kenmerken door executieve problemen zoals disinhibitie van impulsen en cognitieve inflexibiliteit (Ersche et al., 2012; López-Hernández et al., 2022; Van Heycop-den Ham et al., 2014). Het is mogelijk dat onderliggende obsessief-compulsieve persoonlijkheidskenmerken patiënten predisponeren tot het gebruik van een dwangmatig vermijdende coping stijl (i.e. *onthechte zelfsusser*), waarbij in combinatie met impulsiviteit dit onder andere kan resulteren in langdurige verslavingsproblematiek. Deze hypothese lijkt consistent met de bevindingen van Ersche et al. (2013) welke concludeerden dat, hoewel impulsiviteit voorspellend is voor wie middelen gaan gebruiken, de combinatie met obsessieve-compulsieve eigenschappen voorspellend is voor de kwetsbaarheid om verslavingsproblematiek te ontwikkelen. In hun onderzoek vergeleken zij, middels Magnetic Resonance Imaging (MRI) en persoonlijkheidstesten, een groep recreatieve gebruikers ($n = 26$), problematisch gebruikers ($n = 47$), diens broers/zussen ($n = 49$) en gezonde vrijwilligers ($n = 52$) met elkaar. Zij toonden aan dat zowel recreatieve en problematische gebruikers zich kenmerkten door impulsiviteit, maar alleen de problematische gebruikers obsessief-compulsieve eigenschappen vertoonden. Aansluitend hierop vonden zij dat, hoewel broers/zussen van problematische gebruikers dezelfde markers vertoonden met betrekking tot obsessief-compulsieve kenmerken, zij niet dezelfde mate van impulsiviteit vertoonden. Ersche et al. (2013) concludeerden dat de lagere mate van impulsiviteit mogelijk een beschermende factor was waardoor broers/zussen geen middelen gingen gebruiken en daardoor geen verslavingsproblematiek ontwikkelden.

Echter is het tevens mogelijk dat *onthechte zelfsusser* compulsief gedrag ten gevolge van langdurig middelengebruik representeert. Zo concludeerden Schoebaum et al. (2008) op basis van hun review dat verslavingsgedrag zich kenmerkt door verschillende compulsieve, impulsieve en

perserverende aspecten welke geassocieerd zijn met afwijkingen in de orbito-frontale cortex (OFC) en dat middelengebruik (met name het gebruik van alcohol en cocaïne) blijvende veranderingen in onder andere deze gebieden teweeg brengt. De OFC is volgens hen betrokken bij het aanpassen van verwachtingen in het licht van overtredingen van deze verwachtingen. Interne representaties van verwachte uitkomsten sturen het onmiddellijke gedrag aan waardoor men doelen kan nastreven en nadelige gevolgen kunnen worden voorkomen. Afwijkingen in de OFC zijn gerelateerd aan een moeilijkheid bestaande verwachtingen aan te passen op basis van nieuwe (nadelige) informatie. Het is mogelijk dat patiënten dwangmatig middelen blijven gebruiken ten gevolge van een onvermogen eerder geleerde verwachtingen bij te stellen in het licht van inmiddels negatieve gevolgen van middelengebruik.

Samengevat lijken zowel dwangmatigheid alsook impulsiviteit een belangrijke rol te spelen in het kader van verslavingsproblematiek. Hoewel de relatie tussen impulsiviteit en verslavingsproblematiek tot dusver empirisch het sterkst lijkt te worden ondersteund (Verheul et al., 2017) en tevens Boog et al. (2018) verschillen vonden met betrekking tot *impulsief kind* bij patiënten met verslavingsproblematiek versus een niet-patiënten controlegroep, werd dit verschil in het huidige onderzoek minder frequent gevonden. Meer specifiek kwam een klinisch significante hogere score op *impulsief kind* bij slechts 17% van de patiënten voor. Dit is verassend gezien de sterke relatie tussen impulsiviteit en verslavingsproblematiek. Een mogelijke verklaring kan worden gevonden in het feit dat er zelfrapportage vragenlijsten zijn gebruikt. Het is mogelijk dat patiënten als gevolg van sociaal wenselijkheid of gebrekkig zelfinzicht externaliserende kenmerken onderrapporteren (Lobbesteal, 2008). Ook blijkt dat impulsiviteit binnen personen en over tijd kunnen fluctueren (Ansell et al., 2015; Stamates et al., 2018) waardoor het mogelijk door patiënten niet wordt gezien als kenmerkend voor het zelf. Een alternatieve verklaring zou kunnen zijn dat een lagere mate van impulsiviteit (in combinatie met compulsiviteit) voldoende is om

verslavingsproblematiek te ontwikkelen of dat patiënten op jongere leeftijd zijn blootgesteld aan middelen terwijl externaliserende problematiek/impulsiviteit inmiddels zijn afgenomen. Zo lijkt er bijvoorbeeld bewijs te zijn dat externaliserende problematiek (en impulsiviteit) over tijd afneemt (Gilliom en Shaw 2004; Hamilton et al, 2019). Mogelijk zijn compulsieve klachten echter blijven bestaan (al dan niet in stand zijn gehouden door middelengebruik) waarbij de moeilijkheid om oude verwachtingen aan te passen aan nieuwe informatie de problematiek (mede) in stand houdt. Om te kunnen vaststellen of inderdaad juist de combinatie van impulsiviteit en compulsiviteit samenhangt met langdurige verslavingsproblematiek, zal nader onderzoek moeten worden verricht.

4.1.2. Hangen intensiteit en/of hoeveelheid schema's en modi samen met zelf-gerapporteerd algeheel psychisch disfunctioneren of minder zelf-gerapporteerde kwaliteit van leven?

In het huidige onderzoek werd gevonden dat het hebben van meer- en hogere scores op schema's en modi samenhang met het ervaren van meer depressie, angst en stress. Modus *straffende ouder* bleek hierbij de sterkste relatie met DASS-21 scores te vertonen. Adaptieve modi hingen zoals verwacht negatief samen met DASS-21 scores. De resultaten ondersteunen de aanname van Young et al. (2020) dat over het algemeen hogere scores op schema's en modi, alsmede het hebben van meer schema's en modi, samenhangen met het ervaren van meer negatieve emoties.

Met betrekking tot hogere orde modigroepen bleken internaliserende modi samen te hangen met depressie, angst en stress. Externaliserende modi hingen daarentegen alleen significant samen met stress. Dit is consistent met de assumptie van Lahey (2021) welke veronderstelde dat patiënten met externaliserende problematiek zich kenmerken door stress ten gevolge van het eigen gedrag en niet zozeer door internaliserende klachten. De gevonden relaties tussen de internaliserende en externaliserende modigroepen bleken niet significant wanneer werd gecontroleerd voor *straffende ouder*, hetgeen de belangrijke rol van deze modus lijkt te suggereren bij het ontstaan van negatief

affect. Een mogelijke verklaring kan worden gevonden in het werk van Dadomo et al. (2016) welke stellen dat oudermodi mechanismen zijn die de meest ernstig ontregelde emoties genereren. Hoewel er geen effect werd gevonden voor de *veeleisende ouder* en DASS-21 scores en deze slechts bij 23% van patiënten significant hoger leek voor te komen, sluit dit wel aan bij de huidige bevindingen dat *straffende ouder* een van de meest voorkomende modi was en het sterkst gerelateerd bleek aan DASS-21 scores. Modus *straffende ouder* betreft geïnternaliseerde boodschappen vanuit de kindertijd en kan resulteren in zelfverachting, zelfkritiek, zelfverloochening, zelf-devaluatie automutilatie, suïcidale gedachten en overmatige gevoelens van schuld, schaamte, minachting en walging (Dadomo et al. 2016). *Veeleisende ouder* hangt volgens hen daarentegen samen met overmatige gevoelens van verantwoordelijkheid en schuldgevoelens waardoor men streeft naar status en efficiëntie en kan leiden tot rigiditeit, gebrek aan spontaniteit, zelfverwaarlozing. Hoewel schuldgevoelens en overmatige verantwoordelijkheid disfunctioneel kunnen zijn, lijken gevoelens van schuld (i.e. mijn gedrag is slecht) minder consistent gerelateerd aan psychopathologie dan gevoelens van schaamte (i.e. ik ben slecht) en blijkt bovendien dat gevoelens van schuld tevens adaptief van aard zijn (Erb et al. 2023; Lim & DeSteno, 2022).

Met betrekking tot kwaliteit van leven bleken patiënten gemiddeld genomen voldoende kwaliteit van leven te ervaren. Over het geheel genomen werd geen sterke relatie gevonden tussen schema's, modi en kwaliteit van leven en werd in tegenstelling tot verwachtingen, slechts een marginale negatieve relatie gevonden met externaliserende modi. Meer specifiek werden slechts significante negatieve relaties gevonden voor het schema *kluwen* en de modi *kwetsbaar-* en *razend kind*. Modus *gezonde volwassene* vertoonde daarentegen een positieve relatie met kwaliteit van leven. Meer en/of intensere schema's en modi lijken zich dus niet zondermeer te vertalen naar een lagere kwaliteit van leven. Een uitzondering hierop was het schema *kluwen* welke wel een duidelijke impact leek te hebben. Volgens Roediger et al. (2018) komt dit schema voort

uit een frustratie van de behoefte aan assertiviteit en controle, welke zou samenhangen met zowel *kwetsbaar-* als *woedend kind*. Hoewel niet expliciet genoemd, is het niet ondenkbaar dat een extremere mate van *woedend kind* (i.e. *razend kind*) ook met dit schema samenhangt. Volgens hen is het vervolgens de taak van de *gezonde volwassene* om een balans te vinden tussen de behoefte aan hechting en assertiviteit/autonomie zodat het *kwetsbare kind* weer open een gevoelig kan worden en het *woedende kind* kan kalmeren en als tevreden en bekrachtigd kind op assertieve wijze de wereld kan exploreren. De huidige bevindingen lijken aan te sluiten bij Cohen et al. (2015) welke een negatieve relatie vonden tussen verstrengeling en kwaliteit van leven. Zij concludeerden dat verstrengeling samenhangt met ernstige functionele beperkingen waaronder een verhoogde mate van angst en depressie, hetgeen tevens werd gevonden in het huidige onderzoek, maar ook een verminderde tevredenheid in relaties. Samenvattend lijkt het huidige onderzoek dan ook te suggereren dat het in het kader van kwaliteit van leven van belang is een gezonde autonomie te ontwikkelen middels het versterken van de *gezonde volwassene* om zo het *kwetsbare-* en *razende kind* te verzachten.

4.1.3. Is er een samenhang tussen verslavingsernst en verschillende schema's en/of modi?

Met betrekking tot de relatie tussen schema's, modi en verslavingsernst werden slechts een klein aantal schema's en modi relevant bevonden. Meer specifiek werd gevonden dat het schema *kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar* samenhang met het rapporteren van minder verslavingskenmerken en *gebrek aan zelfcontrole* met het verlangen (craving) om middelen te willen gaan gebruiken. Ook de hogere orde internaliserende modi hingen samen met verlangen, met name vanuit (interacties tussen) *straffende ouder* en *ongedisciplineerd kind*. *Straffende ouder* was tevens de enige variabele die samenhang met de verslavingsernst totaalscore. Hoewel externaliserende modi tezamen niet samenhangen met verslavingsernst, werd gevonden dat *razend*

kind en *impulsief kind* samenhangen met het gebruik van grotere hoeveelheden van een middel (ofwel excessief gebruik) en langdurig structureel gebruik van middelen.

Impulsiviteit is een heterogeen construct welke in het kader van het ontstaan verslavingsproblematiek het meest wordt ondersteund door empirisch onderzoek (Verheul et al., 2017). Het huidige onderzoek lijkt de rol van impulsiviteit in het kader van excessief en langdurig gebruik van middelen te ondersteunen. Echter, zoals Boog (2019) in zijn proefschrift concludeert, dient impulsiviteit te worden beschouwd in relatie tot een emotionele component. Boog verwijst in zijn proefschrift naar het onderzoek van Stamatou et al. (2018) waarbij werd aangetoond dat de relatie tussen impulsiviteit en het gebruik van alcohol werd gemedieerd door affect en dat impulsiviteit fluctueert binnen personen. Een mogelijk relevant construct in dit kader is daarom negative urgency (NU), ofwel de geneigdheid om impulsief te handelen onder intens negatief affect (i.e. rash action). Consistent met schematheorie, stellen Settles et al. (2012) dat veel van het externaliserende gedrag (e.g. middelengebruik, agressie en gedragsproblemen) zich voordoet onder intens negatief affect. NU zou volgens hen een belangrijke voorspeller zijn voor externaliserende problematiek en wordt gekenmerkt door een hoge mate van neuroticisme, lage agreeableness en lage conscientiousness. Opvallend is dat deze constellatie persoonlijkheidsfactoren tevens kenmerkend zijn voor persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen (maar borderline persoonlijkheidsstoornis meer specifiek, Skodol, 2018). Dit is temeer relevant daar Boog (2019) concludeert dat BPS klachten sterk kenmerkend zijn voor verslavingsproblematiek. Volgens Settles et al. (2012) is NU voorspellend voor gedrag met een hoge affectieve component, waaronder riskant seksueel gedrag, partner geweld en hoeveelheid middelengebruik. Hetgeen lijkt aan te sluiten bij de huidige bevindingen dat *impulsief kind* samenhangt met langdurig en excessief gebruik. De relevantie van NU in het kader van verslavingsproblematiek lijkt veelvuldig te worden ondersteund (Cyders et al., 2014; Hildebrandt et al., 2021; Junglen et al., 2019; Kaiser et al., 2012;

Zorilla & Koob, 2019). Uit onderzoek blijkt er tevens een belangrijke relatie te bestaan tussen impulsiviteit, meer specifiek NU, en craving. Zo werd gevonden dat, onder hoog negatief affect, patiënten die hoog scoren op NU tevens meer craving rapporteren (Chester et al., 2016; Li et al., 2021) en dat negatief affect zowel craving en NU lijkt te voorspellen (Leenaerts et al., 2023). Interessant genoeg vonden Quintero et al. (2020) in hun onderzoek dat patiënten met hoge NU scores dezelfde moeite vertoonden met het uitdoven van eerder geleerde responsen in het licht van nieuwe informatie. De moeite met het leren van negatieve gevolgen zou volgens Young et al. (2020) kenmerkend zijn voor patiënten met het schema *gebrek aan zelfcontrole*, welke onderliggend wordt verondersteld aan zowel *impulsief*- als *ongedisciplineerd kind*. Aspecten van het onderliggende schema *gebrek aan zelfcontrole* lijken daarmee samen te hangen met verschillende verslavingsernst componenten waarbij *modus straffende ouder* mogelijk een aandrijvende factor is voor zowel verlangen als impulsiviteit en daarmee langdurig excessief gebruik. Zoals eerder beschreven lijkt *modus straffende ouder* een belangrijke onderliggende rol te spelen bij persoonlijkheidspathologie en blijkt het tevens de potentie te hebben om ernstig onregelde emoties te genereren. Een mogelijk mechanisme is dan ook dat *straffende ouder* bijdraagt aan verslavingsproblematiek door het genereren van intense emoties waarbij zowel craving als NU worden aangedreven. Toekomstig onderzoek zal echter moeten uitsluiten of juist *straffende ouder* leidt tot impulsiviteit (NU) en verlangen en of dit mogelijk opvolgend leidt tot middelengebruik. Hoewel toekomstig onderzoek deze hypothese nog dient te onderzoeken, is *straffende ouder* onder de patiënten een frequent voorkomende *modus*. De huidige bevindingen lijken dan ook te suggereren dat het van belang kan zijn om eerst de *straffende ouder* verzwakken voordat coping strategieën worden afgebroken. Een toename van negatief affect, welke te verwachten valt wanneer coping strategieën worden doorbroken, zou (mogelijk onder negative urgency) kunnen leiden tot toegenomen verlangen en terugval.

4.1.4. Is er een samenhang tussen polygebruik of soort middel en schema's en/of modi?

Met betrekking tot schema's hing slechts *sociaal isolement* samen met geen polygebruik. Het hebben van een grotere hoeveelheid schema's of modi vertoonde geen relatie met polygebruik. Modus *onthechte zelfsusser* hing daarentegen negatief samen met laag bereik polygebruik en marginaal met hoog bereik polygebruik. Tenslotte werd er een marginale relatie gevonden tussen hoog bereik polygebruik en modus *pest en aanval*. In tegenstelling tot de bevindingen van Bailey et al. (2019) werd er geen significante relatie gevonden tussen de hogere orde externaliserende modigroep en hoog bereik polygebruik. Echter werd er wel een trend in de verwachte richting gevonden met afnemende negatieve correlaties over geen- en laag bereik polygebruik en een positieve correlatie met hoog bereik polygebruik. Tevens was er een tegenovergesteld trend zichtbaar voor internaliserende modi. Een mogelijke reden voor het niet vinden een significante relatie is een tekort aan power ten gevolge van de geringe steekproefomvang en tevens de hoge prevalentie van polygebruik. Om te beoordelen of er tussen externaliserende modi en polygebruik een relatie bestaat is mogelijk een grotere steekproef nodig.

Met betrekking tot de relatie tussen schema's, modi en middelengebruik werd gevonden dat, zoals verwacht, internaliserende modi significant samenhangen met het gebruik van meer dempende middelen, maar niet met het gebruik van meer stimulerende middelen. Externaliserende modi vertoonden daarentegen een marginale relatie met het gebruik van meer stimulerende middelen. Hierbij valt op te merken dat het gebruik van dempende middelen (i.e. alcohol 92%, cannabis 46% en sedativa 19%) in het huidige onderzoek meer voorkomend was dan het gebruik van stimulerende middelen (i.e. cocaïne 50%, stimulantia 31% en ecstasy 19%), hetgeen een parallel lijkt te vertonen met de prevalentie van internaliserende- versus externaliserende modi. Het is mogelijk dat er een grotere steekproef nodig is om relaties aan te tonen tussen variabelen die

relatief minder voorkomend zijn. Hoe dan ook lijken de huidige bevindingen te suggereren dat externaliserende modi, maar niet internaliserende modi samenhangen met het gebruik van meer stimulerende middelen.

Met betrekking tot de relaties tussen schema's, modi en specifiek middelengebruik werd gevonden dat *onthechte zelfsusser* en *pest en aanval* samenhangen met het gebruik van cocaïne. Zoals eerder gesteld representeert *onthechte zelfsusser* mogelijk een vermijdende coping stijl met een onderliggende dwangmatige component welke door het gebruik van alcohol en cocaïne in stand kan worden gehouden of hierdoor kan verergeren als gevolg van veranderingen in onder andere de OFC (Ersche et al. 2011; Schoebaum et al. ,2008). *Pest en aanval* is daarentegen een modus waarin de patiënt bedreigingen, agressie en intimidatie gebruikt om zijn of haar zin te krijgen of zich te beschermen tegen (vermeend) gevaar (Arntz & Jacobs, 2020). Een verklaring voor de relatie met het gebruik van cocaïne kan mogelijk worden gevonden in de bevindingen dat het gebruik van cocaïne geassocieerd lijkt te zijn aan een hogere mate van vijandige agressie, geweld, psychopathische deviatie, paranoia en criminaliteit (Gerra et al., 2008; Alexander Morton & Pharm, 1999).

4.1.5. Zijn er verschillen op basis van geslacht in (hoeveelheid) schema's en/of modi?

Met betrekking tot schema's werd gevonden dat vrouwen hoger scoorden op *falen*, *zelfopoffering* en *bestraffendheid*. Mannen scoorden alleen hoger op *veeleisendheid*. In tegenstelling tot de bevindingen van Shorey et al. (2012a) scoorden vrouwen niet hoger op de meeste schema's en werden er geen verschillen gevonden in *onderwerping* en *onvoldoende zelfcontrole*. Echter had het onderzoek van Shorey et al. (2012a) beduidend meer power gezien de steekproefomvang ($N = 854$) waardoor ook mogelijke kleinere verschillen kunnen worden gevonden. Hogere scores voor vrouwen op onder andere *falen* en *zelfopoffering* werden tevens

gevonden door Janson et al. (2018) in een steekproef van 225 patiënten in behandeling voor een stoornis voor het gebruik van alcohol. Verschillen in *bestraffendheid* werden niet gevonden. In geen van beide onderzoeken werd gevonden dat mannen hoger scoorden op schema's. Zowel bij het onderzoek van Shorey et al. (2012a) alsook dat van Janson et al. (2018) werd het grootste verschil op basis van genderverschillen voor *zelfopoffering* gevonden. Volgens Roediger et al. (2018) komen de schema's *falen* en *zelfopoffering* voort uit een frustratie- en zelfopoffering van assertiviteit en controle. De bevindingen lijken daarmee te suggereren dat de behandeling van vrouwen zich dient te richten op het versterken van assertiviteit en autonomie.

Met betrekking tot modi werd gevonden dat mannen alleen significant hoger scoorden op de hogere orde *externaliserende* modigroep. Meer specifiek scoorden mannen significant hoger op *zelfverheerlijker* en *pest en aanval*, vrouwen scoorden daarentegen hoger op *willoze inschikkelijke*. Mannen en vrouwen vertoonden geen verschil in het aantal klinisch significante schema's of modi. De huidige bevindingen zijn ten dele consistent met Roelofs et al. (2016) waarbij onder een groep niet-klinische adolescenten ($N = 520$) genderverschillen werden gevonden met betrekking tot externaliserende modi (*razend kind* en *pest en aanval*) waarbij werd geconcludeerd dat jongens en meisjes in dezelfde mate internaliserende modi onderschrijven, maar dat jongens meer externaliserend gedrag vertonen.

4.2. Zijn verschillen te identificeren tussen patiënten die vroegtijdig de behandeling beëindigen en patiënten die de schematherapie deeltijdbehandeling afronden?

Consistent met eerdere bevindingen van Brorson et al. (2013) werd gevonden dat een jongere leeftijd geassocieerd was met dropout en lijkt daarmee een robuust effect te zijn. Hoewel er geen relatie werd gevonden tussen verslavingsernst en dropout, bleek polygebruik daarentegen wel samen te hangen met dropout. Meer specifiek werd gevonden dat zowel het gebruik van meer

verschillende middelen alsook *hoog bereik*, maar niet *laag bereik polygebruik*, samenhangen met dropout. Bij bestudering van specifiek middelengebruik bleken cannabis, cocaïne en ecstasy significante relaties vertoonden met dropout. Dit is consistent met de bevindingen van Lappan et al. (2019) en Martinez-loredo et al. (2021) dat over het algemeen dropout hoger is bij het gebruik van stimulerende middelen, met name bij cocaïne. Zij vonden dat cocaïne/stimulantia gebruikers zich kenmerken door NU, een hogere mate van anger-hostility. Tevens werd in een ander onderzoek van McCormick en Smith (1995) werd onder 3367 middelengebruikers gevonden dat polygebruikers an sich significant hoger scoren op vijandigheid en agressie. Dit lijkt aan te sluiten bij de huidige bevindingen waaruit bleek dat *pest en aanval* significant samenhang met zowel cocaïne gebruik alsook dropout en marginaal met hoog bereik polygebruik. Zoals eerder reeds besproken tracht een patiënt binnen *pest en aanval* kwetsing of controle van anderen te voorkomen door anderen middels bedreiging, intimidatie, agressie en dwang, te controleren en domineren (van Vreeswijk et al., 2008) en lijkt daarmee een hoge mate van vijandigheid te representeren. Eerdere bevindingen tussen dropout en vijandigheid (Gamanche et al., 2008. Arntz et al., 2015) lijken hiermee te worden ondersteund. Hoewel het gebruik van cannabis niet samenhang met *pest en aanval*, vonden Ansell et al. (2015) dat het gebruik van cannabis gerelateerd was aan impulsiviteit, interpersoonlijke vijandigheid en percepties van vijandigheid in anderen. Het is mogelijk dat, doordat patiënten vijandigheid in anderen waarnemen, zij meer moeite hebben om een therapeutische relatie op te bouwen en zich minder veilig voelen in een groepsbehandeling. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot dropout.

Met betrekking tot de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en dropout werd gevonden dat alle patiënten met een vastgestelde cluster A (dit betrof echter slechts één patiënt) of B persoonlijkheidsstoornis vroegtijdig de behandeling hadden beëindigd. Daarentegen bleek dat patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen vaker de behandeling voortzetten. Van alle

patiënten die de behandeling hadden afgerond, was bij 47% een cluster C persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. De huidige bevindingen lijken consistent met onderzoek van Zikos et al. (2010) welke vonden dat patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis in behandeling voor een stoornis in het gebruik van alcohol eerder en vaker vroegtijdig uitvielen dan patiënten met andere persoonlijkheidsstoornissen. Tevens vonden zij dat deze patiënten naast alcohol, vaak meerdere middelen gebruikten, maar vooral cocaïne. De bevinding dat met name cluster B persoonlijkheidsstoornissen lijken uit te vallen is bijzonder gezien schema therapie initieel is ontwikkeld ter behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis (Van Dijk et al., 2023) en tevens over het algemeen wordt gevonden dat dropout bij schematherapie consistent laag is (Farrel et al., 2009; Gülüm, 2018; Nadort et al., 2009). Hoewel in het huidige onderzoek de specifieke kenmerken van cluster B patiënten niet zijn onderzocht, biedt het HiTOP model mogelijk meer inzicht in de bevindingen. Volgens het HiTOP model vallen zowel verslavingsproblematiek, alsook cluster B persoonlijkheidsproblematiek, onder het bredere externaliserende spectrum, weliswaar onder twee verschillende sub-spectra (i.e. verslavingsproblematiek onder disinhibitie) en cluster B persoonlijkheidsstoornissen onder antagonisme, waarbij de antisociale persoonlijkheidsstoornis onder beide sub-spectra valt (Ringwald et al., 2023). Bovendien blijken er sterke correlaties te bestaan tussen de verschillende (sub)spectra, hetgeen betekent dat deze zich veelal gelijktijdig (alsook sequentieel) binnen patiënten voordoen (Caspi et al., 2014; Kreuger et al., 2021). Cluster B persoonlijkheidsproblematiek lijkt zich meer uniek te kenmerken door onder andere vijandigheid en agressie. Dit lijkt aan te sluiten bij bevinding van Lobbestael (2008) dat *modus pest en aanval* kenmerkend was voor de borderline- alsook antisociale persoonlijkheidsstoornis. Cluster C problematiek valt daarentegen binnen het spectrum *onthechting*, hetgeen zich kenmerkt door vermijding van intimiteit, zich terugtrekken en achterdochtigheid.

Samengevat lijken de huidige bevindingen dan ook te suggereren dat een hogere mate van vijandigheid een kwetsbaarheid vormt voor dropout. Een hogere mate van vijandigheid of agressie heeft mogelijk een negatieve invloed op het ontwikkelen van een therapeutische alliantie en behandelretentie (Gamanche et al., 2008) almede het ontwikkelen van positieve interpersoonlijke relaties (Fahlgren et al, 2020). Het is dan ook mogelijk dat groepsbehandelingen (aanvankelijk) minder geschikt zijn voor deze patiënten, omdat een groep als te bedreigend kan worden ervaren (MacNair & Corazzini, 1994). Aansluitend hieraan bleek uit een meta-analyse van Arntz et al., (2022) bovendien dat groepsbehandelingen an sich samenhangen met dropout, waarbij naarmate er meer nadruk ligt op de groep en minder op individuele behandeling, de kans op dropout toeneemt. Zij concludeerden dat de geneigdheid om meer groepstherapieën te bieden mogelijk hoge kosten met zich meebrengt voor zowel patiënten als de samenleving, adviseren de weerstand tegen groepsbehandelingen bij patiënten serieus te nemen en individuele behandelingen te overwegen bij patiënten die aangeven te wantrouwend, geremd of te gemakkelijk boos en/of agressief te kunnen worden. In het kader van verslavingszorg suggereren de huidige bevindingen dat (eventueel initieel) individueel behandelen tevens overwogen dient te worden bij het gebruik van veel verschillende middelen/hoog bereik polygebruikers, maar mogelijk ook bij gebruik van cannabis of cocaïne.

Tenslotte werd er geen verschil gevonden tussen dropout versus non-dropout groep met betrekking tot depressie, angst en/of stress. De assumptie dat hogere lijdensdruk samenhangt met dropout bij inzicht gevende behandelingen werd daarmee niet ondersteund. Echter werd in het huidige onderzoek gekeken naar lijdensdruk bij aanvang van de deeltijdbehandeling. Het is mogelijk dat wanneer lijdensdruk tijdens de behandeling toeneemt (e.g. door stressvolle interpersoonlijke interacties binnen de groep of door het doorbreken van coping), dit wel kan leiden tot dropout. Om te beoordelen of een hogere dan wel lagere lijdensdruk samenhangt met dropout

zou toekomstig onderzoek op meerdere momenten tijdens de behandeling de mate van depressie, angst en stress kunnen meten. Dit is van belang gezien eerder werd aangetoond dat het ervaren van meer internaliserende klachten, samenhangt met een hogere mate van verlangen, hetgeen mogelijk zou kunnen leiden tot terugval in gebruik en dropout.

4.3. Kracht en beperkingen

Zoals bij ieder onderzoek zijn er beperkingen met betrekking tot de interpretatie van de resultaten binnen het huidige onderzoek. Ten eerste was er sprake van een kleine steekproef waardoor er onvoldoende power was om bepaalde effecten betrouwbaar te kunnen detecteren. Dit geldt temeer voor vraagstellingen met betrekking tot de YSQ-3, daar er slechts voor een klein aantal patiënten gegevens beschikbaar waren. Tevens zijn effecten van hogere orde structuren mogelijk beter te onderzoeken binnen een bredere steekproef dan slechts patiënten die zijn aangemeld voor schematherapie (e.g. ten gevolge van restriction of range). Toekomstig onderzoek zou verslavingszorg breed (idealiter inclusief forensische verslavingszorg) kunnen worden uitgevoerd om zo tot een bredere spreiding van onder andere externaliserende modi te komen, waardoor eventuele effecten beter kunnen worden onderzocht. Ten tweede was het huidige onderzoek beschrijvend van aard waardoor niet met zekerheid kan worden gesteld dat de kenmerken van patiënten die vroegtijdig zijn uitgevallen, causaal hebben bijgedragen aan dropout. Mogelijke alternatieve verklaringen zouden hierin een rol kunnen spelen. Ten derde valt op te merken dat op basis van het huidige onderzoek niet mogelijk is om vast te stellen is of de kenmerken van de huidige patiëntenpopulatie hebben bijgedragen aan het ontstaan en/of voortbestaan van de verslavingsproblematiek of dat deze kenmerken de gevolgen van langdurige verslavingsproblematiek representeren. Tenslotte is de huidige populatie heterogeen van aard met betrekking tot verschillende comorbide stoornissen, waardoor de schema's en modi geen pure

verslavingsproblematiek representeren. Aansluitend hieraan kan tevens niet worden uitgesloten dat sommige patiënten nog in gebruik waren ten tijde van de afname van de vragenlijsten. Dit kan gevolgen hebben gehad voor onder andere de DASS-21 scores en de aanwezigheid van comorbide problematiek, daar het gebruik van middelen kan zorgen voor een toename in internaliserende klachten (Batalla & Schellekens, 2019). Echter wint het huidige onderzoek aan ecologische waarde, daar comorbiditeit eerder regel dan uitzondering is.

Ondanks deze beperkingen biedt het huidige onderzoek inzicht in de relevantie van schematheorie binnen verslavingszorg. Voor zover bekend was dit het eerste onderzoek dat binnen deze patiëntenpopulatie dropout heeft onderzocht vanuit een schema-theoretisch kader alsook modi onderzocht op basis van een hogere orde structuur. De bevindingen leveren daarmee een belangrijke bijdrage aan het binnen verslavingszorg nog schaarse onderzoek naar de relevantie van modi en hogere orde modigroepen.

4.4. Conclusie

Schema-theoretische constructen lijken van meerwaarde te zijn voor het begrijpen van de onderliggende mechanismen van verslavingsproblematiek. Echter zal in dit kader meer onderzoek moeten worden verricht. Persoonlijke- en patiëntfactoren bleken daarentegen nauwer gerelateerd aan dropout dan schema's of modi.

5. Literatuurlijst

- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed) (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Aaron, D. J. (2013). Early maladaptive schemas and substance use. *Addictive Disorders & Their Treatment*, *12*(4), 193–200. <https://doi.org/10.1097/adt.0b013e31827d8763>
- Ansell, E. B., Laws, H. B., Roche, M., & Sinha, R. (2015). Effects of marijuana use on impulsivity and hostility in daily life. *Drug and Alcohol Dependence*, *148*, 136–142. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.029>
- Armoon, B., Fleury, M., Bayat, A., Bayani, A., Mohammadi, R., & Griffiths, M. D. (2022). Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Public Health*, *80*(1). <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00940-0>
- Arntz, A., & Jacob, G. (2020). *Schematherapie: een praktische handleiding*. (6^e oplage). Amsterdam: Nieuwezijds.
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W., Verhoef, R. E. J., Van Emmerik, A. a. P., Rameckers, S. A., Badenbach, T., & Grasman, R. P. P. P. (2022). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(3), 668–686. <https://doi.org/10.1017/s0033291722003634>
- Baars, M. Y., Müller, M. M., Gallhofer, B., & Netter, P. (2013). Relapse (Number of Detoxifications) in Abstinent Male Alcohol-Dependent Patients as Related to Personality Traits and Types of Tolerance to Frustration. *Neuropsychobiology*, *67*(4), 241–248. <https://doi.org/10.1159/000350483>

- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review, 111*(1), 33–51. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.111.1.33>
- Ball, S. A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders, 21*(3), 305–321. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.3.305>
- Ball, S.A., (2007a). Cognitive-behavioral and schema-based models for the treatment of substance use disorders. In Riso, L. P., Du Toit, P. H., Stein, D. J., & Young, J. R. (Eds.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 111- 138). In American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11561-000>
- Barber, J. G. & Crisp, B. R. (1994). The effects of alcohol abuse on children and the partner's capacity to initiate change. *Drug and Alcohol Review, 13*, 409-416. <https://doi.org/10.1080/09595239400185541>
- Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2021). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29*(1), 111–130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>
- Bach, B., Lee, C., Mortensen, E. L., & Simonsen, E. (2016). How do *DSM-5* personality traits align with schema therapy constructs? *Journal of Personality Disorders, 30*(4), 502–529. https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_212
- Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., & Kriston, L. (2017). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. (2017). *European Journal of Psychological Assessment, 33*, 134-143. [doi:10.1027/1015-5759/a000272](https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272)

- Bailey, A. J., Farmer, E. J., & Finn, P. R. (2019). Patterns of polysubstance use and simultaneous co-use in high risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *205*, 107656.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107656>
- Beurs, E. de, Van Dyck, R., Marquenie, L.A., Lange, A. & Blonk, R.W.B. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, *34*, 35-53.
- Boog, M., Van Hest, K., Drescher, T., Verschuur, M., & Franken, I. (2018). Schema modes and personality disorder symptoms in alcohol-dependent and cocaine-dependent patients. *European Addiction Research*, *24(5)*, 226–233. <https://doi.org/10.1159/000493644>
- Boog, M., Dugonjic, H., Arntz, A., Goudriaan, A. E., Wetering, B. J., & Franken, I. H. (2022). Borderline personality disorder with versus without alcohol use disorder: Comparing impulsivity and schema modes. *Journal of Personality Disorders*, *36(1)*, 1–18.
https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_521
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Dropout from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, *33(8)*, 1010 – 1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R. & Stith, S. M. (2016). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence* *8(1)*, 110–131
<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000074>
- Calvete, E., Orue, I., & González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the young schema questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*, 283-290. doi:10.1027/1015-5759/a000158
- Carr, S. N., & Francis, A. J. P. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy*:

- Theory, Research and Practice*, 83(4), 333–349.
<https://doi.org/10.1348/147608309x481351>
- Chester, D. S., Lynam, D. R., Milich, R., & DeWall, C. N. (2016). Craving versus control: Negative urgency and neural correlates of alcohol cue reactivity. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, S25–S28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.10.036>
- Cohen, J., Jensen, D. D., Dryman, M. T., & Gross, J. J. (2015). Enmeshment Schema and Quality of Life Deficits: The Mediating Role of Social Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.29.1.20>
- Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269–275. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000069>
- Cyders, M. A., Dzemidzic, M., Eiler, W. J. A., Coskunpinar, A., Karyadi, K. A., & Kareken, D. A. (2014). Negative Urgency and Ventromedial Prefrontal Cortex Responses to Alcohol Cues: fMRI Evidence of Emotion-Based Impulsivity. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(2), 409–417. <https://doi.org/10.1111/acer.12266>
- Erb, S. R., Barata, P. C., Yi, S., McLachlan, K., & Powell, D. (2023). The shame and guilt distinction: Addressing the (mal)adaptive nature of guilt. *Traumatology*, 29(2), 233–248. <https://doi.org/10.1037/trm0000388>
- Ersche, K. D., Jones, P. B., Williams, G. B., Smith, D. G., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2013). Distinctive Personality Traits and Neural Correlates Associated with Stimulant Drug Use Versus Familial Risk of Stimulant Dependence. *Biological Psychiatry*, 74(2), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.016>
- Eurelings-Bontekoe, E. H., Luyten, P., IJssennagger, M., Van Vreeswijk, M., & Koelen, J. (2010). Relationship between personality organization and Young's cognitive model of

- personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 198–203.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.034>
- Gamache, D., Savard, C., Lemelin, S., Côté, A., & Villeneuve, E. (2018). Premature psychotherapy termination in an outpatient treatment program for personality disorders: a survival analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 80, 14–23.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.08.001>
- Gibbie, T., Hides, L., Cotton, S. M., Lubman, D. I., Aitken, C., & Hellard, M. (2011). The relationship between personality disorders and mental health, substance use severity and quality of life among injecting drug users. *The Medical Journal of Australia*.
<https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2011.tb03260.x>
- Gilliom, M., & Shaw, D. S. (2004). Codevelopment of externalizing and internalizing problems in early childhood. *Development and Psychopathology*, 16(02).
<https://doi.org/10.1017/s0954579404044530>
- Gooding, N. B., Williams, J. N., & Williams, R. J. (2022). Addiction chronicity: Are all addictions the same? *Addiction Research & Theory*, 30(4), 304–310.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2022.2035370>
- Hamilton, K. R., Felton, J. W., Gonçalves, S. F., Tasheuras, O. N., Yoon, M., & Lejuez, C. W. (2019). Trait impulsivity during early adolescence predicts steepness of alcohol use escalation across adolescence. *Addictive Behaviors*.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.06.006>
- Hildebrandt, M. K., Dieterich, R., & Endrass, T. (2021). Disentangling substance use and related problems: urgency predicts substance-related problems beyond the degree of use. *BMC Psychiatry*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03240-z>

Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2020). The higher-order structure of schema modes. *Journal of Personality Disorders*, *34*(3), 348–376.

https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_401

Janson, D. L., Harms, C. A., Hollett, R. C., & Segal, R. A. (2019). Differences between Men and Women Regarding Early Maladaptive Schemas in an Australian Adult Alcohol Dependent Clinical Sample. *Substance Use & Misuse*, *54*(2), 177–184.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1480038>

Junglen, A. G., Hruska, B., Jensen, T., Boros, A. P., & Delahanty, D. L. (2019). Improving our understanding of the relationship between emotional abuse and substance use disorders: the mediating roles of negative urgency and posttraumatic stress disorder. *Substance Use & Misuse*, *54*(9), 1569–1579. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1594905>

Kaiser, A. J., Milich, R., Lynam, D. R., & Charnigo, R. (2012). Negative Urgency, Distress Tolerance, and substance abuse among college students. *Addictive Behaviors*, *37*(10), 1075–1083. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.017>

Karterud S., Pedersen G., Bjordal E., Brabrand J., Friis S., Haaseth O., Haavaldsen G., Irion T., Leirvåg H., Tørum E, Urnes O. (2013). Day treatment of patients with personality disorders: experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*. *17*(3), 243-262. doi: 10.1521/pedi.17.3.243.22151. PMID: 12839103.

Kersten, T. (2012). Schema therapy in personality disorders and addiction. In Vreeswijk, V. M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). *The wiley-blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice* (pp. 415 – 424). Wiley-Blackwell.

Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., De Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered

- offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 22(2), 420–441.
<https://doi.org/10.1111/lcrp.12109>
- Klugah-Brown, B., Jiang, C., Agoalikum, E., Zhou, X., Zou, L., Yu, Q., Becker, B., & Biswal, B. (2021). Common abnormality of gray matter integrity in substance use disorder and obsessive-compulsive disorder: A comparative voxel-based meta-analysis. *Human Brain Mapping*, 42(12), 3871–3886. <https://doi.org/10.1002/hbm.25471>
- Knapík, P., & Slancová, K. (2020). Core beliefs - Schemas and coping styles in addictions. *Cognitive Remediation Journal*, 9(3), 9–19. <https://doi.org/10.5507/crj.2020.003>
- Kozak, K., Lucatch, A. M., Lowe, D. J. E., Balodis, I. M., MacKillop, J., & George, T. P. (2019). The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 71–91.
<https://doi.org/10.1111/nyas.13977>
- Krueger, R. F., Hobbs, K. A., Conway, C. C., Dick, D., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Keyes, K. M., Latzman, R. D., Michelini, G., Patrick, C. J., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Tackett, J., Waldman, I., Waszczuk, M. A., . . . Kotov, R. (2021). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. *World Psychiatry*, 20(2), 171–193.
<https://doi.org/10.1002/wps.20844>
- Kunst, H., Lobbestael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837–846. <https://doi.org/10.1002/cpp.2467>
- Lahey, B. B. (2021). *Dimensions of psychological problems* (1ste editie). Oxford University Press.

- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2019). Dropout rates of in-person psychosocial substance use disorder treatments: A systematic review and meta-analysis. *Addiction, 115*(2), 201–217. <https://doi.org/10.1111/add.14793>
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *PubMed*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22003421>
- Leenaerts, N., Vaessen, T., Sunaert, S., Ceccarini, J., & Vrieze, E. (2023). How Negative Affect Does and Does Not Lead to Binge Eating—The Importance of Craving and Negative Urgency in Bulimia Nervosa. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/abn0000830>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults. *Psychological Bulletin, 136*(4), 576–600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Li, J., Weidacker, K., Mandali, A., Zhang, Y., Whiteford, S., Ren, Q., Zhou, Z., Zhou, H., Jiang, H., Du, J., Zhang, C., Sun, B., & Voon, V. (2021). Impulsivity and craving in subjects with opioid use disorder on methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 219*, 108483. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108483>
- Lim, D., & DeSteno, D. (2023). Guilt underlies compassion among those who have suffered adversity. *Emotion, 23*(3), 613–621. <https://doi.org/10.1037/emo0001116>
- Lobbestael J. (2008). Experimentele studies naar schemamodi. In Vreeswijk, M. van, & Broersen, J. (Eds.). *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. (pp 251-258) Bohn Stafleu van Loghum.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands journal of psychology, 63*(3), 69–78. <https://doi.org/10.1007/bf03061068>

- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M.F., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short schema mode inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458. Doi:10.1017/S1352465810000226.
- López-Hernández, P., Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, Á., & Rosa-Alcázar, A. I. (2022). A Meta-analytic Study on Executive Function Performance in Children/Adolescents with OCD. *Anales De Psicología*, 38(3), 478–488. <https://doi.org/10.6018/analesps.305411>
- Lubman, D. I., Yücel, M., & Pantelis, C. (2004). Addiction, a condition of compulsive behaviour? Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. *Addiction*, 99(12), 1491–1502. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00808.x>
- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Millear, P., Mason, J., Wood, A., & Allen, A. (2021). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review*, 30(1), 3–22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>
- Martínez-Loredo, V., Macipe, V., Errasti Pérez, J., & Al-Halabí, S. (2021). Clinical symptoms and personality traits predict subpopulations of treatment-seeking substance users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 125, 108314. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108314>
- Maia, T. V., Cooney, R. E., & Peterson, B. S. (2008). The neural bases of obsessive–compulsive disorder in children and adults. *Development and Psychopathology*, 20(4), 1251–1283. <https://doi.org/10.1017/s0954579408000606>
- McMurrin, M., Huband, N., & Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277–287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>

Miguel, A. Q., Madruga, C. S., Simões, V., Yamauchi, R., Da Silva, C. V., McDonell, M. G.,

McPherson, S., Roll, J. M., Laranjeira, R., & De Jesus Mari, J. (2019). Contingency management is effective in promoting abstinence and retention in treatment among crack cocaine users with a previous history of poor treatment response: a crossover trial.

Psicologia-reflexao E Critica, 32(1). <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0127-2>

Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among

substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life*

Outcomes, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0439-1>

Pauwels, E., Dierckx, E., Schoevaerts, K., Santens, E., Peuskens, H., & Claes, L. (2018). Early

maladaptive schemas: Similarities and differences between female patients with eating versus substance use disorders. *European Eating Disorders Review*, 26(5), 422–430.

<https://doi.org/10.1002/erv.2610>

Perkonig, A., Goodwin, R. D., Fiedler, A., Behrendt, S., Beesdo, K., Lieb, R., & Wittchen, H.

U. (2008). The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life. *Addiction*, 103(3), 439–449. [https://doi.org/10.1111/j.1360-](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x)

[0443.2007.02064.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.02064.x)

Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Güell, F., Fernández-Montalvo, J., Bernacer, J., & Morón,

I. (2019). Frustration Tolerance and Personality Traits in Patients With Substance Use Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00421>

Rehm, J., Gmel, G. E., Gmel, G., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S., Popova, S., Probst, C., Roerecke,

M., Room, R., Samokhvalov, A. V., Shield, K. D., & Shuper, P. A. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease - An update. *Addiction*, 112(6), 968–1001. <https://doi.org/10.1111/add.13757>

Rijkeboer, M.M. (2010). Diagnostiek van schema's volgens het model van Young.

Psychopraktijk, 2(5), 29–30. <https://doi.org/10.1007/bf03089050>

Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (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(2), 129-144.

Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the young schema-questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 30(3), 263-278.

Rijkeboer, M. M., Van Genderen, H., & Arntz, A. (2017). Schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek. In E. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Reds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie: Voor opleiding, onderzoek en klinische praktijk* (3de editie, pp. 363–392). Bohn Stafleu van Loghum.

Rijkeboer, M. M., Videler, A. C., Rossi, G., van Alphen, S. P. J., & Legra, M. (2020). Nederlandse vertaling van de Young Schema Questionnaire - Short Form Version 3 (YSQ3S). <https://www.schematherapie.nl/professionals/vragenlijsten>.

Ringwald WR, Forbes MK, Wright AGC (2023). Meta-analysis of structural evidence for the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) model. *Psychological Medicine* 53, 533–546. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001902>

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Schema Therapy: An Integrative Approach to Personality Disorder, Emotional Dysregulation and Interpersonal Functioning*. Context Press.

Roelofs, J., Muris, P., & Lobbestael, J. (2016). Acting and Feeling Like a Vulnerable Child, an Internalized “Bad” Parent, or a Healthy Person: The Assessment of Schema Modes in

- Non-Clinical Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 30(4), 469–482.
https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_209
- Roozen, H. & Blaauw, E. (2019) 16 Sociaal-maatschappelijke interventies voor chronisch verslaafden. In Franken, I. H. A., Schellekens, A. F. A., Brink, W., Brink, W. V. D., & Van den Brink, W. (Reds.). *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth, P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215.
- Settles, R. E., Fischer, S., Cyders, M. A., Combs, J. L., Gunn, R. L., & Smith, G. T. (2012). Negative urgency: A personality predictor of externalizing behavior characterized by neuroticism, low conscientiousness, and disagreeableness. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 160–172. <https://doi.org/10.1037/a0024948>
- Schippers, G., Broekman, T., & Buchholz, A. (2011). MATE 2.1. Handleiding en protocol. Bêta boeken.
- Schneider Bakos, D., Eduardo Gallo, A., & Wainer, R. (2015). Systematic review of the clinical effectiveness of schema therapy. *Contemporary Behavioral Health Care*, 1(1), 11–15.
<https://doi.org/10.15761/cbhc.1000104>
- Schmidt, N.B., Joiner, T. E., Young, J., & Telch, M.J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Shorey, R. C., Anderson, S. E., & Stuart, G. L. (2012a). Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Substance Use & Misuse*, 47(1), 108–116. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.629706>

- Shorey, R.C., Anderson, S., & Stuart, G. (2012b). An Examination of Early Maladaptive Schemas among Substance Use Treatment Seekers and their Parents. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34(3), 429–441. <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1007/s10591-012-9203-9>
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Anderson, S. L., & Stuart, G. L. (2015). The Relation between Trait Mindfulness and Early Maladaptive Schemas in Men Seeking Substance Use Treatment. *Mindfulness*, 6(2), 348–355. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0268-9>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L. & Anderson, S. (2014). Differences in Early Maladaptive Schemas between a Sample of Young Adult Female Substance Abusers and a Non-clinical Comparison Group. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/cpp.1803>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. L. (2013a). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 522–527. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.12.001>
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., Anderson, S., & Strong, D. R. (2013b). Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *Journal of clinical psychology*, 69(9), 912-922.
- Shorey, R. C., Anderson, S. L., & Stuart, G. L. (2013c). Early Maladaptive Schemas of Substance Abusers and Their Intimate Partners. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(3), 266–275. <https://doi.org/10.1080/02791072.2013.805982>
- Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology*, 21, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.006>
- Stamates, A. L., Linden-Carmichael, A. N., Preonas, P. D., & Lau-Barraco, C. (2019). Testing daily associations between impulsivity, affect, and alcohol outcomes: a pilot study.

Addiction Research & Theory, 27(3), 242–248.

<https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1498846>

Staver, F.R. *A theoretical model of substance use based on schema therapy concepts: An empirical test among recreational substance users* (Masterthesis, Utrecht University). (2017, april).

Shield, K.D., Rehm, M.X. & Rehm, J. (2015). Social costs of addiction in Europe. In Anderson, P., Rehm, J., & Room, R. (Eds.). *Impact of Addictive Substances and Behaviours on Individual and Societal Well-being* (pp. 181 – 188) Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198714002.001.0001>

Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2016). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456–479.

<https://doi.org/10.1111/papt.12112>

Thormählen B., Weinryb R.M., Norén K., Vinnars B., Bågedahl-Strindlund M. (2003). Patient factors predicting dropout from supportive-expressive psychotherapy for patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*. 13(4), 493-509. doi: 10.1093/ptr/kpg039

Tomko, R. L., Bountress, K. E., & Gray, K. M. (2016). Personalizing substance use treatment based on pre-treatment impulsivity and sensation seeking: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 167, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.07.022>

Tomczyk, S., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2016). Latent classes of polysubstance use among adolescents—a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 160, 12–29.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.11.035>

Tuithof, M., Ten Have, M., Van den Brink, W., Vollebergh, W., & De Graaf, R. (2013).

Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns

of recently remitted individuals: A prospective general population study. *Addiction*, *108*(12), 2091–2099. <https://doi.org/10.1111/add.12309>

van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., van den Brink, R. H. S., van Alphen, S. P. J., & Oude Voshaar, R. C. (2023). A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*, *37*(2), 233–262. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.2.262>

Van Nieuwenhuizen, Ch., Janssen-de Ruijter, E.A.W., & Nugter, M.A. (2017). *Handleiding Manchester short assessment of quality of life (MANSA)*. Eindhoven: Stichting QoLM NL

Van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018a). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *46*(5), 907–920. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0386-2>

Van Wijk-Herbrink, M. F., Roelofs, J., Broers, N. J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2018b). Validation of schema coping inventory and schema mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *32*(2), 220–241. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_295

Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *32*(4), 777–810. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.11.003>

- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry, 16*(5), 274–282. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(01\)00578-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(01)00578-8)
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., & Ball, S. (2009). Verslaving en persoonlijkheidspathologie. In E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W. M. Snellen (Eds.), *Handboek persoonlijkheidspathologie (417-432)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization. (2018, 21 november). *Alcohol*. Geraadpleegd op 7 juni 2022, van https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1
- World Health Organization. (2019, 10 juli). *Drugs*. https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1. Geraadpleegd op 7 juni 2022
- Yakın, D., Grasman, R. P. P. P., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 126*, 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Yoosefi, A., Rajezi-Esfahani, S., Pourshahbaz, A., Dolatshahee, B., Assadi, A., Maleki, F., & Momeni, S. (2016). Early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders. *Global Journal of Health Science, 8*(10), 167. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n10p167>
- Zikos, E., Gill, K. J., & Charney, D. A. (2010). Personality disorders among alcoholic outpatients: prevalence and course in treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(2), 65-73.

Zorrilla, E. P., & Koob, G. F. (2019). Impulsivity Derived From the Dark Side: Neurocircuits That Contribute to Negative Urgency. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 13*, 136.
<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00136>

6. Bijlage: Toelichting schema mode inventory (SMI)

Deze bijlage bevat een omschrijving van de verschillen tussen het huidige onderzoek het en onderzoek van Jacobs et al. (2020) met betrekking tot de SMI. Hierbij is tevens een uiteenzetting gegeven van de gemaakte keuzes om te komen tot een verdeling van modi in internaliserende, externaliserende en compulsieve categorieën.

In het onderzoek van Jacobs et al. (2020) is gebruik gemaakt van een meer uitgebreide SMI welke 20 modi meet waarbij de modi *perfectionistische overcontroleerder*, *achterdochtige overcontroleerder*, *vermijdende beschermer* en *aandacht en erkenning zoeker* zijn toegevoegd. Bovendien werd het *kwetsbare kind* opgedeeld in *verlaten/misbruikt kind*, *afhankelijk kind* en *eenzaam kind*. In het onderzoek van Jacobs et al. (2020) is echter de data vanuit het werk van Lobbestael et al. (2010) en Reiss et al. (2016) beschreven, welke gebruik hebben gemaakt van de 14 modi SMI variant. Deze vormen dan ook in grote mate de basis voor de verdeling van modi die in dit onderzoek zullen worden gebruikt. Het verschil met het huidige onderzoek is dat bij zowel Lobbestael et al. (2010), als Reiss et al. (2016) de *onthechte zelfsusser* werd geplaatst binnen de internaliserende factor en bij Jacobs et al. (2020) in de compulsiviteit. Voor dit onderzoek is ervoor gekozen om voor deze modus de bevindingen van Jacobs et al. (2020) te volgen door de *onhechte zelfsusser* te plaatsen binnen de compulsiviteit factor, daar het gebruik van een meer uitgebreide versie van de SMI mogelijk op een meer nauwkeurige wijze de verschillende factoren weergeeft. Bovendien geven Arntz en Jacob (2020) beschrijving van de *onthechte zelfsusser* welke goed lijkt te passen bij de definitie van compulsiviteit die wordt gegeven door Heycop-Den Ham et al. (2014):

“Schakelt het gevoel uit met activiteiten die kalmerend of stimulerend werken of afleiden van alle gevoelens. De client gedraagt zich vaak op een verslaafde of dwangmatige manier, bijvoorbeeld door veel te werken, gokken, gevaarlijke sporten, promiscuïteit of middelengebruik. Een andere

groep zondert zich af om zich op een dwangmatige manier bezig te houden met computergames, overmatig eten, tv-kijken of dagdromen.” (Arntz & Jacob, 2020, p. 40).

“Dwangmatig gedrag bestaat uit zogenaamde compulsies, de neiging om repeterende handelingen op een stereotiepe manier uit te voeren om mogelijke negatieve consequenties te voorkomen.” (Van Heycop-Den Ham et al., 2014, p. 216).

Toevoeging van de *onthechte zelfsusser* in de compulsiviteit categorie lijkt daarmee het meest passend. Tenslotte was het niet mogelijk om de *perfectionistische overcontroleerder* in te delen onder compulsiviteit, daar deze geen onderdeel was van de beschikbare SMI.