

Leven met schemamodi

Een beschrijvend onderzoek naar het verband tussen aanwezige disfunctionele modi en beperkingen op levensgebieden bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Stephanie Bottlinger

s1134426

2012/2013

Universiteit Twente

Enschede

1^e begeleider: Dr. G.J. Westerhof

2^e begeleider: Dr. M.G. Postel

Externe begeleider: Drs. G.M. Schaap

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterthesis, een onderzoek naar schemagerichte therapie bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische groepsbehandeling. De thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de masteropleiding Psychologie met de specialisatie Geestelijke Gezondheidsbevordering.

Graag wil in een aantal mensen bedanken zonder die het onderzoek niet mogelijk was geweest. De begeleiders Grietje Schaap, Gerben Westerhof en Marloes Postel wil ik bedanken voor een fijne en betrouwbare begeleiding tijdens het uitvoeren van het onderzoek. Daarnaast gaat mijn dank uit naar alle cliënten van 'De Wieke' voor de deelname aan het onderzoek, zonder hen was het onderzoek niet tot stand gekomen. Ook wil ik Martine Bos bedanken voor een fijne en productieve samenwerking tijdens de stage- en onderzoeksperiode. Wij hebben samen hard gewerkt om tot mooie eindresultaten te komen. Tot slot wil ik mijn correctie-lezers bedanken die de moeite hebben gedaan mijn verslag zo veel mogelijk van het Duits te bevrijden.

Enschede, 1 maart 2013

Stephanie Bottlinger

Abstract

Objective: Research on people with personality disorders show that they experience limitations in various life domains and occasion more health care costs. People with personality disorders often also have an extensive history of health care treatment. Personality disorders are described as inflexible and pervasive what does make treating them so difficult. Schema therapy by Jeffrey Young seems to be a promising treatment option for people with personality disorders. This form of therapy focuses on identifying and changing dysfunctional, maladaptive schemas and schema modes that serve as a basis of personality pathology, according to Young. **Purpose:** In the clinical field, the question arose which schema modes are present in clients with personality disorders. In addition the research focused on finding a connection between schema modes and life domains with which persons with personality disorders experience problems. **Method:** To collect information about the schema modes the Schema Mode Inventory (SMI) was used. This self-report questionnaire was employed to 35 clients of the clinical center 'De Wieke', Mediant, where they work according to the principles of schema therapy. Based on information from the dossier of the clients it was determined with which life domains the clients with personality disorders experienced problems. The existing connection between schema modes and problems experienced with life domains was determined using statistical correlations. **Results:** A large majority of the surveyed clients reported schema modes of different schema mode domains. Only the schema mode domain of the overcompensation modes is underrepresented. Furthermore, it was found that the clients experienced problems on many life domains. Significant correlations were found between different schema modes domains, schema modes and life domains in which the clients experience problems. **Conclusion:** In accordance to several studies the clients experience problems in various life domains and have a relatively long treatment history. They also report a large number of schema modes. The connections that were found between specific schema modes and problems experienced with life domains can be explained by the schema theory of Young. Based on these connections, recommendations for the practicing field were formulated focused on improving the efficiency of the treatment.

Samenvatting

Aanleiding: Onderzoek naar mensen met persoonlijkheidsstoornissen laat zien dat deze beperkingen ondervinden op diverse levensgebieden en een groter beroep doen op de gezondheidszorg. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben tevens vaak een omvangrijke behandelvoorgeschiedenis. Persoonlijkheidsstoornissen worden beschreven als rigide en pervasief waardoor het werken aan deze stoornissen vaak moeilijk verloopt. Schematherapie volgens Jeffrey Young lijkt een veelbelovende behandelmethode voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Deze therapievorm richt zich op het vaststellen en veranderen van disfunctionele, onaangepaste schema's en modi die de basis vormen van de persoonlijkheidspathologie, volgens Young. **Doel:** Binnen de klinische praktijk is de vraag ontstaan welke modi aanwezig zijn bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast ligt de focus op het onderzoeken van een samenhang tussen de aanwezige modi en levensgebieden waarop cliënten problemen ondervinden. **Methode:** Voor het vaststellen van de modi is gebruik gemaakt van de Schema Mode Inventory (SMI). Deze zelfrapportagelijst is afgenomen bij 35 cliënten van het klinische centrum 'De Wieke', Mediant waar gewerkt wordt volgens de principes van de schematherapie. Gebaseerd op dossierinformatie is vastgesteld op welke levensgebieden de cliënten moeite ervaren. De aanwezigheid van verbanden tussen de modi en levensgebieden waarop problemen ondervonden worden zijn vastgesteld door middel van correlatie-onderzoek. **Resultaten:** Het onderzoek laat zien dat de meerderheid van de onderzochte cliënten modi uit verschillende modusdomeinen rapporteert. Alleen het modusdomein van de overcompensatiemodi is weinig vertegenwoordigd. Ook is gebleken dat de cliënten vastlopen op een groot aantal levensgebieden. Er zijn significante correlaties gevonden tussen verschillende modusdomeinen, modi en de levensgebieden waarop beperkingen ondervonden worden. **Conclusie:** In overeenstemming met diverse studies ervaren cliënten met persoonlijkheidsstoornissen problemen op uiteenlopende levensgebieden en hebben zij een relatief omvangrijke behandelvoorgeschiedenis. Tevens rapporteren zij een relatief groot aantal modi. De verbanden die tussen specifieke modi en levensgebieden gevonden zijn, zijn goed te verklaren vanuit de schematheorie volgens Young. Gebaseerd op deze verbanden zijn aanbevelingen voor de praktijk geformuleerd met de focus op het verbeteren van de effectiviteit van de behandeling.

Inhoudsopgave

1.	INLEIDING	5
1.1.	INHOUD VAN HET ONDERZOEK	5
1.2.	DEFINIËRING	5
1.3.	BEPERKINGEN VAN MENSEN MET PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN	6
1.3.1.	<i>PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN EN SOCIAAL FUNCTIONEREN</i>	6
1.4.	SCHEMATHERAPIE	7
1.4.1.	<i>PERSOONLIJKHEIDSSTOORNISSEN EN MODI</i>	11
1.5.	KLINISCHE PRAKTIJK	13
1.6.	ONDERZOEKSVRAGEN EN VERWACHTINGEN	15
1.7.	‘DE WIEKE’ ALS ONDERZOEKSLOCATIE	17
2.	METHODE	19
2.1.	RESPONDENTEN	19
2.2.	ONDERZOEKSINSTRUMENTEN	19
2.3.	STATISTISCHE ANALYSE	21
3.	RESULTATEN	22
3.1.	CLASSIFICATIES EN BEHANDELVOORGESCHIEDENIS	22
3.2.	MODI	23
3.3.	LEVENSGBIEDEN	25
3.4.	SAMENHANG MODI EN LEVENSGBIEDEN	26
4.	DISCUSSIE	30
4.1.	CONCLUSIE	30
4.2.	KANTTEKENINGEN EN AANDACHTSPUNTEN	34
4.3.	AANBEVELINGEN	35
5.	BIJLAGEN	38
5.1.	REFERENTIES	38
5.2.	SCHEMA MODE INVENTORY	42

1. Inleiding

1.1. Inhoud van het onderzoek

Het onderzoek richt zich op schemagerichte therapie in groepsverband, zoals ontwikkeld door Jeffrey Young (Young & Pijnaker, 1999). Specifiek zal het gaan over het onderzoeken van een samenhang tussen modi, een bouwsteen binnen de schematherapie, en levensgebieden waarop cliënten met persoonlijkheidsstoornissen problemen ondervinden. Een modus is een alles overheersende emotionele gemoedstoestand van waaruit gereageerd wordt en die herkenbaar is door een bepaalde gedragsstijl (Lobbestael, Vreeswijk & Arnzt, 2008). De onderzoekslocatie is 'De Wieke', onderdeel van Mediant: een klinische setting waarin mensen met persoonlijkheidsstoornissen in groepsverband worden behandeld volgens de schematherapie. Het onderzoek zal de cliëntengroep beschrijven en de door de deelnemers gerapporteerde modi en problemen die op levensgebieden ervaren worden analyseren. Tevens worden zoals eerder benoemd samenhangen onderzocht. Kennis over de samenhang tussen modi en de levensgebieden waarop beperkingen ondervonden worden kan handvatten bieden voor de inhoud van de behandeling en een meer specifieke aanpak mogelijk maken.

1.2. Definiëring

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM-IV-TR) definieert een persoonlijkheidsstoornis als “een langdurig patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene; is pervasief en star, stabiel en van lange duur; het begin ervan kan worden teruggevoerd naar de adolescentie of vroege volwassenheid en de stoornis veroorzaakt in significante mate lijden” (American Psychiatric Association [APA], 2000, p. 345-346).

In de DSM-IV-TR (APA, 2000) wordt onderscheid gemaakt tussen tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De persoonlijkheidsstoornissen worden onderverdeeld in de clusters: cluster A, het vreemde, excentrieke cluster, cluster B, het dramatische, emotionele, impulsieve cluster en cluster C, het angstige cluster. Onder cluster A vallen de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Cluster B bestaat uit de theatrale, borderline, narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis en cluster C bevat de ontwijkende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Persoonlijkheidsstoornissen die niet voldoen aan één van de clusters worden geclassificeerd als persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO) (APA, 2000).

1.3. Beperkingen van mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Internationale studies schatten de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene populatie tussen de 10 en 15%. In totaal lopen de medische, justitiële en werk gerelateerde kosten voor de maatschappij op tot tussen de 3,6 en 7 miljard euro per jaar (Soeteman, Verheul & van Busschbach, 2008a). In de Nederlandse bevolking is de prevalentie van mensen met minimaal één persoonlijkheidsstoornis 13,5%, binnen de groep van psychiatrische cliënten komt deze prevalentie zelf uit op 60,4% (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnenontwikkeling, 2012). Mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben een hoge zorgconsumptie en zijn minder productief op de arbeidsmarkt door werkverzuim en verminderde productiviteit tijdens het werk (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul, & Van Busschbach, 2008b).

1.3.1. Persoonlijkheidsstoornissen en sociaal functioneren

Persoonlijkheidsstoornissen veroorzaken niet alleen kosten voor de maatschappij maar mensen met een persoonlijkheidsstoornis kampen ook met een hoge lijdensdruk. Mensen met een persoonlijkheidsproblematiek rapporteren meer functionele beperkingen dan mensen uit de gezonde populatie. Dat blijkt uit onderzoek van Nakao et al. (1992) naar aanleiding van de GAF-scores volgens de DSM-III bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De GAF-score beschrijft het globale psychische, sociale en beroepsmatige functioneren van een persoon (APA, 2006). Het onderzoek laat zien dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis lagere GAF-scores toegekend krijgen dan mensen zonder deze stoornis. Hoe duidelijker aanwezig de stoornis is, des te lager de GAF-scores (Nakao et al, 1992). Mensen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren een lager subjectief welbevinden en meer negatieve emoties. Daarnaast worden de sociale contacten met vrienden en familie slechter geschat en wordt er minder steun ervaren uit de omgeving. Ook de zelfontplooiing wordt als minder aanwezig gerapporteerd in vergelijking met de gezonde populatie (Chen, Cohen, Kasen & Johnson, 2005; Cramer, Torgersen & Kringlen, 2006; Skodol et al. 2002). Persoonlijkheidsstoornissen worden in verband gebracht met beperkingen op verschillende levensgebieden. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn eerder gescheiden, vaker en langer werkloos geweest en de tevredenheid met de inhoud van het werk is lager dan bij de gezonde populatie. Ook het vermogen tot ontspanning en het algemene functioneren wordt door mensen met persoonlijkheidsproblematiek lager geschat dan door mensen zonder aandoening (Skodol et al., 2005). Tevens toont onderzoek aan dat adolescenten met persoonlijkheidsstoornissen een grote mate aan beperkingen ervaren in het functioneren, wat

tot uitdrukking komt door een lage kwaliteit van leven en hoger beroep op de gezondheidszorg (Feenstra, Hutsebaut, Laurensen, Verheul, Busschbach & Soeteman, 2012).

Mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn vatbaarder voor andere psychische aandoeningen. Onderzoek van Friborg, Martinussen, Kaiser, Øvergård en Rosenvinge (2012) laat zien dat mensen met cluster C persoonlijkheidsstoornissen vaker comorbiditeit vertonen met angststoornissen. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis ervaren vaker crisis, oefenen meer zelfbeschadiging uit en hebben vaker te kampen met depressieve gevoelens en angstige en woedende episodes (Van Asselt, Dirksen, Arntz, Giesen-Bloo & Seversens, 2009). Miller, Campbell en Pilkonis (2007) laten zien dat mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis vaker last hebben van depressies en angsten. Zij ervaren beperkingen op het gebied van werk, sociale contacten en liefdescontacten. Het onderzoek laat zien dat mensen met een narcistische persoonlijkheidsstoornis beperkingen ervaren op een breed scala van levensgebieden. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met onderzoeken naar andere persoonlijkheidsstoornissen (Miller et al., 2007).

Bender et al. (2001) hebben onderzoek gedaan naar de behandelgeschiedenis van mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Deze mensen hebben vaak een groter aantal behandelingen gevolgd in vergelijking met mensen met een depressie. Daarbij werden er vaak meerdere typen behandelingen ingezet. Zo hebben mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis een grotere kans om verschillende vormen van psychologische en psychosociale behandeling te ontvangen en ze hebben vaker verschillende vormen van medicatie gebruikt in vergelijking met mensen met depressieve klachten. Tevens hebben mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis meer behandeling ontvangen dan mensen met een depressie of een andere persoonlijkheidsstoornis (Bender et al., 2001).

Samengevat doen mensen met persoonlijkheidsstoornissen een groot beroep op de zorgsystemen en ervaren zij een hoge lijdensdruk. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren problemen op een groot aantal levensgebieden. Hierdoor is het relevant om onderzoek te doen naar effectieve behandelmethodes die de lijdensdruk kunnen verminderen en de maatschappij kunnen ontlasten.

1.4. Schematherapie

De definitie van de DSM-IV-TR presenteert een persoonlijkheidsstoornis als een chronisch en stabiel construct. Recent onderzoek door Arntz en Bernstein (2006) laat echter zien dat het wél mogelijk is duidelijke verandering in de persoonlijkheidsstructuur teweeg te brengen bij mensen met persoonlijkheidsproblematieken door middel van intensieve therapeutische

behandeling. Wel zullen zij altijd vatbaarder blijven voor maladaptief gedrag (Arntz & Bernstein, 2006). Eén van de therapievormen die gebruikt kan worden in de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen is de schematherapie, ontwikkeld door Jeffrey Young. Soeteman et al. (2008a) beschrijven schematherapie als een behandelingsvorm waarbij mensen met een borderline persoonlijkheidsproblematiek een herstelpercentage van 24 liet zien. Dat betekent dat 24% van de cliënten met borderline problematiek, die de behandeling hebben doorlopen, daarna geen klachten meer hebben ervaren. Ook Masley, Gillanders, Simpson en Taylor (2012) concluderen in een literatuuranalyse dat schematherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen meer effect heeft dan andere psychotherapeutische behandelingsvormen.

Schematherapie is een integratieve vorm van psychotherapie waarbij inzichten uit de leertheorie, cognitieve theorie, de cliënt-centered theorie, de psychodynamische theorie en de hechtingstheorie worden geïntegreerd (Arntz, 2010). Young en Pijnaker (1999) stellen dat het problematisch gedrag van mensen met persoonlijkheidsstoornissen teweeg gebracht wordt door vroeg onaangepaste schema's (VOS). Een schema fungeert als filter om de wereld te ordenen, interpreteren en te voorspellen. Het is een stabiel en pervasief gedachtepatroon. Gebaseerd op het aangeboren karakter en ervaringen in de vroege kindertijd ontwikkelt ieder mens schema's die zintuigelijke waarnemingen, ervaren emoties en handelingen en de betekenis die hieraan wordt verleend bevatten. VOS ontstaan door tekorten op basaal emotioneel gebied die ervaren worden door kinderen tijdens het opgroeien (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008; Arntz, 2010). In tegenstelling tot meer aangepaste, functionele schema's, worden VOS in verband gebracht met psychologische stress, eenzaamheid, destructieve relaties, inadequate werkprestaties, verslavingen en psychosomatische klachten (Young & Pijnaker, 1999). Schema's zijn aanwezig bij iedereen maar bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek zijn vooral VOS aanwezig die tot problemen leiden, erg rigide zijn en hierdoor moeilijk veranderd kunnen worden. Schematherapie heeft de focus gelegd op deze disfunctionele schema's, de oorsprong hiervan en de gevolgen voor gevoelens, gedachten en gedrag in het hier en nu (Young, Klosko & Weishaar, 2005). VOS zijn onder te verdelen in vijf schemadomeinen die gekoppeld zijn aan vroege ontwikkelingsgebieden van de mens. Deze domeinen zijn: (1) onverbondenheid en afwijzing, (2) verzwakte autonomie en verzwakt presteren, (3) verzwakte grenzen, (4) gerichtheid op anderen en (5) overmatige waakzaamheid en inhibitie (Van Vreeswijk et al., 2008).

Naast de schema's en schemadomeinen zijn er nog twee andere bouwstenen van de schematheorie: copingstijlen en schemamodi. Copingstijlen beschrijven de manier van

omgaan met situaties en problemen. Binnen de schematheorie wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende copingstijlen: (1) overcompensatie (gedragen alsof het tegenovergestelde van de inhoud van een schema de waarheid is), (2) overgave (overgeven aan de inhoud van een schema) en (3) vermijding (proberen situaties die een schema oproepen te vermijden). Deze copingstijlen zorgen er uiteindelijk voor dat de schema's steeds weer bevestigd en gehandhaafd worden (Masley et al., 2012).

Een modus is een alles overheersende emotionele gemoedstoestand van waaruit gereageerd wordt en die herkenbaar is door een bepaalde gedragsstijl. Het gedrag passend bij een bepaalde modus wordt uitgelokt door situaties die voor iemand gevoelig liggen (Lobbestael et al., 2008). Door middel van één modus wordt een combinatie van complex verweven schema's geuit. Waar schema's gedachtes beschrijven, beschrijft een modus hoe deze gedachtes worden omgezet tot gedrag (Van Vreeswijk et al., 2008). Er wordt onderscheid gemaakt tussen veertien verschillende modi die aanwezig kunnen zijn bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillende modi. Young et al. (2005) beschrijven dat kindmodi ontstaan wanneer belangrijke aspecten van het emotioneel bereik van een mens niet worden gezien en geaccepteerd door belangrijke opvoeders. De door het kind als onaanvaardbaar ervaren delen van zichzelf worden afgesplitst en niet geïntegreerd in de persoonlijkheid. De onaangepaste copingmodi (de disfunctionele copingmodi en de overcompensatiemodi) worden beschreven als een poging van het kind zich aan te passen aan het leven met onvervulde emotionele behoeften. Vaak hebben deze ook een beschermende functie tegenover de kwetsbare kind-aspecten van een persoon. De oudermodi bevatten internalisaties van ouderfiguren in de eerste levensjaren. Ze houden de kindmodi onder controle. De gezonde volwassene zal uiteindelijk helpen de emotionele basisbehoeften van het kind te voorzien. Het doel van de behandeling is de modus van de gezonde volwassene een leidinggevende functie toe te kennen. De gezonde volwassene en het blijf kind zijn geen disfunctionele modi en worden ook adaptieve modi genoemd (Young et al., 2005; Van Vreeswijk et al., 2008).

Binnen de schematherapie wordt op verschillende manieren gewerkt met de modi. Het doel van de therapie is de modus van de gezonde volwassene naar voren te halen en de invloed van vroeg onaangepaste schema's en modi te verminderen (Young et al, 2005). Bij de borderline persoonlijkheidsstoornis beschrijven Young et al. (2005) een aanpak voor de verschillende modi; limited reparenting. De therapeut moet met het kwetsbare kind meeleven, het beschermen en hem leren liefde te geven en te ontvangen. Tegen de straffende ouder moet gevochten worden om hem uit te wissen. Het razende kind moeten kunnen uitrazen en het

impulsieve kind moet grenzen opgelegd krijgen. Deze modi moeten leren op gepaste wijze uiting te geven aan de eigen emoties en behoeftes. De onthechte beschermer moet gerust gesteld worden en vervangen worden door de gezonde volwassene (Young et al., 2005, Sijbers & van der Wijngaart, 2012).

Tabel 1. Modi-overzicht (Young et al., 2005; Van Vreeswijk et al., 2008)

Modusdomein	Modus	Kenmerken
<i>Kind modi</i>	<i>Kwetsbaar kind</i>	Denkt dat niemand zijn emotionele behoeftes kan vervullen en dat iedereen hem uiteindelijk in steek zal laten. Wantrouwt anderen, voelt zich minderwaardig en schaamt zich voor zichzelf. Verwacht afgewezen te worden. Gedraagt als een kwetsbaar kind dat zich voor hulp aan de therapeut vastklampt.
	<i>Woedend kind</i>	Is intens kwaad, woedend en ongelukkig omdat aan basale behoeftes niet wordt voldaan. Gedraagt als een woedend kind.
	<i>Razend kind</i>	Is uit dezelfde reden razend als het woedende kind maar verlies hierbij de controle.
	<i>Impulsief kind</i>	Wil op egoïstische en ongecontroleerde wijze de bevrediging van zijn (niet basale) behoeftes afdwingen.
	<i>Ongedisciplineerd kind</i>	Heeft geen frustratietolerantie en kan zichzelf niet dwingen routinematige of vervelende taken af te maken, verdraagt geen ongenoegen of ongemak.
	<i>Blij kind</i>	Voelt zich geliefd, tevreden, beschermd, begrepen en gewaardeerd.
<i>Disfunctionele copingmodi</i>	<i>Willoze inschikkelijke</i>	Geeft zichzelf over aan de wil van anderen om negatieve consequenties te voorkomen.
	<i>Onthechte beschermer</i>	Schermt zichzelf af voor heftige emoties omdat hij denkt dat gevoelens gevaarlijk zijn en uit de hand kunnen lopen.
	<i>Onthechte zelfsusser</i>	Zoekt afleiding om negatieve emoties niet te hoeven voelen, dit wordt bereikt door zelfsussend gedrag.
<i>Overcompensatiemodi</i>	<i>Zelfverheerlijker</i>	Voelt zich superieur aan anderen en denkt dat hij speciale rechten heeft.
	<i>Pest en aanval</i>	Wil voorkomen dat hij gecontroleerd op gekwetst wordt door anderen en probeert daarom de controle te houden over hen.
<i>Onaangepaste oudermodi</i>	<i>Straffende ouder</i>	Is agressief, intolerant, ongeduldig en niet vergevingsgezind t.o.v. zichzelf.
	<i>Veeleisende ouder</i>	Vindt dat hij moet voldoen aan rigide regels, normen en waarden. Hij moet daarbij overdreven effectief zijn.
<i>Gezonde modus</i>	<i>Gezonde volwassene</i>	Heeft genuanceerde gedachten en gevoelens over zichzelf. Doet dingen die goed voor hem zijn.

Onderzoek door Van den Broek, Keulen–de Vos en Bernstein (2011) beschrijft het werken met beeldende creatieve therapie en modi. Hierbij komt naar voren dat het werken met experiëntele technieken helpt een modus te activeren waardoor aan deze gewerkt kan worden (Van den Broek et al., 2011). Een andere belangrijke methode bij het werken met modi is de meerstoelentechniek. Hierbij wordt geprobeerd in dialoog te komen met verschillende modi door deze op verschillende stoelen te plaatsen. Het doel van deze interventie is dat de persoon inzicht krijgt in de verschillende processen die in hem spelen. Door de verschillende modi buiten zichzelf te plaatsen kunnen deze onderzocht worden en tegengesproken worden. Door de schema's en modi in de behandeling te veranderen zal het gedrag en de hierbij opkomende gevoelens en gedachten ook veranderen (Van Vreeswijk et al., 2008). Omdat schema's en modi vooral geactiveerd worden in het omgaan met anderen wordt schematherapie inmiddels veel in groepsverband aangeboden. Hierbij is het van belang meer onderzoek te doen naar de effectiviteit van de behandeling in het algemeen (Masley et al., 2012) en in groepen (Van Vreeswijk & Broersen, 2006).

1.4.1. Persoonlijkheidsstoornissen en modi

Modi worden in verband gebracht met persoonlijkheidspathologie in het algemeen. Onderzoek laat zien dat modi ook op meer specifieke wijze gerelateerd kunnen worden aan verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Tot op heden ligt de focus veelal op de borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornissen maar er wordt steeds meer onderzoek gedaan naar alle persoonlijkheidsstoornissen. In een aantal onderzoeken naar de borderline persoonlijkheidsstoornis is aangetoond dat de aanwezige modi bij deze persoonlijkheidsstoornis als volgt opgebouwd zijn: kwetsbaar kind, woedend kind, straffende ouder, onthechte beschermer en gezonde volwassene (Arntz, Klokman & Sieswerda, 2005; Van Vreeswijk et al., 2008; Young et al., 2005). Als de modus van het kwetsbare kind geactiveerd wordt, voelt iemand zich hulpeloos, machteloos en waardeloos. Diegene verwacht dat niemand zijn of haar behoeftes kan bevredigen en is bang om verlaten te worden. In de modus van het woedende kind gedraagt iemand zich impulsief en boos en wenst/verwacht dat anderen zijn of haar behoeftes vervullen. De straffende ouder modus is erop gericht zichzelf te bestraffen voor het uiten van emoties of het maken van fouten. Dit uit zich in de vorm van zelfhaat en boosheid gericht op zichzelf. In de modus van de onthechte beschermer schernt iemand zich af van de eigen gevoelens en behoeftes. Tekenen van deze modus zijn verveling, middelengebruik, zich terug trekken of zelfbeschadiging (Johnston, Dorahy, Courtney, Bayles & O'Kane, 2009). Daarnaast hebben Lobbestael et al. (2008) in een onderzoek naar

aanwezige modi bij verschillende persoonlijkheidsstoornissen verbanden gevonden tussen de borderline problematiek en het kwetsbare kind, het impulsieve kind, de straffende ouder, het razende kind, de onthechte beschermer, de onthechte zelfsusser, het ongedisciplineerde kind en de willoze inschikkelijke. De borderline persoonlijkheidsstoornis correleerde negatief met de adaptieve modi, dit zijn de gezonde volwassene en het blijde kind (Lobbestael et al., 2008). De verschillende onderzoeken over modi bij de borderline persoonlijkheidsstoornis spreken elkaar op een paar punten tegen. Er is geen eenduidig modusmodel voor deze persoonlijkheidsstoornis. Wel zijn er een aantal overeenkomsten te zien. Modi van de borderline persoonlijkheidsstoornissen die in alle studies genoemd worden zijn: het kwetsbare kind, het woedende/razende kind, de straffende ouder en de onthechte zelfsusser (Arntz et al., 2005; Van Vreeswijk et al., 2008; Young et al., 2005; Lobbestael et al., 2008).

Young et al. (2005) beschrijven bij cliënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis de modi van het kwetsbare kind, de zelfverheerlijker en de onthechte zelfsusser. In de modus van het kwetsbare kind voelt iemand zich van binnen leeg en wil liefde van de ouders ontvangen. Deze modus wordt geactiveerd als de bron van waardering of de bijzondere status van iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis weg valt. In de modus van de zelfverheerlijker is iemand veeleisend, concurrerend, grof en op status uit. Deze modus is het meest geactiveerd, vooral in gezelschap. De modus van de onthechte zelfsusser wordt geactiveerd als de cliënt alleen is en geen waardering kan krijgen van anderen. Degene sluit zich af voor zijn emoties door zich te troosten, bijvoorbeeld door drank- of drugsgebruik, seksuele activiteiten of andere vormen van afleiding. In de modus van de onthechte zelfsusser heeft iemand de aandacht van anderen nodig, anders wordt overgeschakeld naar de modus van het kwetsbare kind (Young et al., 2005). Tevens hebben Lobbestael et al. (2008) in hun onderzoek een verband gevonden tussen de narcistische persoonlijkheidsproblematiek en de modus van de zelfverheerlijker en de pest en aanval modus. De modus van de zelfverheerlijker komt in beide onderzoeken naar voren.

Lobbestael et al. (2008) hebben onderzoek gedaan naar aanwezige modi bij alle persoonlijkheidsstoornissen. De resultaten laten zien dat een aantal persoonlijkheidsstoornissen te koppelen is aan specifieke modi. Zo correleert de paranoïde persoonlijkheidsstoornis positief met het boze kind, het razende kind en de pest en aanval modus. Tevens is de correlatie met de modus van het blijde kind negatief, dat betekent hoe meer kenmerken van een paranoïde persoonlijkheidsstoornis bij iemand aanwezig zijn, des te minder de modus van het blijde kind terug te zien is. Wat de cluster B persoonlijkheidsstoornissen betreft was er een verband te zien tussen de theatrale

persoonlijkheidsstoornis en het impulsieve kind en tussen de antisociale persoonlijkheidsstoornis en het razende kind en de pest en aanval modus. De veeleisende ouder en de willoze inschikkelijke correleren negatief met de antisociale persoonlijkheid, dus hoe sterker de antisociale persoonlijkheidsstoornis aanwezig is, hoe minder deze modi aanwezig zijn. Bij de cluster C persoonlijkheidsstoornissen zijn verbanden gevonden tussen de vermijdende persoonlijkheidsstoornis en het kwetsbare kind, de onthechte beschermer, de willoze inschikkelijke, de straffende ouder en het ongedisciplineerde kind. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis is te koppelen aan de willoze inschikkelijke, het kwetsbare kind en het ongedisciplineerde kind. De correlatie met de gezonde volwassene is negatief. De obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis wordt in verband gebracht met de veeleisende ouder, de zelfverheerlijker en de onthechte zelfsusser (Lobbestael et al., 2008).

Al met al is er een aantal onderzoeken dat uitspraken doet over de aanwezigheid van specifieke modi bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Sommige onderzoeken spreken elkaar tegen maar er zijn ook overeenkomsten terug te zien. Het huidige onderzoek zal de focus vooral leggen op deze overeenkomsten.

1.5. Klinische praktijk

Zoals reeds beschreven laten onderzoeken door Johnston et al. (2009), Lobbestael et al. (2008), Arntz et al. (2005) en Van Vreeswijk et al. (2008) verbanden zien tussen persoonlijkheidsstoornissen en specifieke modi. Literatuuronderzoek over de borderline persoonlijkheidsstoornis laat een overeenkomst aan gerapporteerde modi zien. Deze zijn: kwetsbaar kind, woedend/razend kind, straffende ouder en onthechte beschermer. Tevens is de samenhang tussen persoonlijkheidsstoornissen en problemen op verschillende levensgebieden onderzocht. Eerder genoemd onderzoek laat zien dat mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis vaker crisis ervaren, meer zelfbeschadiging uitoefenen en vaker te kampen hebben met depressieve gevoelens en angstige en woedende episodes (Van Asselt et al., 2009). Daarnaast lopen mensen met persoonlijkheidsstoornissen vaker vast op het gebied van sociale contacten, hechte relaties en werk (Chen et al., 2005; Cramer et al., 2006; Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005).

Aangezien er een samenhang gerapporteerd wordt tussen modi en levensgebieden en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, wordt verwacht dat ook de modi en levensgebieden zelf een samenhang vertonen. Kijkend naar de beschrijving van de modi volgens Young et al. (2005) en Johnston et al. (2009) kan verwacht worden dat verschillende modi problemen op verschillende levensgebieden kunnen veroorzaken. Gebaseerd op het

onderzoek naar modi en persoonlijkheidsstoornissen en levensgebieden en persoonlijkheidsstoornissen kunnen verschillende voorspellingen gedaan worden. Hierbij ligt de focus op de borderline persoonlijkheidsstoornis aangezien hier het meeste onderzoek over gedaan is. Het kwetsbare kind kan in samenhang staan met problemen op het gebied van sociale contacten en hechte relaties aangezien deze modus gepaard gaat met claimend gedrag. Tevens kan verwacht worden dat het woedende/razende kind samenhangt met problemen op zowel het gebied van hechte relaties en sociale contacten als het gebied werk. Intense woede-uitbarstingen en het verlangen naar directe behoeftebevrediging, kenmerken van deze modi, kan op verschillende gebieden tot problemen leiden. De modus van de straffende ouder kan samenhangen met problemen op het gebied van zelfontplooiing aangezien deze modus de eigen persoonlijkheid weinig ruimte geeft. Tevens kan deze modus in verband staan met zelfbeschadigende acties wat het straffende karakter van de modus weergeeft. De modus van de onthechte beschermer kan problemen veroorzaken op het gebied van emoties omdat deze modus geen ruimte geeft aan de emoties die iemand ervaart. Daarnaast kan deze modus samenhangen met problemen op het gebied van interesses en zelfontplooiing omdat ook hier geen ruimte aan gegeven wordt. Ook kan verwacht worden dat de modus van de gezonde volwassene negatief correleert met problemen op alle levensgebieden (Young et al, 2005; Johnston et al., 2009).

Door op zoek te gaan naar een samenhang tussen modi en levensgebieden waarop problemen ondervonden worden, kunnen handvatten voor de schemagerichte behandeling ontwikkeld worden. Ook kan als het verband met de levensgebieden bekend is duidelijkheid gegeven worden over het effect van werken aan een bepaalde modus. Hierdoor kunnen behandeltechnieken zoals het werken met beeldende creatieve therapie en de meerstoelentechniek gericht en meer effectief gebruikt worden. Als bekend is welke modus invloed heeft op welk levensgebied kan bijvoorbeeld de meerstoelentechniek gebruikt worden om problemen binnen een specifiek levensgebied aan te pakken. Daarnaast kunnen inzichten over de samenhang duidelijkheid bieden over de duur en intensiteit van de benodigde behandeling. Een positieve correlatie tussen modi en levensgebieden waarop problemen ondervonden worden zou de mogelijkheid bieden de behandeling aan te passen door bijvoorbeeld mensen met meer modi een langer behandeltraject te laten ondergaan aangezien zij in het leven meer moeilijkheden tegenkomen. Hierdoor kan de algehele effectiviteit van de behandeling verbeteren.

1.6. Onderzoeksvragen en verwachtingen

Hoofdvraag:

In hoeverre bestaat er een samenhang tussen de aanwezige modi en de levensgebieden waarop mensen met persoonlijkheidsstoornissen problemen ervaren?

Subvragen:

1. Wat zijn de kenmerken van mensen met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische behandelsetting?
 - a. Welke DSM-IV classificaties zijn aanwezig bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische behandelsetting?
 - b. Welke eerdere behandelingen hebben mensen met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische behandelsetting gevolgd en van welke duur zijn deze geweest?
2. Welke modi zijn aanwezig bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische behandelsetting?
3. Op welke levensgebieden ervaren mensen met persoonlijkheidsstoornissen binnen een klinische behandelsetting problemen?

Verwachtingen:

Verwachting 1a - Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben naast de classificatie persoonlijkheidsstoornis ook nog uiteenlopende as-I classificaties in het dossier genoteerd.

Op basis van meerdere studies (Miller et al., 2007, Friberg et al., 2012; Asselt et al., 2009) naar comorbiditeit met as-I stoornissen bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis wordt vermoed de deelnemers van het onderzoek - mensen met persoonlijkheidsstoornissen – comorbiditeit met as-I problematiek vertonen.

Verwachting 1b - Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vóór de huidige behandeling verschillende vormen van behandeling doorlopen.

Onderzoek van Bender et al. (2001) rapporteert bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen een groter aantal behandelingen en meer verschillende soorten behandelingen. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen doen een groter beroep op de gezondheidszorg. Dit laat

vermoeden dat de deelnemers van het onderzoek een omvangrijke behandelvoorgeschiedenis hebben.

Verwachting 2 – Mensen met persoonlijkheidsstoornissen rapporteren uiteenlopende disfunctionele modi.

Eerder genoemd onderzoek naar modi bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen laat zien dat deze afhankelijk van de soort stoornis verschillende modi rapporteren (Arntz et al., 2005; Van Vreeswijk et al., 2008; Young et al., 2005; Lobbestael et al., 2008; Johnston et al., 2009). Hierdoor wordt verwacht dat de deelnemers aan het onderzoek met de classificatie borderline persoonlijkheidsstoornis de volgende modi rapporteren: kwetsbaar kind, woedend/razend kind, straffende ouder en onthechte beschermer. De deelnemers met de classificatie narcistische persoonlijkheidsstoornissen zullen de modus van de zelfverheerlijker rapporteren (Young et al., 2005). De deelnemers met de classificatie afhankelijke persoonlijkheidsstoornis kunnen de volgende modi rapporteren: willoze inschikkelijke, kwetsbaar kind en ongedisciplineerd kind. Tevens wordt verwacht dat de deelnemers die geclassificeerd zijn met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis de modi van het kwetsbare kind, de onthechte beschermer, de willoze inschikkelijke, de straffende ouder en het ongedisciplineerde kind rapporteren. De obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis zal samenhangen met de veeleisende ouder, de zelfverheerlijker en de onthechte zelfsusser (Lobbestael et al., 2008). Aangezien op de onderzoekslocatie van het huidige onderzoek geen mensen met cluster A persoonlijkheidsproblematiek of antisociale persoonlijkheidsstoornissen opgenomen worden, worden over deze geen verwachtingen uitgesproken.

Verwachting 3 - Mensen met persoonlijkheidsstoornissen ervaren beperkingen op een groot aantal levensgebieden.

Zoals reeds beschreven laten Skodol et al. (2002), Skodol et al. (2005), Cramer et al. (2006) en Chen et al. (2005) in onderzoek naar mensen met persoonlijkheidsstoornissen zien dat zij vastlopen op een groot aantal levensgebieden. Vergeleken met de gezonde populatie en mensen met depressieve klachten ervaren mensen met persoonlijkheidsstoornissen een verminderde kwaliteit van leven. Het feit dat uit onderzoek gebleken is dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen vastlopen op verschillende levensgebieden, leidt tot de verwachting dat deze beperkingen ook bij de deelnemers van het onderzoek gerapporteerd zullen worden.

Verwachting 4 - Er is een samenhang tussen specifieke modi en specifieke levensgebieden waarop beperkingen ervaren worden bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen.

Onderzoeken van Johnston et al. (2009), Lobbestael et al. (2008), Arntz et al. (2005) en Van Vreeswijk et al. (2008) laten verbanden zien tussen persoonlijkheidsstoornissen en specifieke modi. Literatuuronderzoek over de borderline persoonlijkheidsstoornis laat een overeenkomst aan gerapporteerde modi zien. Tevens is de samenhang tussen persoonlijkheidsstoornissen en problemen op verschillende levensgebieden onderzocht waaruit blijkt dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen vastlopen op belangrijke levensgebieden zoals sociale contacten, hechte relaties en werk (Chen et al., 2005; Cramer et al., 2006; Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005). Over de samenhang tussen modi en levensgebieden bestaat op dit moment nauwelijks onderzoek. Wel wordt er een samenhang gerapporteerd tussen modi, levensgebieden waarop problemen ervaren worden en de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Daarom wordt verwacht dat ook modi en levensgebieden waarop beperkingen ervaren worden onderling een samenhang vertonen. Modi hebben invloed op het gedrag (Young et al., 2005) en kunnen hierdoor van invloed zijn op het wel of niet vastlopen op verschillende levensgebieden. De specifieke verwachtingen zijn beschreven onder het kopje ‘Klinische praktijk’. Hierbij wordt tevens verwacht dat een hoger aantal modi samenhangt met meer beperkingen op een groter aantal levensgebieden.

1.7. ‘De Wieke’ als onderzoekslocatie

In het centrum voor klinische psychotherapie ‘De Wieke’, onderdeel van Mediant, wordt gewerkt met schematherapie. (Jong)volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis worden hier tussen drie maanden en één jaar intensief behandeld binnen een klinische setting. De instelling verzamelt regelmatig gegevens over de aanwezige modi bij de cliëntengroep. Dit in verband met een evaluatieonderzoek over het werken met schematherapie in groepen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen dat op dit moment wordt uitgevoerd binnen ‘De Wieke’. Tevens geeft een uitgebreide intake veel informatie over de status quo op verschillende levensgebieden. Dit maakt dat ‘De Wieke’ een geschikte plek is voor het huidige onderzoek.

Binnen ‘De Wieke’ worden mensen met persoonlijkheidsstoornissen behandeld volgens de schematherapie. Hierbij wordt gewerkt met verschillende disciplines (vaktherapeuten, psychologen, sociotherapeuten) waarbij een ieder binnen de mogelijkheden van zijn vakgebied werkt met schematherapie. Hierbij kan gedacht worden aan eerder genoemde werkwijzen zoals de meerstoelentechniek en het oproepen van modi door

experiëntele technieken. Het huidige onderzoek gebruikte de cliëntengroep van ‘De Wieke’ als representatieve groep uit de klinische praktijk. Deze zal lastiger te beschrijven zijn dan een onderzoeksgroep met specifieke inclusie- en exclusiecriteria maar geeft ook meer interessante informatie voor de klinische praktijk. Tevens heeft het onderzoek zich gefocust op het onderzoeken van een samenhang tussen aanwezige modi en levensgebieden waarop problemen ervaren worden. Dit is een insteek die op deze wijze nooit eerder is onderzocht. Het gebruik van een in de klinische praktijk representatieve groep en de focus op en nog niet eerder onderzochte samenhang maken dit onderzoek tot een belangrijke en interessante bijdrage aan de klinische praktijk.

2. Methode

Het onderzoeksdesign is een descriptief en relationeel klinisch onderzoek. Er zijn kwalitatieve gegevens geanalyseerd op beschrijvende en correlatieve manier. Tevens is dit onderzoek onderdeel van een groter, evaluatief onderzoek over het werken met schematherapie in groepen bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen dat op dit moment binnen 'De Wieke' wordt uitgevoerd door Grietje Schaap.

2.1. Respondenten

De deelnemers waren cliënten die zijn opgenomen in de klinische groepssetting 'De Wieke', Mediant. Het betroffen mannen en vrouwen met persoonlijkheidsproblematiek in de leeftijd tussen 19 en 44 jaar, die zijn vastgelopen op verschillende levensgebieden wat uiteindelijk leidde tot opname bij 'De Wieke'. In het totaal bevatte de steekproef N=35 proefpersonen, waarvan 28 vrouwen en 7 mannen. De leeftijd ($\pm$ SD) van de deelnemers was 27,8 jaar ($\pm$ 6,3 jaar). Bij alle deelnemers wordt een begin-, tussen-, eind- en follow-up meting van de aanwezige modi uitgevoerd in de loop van de behandeling. Voor het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van de beginmeting. Alle deelnemers hadden van tevoren schriftelijk akkoord gegeven voor de verstrekking van hun geanonimiseerde gegevens voor dit onderzoek. Er was geen sprake van non-respons.

2.2. Onderzoeksinstrumenten

De informatie over de gegevens van de cliënten zoals DSM-IV classificatie en behandelvoorgeschiedenis is uit de dossiers van de cliënten gehaald. De DSM-IV classificatie, die bij aanvang van de behandeling (niet-gestructureerd) is vastgesteld, is in de dossiers terug te vinden. De behandelvoorgeschiedenis is onderverdeeld in: ambulant korter dan één jaar, ambulant langer dan één jaar, dagbehandeling, crisisopname (klinische opname korter dan 3 maanden) en klinische opname. Er is per deelnemer gekeken naar de eerder gevolgde behandelingen.

Het gebruikte instrument voor het onderzoeken van de modi was de Schema Mode Inventory (SMI), welke te vinden is in bijlage 5.2. De SMI is een zelfrapportage vragenlijst die de aanwezigheid van de door Young opgestelde modi meet. De SMI bestaat uit 124 items die gescoord worden op een 6-puntschaal, waarbij 1 staat voor helemaal niet waar en 6 voor helemaal waar. Elk item is gekoppeld aan een van de modi, op deze manier wordt bepaald hoe hoog iemand op de verschillende modi scoort. Bij het analyseren van de data is gebruik gemaakt van de normgroep mensen met een DSM-IV as-II classificatie. Dat houdt in dat de

gemiddelde scores van de deelnemers zijn vergeleken met de gemiddelde scores van deze normgroep voor het bepalen van de aan- of afwezigheid van een modus. De gemiddelde scores per modus wordt berekend door de totale score te delen door het aantal vragen behorend bij een specifieke modus (Young, Arntz, Atkinson, Lobbestael, Weishaar, van Vreeswijk & Klokman, 2008). Naast deze normgroep biedt de SMI de mogelijkheid scores te vergelijken met de controlegroep en met mensen met een as-I classificatie (Lobbestael, Van Vreeswijk, Spinhoven, Schouten & Arntz, 2010). Volgens Muste, Weertman en Claassen (2009) heeft de SMI een goede construct- en concurrente validiteit, de subschalen vertonen een goede interne samenhang en de test-hertestbetrouwbaarheid is goed.

Om vast te stellen op welke levensgebieden mensen met persoonlijkheidsstoornissen vastlopen is gebruik gemaakt van de gegevens in de dossiers. De levensgebieden zijn onderverdeeld gebaseerd op de subschalen van de door De Jong, Derks, Van Oel en Rinne (1996) ontwikkelde ‘Structured Interview for DSM-IV Personality’ (SIDP-IV). Dit is een semigestructureerd interview dat opgebouwd is uit vragen die zijn bedoel om de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren. Het interview richt zich op tien verschillende levensgebieden: Interesses en bezigheden, werk, hechte relaties, sociale contacten, emoties, observaties, zelfperceptie, kijk op anderen, stress en woede, sociale conformiteit. Op een 4-puntschaal wordt beoordeeld in hoeverre er problemen aanwezig zijn in de verschillende gebieden. De af- of aanwezigheid van een categorische classificatie wordt bepaald aan de hand van de DSM-criteria (Reynold & Clark, 2001; Damen, 2005). Volgens Zimmerman, Rothschild en Chelminski (2005) heeft de SIDP-IV een goede betrouwbaarheid. De eerder genoemde onderzoeken (Cramer et al., 2006, Chen et al, 2005, Miller et al., 2007, Nakao et al., 1992; Skodol et al., 2002) naar levensgebieden waarop mensen met persoonlijkheidsstoornissen vastlopen benoemen allemaal levensgebieden die terugkomen in de schalen van de SIDP-IV. Deze overeenstemming qua levensgebieden en het feit dat de SIDP-IV gericht is op mensen met persoonlijkheidsstoornissen maakt dat ervoor gekozen is in het huidige onderzoek gebruik te maken van de indeling van levensgebieden volgens de SIDP-IV. Bij deze subschalen hoort ook de schaal ‘observaties’, deze subschaal werd niet gebruikt aangezien ze opvallend gedrag tijdens de afname van het interview beschrijft. Tijdens het lezen van de dossiers en met gebruik van de officiële DSM-IV classificaties op As V is op een schaal van 0 t/m 2 (waarbij 0 = duidelijk niet aanwezig, 1 = gedeeltelijk aanwezig en 2 = duidelijk aanwezig) aangegeven in hoeverre de deelnemers beperkingen ondervinden op de verschillende levensgebieden. Twee beoordelaars hebben scores gegeven aan deze informatie en hebben beoordeeld hoe sterk problemen op verschillende levensgebieden

aanwezig zijn. Deze zijn met elkaar vergeleken worden om de betrouwbaarheid van de beoordeling te bepalen. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid is berekend met Spearman's Rho en ligt bij $r_s = 0.88$. Uiteindelijk zijn consensus-scores gebruikt voor het onderzoek, waarbij de hoogst toegekende codering als uitgangspunt is genomen.

2.3. Statistische analyse

De verzamelde data werd geanalyseerd met SPSS. De analyse was bedoeld om de deelnemers van het onderzoek te beschrijven en verbanden te leggen tussen het aantal levensgebieden waarop de deelnemers zijn vastgelopen en de aanwezige modi. De statistische analyse om de behandelgeschiedenis, DSM-IV classificaties, modi en levensgebieden waarop moeilijkheden ondervonden worden van de steekproef te beschrijven is uitgevoerd door middel van een descriptieve analyse. Voor het leggen van verbanden tussen levensgebieden en de aanwezige modi werd gebruik gemaakt van een correlatieberekening. Van tevoren is gecontroleerd of de gegevens normaal verdeeld zijn en gebaseerd hierop zijn Pearson correlatiecoëfficiënten berekend.

3. Resultaten

3.1. Classificaties en behandelvoorgeschiedenis

De eerste onderzoeksvraag was gericht op het beschrijven van de deelnemers van het onderzoek. Om de deelnemers van het onderzoek te kunnen beschrijven is gekeken naar welke DSM-IV classificaties aanwezig zijn en de behandelgeschiedenis is geanalyseerd.

Tabel 2. DSM-IV classificaties van de respondenten (n=35)

	Hoofdclassificatie	Bijkomende classificaties	Totaal
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
<i>As-I: Klinische stoornissen</i>			
Aan middelen gebonden stoornissen	0 (0)	3 (8.6)	3 (8.6)
Stemmingsstoornissen	5 (14.4)	14 (40.0)	19 (54.3)
Angststoornissen	0 (0)	8 (22.9)	8 (22.9)
Dissociatieve stoornissen	0 (0)	3 (8.6)	3 (8.6)
Aandachtstekortstoornissen	0 (0)	1 (2.9)	1 (2.9)
Identiteitsproblematiek	1 (2.9)	7 (20.0)	8 (22.9)
Zwakbegaafdheid	0 (0)	1 (2.9)	1 (2.9)
<i>As-II: Persoonlijkheidsproblematiek</i>			
Borderline	9 (25.7)	0 (0)	9 (25.7)
Ontwijkend	3 (8.6)	0 (0)	3 (8.6)
Afhankelijk	3 (8.6)	0 (0)	3 (8.6)
Niet anders omschreven (NAO)	14 (40.0)	0 (0)	14 (40.0)
Totaal	35 (100)		

Tabel 2 laat de DSM-IV classificaties van de steekproef zien, verdeeld in hoofdclassificatie en bijkomende classificaties. Wat betreft de persoonlijkheidsstoornissen hebben in totaal 82.9% (n=29) van de deelnemers officieel de classificatie persoonlijkheidsstoornis, tevens de hoofdclassificatie. De classificatie borderline persoonlijkheidsstoornis is bij 25.7% (n=9) van de deelnemers gesteld. 8.6% (n=3) zijn geclassificeerd met de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis en 5.7% (n=2) met de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Het grootste deel van de cliënten is geclassificeerd met een persoonlijkheidsstoornis NAO (40%, n=14). De andere persoonlijkheidsstoornissen komen niet voor. 14.4% (n=5) hebben de hoofdclassificatie stemmingsstoornis en 2.9% (n=1) hebben identiteitsproblematiek als hoofdclassificatie. Er is een grote comorbiditeit met depressieve klachten te zien, 40.0% van de deelnemers (n=14) hebben als bijkomende classificatie een stemmingsstoornis. Tevens zijn 22.9% (n=8) van de deelnemers geclassificeerd met een angststoornis en 20.0% (n=7) met

identiteitsproblematiek. De deelnemers vertonen naast de classificatie persoonlijkheidsstoornis verschillende problemen op het gebied van as-I classificaties.

Tabel 3 beschrijft de behandelvoorgeschiedenis van de deelnemers. Er is gekeken naar welke behandelvorm door hoeveel deelnemers is gevolgd. Alle deelnemers hebben voor het huidige behandeltraject al andere behandelingen ontvangen. 73.3% (n=26) van de deelnemers heeft voor de huidige behandeling een ambulante traject korter dan één jaar gevolgd. 40.0% (n=14) van de deelnemers heeft een ambulante behandeling langer dan één jaar ondergaan voor de huidige behandeling. Daarnaast heeft 51,4% (n=18) dagbehandeling gevolgd.

Tabel 3. Behandelgeschiedenis van Respondenten (n=35)

	Soort behandeling				
	<i>Ambulant (> 1 jaar)</i>	<i>Ambulant (< 1 jaar)</i>	<i>Dagbe- handeling</i>	<i>Crisis- Opname</i>	<i>Klinische Opname</i>
<i>n</i>	26	14	18	11	14
<i>(%)</i>	(73.3)	(40.0)	(51.4)	(31.4)	(40.0)

Bij 31.4% (n=11) is voor de huidige behandeling sprake geweest van een crisisopname. Tevens heeft 40.0% (n=14) al een eerder klinische opname meegemaakt. De behandelvoorgeschiedenis van de deelnemers van het onderzoek is lang en laat verschillende behandelvormen zien. De verwachtingen 1a en 1b worden door de resultaten bevestigd.

3.2. Modi

Naar aanleiding van de tweede onderzoeksvraag zijn de aanwezige modi bij de deelnemers van het onderzoek in kaart gebracht. Tabel 4 laat een overzicht hiervan zien. Er is gekeken naar het aantal mensen dat verschillende modi rapporteren (aantal en percentage), de gemiddelde score per modus en de totaalscore samen met de standaard deviatie (SD). Tevens is naar de gemiddelde score en de SD van de modusdomeinen gekeken. De gemiddelde scores per modus, modusdomein en in totaal hebben een minimum van 1 en een maximum van 6 punten. De normtabel voor de modi, gebaseerd waarop de af- en aanwezigheid van de modi bepaald is, is te vinden in bijlage 5.2. Gemiddeld scoren de deelnemers hoog op zeven modi. De modus van het kwetsbare kind is bij 85.7% (n=30) van de deelnemers aanwezig. Met een gemiddelde score van 3.9 wordt aan deze modus een van de hoogste scores toegekend. Het ongedisciplineerde kind wordt door 71.4% (n=25) deelnemers gerapporteerd maar heeft met 3.2 punten een lager gemiddelde dan het kwetsbare kind. Het razende (20.0%, n=7), impulsieve kind (22.9%, n=8) en het blijde kind (3.4%, n=11) worden van de kindmodi het minst gerapporteerd door de deelnemers. De modi, die horen bij de groep disfunctionele

copingmodi, worden veel gerapporteerd op de vragenlijsten en het modusdomein heeft met een gemiddelde score van 3.6 de hoogste score van alle domeinen. De willoze inschikkelijke is bij 80.0% (n=28) van de deelnemers aanwezig en heeft een gemiddelde score van 3.8 punten. Op de onthechte beschermer wordt door 51.4% (n=18) hoog gescoord met een gemiddelde score van 3.1 punten. De modus van de onthechte zelfsusser wordt door 68.6% (n=24) van de deelnemers gerapporteerd, het gemiddelde is 3.7 punten. Op geen ander domein wordt zo vaak en hoog gescoord dan het domein van de disfunctionele copingmodi. Van de overcompensatiemodi wordt minder gebruik gemaakt. De zelfverheerlijker wordt door 37.1% (n=14) van de deelnemers gerapporteerd en de pest en aanval modus door 25.7%, (n=9). De straffende ouder is bij 68.6% (n=24) aanwezig en de veeleisende ouder bij 54.3% (n=19). De veeleisende ouder heeft een gemiddelde score van 3.9. Dit is samen met het kwetsbare kind de modus met de hoogste score van alle modi. De gezonde volwassene wordt door 31.4% (n=11) van de deelnemers gerapporteerd. Deze modus wordt niet zo vaak gerapporteerd maar heeft met een gemiddelde van 3.3 een vrij hoge score. De totale

Tabel 4. Aanwezige Modi bij Respondenten (n=35)

<i>Modus</i>	<i>n (%)</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>SD</i>
<i>Kind modi</i>		2.9	0.4
Kwetsbare kind	30 (85.7)	3.9	0.7
Woedende kind	18 (51.4)	3.3	1.7
Razende kind	7 (20.0)	1.7	0.6
Impulsieve kind	8 (22.9)	2.5	0.8
Ongedisciplineerde kind	25 (71.4)	3.2	0.9
Blij kind	11 (31.4)	2.5	0.9
<i>Disfunctionele copingmodi</i>		3.6	0.5
Willoze inschikkelijke	28 (80.0)	3.8	0.7
Onthechte beschermer	18 (51.4)	3.1	0.8
Onthechte zelfsusser	24 (68.6)	3.7	0.8
<i>Overcompensatie-modi</i>		2.2	0.6
Zelfverheerlijker	13 (37.1)	2.6	0.8
Pest en aanval	9 (25.7)	1.8	0.6
<i>Onaangepaste oudermodi</i>		3.5	0.7
Straffende ouder	24 (68.6)	3.2	0.8
Veeleisende ouder	19 (54.3)	3.9	0.9
<i>Gezonde modus</i>		3.3	0.6
Gezonde volwassene	11 (31.4)	3.3	0.6
<i>Totaal</i>		3.0	0.3
<i>Totaal disfunctioneel</i>		3.0	0.3

gemiddelde score op de SMI is 3.0 ± 0.3 punten. De disfunctionele modi (alle modi behalve de gezonde volwassene en het blijde kind) hebben ook een gemiddelde score van 3.0 met een SD van ± 0.3 punten. De resultaten laten zien dat er een groot aantal modi aanwezig is bij de deelnemers van het onderzoek. Verwachting 2 wordt door de resultaten bevestigd. Vanwege de kleine steekproef en het grote aantal classificaties persoonlijkheidsstoornis NAO is het niet gelukt een samenhang tussen specifieke persoonlijkheidsstoornissen en modi te ontdekken.

3.3. Levensgebieden

De volgende onderzoeksvraag was gericht op de levensgebieden waarop de deelnemers problemen ervaren. Tabel 5 laat de levensgebieden zien waarop de deelnemers problemen ondervinden. Er is gekeken naar de mate waarin beperkingen ervaren worden per levensgebied uitgedrukt in percentages deelnemers die problemen ervaren. Tevens is bij het totale percentage deelnemers het aantal vermeldt. Gemiddeld ervaart elke deelnemer op 6.2 van de negen levensgebieden problemen. De gemiddelde totaalscore is 11.2 punten met een

Tabel 5. Beperkingen op Levensgebieden in % (N=35)

<i>Levensgebied</i>	<i>Geen beperkingen %</i>	<i>Gedeeltelijk aanwezig %</i>	<i>Duidelijk aanwezig %</i>	<i>Totale beperking % (n)</i>
Interesses en bezigheden	40.0	14.3	45.7	60.0 (21)
Werk	8.6	11.4	80.0	91.4 (32)
Hechte relaties	22.9	8.6	68.6	77.1 (27)
Sociale contacten	20.0	14.3	65.7	80.0 (28)
Emoties	17.1	5.7	77.1	82.9 (29)
Zelfperceptie	11.4	17.1	71.4	88.5 (31)
Perceptie van anderen	54.3	28.6	17.1	45.7 (16)
Stress en woede	131.4	2.9	65.7	68.6 (24)
Sociale conformiteit	77.1	5.7	17.1	22.9 (8)

SD van 2.7 op een schaal met een minimum van 1 en een maximum van 18. Dat betekent dat de deelnemers op bijna elk levensgebied waarop zij vastlopen duidelijk aanwezige problemen ervaren. De score ‘gedeeltelijk aanwezig’ is minder vaak toegekend. 60.0% (n=21) van de deelnemers lopen vast op het gebied Interesses en bezigheden en 91.4% (n=32) ervaren moeite op het gebied van werk. Op het levensgebied werk worden door de meeste deelnemers problemen ervaren en is tevens het gebied waarop de meeste problemen ervaren worden. 77.1% (n=27) hebben problemen in hechte relaties. Op het gebied van sociale contacten ervaren 80.0% (n=28) van de deelnemers moeite en het gebied emoties zijn het 82.9% (n=29). Daarnaast zijn 88.5% (n=31) vastgelopen op het gebied van zelfperceptie. Tevens worden bij 45.7% (n=16) problemen gerapporteerd op het gebied van perceptie van anderen. 68.6%

(n=24) lopen vast op het gebied van Stress en woede en 22.9% (n=8) ervaren problemen in de sociale conformiteit. Problemen op het gebied van sociale conformiteit worden het minst gerapporteerd. De resultaten laten zien dat de deelnemers van het onderzoek uiteraard op een groot aantal levensgebieden vastlopen. Hierbij is de ernst van de problemen meestal groot. Deze resultaten sluiten aan bij verwachting 3.

3.4. Samenhang modi en levensgebieden

De hoofdvraag van het onderzoek was de vraag in hoeverre er een samenhang bestaat tussen de aanwezige modi en problemen die op de verschillende levensgebieden ervaren worden. Tabel 6 laat de correlaties zien tussen het aantal en de scores op het totale aantal modi en levensgebieden. Tevens wordt de samenhang tussen de modusdomeinen en de levensgebieden weergegeven. Aangezien de verdeling normaal is, is gekozen voor het berekenen van een Pearson correlatiecoëfficiënt met een overschrijdskans van $p=0.05$. Over het algemeen zijn lage correlatiecoëfficiënten te zien. Geen van de correlaties bereikt een significant niveau. De

Tabel 6. Correlatie Modusdomeinen en Scores & Aantal Levensgebieden

<i>Modusdomeinen</i>	<i>Aantal levensgebieden</i>	<i>Score levensgebieden</i>
Kindmodi	0.24	0.22
Disfunctionele copingmodi	0.02	-0.09
Overcompensatiemodi	0.07	0.09
Onaangepaste Oudermodi	-0.20	-0.24
Gezonde modus	-0.16	-0.10
Aantal modi	0.26	0.24
Aantal disfunctionele modi	0.26	0.23
Totaalscore modi	0.04	-0.00
Totaalscore disfunctionele modi	0.06	0.01

totale score van de modi vertoont geen samenhang met de scores op de levensgebieden ($r = -0.00$) en ook niet met het aantal levensgebieden waarop problemen ondervonden worden ($r = 0.04$). Hierbij maakt het geen verschil of de totale score met of zonder de adaptieve modi berekend wordt. Het aantal modi laat een minimale samenhang zien met de totale scores op de levensgebieden en het aantal levensgebieden waarop deelnemers vastlopen. De correlatie tussen het aantal modi en de totale scores op de levensgebieden is $r = 0.24$. Als gekeken wordt naar de samenhang met het aantal levensgebieden is de correlatie $r = 0.26$. Deze correlaties zijn vergelijkbaar als gekeken wordt naar de samenhang met het aantal disfunctionele modi en de levensgebieden. Het modusdomein 'kindmodi' correleert minimaal met het aantal levensgebieden ($r = 0.24$) en de score op de levensgebieden ($r = 0.22$). Tevens is een

minimale negatieve correlatie te zien tussen de onaangepaste oudermodi en het aantal levensgebieden ($r = -0.20$) en de scores op de levensgebieden ($r = -0.24$) waarop beperkingen worden ervaren.

Tabel 7 beschrijft de correlaties tussen de afzonderlijke levensgebieden en de verschillende modusdomeinen. Hierbij vallen drie correlaties op. Er is een significante correlatie ($r = -0.34$) gevonden tussen het modusdomein van de gezonde volwassene en het levensgebied sociale contacten. Zij staan in een negatief verband. Dat betekent dat bij een

Tabel 7. Correlatie Modusdomeinen en Levensgebieden

		Modi				
		<i>Kindmodi</i>	<i>Disfunctionele copingmodi</i>	<i>Overcompensatiemodi</i>	<i>Onaangepaste oudermodi</i>	<i>Gezonde Modus</i>
<i>Levensgebied</i>						
Interesses en bezigheden		0.09	-0.13	0.07	-0.13	-0.13
Werk		-0.17	-0.09	-0.26	-0.19	0.14
Hechte relaties		0.22	0.14	0.28	-0.01	0.02
Sociale contacten		0.16	0.00	0.11	-0.25	-0.34*
Emoties		0.05	-0.24	0.06	-0.27	0.17
Zelfperceptie		-0.03	-0.34*	-0.12	-0.04	0.11
Perceptie van anderen		0.02	0.13	-0.01	-0.04	-0.14
Stress en woede		-0.02	0.07	-0.21	0.25	0.11
Sociale conformiteit		0.38*	0.08	0.32	-0.20	-0.24

* = Correlatie is significant bij $p=0.05$

verhoogde aanwezigheid van de gezonde modus minder problemen op het gebied van sociale contacten worden ervaren. Tevens is er een significante negatieve correlatie ($r = -0.34$) tussen het domein van de disfunctionele copingmodi en het levensgebied zelfperceptie. Hoe sterker de modi van de disfunctionele copingmodi aanwezig zijn, des te minder problemen op het gebied van zelfperceptie gerapporteerd worden. Daarnaast is er een significante correlatie ($r = 0.38$) te zien tussen het modusdomein van de kindmodi in het levensgebied sociale conformiteit. Dat betekent dat hoe sterker de kindmodi aanwezig zijn, hoe meer problemen op het gebied van sociale conformiteit ervaren worden. De rest van de correlaties hebben geen significant niveau bereikt.

Tabel 8 beschrijft de correlaties tussen de afzonderlijke modi en de levensgebieden. De gezonde modus is in deze tabel niet opgenomen aangezien het modusdomein en de modus hetzelfde zijn. Tussen een aantal modi en levensgebieden zijn significante correlaties terug te zien. Het razende kind vertoont een correlatie met het levensgebied sociale contacten ($r =$

0.34). Hoe sterker de modus van het razende kind aanwezig is, hoe meer beperkingen op het gebied van sociale contacten ervaren wordt. Daarnaast is er een negatieve correlatie tussen het gebied van de sociale contacten en de modus veeleisende ouder ($r = -0.35$) wat betekent dat bij de aanwezigheid van de veeleisende ouder modus minder problemen op het gebied van sociale contacten gerapporteerd worden. Tevens is er een matige positieve samenhang te zien tussen het ongedisciplineerde kind en het levensgebied hechte relaties ($r = 0.35$). Als het ongedisciplineerde kind als modus aanwezig is worden meer problemen ervaren in het contact

Tabel 8. Correlatie Modi en Levensgebieden

Modi	Levensgebieden								
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Kind modi									
Kwetsbare kind	-0.06	-0.16	0.20	-0.07	-0.17	-0.06	0.23	-0.04	0.08
Woedende kind	-0.19	-0.10	-0.16	0.03	0.04	-0.08	-0.14	0.04	0.07
Razende kind	0.12	-0.25	0.22	0.34*	0.07	0.10	0.03	0.06	0.31
Impulsieve kind	0.25	-0.07	0.28	0.11	0.19	-0.15	0.02	-0.08	0.61**
Ongedisciplineerde kind	0.16	-0.08	0.35*	0.32	-0.18	0.01	0.21	0.05	0.32
Blijde kind	0.31	-0.18	0.05	-0.28	0.26	0.25	-0.18	-0.18	-0.18
Disfunctionele copingmodi									
Willoze inschikkelijke	0.09	-0.06	0.013	-0.03	-0.28	-0.29	0.01	0.07	-0.13
Onthechte beschermer	-0.26	-0.15	-0.13	0.16	-0.22	-0.20	0.19	0.14	0.11
Onthechte zelfsusser	-0.06	0.03	0.30	-0.14	0.00	-0.21	0.05	-0.05	0.16
Overcompensatie-modi									
Zelfverheerlijker	0.06	-0.19	0.34*	0.16	0.13	-0.18	0.013	-0.25	0.27
Pest en aanval	0.06	-0.28	0.12	0.01	-0.06	-0.02	-0.05	-0.09	0.30
Onaangepaste oudermodi									
Straffende ouder	-0.09	-0.17	0.04	-0.06	-0.30	-0.00	-0.02	0.15	-0.05
Veeleisende ouder	-0.13	-0.16	-0.06	-0.35*	-0.17	-0.07	-0.05	0.27	-0.29

Levensgebieden: (1) Interesses en bezigheden, (2) Werk, (3) Hechte relaties, (4) Sociale contacten, (5) Emoties, (6) Zelfperceptie, (7) Perceptie van anderen, (8) Stress en woede, (9) Sociale conformiteit

* = Correlatie is significant bij $p=0.05$, ** = Correlatie is significant bij $p=0.001$

met belangrijke anderen zoals familie en partner. De modus van de zelfverheerlijker vertoont een significante samenhang met het levensgebied hechte relaties ($r = 0.34$). Hoe sterker de modus van de zelfverheerlijker gerapporteerd wordt, hoe meer beperkingen op het gebied van hechte relaties gerapporteerd worden. Tevens is er een positief significant verband gevonden tussen de modus van het impulsieve kind en het levensgebied van de sociale conformiteit ($r = 0.61$). Deze correlatie is significant bij een significantieniveau van $p=0.001$. Zoals verwacht is er een samenhang te zien tussen modi en problemen op levensgebieden. Wel worden er

minder significante correlaties vermeldt dan verwacht. Ook zijn specifieke verbanden die voorspelt zijn niet uitgekomen.

4. Discussie

4.1. Conclusie

Het doel van het huidige onderzoek was het beschrijven van een steekproef van mensen met persoonlijkheidsstoornissen in de vorm van DSM-IV classificaties, behandelvoorgeschiedenis, modi en levensgebieden waarop beperkingen ondervonden worden. Zoals verwacht laten de deelnemers van het onderzoek naast de classificatie persoonlijkheidsstoornissen verschillende as-I classificaties zien. Hierbij treden vooral de stemmings- en angststoornissen op de voorgrond. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de literatuur (Miller et al., 2007, Friberg et al., 2012; Asselt et al., 2009). De analyse van de behandelvoorgeschiedenis laat zien dat de deelnemers van het onderzoek zoals verwacht over het algemeen een omvangrijke geschiedenis binnen de hulpverlening achter de rug hebben. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de conclusie van Bender et al. (2001) dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen vaker te kampen hebben met depressies en angsten en vaak in contact komen met de hulpverlening. De bevindingen over de behandelgeschiedenis kunnen als bevestiging voor het stepped-care model van de geestelijke gezondheidszorg gezien worden. Mensen met persoonlijkheidsstoornissen hebben vaak intensieve zorg nodig. Dat zij voor de opname in een kliniek uiteenlopende andere behandelvormen hebben ontvangen sluit aan bij het idee van de geestelijke gezondheidszorg de mate aan zorg geleidelijk te vergroten als minder intensieve zorg niet lijkt te helpen.

Wat betreft de modi sluiten de resultaten aan bij de opgestelde verwachtingen. De deelnemers van het onderzoek rapporteren een groot aantal modi. Over het algemeen kan gesteld worden dat de door Arntz et al. (2005), Van Vreeswijk et al. (2008) en Young et al. (2005) genoemde modi die aanwezig zijn bij borderline persoonlijkheidsproblematiek door een groot aantal deelnemers van het onderzoek gerapporteerd worden. Het kwetsbare kind is bij veel deelnemers aanwezig. Het ongedisciplineerde kind neemt de plaats in van het woedende kind. En de disfunctionele copingmodi en de onaangepaste oudermodi zijn ook terug te vinden bij de deelnemers. De onderzoeksteekproef kenmerkt zich door een lange behandelvoorgeschiedenis en een groot aantal modi. Zowel een lange behandelgeschiedenis als een groot aantal modi wijzen op ingewikkelde problematiek. Het valt te vermoeden dat de behandelvoorgeschiedenis en het aantal modi met elkaar samenhangen. Hier moet nog meer onderzoek naar gedaan worden. Daarnaast heeft het huidige onderzoek aangetoond dat de modi bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen die beschreven worden in de literatuur ook daadwerkelijk terug te vinden zijn bij een cliëntengroep uit de klinische praktijk.

Kijkend naar de levensgebieden waarop problemen ervaren worden sluiten ook hier de bevindingen aan bij de opgestelde verwachtingen. De deelnemers van het onderzoek rapporteren duidelijk aanwezige problemen op uiteenlopende levensgebieden. Zoals onderzoek van Skodol et al. (2002), Skodol et al. (2005) en Miller et al. (2007) heeft laten zien rapporteren mensen met persoonlijkheidsstoornissen beperkingen op belangrijke levensgebieden zoals werk, sociale contacten, liefdesrelaties en zelfontplooiing.

De verwachte samenhang tussen modi en levensgebieden waarop mensen met persoonlijkheidsstoornissen vastlopen is maar gedeeltelijk bewezen. Wat betreft het aantal modi en levensgebieden en de gemiddelde scores op deze zijn geen significante verbanden gevonden. Wel waren er een aantal minimale correlaties te zien. Bij verdiepende analyses zijn significante samenhangen gevonden. Op het gebied van modusdomeinen is een negatieve correlatie tussen de gezonde modi en problemen op het levensgebied sociale contacten ontdekt. Dat betekent dat de aanwezigheid van de gezonde volwassene samenhangt met minder problemen in sociale contacten. Aansluitend bij de schematheorie helpt de gezonde volwassene bij het uitvoeren van gezond functioneel gedrag (Young et al, 2005). Deze bevindingen zijn in overeenstemming met de verwachtingen van het onderzoek. Wel was verwacht negatieve correlaties tussen de gezonde modus en alle levensgebieden te vinden. Tevens is er een significante negatieve correlatie gevonden tussen het modusdomein van de onaangepaste copingmodi en beperkingen op het levensgebied zelfperceptie. Als beperking op het levensgebied zelfperceptie worden door De Jong et al. (1996) onder andere ‘duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld’ en ‘heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid’ genoemd. De onaangepaste copingmodi zijn erop gericht de eigen gevoelens en wensen weg te drukken (Young et al., 2005) wat een negatieve correlatie met het gebied zelfperceptie zou kunnen verklaren. Hoe sterker een onaangepaste copingmodus aanwezig is des te minder vertekeningen in de perceptie van zichzelf naar voren komen omdat deze worden afgehouden. Daarnaast is een positieve correlatie gevonden tussen het kinddomein en moeilijkheden op het levensgebied sociale conformiteit. Problemen op dit levensgebied worden door De Jong et al. (1996) onder andere beschreven als ‘niet in staat zijn zich te conformeren aan de maatschappelijke norm’ en ‘constante onverantwoordelijkheid’. De kindmodi hangen samen met sociaal onaangepast gedrag en heftige emoties die moeilijk gecontroleerd kunnen worden (Young et al, 2005). Hierdoor kunnen problemen op het gebied van sociale conformiteit ontstaan aangezien iemand zich, als een kindmodus geactiveerd wordt, niet meer in staat voelt de eigen impulsen te controleren en zich te zetten tot het uitvoeren van verplichtingen. Tevens wijst de aanwezigheid van kindmodi erop dat er aspecten van een persoonlijkheid op vroege

leeftijd zijn afgesplitst omdat deze toen niet geaccepteerd zijn (Young et al., 2005). De aanwezigheid van meer kindmodi kan dus wijzen op een kindertijd met meer moeilijkheden. Hierdoor is geen basis gelegd om later in het leven om te kunnen gaan met verplichtingen en verantwoordelijkheden van het volwassen zijn.

Naast de correlaties tussen levensgebieden en modusdomeinen is ook de samenhang tussen de afzonderlijke modi en de levensgebieden onderzocht. De modus van het razende kind correleert positief met problemen op het levensgebied sociale contacten wat betekent dat een sterke aanwezigheid van deze modus met veel problemen op het gebied van sociale contacten samenhangt. Het razende kind wordt gekenmerkt door intense woede-uitbarstingen wat in sociale contacten tot problemen kan leiden (Van Vreeswijk et al., 2008). Dit sluit aan bij de verwachtingen gebaseerd op de literatuur. Het levensgebied sociale contacten laat ook een negatieve correlatie met de modus van de veeleisende ouder zien. Hoe sterker de modus van de veeleisende ouder aanwezig is, hoe minder problemen ervaren worden binnen sociale contacten. De modus van de veeleisende ouder gaat gepaard met het voldoen aan rigide regels, normen en waarden (Van Vreeswijk et al., 2008). Hierdoor zal iemand meer sociaal wenselijk gedrag vertonen wat tot minder spanningen binnen sociale contacten leidt. Gedragingen zoals ‘verlangt buitensporige bewondering’ of ‘gelooft dat hij of zij heel speciaal en uniek is’ die volgens De Jong et al. (1996) passen bij problemen op dit levensgebied worden niet toegestaan door de veeleisende ouder. Tevens hangen beperkingen op het gebied van hechte relaties samen met de modi ongedisciplineerd kind en zelfverheerlijker. In de modus van het ongedisciplineerde kind heeft iemand geen frustratietolerantie en verdraagt geen ongenoegen (Young et al., 2005). Dit kan in contacten met familieleden of een partner tot problemen leiden aangezien deze contacten vaak samenhangen met situaties zoals samenwonen en samen een takenpakket hebben. De zelfverheerlijker voelt zich superieur aan anderen en denkt dat hij/zij speciale rechten heeft (Van Vreeswijk et al., 2008). In hechte relaties kan een ongelijkwaardige verhouding tot spanningen leiden wat de gevonden correlaties kan verklaren. De sterkste verbanden zijn te zien tussen de modus van het impulsieve kind en het levensgebied sociale conformiteit. Problemen op dit levensgebied worden door De Jong et al. (1996) onder andere beschreven als ‘impulsiviteit op tenminste twee gebieden die betrokkene mogelijk schade kunnen berokken’, ‘prikkelbaarheid en agressiviteit’ en ‘impulsiviteit en onvermogen vooruit te plannen’. Het impulsieve kind wil op egoïstische en ongecontroleerde wijze de bevrediging van (niet basale) behoeftes afdwingen (Young et al., 2005). Dit staat haaks op het levensgebied sociale conformiteit dat het beheersen van impulsen en het uitstellen van directe

behoeftebevrediging inhoudt. Hierdoor ervaren mensen die de modus van het impulsieve kind rapporteren meer beperkingen op het gebied van sociale conformiteit.

Naast de significante correlaties zijn er ook veel modi en levensgebieden die geen samenhang vertonen. Zo laten bijna geen modi een samenhang zien met het gebied van interesses en bezigheden. Wat betreft de disfunctionele copingmodi kan vermoed worden dat er weinig problemen gerapporteerd worden op dit levensgebied omdat deze modi gekenmerkt worden door een onthechte en willoze houding (Young et al., 2005). In deze modi is zich iemand niet duidelijk bewust van eigen interesses en wensen. Hierdoor kunnen weinig problemen ervaren worden maar wordt dit levensdomein ook niet optimaal opgevuld. Dit zou de niet aanwezige correlaties kunnen verklaren. De lage samenhang tussen het levensgebied werk en de oudermodi kan ook verklaard worden vanuit de inhoud van de modi. De geïnternaliseerde normen en waarden die in de oudermodi tot uitdrukking komen (Young et al., 2005) helpen iemand het werk nauwkeurig en goed uit te voeren. Maar door deze normen en waarden ervaart iemand op het werk ook een grote druk om aan deze normen te moeten voldoen. Hierdoor kan het plezier in het eigen werk afnemen. Het goed en nauwkeurig uitvoeren maar wel verbonden met verminderd werkplezier houdt de problemen op het gebied van werk in balans en kan verklaren waarom er geen samenhang gevonden wordt tussen de oudermodi en het levensgebied werk. Tevens is de lage samenhang tussen de disfunctionele copingmodi en het levensgebied stress en woede te verklaren vanuit de inhoud van de modi. Problemen op het levensgebied van stress en woede ontstaan als iemand last heeft van woede-uitbarstingen en agressief gedrag. In de rol van de willoze inschikkelijke, onthechte beschermer en onthechte zelfsusser probeert iemand gevoelens van woede zo ver mogelijk weg te stoppen (Van Vreeswijk et al., 2008). Dat lukt niet altijd en kan tot innerlijke spanningen leiden. De balans tussen het niet uiten van woede en het ervaren van innerlijke spanning leidt tot een neutrale samenhang tussen de disfunctionele copingmodi en het levensgebied stress en woede. Ook zijn er neutrale samenhangen gevonden die niet goed verklaard kunnen worden.

Samenvattend is er een aantal samenhangen gevonden tussen modi en levensgebieden waarop problemen ervaren worden. Er zijn maar een paar modi die gekoppeld kunnen worden aan specifieke levensgebieden. De gevonden correlaties zijn vanuit de literatuur goed te verklaren. De vooral door moeite met impulscontrole gekenmerkte kindmodi laten een samenhang zien met problemen op het gebied van sociale conformiteit en de vooral door controle getekende modus van de veeleisende ouder hangt samen met minder problemen op het gebied van sociale contacten. Tevens is aangetoond dat de aanwezigheid van de gezonde

volwassene samenhangt met minder problemen op sociaal vlak. De gevonden verbanden laten zien dat het tijdens de behandeling van belang is aandacht te geven aan de behoeftes van de kindmodi. Als deze zich kunnen 'uitleven' en grenzen gesteld worden kan iemand in sociale contacten en op maatschappelijk vlak beter functioneren. De veeleisende ouder zou vervangen moeten worden door de gezonde volwassene zodat iemand op een gezonde manier aan normen en waarden kan voldoen. Deze resultaten stemmen overeen met onderzoek van Young et al., (2005) en Sijbers en Wijngaart (2012) en de werkwijze van het limited reparenting die beschreven werd in de inleiding. Voor een aantal levensgebieden en modi die niet met elkaar correleren, kan een verklaring gevonden worden in de literatuur. Wel is er een aantal neutrale samenhangen dat niet goed verklaart kan worden en waar vanuit de literatuur wel een degelijke samenhang verwacht werd.

4.2. Kanttekeningen en aandachtspunten

De analyses hebben een aantal significante samenhangen tussen levensgebieden en modi laten zien. Wel waren er meer en sterkere verbanden verwacht aan begin van het onderzoek. Het onderzoek kent een aantal beperkingen, dat van invloed geweest kunnen zijn op de uitkomsten van het onderzoek.

De SMI is een zelfrapportagevragenlijst. De manier van invullen van de vragenlijst is volgens Muste (2009) afhankelijk van de gemoedstoestand, de betrouwbaarheid en de mate van zelfinzicht van degene die de lijst invult. Daarnaast zijn de beschikbare normtabellen van de SMI niet gevalideerd, er is op dit moment normeringsonderzoek gaande. Wel zijn de items van de vragenlijst gerandomiseerd waardoor de betrouwbaarheid hoger wordt (Muste, 2009). Tevens is ook de vraag in hoeverre de bijkomende as-I problematiek van invloed is geweest op het invullen van de SMI. Een hogere lijdensdruk en meer behoefte aan hulp door bijkomende as-I problematiek kunnen van invloed geweest zijn op het invulgedrag.

Daarnaast is de indeling van problemen die ervaren worden op levensgebieden geen gestandaardiseerd proces geweest. De indeling van problemen die ervaren worden op levensgebieden zoals gebruikt in dit onderzoek, gebaseerd op de SIDP-IV, is geen bewezen statistisch valide indeling. Er is geprobeerd de indeling meer betrouwbaar te maken door twee mensen scores toe te laten kennen aan de verschillende levensgebieden. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid is hoog maar de vraag of de onderdelen van de SIDP-IV op deze manier gebruikt kunnen worden blijft.

Tevens is de onderzochte groep relatief klein (n=35) wat de betrouwbaarheid van het onderzoek wellicht heeft verkleind. Betrouwbaarheids- en factooranalyses zijn met een dusdanig kleine steekproef moeilijk uit te voeren.

Daarnaast zijn er ook sterke punten van het onderzoek te benoemen. Tijdens de dataverzameling was geen sprake van non-respons waardoor de betrouwbaarheid van de gegevens sterker wordt. Tevens lieten de deelnemers over het algemeen een gemotiveerde houding zien wat betreft het meewerken aan het onderzoek. Dit laat vermoeden dat de deelnemers er moeite voor hebben gedaan de vragenlijsten passend bij hun belevingen in te vullen. Daarnaast zijn de deelnemers van het onderzoek een representatieve onderzoeksgroep. Door een groep uit de klinische praktijk te gebruiken, kunnen vanuit de onderzoeksresultaten meer betrouwbare conclusies en aanbevelingen voor de klinische praktijk geformuleerd worden.

4.3. Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek bieden de mogelijkheid voor een aantal aanbevelingen op het gebied van vervolgonderzoek en de klinische praktijk. Als vervolg op het huidige onderzoek zou verder gegaan kunnen worden met onderzoek naar aanwezige modi bij de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Er kan gekeken worden naar de mogelijkheid specifieke diagnostiek te koppelen aan specifieke modi. Door meer te weten over de samenhang tussen specifieke persoonlijkheidsstoornissen en modi kan meer gericht gewerkt worden tijdens de behandeling. Daarnaast kan de samenhang tussen de behandelvoorgeschiedenis en het aantal en de intensiteit van de aanwezige modi onderzocht worden. Door te achterhalen of er daadwerkelijk een samenhang bestaat tussen de behandelgeschiedenis en de modi zou de duur en de aard van de behandeling per cliënt individueel afgestemd kunnen worden.

Tevens zou het concept van de levensgebieden verbeterd kunnen worden. Door op een meer betrouwbare manier gegevens te verzamelen over de problemen die ervaren worden op de verschillende levensgebieden zou nauwkeuriger gekeken kunnen worden naar de samenhang met modi. Een samenhang tussen levensgebieden waarop iemand vastloopt en aanwezige modi kan zoals al benoemd handvatten bieden voor de behandeling. Voor alle voorgestelde onderzoeksonderwerpen is het aan te raden een grotere onderzoeksteekproef te gebruiken.

Onderzoek naar de richting van het verband zou interessante bevindingen voor de praktijk kunnen bieden. Op dit moment is niet duidelijk of gewerkt moet worden aan het verminderen van een modus om op deze manier de problemen op de levensgebieden te

verminderen of dat het verminderen van problemen op levensgebieden de aanwezigheid van een modus versterkt. Limited reparenting is gericht op het ruimte geven aan specifieke modi en het uitwissen van andere. Hierdoor kan iemand weer beter functioneren, wordt gesteld. Aan de andere kant zou gesteld kunnen worden dat bijvoorbeeld het werken aan sociale vaardigheden de modus van het razende kind af laat nemen en de modus van de gezonde volwassene versterkt. Het is niet duidelijk of de focus moet liggen op het bewerken van de modi of het toevoegen van vaardigheden die de modi kunnen controleren. Het is te vermoeden dat een combinatie van beide methodes de meeste resultaten oplevert maar er is noodzaak voor meer onderzoek.

Daarnaast zullen de gegevens die verzameld zijn tijdens het huidige onderzoek gebruikt worden als onderdeel van een evaluatief onderzoek over het werken met mensen met persoonlijkheidsstoornis in groepsverband volgens de schematherapie door Grietje Schaap. Huidig onderzoek biedt informatie over de onderzoeksgroep die gebruikt kan worden om de behandeling te beoordelen.

Aanbevelingen voor de praktijk gebaseerd op dit onderzoek zijn moeilijk te formuleren aangezien er maar een paar significante correlaties gevonden zijn. Het grootste nut van de uitkomsten zou kunnen liggen in het creëren van begrip van de koppeling tussen modi en levensgebieden waarop problemen ervaren worden. De resultaten verklaren waarom een bepaalde modus kan samenhangen met problemen op een specifiek levensgebied. Deze uitleg kan ook aan cliënten gegeven worden. Cliënten kunnen vervolgens meer doelgericht werken doordat zij zich bewust kunnen worden van de invloed van een modus op het leven. Binnen ‘De Wieke’ worden de belangrijke modi besproken met de cliënten. Hierbij wordt geprobeerd per modus een vertaalslag te maken naar het alledaagse leven. Dit is een techniek waarvan, gebaseerd op de uitkomsten van het huidige onderzoek, aangeraden worden ze aan te houden. Door de koppeling tussen modi en problemen op levensgebieden te benadrukken, krijgen cliënten de mogelijkheid zichzelf beter te begrijpen. Vaak komen cliënten bij ‘De Wieke’ binnen en begrijpen zichzelf niet meer, de hulpvraag meer inzicht in zichzelf te krijgen komt vaak naar voren. Door in behandeling te werken met een uitleg over de samenhang tussen problemen op levensgebieden en modi kunnen cliënten een begin maken zichzelf weer te begrijpen. Daarnaast wordt aangeraden de regelmatige meting van de modi aan te houden. Door regelmatig te achterhalen welke modi een belangrijke rol spelen en deze te koppelen aan problemen op levensgebieden kan het modusmodel veel duidelijker in de behandeling ingebed worden. Dit sluit aan bij de behoefte van de cliënt zichzelf beter te begrijpen. Bovendien kan door regelmatige metingen duidelijk het effect van de behandeling

overgebracht worden aan de cliënt. Bespreken welke modi actueel zijn, te achterhalen op welke levensgebieden hierdoor beperkingen ervaren worden en vervolgens een plan van aanpak voor de komende periode maken, laat de behandeling meer doelgericht en meer overzichtelijk worden voor de cliënt. Door alle bovengenoemde punten kunnen de motivatie en het commitment van de cliënten in de therapie vergroot worden.

Tevens wordt geadviseerd de modi en niet de DSM-IV classificaties als hoofdfocus van de behandeling te gebruiken. Deze methode wordt op dit moment al gehanteerd binnen 'De Wieke'. De classificatie van een persoonlijkheidsstoornis lijkt de belangrijke aandachtspunten voor de behandeling niet voldoende te verduidelijken. Hierbij moet wel de kanttekening van de kleine steekproef en een groot aantal classificaties 'persoonlijkheidsstoornis NAO' genoemd worden, die de resultaten van het onderzoek hebben kunnen vertekend. Het gebruik van modi maakt een inhoudelijk meer cliëntgerichte aanpak mogelijk door de koppeling met problemen op levensgebieden mogelijk te maken. Hierdoor kan zoals eerder al benoemd het nut en het effect van het werken met de modi met betrekking tot problemen op levensgebieden beter uitgelegd worden aan de cliënt. De focus in de behandeling moet meer liggen op de belangrijke modi dan op de DSM-IV classificatie.

5. Bijlagen

5.1. Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM-IV-TR)*. Harcourt Assessment BV.
- Arntz, A. (2010). Een beknopte geschiedenis van schematherapie. *PsychoPraktijk*, 2, 15-18.
- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 9-18.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 36, 226–239.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea M. T., Zannarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S., & Johnson J. G. (2005). Adolescent Axis I and personality disorders predict quality of life during young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 39, 14-19.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringle, T. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.
- Damen, K. F. M. (2005). *Searching the person behind the addiction, Assessment of personality pathology in Dutch opioid-dependent patients*. Radboud University Nijmegen. PHD-These, verkregen via:
<http://dare.ubn.ru.nl/bitstream/2066/56832/1/56832.pdf>
- de Jong, C., Derks, F., Van Oel, C., & Rinne, T. (1996). *SIDP-IV: gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen*. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.

- Feenstra, D. J., Hutsebaut, J., Laurensen, E. M. P., Verhaul, R., Busschbach, J. J. V., & Soeteman, D. I. (2012). The burden of disease among adolescents with personality pathology: quality of life and costs. *Journal of Personality Disorders*, 26, 593-604.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Øvergård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (in press). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*.
- Johnston, C., Dorahy, M. J., Courtney, D., Bayles, T., & O’Kane, M. (2009). Dysfunctional schema modes, childhood trauma and dissociation in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 40, 248–255.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnenontwikkeling. (2012). *GGZ richtlijnen*. Trimbosinstituut. Verkregen op 03-10-2012 via:
http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=1537&richtlijn_id=66
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behavior Research and Therapy* 46, 854-860.
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437-458.
- Nakao, K., Gunderson, J.G., Phillips, K. A., Tanaka, N., Yorifuji, K., Takaishi, J., & Nishimura, T. (1992). Functional impairment in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 24-33.
- Masley, A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behavior Therapy*, 41, 185-202.
- Miller, J. D., Campbell, W. K., & Pilkonis, P. A. (2007). Narcissistic personality disorder:

- relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 170-177.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A.-M. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Reynolds, S. K., & Clark, L.A. (2001). Predicting Dimensions of Personality Disorder From Domains and Facets of the Five-Factor Model. *Journal of Personality Disorders*, 69.
- Sijbers, G., & van der Wijngaart, R. (2012). Schematherapie in groepen voor een borderline persoonlijkheidsproblematiek. *PsychoPraktijk*, 2, 19-22.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276-283.
- Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. I., Morey, L. C., Shea, M. C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2005). Dimensional representations of DMS-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 191-1925.
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & van Busschbach, J. J. (2008a). Een prijzige stoornis. *Medisch Contact*, 4, 160-162.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, H., Verheul, R., & van Busschbach, J. J. (2008b). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of clinical psychiatry*, 69, 259-265.
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., & Severens, J.L. (2009). The EQ-5D: A useful quality of life measure in borderline personality disorder? *European Psychiatry*, 24, 79-85.

van den Broek, E., Keulen-de Vos, M., & Bernstein, D. P. (2011). Art therapies and schema focused therapy: A pilot study. *The arts in psychotherapy*, 38, 325-332.

van Vreeswijk, M. & Broersen, J. (2006). *Schematherapie voor groepen*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., van Vreeswijk, M & Klokman, J. (2008). *Schema Mode Inventory (SMI)*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schematherapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Young, J. E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 911–918.

5.2. Schema Mode Inventory

Naam: _____
Geboortedatum: _____
Geslacht: _____
Opleiding: _____
Datum: _____

SMI (Versie 1)

INSTRUCTIE: In deze vragenlijst staan uitspraken die mensen kunnen gebruiken om zichzelf te beschrijven. We willen u vragen van deze uitspraak de FREQUENTIE te beoordelen; dus **hoe vaak** je over het algemeen van de uitspraak overtuigd bent of hoe vaak het zo voelde.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	1. Door anderen te laten merken dat met jou niet te spotten valt, dwing je respect af.
	2. Ik voel me geliefd en geaccepteerd.
	3. Ik gun mezelf geen plezier omdat ik het niet verdien.
	4. Ik voel me inadequaar, gebrekkig of waardeloos.
	5. Ik heb de neiging om mezelf te straffen door mezelf pijn te doen (bijvoorbeeld mezelf snijden).
	6. Ik voel me verloren.
	7. Ik ben streng voor mezelf.
	8. Ik doe erg mijn best anderen te plezieren om conflicten, confrontatie of afwijzing te vermijden.
	9. Ik kan mezelf niet vergeven.
	10. Ik doe dingen om in het middelpunt van de belangstelling te staan.
	11. Ik raak geïrriteerd als mensen niet doen wat ik van hen vraag.
	12. Ik kan mijn impulsen slecht controleren.
	13. Als ik een doel niet kan bereiken, raak ik snel gefrustreerd en geef ik het op.
	14. Ik heb woedeaanvallen en driftbuien.
	15. Ik handel impulsief of ik uit emoties die me in de problemen brengen of die andere mensen kwetsen.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	16. Het is mijn schuld wanneer er iets ergs gebeurt.
	17. Ik voel me tevreden en kalm.
	18. Ik verander mezelf afhankelijk van de mensen bij wie ik ben, zodat ze me aardig zullen vinden of me goedkeuren.
	19. Ik voel me verbonden met andere mensen.
	20. Als er problemen zijn, doe ik hard mijn best om ze zelf op te lossen.
	21. Ik dwing mezelf niet om routinematige of vervelende taken af te maken.
	22. Als ik niet vecht word ik misbruikt of verwaarloosd.
	23. Ik moet zorgen voor de mensen om mij heen.
	24. Wie zich laat pesten is een mislukkeling.
	25. Ik val mensen fysiek aan als ik boos op hen ben.
	26. Als ik me eenmaal boos begin te voelen, houd ik het vaak niet onder controle en verlies ik mijn beheersing.
	27. Het is voor mij belangrijk nummer één te zijn (bijvoorbeeld de meest populaire, meest succesvolle, meest rijke, meest machtige).
	28. Ik voel me onverschillig.
	29. Ik kan problemen rationeel oplossen zonder me door mijn emoties te laten overspoelen.
	30. Ik vind het onzin een plan te maken van hoe iets aan te pakken.
	31. Ik neem geen genoegen met het één na beste.
	32. Aanval is de beste verdediging.
	33. Ik voel me kil naar andere mensen toe.
	34. Ik voel me onthecht (geen contact met mezelf, mijn emoties en anderen).
	35. Ik volg blindelings mijn emoties.
	36. Ik voel me wanhopig.
	37. Ik sta het toe dat andere mensen mij bekritisieren of kleineren.
	38. In relaties laat ik de andere persoon de overhand hebben.
	39. Ik voel me afstandelijk tegenover andere mensen.
	40. Ik denk niet na over wat ik zeg en breng daarmee mezelf in de problemen of kwets anderen.
	41. Ik werk of sport intensief om niet te hoeven denken aan vervelende dingen.
	42. Ik ben boos omdat mensen proberen mijn vrijheid en onafhankelijkheid van me af te pakken.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
 2= Zelden
 3= Af en toe

4= Regelmatig
 5= Meestal
 6= Altijd

<u>Frequentie</u>	<u>Over het algemeen...</u>
	43. Ik voel niks.
	44. Ik doe wat ik wil, ongeacht de behoeften en gevoelens van andere mensen.
	45. Ik geef mezelf niet de kans om te ontspannen of plezier te hebben, voordat ik alles heb afgemaakt wat ik moest doen.
	46. Ik gooi en smijt met dingen als ik boos ben.
	47. Ik ben woedend op iemand.
	48. Ik voel dat ik bij andere mensen hoor.
	49. Ik heb veel opgekropte boosheid die eruit moet.
	50. Ik voel me eenzaam.
	51. Ik probeer mijn best te doen bij alles wat ik doe.
	52. Ik doe graag iets opwindends of troostends om mijn gevoelens te vermijden (bijvoorbeeld eten, seksuele activiteiten, uitgaan, gokken of shoppen).
	53. Gelijkwaardigheid bestaat niet, dus kan je maar het beste boven de ander staan.
	54. In mijn boosheid verlies ik de controle over mezelf en bedreig ik andere mensen.
	55. Ik laat andere mensen hun gang gaan, in plaats van mijn eigen behoeften te uiten.
	56. Wie niet voor me is, is tegen me.
	57. Om minder last te hebben van vervelende gedachten of gevoelens, zorg ik dat ik het altijd druk heb.
	58. Ik ben een slecht persoon als ik boos word op andere mensen.
	59. Ik wil niet betrokken raken bij andere mensen.
	60. Ik ben zo woedend geweest dat ik iemand (ernstig) verwond of vermoord heb.
	61. Ik voel dat ik genoeg stabiliteit en zekerheid in mijn leven heb
	62. Ik weet wanneer mijn emoties te uiten en wanneer niet.
	63. Ik ben boos op iemand omdat hij/ zij er niet voor me was of mij verliet.
	64. Ik voel me niet verbonden met andere mensen.
	65. Ik kan me er niet toe zetten dingen te doen die ik vervelend vind, ook al weet ik dat het voor mijn eigen bestwil is.
	66. Ik overtreed regels en heb er later spijt van.
	67. Ik voel me vernederd
	68. Ik vertrouw de meeste andere mensen.
	69. Ik doe, en denk daarna pas.
	70. Ik raak makkelijk verveeld en verlies snel interesse in dingen.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
2= Zelden
3= Af en toe

4= Regelmatig
5= Meestal
6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	71. Ook als ik mensen om me heen heb, voel ik me eenzaam.
	72. Omdat ik slecht ben sta ik het mezelf niet toe om plezierige dingen te doen die andere mensen wel doen.
	73. Ik kom op voor wat ik wil, zonder daarin te overdrijven.
	74. Ik vind mezelf speciaal en beter dan de meeste andere mensen.
	75. Ik geef nergens om; niets is belangrijk voor me.
	76. Het maakt me boos wanneer iemand me vertelt hoe ik me zou moeten voelen of gedragen.
	77. Als je anderen niet overheerst, word je overheerst.
	78. Ik zeg wat ik voel of doe dingen impulsief, zonder over de gevolgen na te denken.
	79. Ik zou mensen een standje willen geven voor de manier waarop ze mij behandeld hebben.
	80. Ik ben in staat om voor mezelf te zorgen.
	81. Ik ben tamelijk kritisch tegenover andere mensen.
	82. Ik sta onder een constante druk om te presteren en dingen te bereiken.
	83. Ik probeer geen fouten te maken, anders ga ik mezelf naar beneden halen.
	84. Ik verdien het om gestraft te worden.
	85. Ik kan leren, groeien en veranderen.
	86. Ik wil mezelf afleiden van gedachten en gevoelens die mij van streek maken.
	87. Ik ben boos op mezelf.
	88. Ik voel me vlak.
	89. Ik moet de beste zijn in wat ik doe.
	90. Ik offer plezier, gezondheid of geluk op om aan mijn eigen eisen te voldoen.
	91. Ik ben veeleisend tegenover andere mensen.
	92. Als ik boos ben, kan het zo uit de hand lopen dat er gewonden vallen.
	93. Ik ben onaantastbaar.
	94. Ik ben een slecht persoon.
	95. Ik voel me veilig.
	96. Ik voel me gehoord, begrepen en gesteund.
	97. Het is voor mij onmogelijk mijn impulsen te controleren.
	98. Ik maak dingen kapot als ik boos ben.

FREQUENTIE: Over het algemeen

1= Nooit of bijna nooit
 2= Zelden
 3= Af en toe

4= Regelmatig
 5= Meestal
 6= Altijd

Frequentie	Over het algemeen...
	99. Door anderen te overheersen, kan je niets gebeuren.
	100. Ik gedraag me op een passieve manier, zelfs als ik het ergens niet mee eens ben.
	101. Mijn boosheid loopt uit de hand.
	102. Ik pest anderen.
	103. Ik zou iemand pijn willen doen voor wat hij/ zij me heeft aangedaan.
	104. Ik weet dat er een 'goede' en een 'slechte' manier is om dingen te doen; ik doe hard mijn best om dingen op een goede manier te doen, anders bekritiseer ik mezelf.
	105. Ik voel me vaak alleen op de wereld.
	106. Ik voel me zwak en hulpeloos.
	107. Ik ben lui.
	108. Het is verstandig om alles te accepteren van mensen die belangrijk voor me zijn.
	109. Ik ben bedrogen of oneerlijk behandeld.
	110. Als ik de neiging heb iets te doen, doe ik dat ook.
	111. Ik voel me buitengesloten.
	112. Ik kleineer anderen.
	113. Ik voel me optimistisch.
	114. Ik heb het gevoel dat ik mezelf niet aan dezelfde regels hoeft te houden als andere mensen.
	115. Mijn huidige leven draait erom dingen voor elkaar te krijgen en ze goed te doen.
	116. Ik dwing mezelf om meer verantwoordelijk te zijn dan de meeste andere mensen.
	117. Ik kan voor mezelf opkomen wanneer ik vind dat ik oneerlijk bekritiseerd, uitgebuit of misbruikt word.
	118. Ik verdien geen medelijden wanneer mij iets ergs overkomt.
	119. Ik heb het gevoel dat niemand van me houdt.
	120. Ik voel dat ik van nature een goed persoon ben.
	121. Als het nodig is maak ik saaie en routinematige taken af zodat ik dingen kan bereiken die ik waardeer.
	122. Ik voel me spontaan en speels.
	123. Ik kan zo woedend zijn dat ik in staat ben iemand te vermoorden.
	124. Ik heb een goed beeld van wie ik ben en wat ik nodig heb om mezelf gelukkig te maken.

SMI (versie 1): Items per modus (N=124)

1. Kwetsbare kind (n=10): it 4, 6, 36, 50, 67, 71, 105, 106, 111, 119.
2. Woedende kind (n=10): it 22, 42, 47, 49, 56, 63, 76, 79, 103, 109.
3. Razende kind (n=9): it 14, 25, 26, 46, 54, 60, 92, 98, 101, 123.
4. Impulsieve kind (n=9): it 12, 15, 35, 40, 66, 69, 78, 97, 110.
5. Ongedisciplineerde kind (n=6): it 13, 21, 30, 65, 70, 107.
6. Blijde kind (n=10): it 2, 17, 19, 48, 61, 68, 95, 96, 113, 122.
7. Willoze inschikkelijke (n=7): it 8, 18, 37, 38, 55, 100, 108.
8. Onthechte beschermer (n=9): it 28, 33, 34, 39, 43, 59, 64, 75, 88.
9. Onthechte zelfsusser (n=4): it 41, 52, 57, 86.
10. Zelfverheerlijker (n=10): it 10, 11, 27, 31, 44, 74, 81, 89, 91, 114.
11. Pest- en aanval (n=9): it 1, 24, 32, 53, 77, 93, 99, 102, 112.
12. Straffende ouder (n=10): it 3, 5, 9, 16, 58, 72, 84, 87, 94, 118.
13. Veeleisende ouder (n=10): it 7, 23, 45, 51, 82, 83, 90, 104, 115, 116.
14. Gezonde volwassene (n=10): it 20, 29, 62, 73, 80, 85, 117, 120, 121, 124.

Gemiddelden en standaard deviaties van de modi van de SMI in 3 subsamples

SMI subscales	Niet-patiënt controle		As-I patiënten		As-II patiënten	
	g	sd	g	sd	g	sd
Kwetsbare kind	1.47	.51	2.66	.94	3.36	1.11
Woedende kind	1.81	.48	2.56	.90	3.09	.94
Razende kind	1.20	.29	1.55	.67	2.05	.92
Impulsieve kind	2.15	.53	2.46	.72	3.05	.97
Ongedisciplineerde kind	2.27	.60	2.57	.85	2.95	.94
Blijde kind	4.52	.54	3.39	.87	2.88	.77
Willoze inschikkelijke	2.51	.56	3.00	.88	3.32	.95
Onthechte beschermer	1.59	.52	2.35	.94	2.95	.94
Onthechte zelfsusser	1.93	.65	3.00	.91	3.32	.98
Zelfverheerlijker	2.31	.59	2.47	.76	2.63	.87
Pest- en aanval	1.72	.51	1.91	.68	2.21	.77
Straffende ouder	1.47	.39	2.16	.90	2.75	.97
Veeleisende ouder	3.06	.60	3.50	.85	3.71	.90
Gezonde volwassene	4.60	.56	3.99	.80	3.60	.83