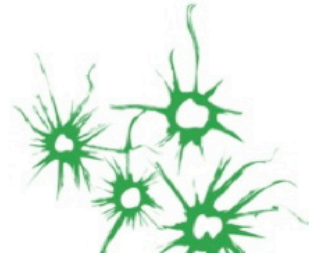
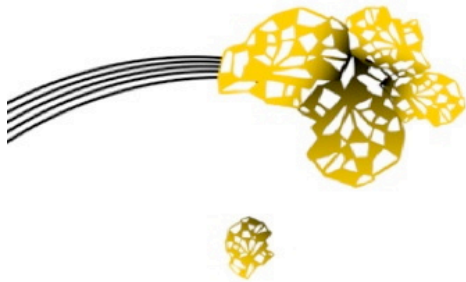


# MASTERTHESE

WAT IS DE ROL VAN DISFUNCTIONELE COPINGSTIJLEN BIJ  
VERANDERING VAN ONAANGEPASTE SCHEMA'S?

Leonie Sandman (0192279)



## Abstract

**Objective:** The objective of this study was to determine what role dysfunctional coping styles play when maladaptive schemas change, to get more insight on (possibly effective) elements of schema therapy. **Method:** The *Young Schema Vragenlijst* (YSV) was used to determine which maladaptive schemas were present. To identify which dysfunctional coping styles were present, *Young Compensatory Inventory* (YCI) and *Young-Rygh Avoidance Inventory* (YRAI) were used. Demographic information was collected with help of electronic patient files. Clients from the clinical practice with personality problems were the focus of attention ( $n = 42$ ). Independent samples t-tests were carried out to assess increases and decreases in dysfunctional coping styles and maladaptive schemas. Linear regression analyses were conducted to determine whether decreases in coping styles would lead to decreases in schemas. Four measurements were included, from the start of therapy to follow-up (including a half year between every measurement). Due to relatively high non-response during the second measurement, this measurement was not included in evaluating changes in maladaptive schemas and dysfunctional coping styles. **Results:** Results showed that many different maladaptive schemas were present at the start of therapy (on high to extremely high level). They decreased significantly during and after treatment to below-average/low level. Most of the dysfunctional coping strategies were not prominently present during the first measurement, nonetheless most of them (except overcompensation strategy 'enmeshment') decreased significantly from (below) average to low level at the final measurement and at follow-up. It was also found that decreases in dysfunctional coping styles during treatment had a significant influence on decreases in maladaptive schemas at follow-up. **Implications:** Based on the present results it is supposed that within schema-focused therapy decreases in dysfunctional coping styles should be the focus of attention. According to expectations maladaptive schemas will decrease as well in the long term (half year after treatment). This advice applies to clients who suffer from personality problem and/or (long-lasting) Axis-I complaints and attend a schema-focused therapy completely, in clinical setting. Considering the restricted, selective research sample and leaving several (perhaps important) factors out of consideration, like drop-outs, it is recommended to include these factors in supplementary studies.

## Samenvatting

**Doel:** Dit onderzoek richt zich op de rol van disfunctionele copingstijlen in het veranderproces van onaangepaste schema's, gedurende en na een schematherapie behandeling. Het doel hiervan is het vergaren van inzicht in de samenhang van (mogelijk effectieve) onderdelen van de schematherapie.

**Methode:** De *Young Schema Vragenlijst* (YSV) is ingezet voor het bepalen van aanwezige onaangepaste schema's en met de *Young Compensatory Inventory* (YCI) en *Young-Rygh Avoidance Inventory* (YRAI) zijn aanwezige disfunctionele copingstijlen vastgesteld. Daarnaast zijn demografische gegevens in kaart gebracht met behulp van elektronische patiëntendossiers. Cliënten uit de klinische praktijk met persoonlijkheidsproblemen stonden hierbij centraal ( $n = 42$ ). Vervolgens is de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven ingezet om toenames en afnamen in disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's te bepalen en met lineaire regressie analyses is bepaald of afname in copingstijlen leidt tot afname in schema's. Hierbij zijn vier meetmomenten betrokken, vanaf de start van behandeling tot en met de follow-up, met een half jaar tussen elk meetmoment. De tweede meting is wegens relatief hoge non-respons buiten beschouwing gelaten bij het onderzoeken van veranderingen in onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen. **Resultaten:** De resultaten laten zien dat de vele, verscheidene onaangepaste schema's die aan het begin van de behandeling in hoge tot zeer hoge mate aanwezig zijn, in significante mate afnemen naar beneden gemiddeld tot laag niveau, zowel gedurende de behandeling als bij de follow-up. Hoewel de meeste overcompensatie- en vermijdingsstrategieën bij de eerste meting beneden gemiddeld niveau aanwezig zijn, nemen ze in significante mate af naar nog lager niveau, op de overcompensatiestrategie 'verstrengeld zelf' na. Deze resultaten zijn zowel bij de eindmeting als bij de follow-up zichtbaar. Tevens is naar voren gekomen dat afname in disfunctionele copingstijlen gedurende de behandeling een significante invloed heeft op afname van onaangepaste schema's bij de follow-up. **Implicaties:** Op basis van de resultaten wordt vermoed dat binnen een schemagerichte behandeling de focus het beste gelegd kan worden op vermindering van disfunctionele copingstijlen. Hierdoor zullen naar verwachting onaangepaste schema's (een half jaar na de behandeling) ook afnemen. Vanuit dit onderzoek geldt het advies voor cliënten met persoonlijkheidsproblemen en/of (chronische) As-I klachten die een schemagerichte behandeling, in klinische setting, volledig afronden. Gezien de beperkte, selectieve steekproef en het buiten beschouwing laten van meerdere (wellicht belangrijke) factoren, zoals drop-outs, wordt aangeraden in vervolgonderzoek deze factoren in het onderzoeksdesign mee te nemen.

# Inhoudsopgave

1. Inleiding	5
<b>1.1 Aanleiding</b>	<b>5</b>
<b>1.2 Achtergrond</b>	<b>5</b>
<b>1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen</b>	<b>10</b>
<b>1.4 Hypotheses</b>	<b>10</b>
2. Methode	11
<b>2.1 Participanten</b>	<b>11</b>
<b>2.2 Procedure</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Instrumenten</b>	<b>13</b>
<b>2.4 Analyse</b>	<b>14</b>
3. Resultaten	14
<b>3.1 Aanwezige onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Afnamen gedurende en na behandeling</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Invloed van disfunctionele copingstijlen op onaangepaste schema's</b>	<b>17</b>
4. Conclusie en discussie	18
<b>4.1 Conclusie</b>	<b>18</b>
<b>4.2 Discussie</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek</b>	<b>22</b>
Referenties	24

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Er wordt in de klinische praktijk steeds meer onderzoek gedaan naar het effect van gerichte psychologische behandelingen voor cliënten met persoonlijkheidsproblemen. Schematherapie, zoals ontwikkeld door Young, is daar een voorbeeld van. Deze therapie richt zich op het op gang brengen van verstarde levenspatronen, door op een functionele manier te leren omgaan (ook wel 'coping' genoemd) met onaangepaste schema's. Onaangepaste schema's zijn inflexibele, disfunctionele referentiekaders van waaruit mensen de wereld interpreteren en proberen te begrijpen (Farrell, Reiss & Shaw, 2014). Over de invloed van coping met klachten en problematische situaties wanneer onaangepaste schema's veranderen in mate van aanwezigheid is tot zover weinig bekend. Dit vormt de aanleiding voor het huidige onderzoek. In deze studie zal onderzocht worden wat voor rol coping speelt, en dan specifiek disfunctionele coping, in het veranderproces van onaangepaste schema's. Cliënten uit de klinische praktijk, die zijn vastgelopen op belangrijke levensgebieden en bij wie sprake is van persoonlijkheidsproblemen (veelal in combinatie met chronische As-I klachten) staan hier centraal.

## 1.2 Achtergrond

Binnen de groep cliënten met persoonlijkheidsproblemen bestaat een grote overlap met andere problemen, klachten en/of (As-I) stoornissen. Zo ervaren deze mensen vaak een hoge lijdensdruk, lopen zij significant meer risico op problemen binnen relaties (waaronder echtscheidingen), op beroepsmatig vlak (zoals werkeloosheid) en vertonen ze relatief vaker fysiek geweld, zowel naar zichzelf als anderen, in vergelijking met cliënten gediagnosticeerd met alleen een angst- en/of stemmingsstoornis (Fahy, 2013; Vandereycken, Hoogduin & Emmelkamp, 2008). Daarnaast is er vaak sprake van (chronische) klachten op meerdere gebieden horend bij As-I stoornissen, zoals angst, depressie of eetstoornissen en is de behandelgeschiedenis lang en complex (Vandereycken et al., 2008). Ook kan gesproken worden van een inflexibele, onveranderbaar lijkende manier van denken en gedragen die vermoedelijk in de kindertijd ontstaat en zich voortzet in de volwassenheid van een cliënt. Hierdoor worden de eerder genoemde klachten en gevolgen versterkt en in stand gehouden (Vandereycken et al., 2008).

Wat betreft de klinische cliëntengroep die binnen dit onderzoek centraal staat gaat het in de kern om mensen die zijn vastgelopen op belangrijke levensgebieden (in werk en relaties bijvoorbeeld), een hoge lijdensdruk ervaren, vaak meerdere voorgaande behandelingen aangegaan zijn en bij wie sprake is van persoonlijkheidsproblematiek, bij het merendeel in combinatie met variërende (chronische) As-I klachten.

Ondanks inflexibele, onveranderbaar lijkende kenmerken van persoonlijkheidsproblematiek, bestaan er verschillende psychologische behandelingen die kunnen bijdragen aan afname van klachten en versterking van (sociaal) functioneren. Zoals psychodynamische psychotherapie, een langdurige behandeling waarbij de relatie tussen cliënt en therapeut wordt ingezet om inzicht te krijgen in de

interne belevingswereld van de cliënt. En cognitieve gedragstherapie, waar de nadruk ligt op het veranderen van kernovertuigingen en disfunctioneel gedrag van de cliënt (Fahy, 2013).

Naast depressie en angststoornissen zijn de meeste onderzoeken naar het effect van psychologische behandelingen gedaan bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS), waarbij niet één specifieke therapie als meest effectief naar voren is gekomen, maar wel factoren onderscheiden kunnen worden die bijdragen aan een effectieve behandeling. Behandelingen die intensief, langdurig, theoretisch samenhangend, gestructureerd uitgevoerd en geïntegreerd met andere onderdelen zijn, en daarnaast (woon)begeleiding na behandeling bieden, zijn het meest effectief gebleken (Bateman & Fonaghy, 2001).

Een therapie die hier bij aansluit is de zogenaamde schematherapie, ontwikkeld door Jeffrey Young. De focus ligt binnen deze therapie op cliënten en hun schema's (Young & Pijnaker, 1999). Schema's bestaan uit referentiekaders waaruit mensen zichzelf, anderen en de wereld interpreteren en proberen te begrijpen. Ze zijn het resultaat van een interactie tussen het aangeboren temperament, de vroege omgeving waarin een kind opgroeit en de ervaringen die hij hier in opdoet. De inhoud van schema's bestaat uit herinneringen, lichamelijke sensaties, gevoelens en cognities die zijn opgedaan in de kindertijd en zich uitbreiden gedurende het verdere leven van die persoon (Young & Pijnaker, 1999; Farrell et al., 2014).

Young en Pijnaker (1999) beschrijven dat ieder mens schema's vormt gedurende zijn leven, maar bij sommige mensen (waaronder mensen met een persoonlijkheidsstoornis) kunnen deze schema's een extreme, disfunctionele en inflexibele vorm aannemen, ook wel onaangepaste schema's genoemd. Deze kunnen ontstaan in de vroege jeugd, wanneer basisbehoeften van een kind onvoldoende bevredigd zijn, zoals het ontvangen van liefde, zorg en veiligheid (Young & Pijnaker, 1999; Farrell et al., 2014). In de kindertijd hebben de schema's vaak een noodzakelijke rol gespeeld voor het kind om te kunnen overleven, maar in het latere leven kunnen deze (onbewust) uitgroeien tot onaangepaste schema's die een disfunctionele en beperkende invloed uitoefenen (Farrell et al., 2014).

Daarnaast stelt Young dat onaangepaste schema's een rol spelen in het ontstaan van persoonlijkheidsproblematiek (Kellogg & Young, 2006). Er kunnen 18 onaangepaste schema's onderscheiden worden, deze zijn weergegeven in Tabel 1., ingedeeld per domein (Farrell et al., 2014).

Wat betreft schematherapie staat binnen deze vorm van behandeling centraal dat een cliënt zijn vastgelopen/verstarde levenspatronen leert veranderen door op functionele wijze zijn (basis)behoeften tegemoet te komen, in plaats vanuit disfunctionele, onaangepaste schema's te reageren. Dit niet alleen door gedragsvaardigheden aan te leren, maar ook door op persoonlijk vlak verandering teweeg te brengen, met behulp van aanmoedigingen, zelfhulp technieken, rollenspellen en modelleren (Farrell et al., 2014; Nordahl & Nysæter, 2005).

Tabel 1. *Onaangepaste schema's, ingedeeld per domein.*

<b>Domein</b>	<b>Onaangepaste schema's</b>
<b>Onverbondenheid</b>	Emotionele deprivatie Verlatingsangst Wantrouwen/misbruik Sociale isolatie Defect/schaamte
<b>Verzwakte autonomie</b>	Falen/mislukken Afhankelijkheid/incompetentie Kwetsbaarheid Verstrengeld zelf
<b>Gerichtheid op anderen</b>	Onderwerping Zelfopoffering Goedkeuring zoeken
<b>Waakzaamheid en inhibitie</b>	Emotionele inhibitie Onverbiddelijk hoge eisen/overkritisch
<b>Verzwakte grenzen</b>	Gerechtigdheid/grandiositeit Onvoldoende zelfcontrole
<b>Sombere houding</b>	Negativisme/pessimisme Bestraffende houding

Onderzoek naar borderline persoonlijkheidsproblematiek laat zien dat schemagerichte therapie een bijdrage levert aan het verminderen van klachten (Farrell et al., 2014; Kellogg & Young, 2006; Nordahl & Nysæter, 2005). Zowel in groepsvorm als individuele therapie (Farrell et al., 2014). Een aantal recente onderzoeken op andere gebieden ondersteunen aanwijzingen dat een schemagerichte behandeling effectief kan zijn. Zo laten Malogiannis et al. (2014) zien dat van de 12 chronisch depressieve cliënten die aan hun onderzoek deelnamen, 7 cliënten (60%) voldoende hersteld en/of tevreden waren na een individuele schemagerichte behandeling van 12 tot 16 sessies. Renner et al. (2013) hebben onderzoek gedaan naar het effect van een kortdurende schemagerichte groepstherapie (van 20 wekelijkse sessies van 90 minuten) op de klachten en symptomen van jongvolwassen cliënten met een persoonlijkheidsstoornis, of kenmerken daarvan. De resultaten laten een daling zien in het algehele klachtenniveau van de participanten. De auteurs geven aan dat de veranderingen voornamelijk in de eindmeting naar voren kwamen (na 18 weken en 17 sessies) en dat voor het behalen van diepere veranderingen in de onaangepaste schema's wellicht langere behandeling nodig is. Bovendien zijn slechts 26 cliënten (van de 28 oorspronkelijke deelnemers) bij het onderzoek betrokken (Renner et al., 2013). Dit is, net als het onderzoek van Malogiannis et al. (2013), een kleine groep deelnemers om betrouwbare conclusies op te baseren. Bamelis, Evers, Spinhoven en Arntz (2014) hebben onderzocht wat het effect is van 50 individuele sessies schematherapie, vergeleken met inzichtgevende psychotherapie, onder cliënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen. De uitkomsten laten zien dat schematherapie tot meer verbetering en herstel leidt dan inzichtgevende psychotherapie. Er is echter nog weinig bekend over de (mogelijke) onderlinge relaties tussen de verschillende componenten van schematherapie en de invloed van die relaties op het (positieve) effect van de therapie.

Er zijn wel meerdere onderzoeken uitgevoerd gericht op de relatie tussen vroege, onaangepaste schema's en persoonlijkheidsproblematiek. Zo laat een studie van Nordahl, Holthe en Haugum (2005) zien dat vroege, onaangepaste schema's samenhangen met algemene klachten, de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis in het algemeen en bepaalde persoonlijkheidsstoornis specifieke kenmerken. Cliënten met een BPS (of trekken daarvan) bijvoorbeeld, rapporteerden meer en sterker aanwezige schema's m.b.t. het domein onverbondenheid dan andere cliënten. Bij cliënten met obsessief-compulsieve trekken kwamen de schema's onvoldoende zelfcontrole en onverbiddelijk hoge eisen sterk aanwezig naar voren (Nordahl et al., 2005). Daarnaast is gebleken dat veranderingen in actieve onaangepaste schema's een bijdrage leveren aan klachtenvermindering (Nordahl et al., 2005). Trincas et al. (2014) onderzochten de relatie tussen depressieve symptomen en onderliggende onaangepaste schema's, waarbij de schema's emotioneel tekort, kwetsbaarheid, defect/schaamte en onvoldoende zelfcontrole het grootste deel van de depressieve symptomen verklaarden. Cliënten met persoonlijkheidsproblemen ervaren vaak meerdere klachten op verscheidene (As-I) gebieden. Dit leidt tot de verwachting dat cliënten binnen het huidige onderzoek een hoog aantal onaangepaste schema's zullen rapporteren op verschillende domeinen. Dat sluit aan bij de bevindingen van Bos (2013), waaruit is gebleken is dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis of kenmerken daarvan (in klinische setting) een relatief groot aantal onaangepaste schema's rapporteren op meerdere domeinen. De sterkst aanwezige schema's kwamen naar voren binnen de domeinen gerichtheid op anderen, sombere houding en onverbondenheid. Behalve het domein verzwakte grenzen, werden alle andere domeinen gerapporteerd door het grootste deel van de participanten. In de these wordt de hypothese beschreven dat een complexe, lange behandelgeschiedenis gepaard gaat met meer gerapporteerde onaangepaste schema's, gezien de disfunctionele aard van deze schema's (Bos, 2013).

Binnen schematherapie wordt, naast schema's, ook gekeken naar de coping(stijl) van cliënten. Coping heeft betrekking op een patroon van gedragingen die iemand typeert wanneer hij of zij met een nieuwe (problematische) situatie geconfronteerd wordt. Deze gedragingen zijn duurzaam, komen steeds weer naar voren als men met soortgelijke situaties in aanraking komt en zijn op die momenten observeerbaar (Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame & Blau, 2011). Het gaat hier dus om een bepaalde manier/stijl van reageren. Young onderscheidt drie disfunctionele copingstijlen in reactie op onderliggende schema's; overgave, overcompensatie en vermijding. Overcompensatie houdt in dat iemand gedachten of gedrag vertoont die het tegenovergestelde zijn van het onderliggende disfunctionele schema, om zo te voorkomen dat dat schema geactiveerd wordt (Young, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Schema vermijding daarentegen, uit zich in het bewust of onbewust ontwijken van bedreigende informatie via cognitie, emotie, gedrag of somatisatie (Young, 1999; Young et al., 2003). Een derde mogelijke manier van omgaan met een disfunctioneel schema (overgave) houdt in dat iemand zich gedraagt of gedachten heeft overeenkomstig met het onderliggende schema (Young et al, 2003).



Young et al. (2003) stellen dat het doorbreken van gedragspatronen een noodzakelijke stap is binnen de schematherapie, om terugval in onaangepaste schema's te voorkomen. Het gaat hierbij om het veranderen van disfunctionele copingstijlen; overgave, overcompensatie of vermijding van onaangepaste schema's. "Patiënten moeten hun copingstijlen veranderen om hun schema's te kunnen genezen en zo de onvervulde behoeften te bevredigen die hen ertoe brachten in therapie te gaan." (Young et al., 2003; pag. 156). Hieruit volgend wordt vermoed dat een afname in disfunctionele copingstijlen tot een afname in actieve onaangepaste schema's leidt.

De relatie tussen onaangepaste schema's en copingstijlen is nauwelijks wetenschappelijk onderzocht onder klinische cliënten met persoonlijkheidsproblemen en chronische As-I klachten. Onder cliënten met een eetstoornis is wel onderzoek uitgevoerd en het eerder genoemde onderzoek van Renner et al. (2013) biedt enige inzichten. Zoals al eerder genoemd, staat bij dit onderzoek kortdurende schemagerichte groepstherapie centraal. Naast het effect van schematherapie, is ook gekeken naar disfunctionele copingstijlen in relatie met onaangepaste schema's, onder jongvolwassenen met een persoonlijkheidsstoornis of kenmerken daarvan. De gerapporteerde onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen bleken significant minder aanwezig te zijn bij de follow-up meting, vergeleken met het begin van de behandeling (Renner et al, 2013).

Daarnaast is op het gebied van eetstoornissen onderzoek gedaan naar coping en onaangepaste schema's. Luck, Waller, Meyer, Ussher en Lacey (2006) hebben onderzocht wat het effect is van schemagerichte therapie bij vrouwen met een eetstoornis en in hoeverre er verband bestaat tussen disfunctionele coping en het type eetstoornis. Bij het onderzoek waren zowel klinische ( $n = 134$ ) als niet-klinische ( $n = 345$ ) cliënten betrokken. De *Young Compensatory Inventory* (YCI) is ingezet om overcompensatiestrategieën te meten en de *Young-Rygh Avoidance Inventory* (YRAI) om vermijdingstrategieën vast te stellen. Er kwamen aanwijzingen naar voren dat vermijdingsstrategieën met name bij boulimia nervosa patiënten sterk aanwezig zijn en bij anorexia nervosa patiënten zowel vermijdings- als overcompensatiestrategieën. Vervolgonderzoek in copingstijlen, het verband met schema's en het effect op behandeling wordt door de auteurs aangeraden (Luck et al., 2006).

Binnen de studie van Luck et al. (2006) is alleen gekeken naar vrouwelijke cliënten, met een eetstoornis en grotendeels in een niet-klinische setting. In dit onderzoek is een breder perspectief aangenomen en zullen zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten betrokken worden, die in klinische behandeling zijn en te maken hebben met persoonlijkheidsproblemen, veelal in combinatie met (chronische) As-I klachten. Zoals Luck et al. (2006) aanraden, zal worden ingegaan op het tot noch toe onbekende verband tussen onaangepaste schema's en copingstijlen. Dat maakt dit onderzoek exploratief en correlatieel van aard en mogelijk kunnen de uitkomsten bijdragen aan inzicht in de mogelijke samenhang tussen onderdelen van de schematherapie, in dit geval onaangepaste schema's en copingstijlen, om zo een stap dichterbij het bepalen van een effectieve, schemagerichte behandeling te komen.

### **1.3 Onderzoeksvraag en deelvragen**

De hiervoor beschreven bevindingen hebben geleid tot de volgende onderzoeksvraag: Wat is de rol van disfunctionele copingstijlen bij verandering van onaangepaste schema's? Antwoord op deze vraag biedt mogelijk meer inzicht, dan tot nu toe bekend is, in de samenhang tussen twee onderdelen van de schematherapie, namelijk disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's en de effecten hiervan op de mate van aanwezige schema's en copingstijlen gedurende en na de behandeling. Deze informatie kan bijdragen aan het ontwerpen van een effectieve schemagerichte behandeling voor cliënten die te maken hebben met persoonlijkheidsproblemen, vaak met comorbide chronische As-I klachten. Deze cliënten ervaren een hoge lijdensdruk, lopen vaak op meerdere belangrijke levensgebieden vast en hebben veelal een lange behandelgeschiedenis achter de rug, zonder voldoende resultaat (Fahy, 2013; Vandereycken et al., 2008). Hoewel schematherapie effectief lijkt, is wetenschappelijk onderzoek binnen deze cliëntengroep schaars.

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd: (1) Welke onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen zijn aanwezig bij cliënten met persoonlijkheidsproblemen en/of chronische As-I klachten? (2) Neemt de aanwezigheid van disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's af gedurende en na de schematherapie behandeling? (3) Leidt afname van disfunctionele copingstijlen tot afname van aanwezige onaangepaste schema's?

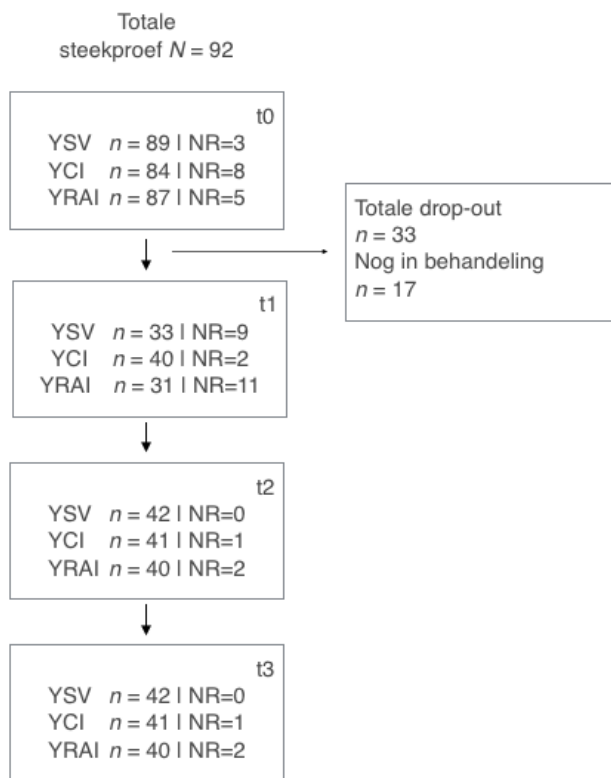
### **1.4 Hypotheses**

Aansluitend op de gevonden literatuur, zijn de volgende hypothesen geformuleerd. (H1) Cliënten rapporteren binnen alle domeinen een groot aantal aanwezige onaangepaste schema's en meerdere disfunctionele copingstijlen. Onderzoeken naar verschillende persoonlijkheids-, en As-I-problematiek, laten relaties zien met meerdere gerapporteerde onaangepaste schema's. Er wordt verwacht dat verschillende disfunctionele copingstijlen gerapporteerd worden, aangezien het gaat om duurzame patronen van gedragingen en een bepaalde (individuele) manier van reageren, die per persoon en per stoornis/klachtenbeeld kunnen verschillen (Beutler et al., 2011). (H2) Zowel de aanwezigheid van disfunctionele copingstijlen als onaangepaste schema's neemt af gedurende en na de schematherapie behandeling. Schematherapie richt zich op het aanleren van functionele copingstijlen, waardoor op een andere, functionele manier met onaangepaste schema's omgegaan kan worden en beide componenten in mindere mate aanwezig verwacht worden na behandeling (Farrell et al., 2014). (H3) Wanneer disfunctionele copingstijlen afnemen, zullen onaangepaste schema's in mindere mate aanwezig zijn. Zoals eerder genoemd beschrijven Young et al. (2003) dat verandering van disfunctionele copingstijlen noodzakelijk is om terugval in onaangepaste schema's te voorkomen.

## 2. Methode

### 2.1 Participanten

Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij Mediant de Wieke, een GGZ-instelling in Enschede waar mensen terecht kunnen voor klinische psychotherapie. Binnen de Wieke wordt gewerkt met de schemagerichte groepstherapie van Young en kunnen (jong)volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek behandeld worden in een klinische setting, in een groep van maximaal 27 cliënten. Gemiddeld duurt een behandeling 12 maanden. Deze behandeling focust zich op het op gang brengen van de vastgelopen persoonlijkheidsontwikkeling in een psychotherapeutische setting, door cliënten handvatten aan te bieden om op een functionele manier naar zichzelf en omgeving te leren kijken en handelen. Daaruit volgend is het einddoel de belemmeringen en beperkingen die cliënten ondervinden op belangrijke levensgebieden te verminderen en hun functioneren binnen die gebieden te verbeteren.



**Figuur 1.** Flowchart met het aantal respondenten ( $n$ ) en het aantal non-respons (NR), per meting en vragenlijst; Young Schema Vragenlijst (YSV), Young Compensatory Inventory (YCI) en Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI).

Onderzoeksgegevens in de periode van april 2011 tot en met september 2014 zijn in dit onderzoek betrokken. De onderzoekssteekproef bestaat uit  $N = 92$  cliënten, waarvan 67 vrouwen en 25 mannen in de leeftijd van 18 tot 44 jaar. Van het totaal aantal respondenten heeft 45.7% ( $n = 42$ ) zijn of haar behandeling volledig afgerond en is 35.9% ( $n = 33$ ) drop-out. De overige 18.4% ( $n = 17$ ) is momenteel nog in behandeling. Bij het merendeel van de cliënten (80.4%) is sprake van een persoonlijkheidsstoornis (PS). Daarnaast worden verscheidene (comorbide/chronische) As-I klachten gerapporteerd en ervaren cliënten een hoge lijdensdruk en stagnatie op belangrijke levensgebieden. Alle deelnemende cliënten hebben eerdere behandelingen doorlopen (zie tabel 2). Bij het

analyseren van de gegevens over meerdere meetmomenten is het deel van de steekproef betrokken dat heeft deelgenomen aan alle metingen en de behandeling volledig heeft afgerond ( $n = 42$ ). Figuur 1 geeft een overzicht van het aantal respondenten en non-respons per vragenlijst en per meting. Omdat bij de tweede meting meer non-respons voorkomen dan bij de andere metingen en een relatief kleine groep cliënten ontstaat, is er voor gekozen  $t_1$  niet mee te nemen bij het onderzoeken van veranderingen in onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen gedurende en na de behandeling.

## 2.2 Procedure

Voordat cliënten deelnamen is om toestemming gevraagd voor deelname aan het onderzoek, middels informed consent. Cliënten konden van tevoren een toestemmingsverklaring ondertekenen en er is mondeling uitleg gegeven over het onderzoek, waarbij aangegeven is dat alle gegevens anoniem verwerkt worden, cliënten resultaten in mogen zien en teruggekoppeld krijgen (in een individueel gesprek) en dat deelname vrijwillig is. Daarnaast is het protocol goedgekeurd door de Commissie Ethiek van de Universiteit Twente en door de ethische commissie van Mediant.

Tijdens de intakefase heeft de eerste vragenlijst afname plaatsgevonden ( $t_0$ ). Deelname aan het onderzoek kon ten alle tijd worden beëindigd door de cliënt. Ook was het mogelijk om verspreid over meerdere momenten de verschillende vragenlijsten in te vullen.

Afname van de vragenlijsten gebeurde onder toezicht van een GZ-psycholoog of psycholoog in opleiding. Er volgde na 6 maanden dat een cliënt in behandeling was een tweede meting ( $t_1$ ). Bij ontslag van een cliënt volgde de eindmeting ( $t_2$ ). En tot slot de follow-up meting ( $t_3$ ), een half jaar na de ontslagdatum van een cliënt. In dit onderzoek zijn alle vier de meetmomenten betrokken. Hoewel is nagestreefd om elke 6 maanden een meting uit te voeren bij iedere cliënt, is dit in de praktijk niet bij iedereen gelukt. Een aantal cliënten zijn eerder of later met ontslag gegaan en soms zijn de metingen door omstandigheden later uitgevoerd. Hierdoor verschilt de tijd tussen elke meting van 4 tot 8 maanden.

**Tabel 2.** Overzicht van aanwezige (DSM-IV) stoornissen, beperkingen op belangrijke levensgebieden en behandelgeschiedenis binnen de onderzoekssteekproef ( $N = 92$ ).

Stoornissen (DSM-IV)	<i>n</i>	%	Levensgebieden	<i>n</i>	%	Behandelgeschiedenis	<i>n</i>	%
Middelenaafhankelijkheid	11	12.0	Interesses	16	17.3	Ambulante behandelingen >1 jaar	77	83.7
Stemmingsstoornissen	53	57.6	Werk	33	35.9	Deeltijdbehandeling	50	54.3
Angststoornissen	22	23.9	Hechte relaties	32	34.8	Crisisopname < 3 mnd	26	28.3
Dissociatieve stoornissen	3	3.3	Sociale contacten	29	31.5	Klinische opname > 3 mnd	37	40.2
Eetstoornissen	12	13	Emoties	40	43.4	<b>Eerdere behandeling gehad</b>	<b>92</b>	<b>100</b>
Impulscontrole stoornissen	1	1.1	Zelfperceptie	40	43.4			
Aanpassingsstoornis	1	1.1	Kijk op anderen	31	33.7			
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2	2.2	Stress en woede	32	34.7			
Aandachttekortstoornis	5	5.4	Sociale conformiteit	18	19.6			
Antisociale PS	1	1.1						
Borderline PS	25	27.2						
Narcistische PS	2	2.2						
Ontwijkende PS	9	9.8						
Afhankelijke PS	6	6.5						
Obsessief-compulsieve PS	1	1.1						
PS NAO	36	39.1						
Zwakbegaafdheid	2	2.2						
Identiteitsproblematiek	22	23.9						
<b>PS aanwezig</b>	<b>74</b>	<b>80.4</b>						

*Noot.* PS = persoonlijkheidsstoornis; NAO = niet anderszins omschreven.

### 2.3 Instrumenten

Op basis van elektronische patiëntendossiers zijn demografische gegevens, DSM-IV diagnoses, de behandelgeschiedenis en informatie over stagnatie op belangrijke levensgebieden verzameld. Met de *Young Schema Questionnaire* (YSQ; Young & Brown, 2001) kan de aanwezigheid van onaangepaste schema's bij een cliënt bepaald worden. Participanten hebben de Nederlandse versie van de YSQ ingevuld, de *Young Schema Vragenlijst* (YSV; Young & Brown, 2001; Nederlandse versie, Sterk & Rijkeboer, 1997), een zelfrapportage vragenlijst met 232 items, waar de 18 onaangepaste schema's zoals door Young geformuleerd aan ten grondslag liggen. Elk item wordt beantwoord aan de hand van een 6-punts Likert schaal, waarbij 1 staat voor *absoluut niet op mij van toepassing* en 6 voor *geheel op mij van toepassing*. De vragenlijst wordt beoordeeld als adequaat en stabiel meetinstrument in de klinische praktijk (Rijkeboer, van den Bergh & van den Bout, 2005). Binnen de YSV wordt de aanwezigheid van een bepaald schema berekend op basis van een set items waar een cliënt een *hoge* of *zeer hoge* score op heeft behaald. Dit wordt bepaald door het optellen van de scores op een bepaald aantal vragen, horend bij het betreffende onaangepast schema. Twee copingstijlen, overcompensatie en vermijding, kunnen gemeten worden aan de hand van vragenlijsten. Schema overcompensatie met de *Young Compensatory Inventory* (YCI; Young, 1998) en schema vermijding met de *Young-Rygh Avoidance Inventory* (YRAI; Young, 1994). In het onderzoek van Luck et al. (2006) zijn de YCI en YRAI beoordeeld als vragenlijsten met goede psychometrische kwaliteiten. De YCI bestaat uit 48 vragen en de YRAI uit 40 vragen. Beide vragenlijsten maken gebruik van antwoordschalen van 1 (*helemaal niet van toepassing op mij*) tot 6 (*perfect van toepassing op mij*). Hoe hoger de scores, hoe meer vermijdings- en/of overcompensatiestrategieën naar voren komen. Aanwezigheid van overcompensatiestrategieën is berekend aan de hand van gemiddelde scores per set items die voor overcompensatie van een bepaald schema staan, met uitzondering van de schema's emotionele inhibitie en bestraffende houding. Overcompensatie van deze laatste twee schema's kan niet gemeten worden. De gemiddelde scores worden bepaald door de scores op het aantal vragen horend bij de betreffende overcompensatiestrategie op te tellen en door het aantal vragen te delen. Vervolgens zijn gemiddelde scores van 5 of 6 (deze worden als *hoog* betiteld in de YCI) doorslaggevend geweest voor het bepalen van aanwezigheid van overcompensatiestrategieën. Wat betreft vermijdingsstrategieën wordt geen directe koppeling gemaakt met de onaangepaste schema's. In de YRAI worden verschillende manieren van vermijden beschreven, die uit verschillende item sets bestaan. De volgende vermijdingsstrategieën kunnen onderscheiden worden: met opzet niet aan verontrustende zaken denken, middelen misbruik, ontkennen van ongelukkig voelen, excessieve rationaliteit en controle, onderdrukken van boosheid, psychosomatische symptomen, terugtrekken van mensen, ontkennen van herinneringen, vermijden door slapen of gebrek aan energie, afleiding door activiteit, zelfsussen/kalmeren (eten en winkelen bijvoorbeeld) en passief blokkeren van verontrustende emoties. Aanwezigheid van vermijdingsstrategieën wordt op eenzelfde manier berekend als bij de YCI.

## 2.4 Analyse

IBM SPSS Statistics, versie 22 is ingezet voor het analyseren van gegevens. Aan de hand van descriptieve analyses is bepaald welke onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen bij cliënten aanwezig zijn bij de start van hun behandeling. De mate van significante toenames of afnamen in onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen is bepaald met de t-toets voor twee onafhankelijke steekproeven, waarbij per vragenlijst gemiddelden op  $t_0$  vergeleken zijn met gemiddelden op  $t_2$  en  $t_3$ . Aan de hand van lineaire regressie analyses is onderzocht of afname van disfunctionele copingstijlen gedurende behandeling leidt tot afname van onaangepaste schema's na behandeling (bij de follow-up). Onaangepaste schema's op  $t_3$  is als afhankelijke variabele ingevoerd. In blok 1 is vervolgens onaangepaste schema's op  $t_0$  als variabele ingevoerd en in blok 2 overcompensatiestrategieën op  $t_0$  en de verschillen tussen overcompensatiestrategieën op  $t_0$  en  $t_2$ . Vervolgens is eenzelfde regressieanalyse uitgevoerd met vermijdingsstrategieën.

## 3. Resultaten

### 3.1 Aanwezige onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen

Om de eerste deelvraag "Welke onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen zijn aanwezig bij cliënten met persoonlijkheidsproblemen en/of chronische As-I klachten?" te kunnen beantwoorden zijn de aanwezige onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen van de deelnemende cliënten in kaart gebracht, op moment  $t_0$ .

Tabel 3 geeft een overzicht van het aantal cliënten en percentages binnen de steekproef die onaangepaste schema's, overcompensatie en vermijdingsstrategieën rapporteren. Te zien is dat verschillende onaangepaste schema's sterk aanwezig zijn. Hoge scores bevinden zich binnen de domeinen onverbondenheid, gerichtheid op anderen, waakzaamheid en inhibitie en sombere houding. Binnen deze domeinen zijn alle schema's bij meer dan de helft van de participanten in hoog tot zeer hoge mate aanwezigheid. Het schema grandiositeit/gerechtigdheid is het enige *weinig* gerapporteerde schema (24.7%).

Wat betreft copingstijlen worden overcompensatiestrategieën met name binnen het domein verzwakte autonomie ingezet; schema's falen/mislukken (56.6%), afhankelijkheid/incompetentie (53.5%) en verstrengeld zelf (61.9%). Vermijdingsstrategieën terugtrekken van mensen (64.3%) en vermijden van verontrustende situaties (52.9%) worden vaak gerapporteerd.

**Tabel 3.** Aantallen en percentages m.b.t. aanwezige onaangepaste schema's (n = 89), overcompensatie (n = 84) en vermijdingsstrategieën (n = 87).

Schema's	Onaangepaste schema's		Overcompensatiestrategieën		Type vermijding	Vermijdingsstrategieën	
	n	%	n	%		n	%
<b>Onverbondenheid</b>							
Emotionele deprivatie	68	76.4	1	1.2	Met opzet niet aan verontrustende zaken denken	18	20.6
Verlatingsangst	59	66.3	15	17.9	Middelen misbruik	4	4.5
Wantrouwen/misbruik	53	59.6	2	2.4	Ontkennen van ongelukkig voelen	1	1.1
Sociale isolatie	67	75.3	12	14.2	Excessieve rationaliteit en controle	2	2.2
Defect/schaamte	56	62.9	6	7.2	Onderdrukken van boosheid	23	26.3
<b>Verzwakte autonomie</b>							
Falen/mislukken	58	65.2	47	56.6	Psychosomatische symptomen	20	23
Afhankelijkheid/incompetentie	46	51.2	45	53.5	Terugtrekken van mensen	56	64.3
Kwetsbaarheid	42	47.2	31	36.9	Ontkennen van herinneringen	16	18.3
Verstrengeld zelf	39	43.8	52	61.9	Vermijden door slapen of gebrek aan energie	34	39
<b>Gerichtheid op anderen</b>							
Onderwerping	64	71.9	2	2.4	Afleiding door activiteit	12	13.7
Zelfopoffering	72	80.9	3	3.6	Zelfsussen/kalmeren (eten, winkelen e.d.)	13	14.9
Goedkeuring zoeken	65	73.0	19	22.9	Passief blokkeren van verontrustende emoties	1	1.1
<b>Waakzaamheid en inhibitie</b>							
Emotionele inhibitie	57	64.0	-	-	Passieve afleiding: fantasie, dagdromen, tv kijken	29	33.2
Onverbiddelijk hoge eisen/overkritisch	59	66.3	4	4.8	Vermijden van verontrustende/beangstigende situaties	46	52.9
<b>Verzwakte grenzen</b>							
Grandiositeit/gerechtigdheid	22	24.7	20	24.1			
Onvoldoende zelfcontrole	47	52.8	21	25.1			
<b>Sombere houding</b>							
Negativisme/pessimisme	70	78.7	29	34.6			
Bestraffende houding	65	73.0	-	-			

*Noot.* **Vet** = meer dan de helft van de participanten scoort hoog tot zeer hoog op het betreffende schema of coping onderdeel.

### 3.2 Afnamen gedurende en na behandeling

Wat betreft de tweede deelvraag "Neemt de aanwezigheid van disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's af gedurende en na de schematherapie behandeling?" is gekeken naar de groep cliënten die heeft deelgenomen aan alle vier de metingen en de behandeling volledig heeft afgerond, om zo een goed beeld te krijgen van de afname van disfunctionele copingstijlen en schema's, gedurende de behandeling en een half jaar na ontslag.

Tabel 4 geeft per meetmoment een overzicht weer van de gemiddelde scores en standaard deviaties op de onaangepaste schema's en overcompensatiestrategieën. Tevens is aangegeven welke verschillen in gemiddelde scores significant zijn. Hierbij is gekeken naar verschillen tussen  $t_0$  en  $t_2$  en tussen  $t_0$  en  $t_3$ . Achter elk schema is de kritieke waarde aangegeven, waarmee de aanwezigheid van een schema bepaald wordt. Met name aan het eind van behandeling ( $t_2$ ) en een half jaar na ontslag ( $t_3$ ), zijn de meeste onaangepaste schema's beneden gemiddeld aanwezig. Schema's emotionele deprivatie en zelfopoffering zijn de enige twee schema's die van  $t_0$  tot en met de follow-up ( $t_3$ ) bovengemiddeld aanwezig zijn. Schema's kwetsbaarheid, verstrengeld zelf en grandiositeit/gerechtigdheid zijn vanaf  $t_0$  tot en met  $t_3$  beneden gemiddeld aanwezig. Als gekeken

wordt naar de mate van significante verschillen is te zien dat wat betreft de onaangepaste schema's alle schema's, behalve emotionele deprivatie, in significante mate afnemen in aanwezigheid, zowel gedurende de behandeling ( $t_0 - t_2$ ), als een half jaar na behandeling ( $t_0 - t_3$ ).

**Tabel 4.** Gemiddelde score (M) en standaard deviatie (SD) op de onaangepaste schema's en overcompensatiestrategieën, per meting. Tevens is aangegeven in hoeverre de verschillen in gemiddelde scores significant zijn tussen  $t_0 - t_2$  (aangegeven bij  $t_2$ ) en tussen  $t_0 - t_3$  (aangegeven bij  $t_3$ ).

Schema's (kritieke waarde)	Onaangepaste schema's				Overcompensatiestrategieën			
	$t_0$ $n = 42$ $M (SD)$	$t_1$ $n = 33$ $M (SD)$	$t_2$ $n = 42$ $M (SD)$	$t_3$ $n = 42$ $M (SD)$	$t_0$ $n = 41$ $M (SD)$	$t_1$ $n = 40$ $M (SD)$	$t_2$ $n = 41$ $M (SD)$	$t_3$ $n = 41$ $M (SD)$
<b>Onverbondenheid</b>								
Emotionele deprivatie ( $\geq 28$ )	33(11.7)	34(11.8)	31(11.1)	32(11.3)	<b>2.8(.7)</b>	<b>2.8(.7)</b>	<b>2.6(.7)</b>	<b>2.5(.6)*</b>
Verlatingsangst ( $\geq 53$ )	61(15.7)	57(16.6)	<b>45(16.9)**</b>	<b>48(16.6)**</b>	<b>3.4(.8)</b>	<b>3.3(.8)</b>	<b>2.9(.9)**</b>	<b>3.0(.8)*</b>
Wantrouwen/ misbruik ( $\geq 53$ )	53(17.3)	<b>51(19.0)</b>	<b>46(18.3)*</b>	<b>44(15.1)*</b>	<b>3.1(.6)</b>	<b>3.0(.8)</b>	<b>2.6(.8)**</b>	<b>2.5(.7)**</b>
Sociale isolatie ( $\geq 31$ )	39(10.5)	33(13.2)	<b>27(12.4)**</b>	<b>28(10.6)**</b>	<b>2.9(1.4)</b>	<b>2.8(1.2)</b>	<b>2.7(1.3)</b>	<b>2.8(1.2)</b>
Defect/schaamte ( $\geq 46$ )	54(15.6)	46(19.0)	<b>39(19.5)**</b>	<b>39(16.5)**</b>	<b>3.6(.6)</b>	<b>3.3(.8)</b>	<b>2.7(.8)**</b>	<b>2.7(.8)**</b>
<b>Verzwakte autonomie</b>								
Falen/mislukken ( $\geq 28$ )	35(11.6)	31(13.8)	<b>25(11.9)**</b>	<b>27(10.9)**</b>	4.6(1.3)	<b>4.2(1.4)</b>	<b>3.2(1.5)**</b>	<b>3.5(1.7)**</b>
Afhankelijkheid/ incompetentie ( $\geq 46$ )	52(13.8)	<b>44(19.3)</b>	<b>34(13.9)**</b>	<b>36(14.0)**</b>	<b>4.4(.9)</b>	4.5(.9)	<b>4.2(.9)</b>	<b>4.0(1.0)*</b>
Kwetsbaarheid ( $\geq 37$ )	<b>35(11.6)</b>	<b>32(14.9)</b>	<b>26(10.5)**</b>	<b>26(10.6)**</b>	<b>3.8(1.2)</b>	<b>3.9(1.0)</b>	<b>3.0(1.1)**</b>	<b>3.1(1.1)**</b>
Verstremgeld zelf ( $\geq 34$ )	<b>31(12.2)</b>	<b>27(12.8)</b>	<b>23(10.3)**</b>	<b>22(9.6)**</b>	4.6(1.2)	4.9(.8)	5.1(.7)*	4.5(1.3)
<b>Gerichtheid op anderen</b>								
Onderwerping ( $\geq 31$ )	38(9.4)	33(10.5)	<b>27(9.1)**</b>	<b>27(10.2)**</b>	<b>3.0(.7)</b>	<b>3.0(.7)</b>	<b>2.8(.7)</b>	<b>2.6(.7)**</b>
Zelfopoffering ( $\geq 53$ )	71(14.6)	64(14.7)	54(16.0)**	54(17.3)**	<b>2.2(.9)</b>	<b>2.6(.9)</b>	<b>2.6(1.1)</b>	<b>2.4(1.0)</b>
Goedkeuring zoeken ( $\geq 43$ )	54(14.6)	48(12.7)	<b>38(12.4)**</b>	<b>41(14.4)**</b>	<b>3.2(1.6)</b>	<b>2.9(1.3)</b>	<b>3.0(1.4)</b>	<b>3.3(1.4)</b>
<b>Waakzaamheid en inhibitie</b>								
Emotionele inhibitie ( $\geq 28$ )	31(6.7)	30(9.9)	<b>22(9.0)**</b>	<b>22(9.1)**</b>	-	-	-	-
Onverbiddelijk hoge eisen/overkritisch ( $\geq 49$ )	58(15.1)	56(17.4)	<b>42(17.0)**</b>	<b>44(16.4)**</b>	<b>3.4(.7)</b>	<b>3.3(.8)</b>	<b>2.8(.8)**</b>	<b>2.7(.7)</b>
<b>Verzwakte grenzen</b>								
Grandiositeit/ gerechtigdheid ( $\geq 34$ )	<b>27(9.9)</b>	<b>27(8.8)</b>	<b>23(9.0)*</b>	<b>22(8.7)**</b>	<b>2.9(1.3)</b>	<b>3.1(1.7)</b>	<b>2.8(1.5)</b>	<b>2.4(.4)</b>
Onvoldoende zelfcontrole ( $\geq 46$ )	48(13.5)	<b>42(14.4)</b>	<b>35(12.1)**</b>	<b>35(13.0)**</b>	<b>3.2(1.1)</b>	<b>3.3(1.4)</b>	<b>2.7(1.3)*</b>	<b>2.6(1.3)*</b>
<b>Sombere houding</b>								
Negativisme/ pessimisme ( $\geq 34$ )	41(10.0)	36(13.2)	<b>29(12.5)**</b>	<b>29(11.3)**</b>	<b>3.8(1.0)</b>	<b>3.6(.9)</b>	<b>2.8(1.0)**</b>	<b>3.0(1.0)**</b>
Bestraffende houding ( $\geq 43$ )	50(10.9)	47(16.0)	<b>40(15.4)**</b>	<b>37(13.9)**</b>	-	-	-	-
<b>Totaalscore</b>	<b>45(7.0)</b>	<b>41(9.7)</b>	<b>34(10.1)**</b>	<b>34(9.3)**</b>	<b>3.4(.6)</b>	<b>3.4(.5)</b>	<b>3.0(.7)**</b>	<b>3.0(.7)**</b>

*Noot.* **Vet** = gemiddelde score ligt onder de betreffende kritieke waarde, het schema of de overcompensatiestrategie is beneden gemiddeld aanwezig. *Cursief* = kritieke waarde onbekend.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Wat betreft overcompensatiestrategieën betekenen (afgeronde) scores 5 en 6 dat de betreffende strategie in hoge tot zeer hoge mate aanwezig is (zie tabel 4). Hierbij is te zien dat overcompensatiestrategieën weinig aanwezig zijn onder de deelnemende cliënten. Binnen het domein verzwakte autonomie scoren cliënten gemiddeld hoog op overcompensatie met betrekking tot schema's falen/mislukken ( $t_0$ ), afhankelijkheid/incompetentie ( $t_1$ ) en verstremgeld zelf ( $t_0$  t/m  $t_3$ ).



Overcompensatiestrategieën nemen gedurende de behandeling ( $t_0 - t_2$ ) in significante mate af voor schema's verlatingsangst, wantrouwen/misbruik, defect/schaamte, falen/mislukken, verstrengeld zelf, onverbiddelijk hoge eisen/overkritisch, onvoldoende zelfcontrole, negativisme/pessimisme en de totaalscore. Wanneer gekeken wordt naar de afnamen tussen  $t_0$  en  $t_3$  zijn significante verschillen gevonden bij overcompensatie van schema's emotionele deprivatie, verlatingsangst, wantrouwen/misbruik, defect/schaamte, falen/mislukken, afhankelijkheid/incompetentie, kwetsbaarheid, onderwerping, onvoldoende zelfcontrole, negativisme/pessimisme en de totaalscore.

**Tabel 5.** Gemiddelde scores (*M*) en standaard deviatie (*SD*) op vermijdingsstrategieën, per meting. Tevens is de mate van significantie weergegeven wat betreft verschillen tussen gemiddelden van meting  $t_0 - t_2$  (aangegeven bij  $t_2$ ) en  $t_0 - t_3$  (aangegeven bij  $t_3$ ).

Type vermijding	$t_0$ <i>n</i> = 40 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	$t_1$ <i>n</i> = 31 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	$t_2$ <i>n</i> = 40 <i>M</i> ( <i>SD</i> )	$t_3$ <i>n</i> = 40 <i>M</i> ( <i>SD</i> )
Met opzet niet aan verontrustende zaken denken	3.6(1.3)	3.3(1.1)	2.8(1.1)**	2.9(.9)**
Middelen misbruik	2.3(1.3)	2.1(1.0)	2.1(1.0)	2.2(1.1)
Ontkennen van ongelukkig voelen	2.7(.8)	2.4(.8)	2.7(.7)	2.4(.7)*
Excessieve rationaliteit en controle	2.9(.9)	2.9(.8)	2.6(.8)	2.6(.6)
Onderdrukken van boosheid	3.9(1.1)	3.6(1.3)	3.2(1.2)**	3.4(1.2)*
Psychosomatische symptomen	3.6(.9)	3.4(1.0)	2.9(1.0)**	3.2(1.1)*
Terugtrekken van mensen	4.7(.9)	4.4(1.1)	3.7(1.1)**	4.0(1.1)**
Ontkennen van herinneringen	3.4(.8)	3.5(1.0)	2.9(1.2)*	2.9(1.0)*
Vermijden door slapen of gebrek aan energie	4.1(1.1)	3.2(1.3)	2.9(1.2)**	3.1(1.1)**
Afleiding door activiteit	3.6(.9)	3.0(1.0)	3.0(1.2)**	3.1(1.0)*
Zelfsussen/kalmeren (eten, winkelen e.d.)	3.2(1.2)	2.6(.9)	2.7(1.2)*	2.8(1.3)
Passief blokkeren van verontrustende emoties	2.4(.9)	2.2(.9)	2.2(.9)	2.2(.9)
Passieve afleiding: fantasie, dagdromen, tv kijken	3.9(1.1)	3.2(1.1)	2.9(1.2)**	3.0(1.3)**
Vermijden van verontrustende/beangstigende situaties	4.2(1.6)	3.8(1.4)	3.4(1.2)*	3.5(1.4)*
<b>Totaalscore</b>	<b>3.4(.4)</b>	<b>3.1(.5)</b>	<b>2.8(.7)**</b>	<b>2.9(.6)**</b>

*Noot.* **Vet** = betreffende vermijdingsstrategie is beneden gemiddeld aanwezig.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ .

Tot slot zijn de gemiddelde scores en standaard deviaties wat betreft vermijdingsstrategieën in tabel 5 weergegeven, wederom onderverdeeld per meetmoment. Afgeronde scores 5 en 6 staan hier net als bij de overcompensatiestrategieën voor de aanwezigheid (in hoge tot zeer hoge mate) van een vermijdingsstrategie. Te zien is dat, op de strategie terugtrekken van mensen (tijdens  $t_0$ ) na, alle vermijdingsstrategieën beneden gemiddeld tot weinig aanwezig zijn.

Daarnaast is in tabel 5 te zien in hoeverre de verschillen tussen gemiddelden op vermijdingsstrategieën in significante mate afnemen, gedurende de behandeling ( $t_0 - t_2$ ) en een half jaar na ontslag ( $t_0 - t_3$ ). Het merendeel van de vermijdingsstrategieën neemt in significante mate af, zowel gedurende de behandeling als bij de follow-up (zie tabel 5).

### 3.3 Invloed van disfunctionele copingstijlen op onaangepaste schema's

Om de laatste deelvraag "Leidt afname van disfunctionele copingstijlen tot afname van aanwezige onaangepaste schema's?" te kunnen beantwoorden, zijn lineaire regressieanalyses ingezet.

Hierbij is gekeken naar de invloed van (afname in) overcompensatie- en vermijdingsstrategieën gedurende de behandeling op aanwezige onaangepaste schema's bij de follow-up. Tabel 6 en 7 geven de resultaten weer. Uit de regressieanalyses komt naar voren dat 15,6% van variantie in aanwezige onaangepaste schema's bij de follow-up verklaard kan worden door afname van

overcompensatiestrategieën gedurende de behandeling ( $t_0 - t_2$ ). En daarnaast kan 22.1% van de variantie in aanwezige onaangepaste schema's op  $t_3$  verklaard worden door de afnemende vermijdingsstrategieën gedurende de behandeling ( $t_0 - t_2$ ).

Onaangepaste schema's die aanwezig zijn bij aanvang van de behandeling bleken niet in significante mate van invloed op de aanwezigheid van onaangepaste schema's bij de follow-up.

**Tabel 6.** Uitkomsten regressieanalyse met afhankelijke variabele onaangepaste schema's ( $t_3$ ). Onafhankelijke variabelen: onaangepaste schema's ( $t_0$ ), startscores ( $t_0$ ) en verschillcores ( $t_0 - t_2$ ) van overcompensatiestrategieën ( $n = 44$ ).

Onaangepaste schema's ( $t_3$ )	
	Beta
Onaangepaste schema's ( $t_0$ )	.083
Overcompensatiestrategieën ( $t_0$ )	.097
Verschil overcompensatiestrategieën ( $t_0 - t_2$ )	.395*
Verklaarde variantie ( $R^2$ )	.156

\* $p < .05$ .

**Tabel 7.** Uitkomsten regressieanalyse met afhankelijke variabele onaangepaste schema's ( $t_3$ ). Onafhankelijke variabelen: onaangepaste schema's ( $t_0$ ), startcores ( $t_0$ ) en verschillcores ( $t_0 - t_2$ ) van vermijdingsstrategieën ( $n = 44$ ).

Onaangepaste schema's ( $t_3$ )	
	Beta
Onaangepaste schema's ( $t_0$ )	.109
Vermijdingsstrategieën ( $t_0$ )	.335
Verschil vermijdingstrategieën ( $t_0 - t_2$ )	.511**
Verklaarde variantie ( $R^2$ )	.221

\*\* $p < .01$ .

## 4. Conclusie en discussie

### 4.1 Conclusie

Het doel van dit onderzoek is het leveren van een bijdrage aan inzicht in de (mogelijk effectieve) samenhang tussen onderdelen van de schematherapie. Hierbij is onderzocht wat de invloed is van (afnemende) disfunctionele copingstijlen gedurende de behandeling op de aanwezigheid van onaangepaste schema's, een half jaar na een behandeling. Hierbij is gekeken naar drie (van de oorspronkelijk vier) meetmomenten, vanaf de start van behandeling tot en met de follow-up, met een half jaar tussen elk meetmoment. Cliënten met persoonlijkheidsproblemen (en comorbide As-I klachten), in klinische setting, vormden de steekproef.

Uit de resultaten is naar voren gekomen dat cliënten veel onaangepaste schema's binnen verschillende domeinen rapporteren bij het begin van hun behandeling. Overcompensatiestrategieën lijken hier van af te wijken en komen in mindere mate naar voren en ook vermijdingsstrategieën zijn slechts in beperkte mate aanwezig wanneer cliënten met hun behandeling starten. Naarmate de behandeling vordert, nemen zowel onaangepaste schema's als beide copingstijlen in significante mate af van (beneden) hoog naar beneden gemiddeld tot laag niveau, zo blijkt uit de scores tijdens de eindmeting. Ook een half jaar later, bij de follow-up, blijven de meeste afnamen behouden. Zowel afnamen in overcompensatie- als vermijdingsstrategieën gedurende de behandeling blijken een significante invloed te hebben op de (afgenomen) scores van onaangepaste schema's bij de follow-up.

## 4.2 Discussie

Wat betreft de eerste deelvraag is gekeken is naar de aanwezigheid van onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen bij de start ( $t_0$ ) van behandeling. Hierbij valt op dat cliënten uiteenlopende schema's rapporteren. Binnen alle domeinen komen schema's in hoge tot zeer hoge mate naar voren. De sterkst aanwezige schema's zijn te zien binnen het domein onverbondenheid, gerichtheid op anderen en sombere houding. Het schema grandiositeit/gerechtigdheid wordt als enige schema opvallend weinig gerapporteerd. Deze bevindingen bevestigen de eerste hypothese en komen overeen met eerder verricht onderzoek door Bos (2013). Dit heeft mogelijk te maken met een verscheidenheid aan (comorbide As-I) klachten, de (traumatische) geschiedenis en opvoeding van een cliënt, waaruit uiteenlopende onaangepaste schema's kunnen ontstaan (Young & Pijnaker, 1999; Farrell et al., 2014). De lage score op het schema grandiositeit/gerechtigdheid komt mogelijk voort uit de betekenis van het schema, namelijk dat een cliënt het idee heeft beter te zijn dan anderen, bepaalde voorrechten heeft en alles kan doen en laten zonder daarbij met een ander rekening te houden (Young et al., 2003). Dit staat haaks op de meeste andere schema's, waarbij ondergeschiktheid, zelfbestrafing en/of angst voor anderen centraal staat.

Daarnaast lijkt de soort (persoonlijkheids)stoornis in verband te staan met bepaalde gerapporteerde onaangepaste schema's. De steekproef bestaat voornamelijk uit cliënten met stemmingsstoornissen, angststoornissen, BPS en persoonlijkheidsstoornis NAO. Nordahl et al. (2005) laat een relatie zien tussen cliënten met een BPS en schema's binnen het domein onverbondenheid en Trincas et al. (2014) toonde aan dat cliënten met depressieve klachten schema's emotioneel tekort, kwetsbaarheid, defect/schaamte en onvoldoende zelfcontrole hoofdzakelijk rapporteerden. Hoewel binnen dit onderzoek geen onderscheid is gemaakt in type stoornis, zou dat voor vervolgonderzoek interessant kunnen zijn om daarmee meer inzicht te krijgen in de aanwezigheid en af- of toename van schema's per type (persoonlijkheids)stoornis.

Wat betreft de copingstijlen laat het merendeel van de cliënten bij de eerste meting overcompensatie zien binnen het domein verzwakte autonomie en worden slechts twee vermijdingsstrategieën bovengemiddeld gerapporteerd, namelijk terugtrekken van mensen en vermijden van verontrustende situaties. De ingezette overcompensatiestrategieën sluiten niet aan bij de hoogst gerapporteerde onaangepaste schema's en gezien de vele schema's die naar voren komen, zouden meer aanwezige vermijdingsstrategieën verwacht worden. Hier kunnen verschillende verklaringen voor gegeven worden. Cliënten kunnen zich overgeven aan hun schema's, een copingstijl die niet met een vragenlijst gemeten kan worden (Young et al., 2003). Een andere mogelijkheid is dat cliënten zich (nog) niet bewust zijn van de manier waarop zij omgaan met situaties en klachten, beïnvloedt door schema's. Aangezien het om vragenlijsten gaat die gebaseerd zijn op zelfrapportage en cliënten meestal aan het begin van hun behandeling weinig kennis hebben van schematherapie en weinig inzicht in hun (onbewuste) gedragspatronen, zou dat kunnen leiden tot lage scores op de copingstijlen.

De tweede deelvraag heeft betrekking op veranderingen van onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen gedurende en na een schematherapie behandeling. Hierbij is gekeken

naar de scores bij start van de behandeling ( $t_0$ ) welke vergeleken zijn met de scores tijdens de eindmeting ( $t_2$ ) en de follow-up ( $t_3$ ). De resultaten laten significante afnamen zien van (zeer) hoge naar gemiddeld tot lage scores, op bijna alle onaangepaste schema's, zowel bij de eindmeting als de follow-up. Alleen het schema emotionele deprivatie neemt nauwelijks af en het schema zelfopoffering blijft in hoge tot zeer hoge mate aanwezig. Wellicht komt dit doordat de meeste vragen met betrekking tot emotionele deprivatie geformuleerd zijn in de verleden tijd. Zoals "Men was er niet voor mij destijds om mijn emotionele behoeften te vervullen". En "Een groot deel van mijn leven heb ik niet het gevoel gehad dat ik bijzonder ben voor iemand, in iemands hart een plekje heb" (Sterk & Rijkeboer, 1997). De kijk van een cliënt op deze stellingen zal naar verwachting nauwelijks veranderen gedurende de behandeling. Hoewel het schema zelfopoffering zowel tijdens de eindmeting als de follow-up in hoge tot zeer hoge mate aanwezig is, is er wel een significante afname te zien vergeleken met de eerste meting. Wellicht hebben cliënten langere schematherapie behandeling nodig voor verdere afname, of neemt het schema na de behandeling over de tijd steeds meer af wanneer cliënten met hun dagelijks leven verder gaan.

De meeste overcompensatie- en vermijdingsstrategieën nemen ook in significante mate af van (beneden) hoog naar gemiddeld tot laag niveau, zowel tijdens de eindmeting als bij de follow-up. De meeste overcompensatiestrategieën waren vanaf het begin van de behandeling beneden hoog niveau aanwezig en hoewel een aantal strategieën nauwelijks afnemen of zelfs iets toenemen, zijn de meeste overcompensatiestrategieën bij de eindmeting en follow-up beneden hoog tot laag niveau aanwezig. Alleen overcompensatie van het schema verstrengeld zelf neemt nauwelijks af en neemt bij de eindmeting zelfs in significante mate toe. Dit kan mogelijk te maken hebben met de scoring van overcompensatie met betrekking tot het schema verstrengeld zelf. Dit is gebaseerd op één vraag, namelijk "Het is zeer belangrijk voor mij dat ik mijn eigen beslissingen kan nemen en voor mezelf kan zorgen" (Young, 1998). Cliënten leren op een andere manier om te gaan met bepaalde vastgelopen patronen, dit kan bijvoorbeeld zijn dat iemand geen eigen beslissingen kan/durft te nemen en afhankelijk is van moeder (schema verstrengeld zelf). Wanneer deze persoon in behandeling meer waarde leert hechten aan het maken van eigen beslissingen dan hij voorheen deed, is het op basis van één vraag discutabel of het daadwerkelijk om een vorm van overcompensatie gaat, of om nieuw, gezond aangeleerd gedrag.

Wat betreft de vermijdingsstrategieën zijn alle strategieën, op de strategie terugtrekken van mensen na, beneden hoog niveau aanwezig bij de eerste meting. Toch nemen de meeste strategieën in significante mate af naar nog lager niveau, zowel bij de eindmeting als bij de follow-up.

De tweede hypothese wordt met het bovenstaande bevestigd en komt overeen met eerdere bevindingen. Zo hebben Renner et al. (2003) in hun onderzoek laten zien dat, bij een kortdurende schemagerichte groepstherapie (van 20 wekelijkse sessies), zowel de onaangepaste schema's, als disfunctionele copingstijlen significant minder aanwezig waren bij de follow-up meting, vergeleken met de start van de behandeling. Andere bevindingen, gericht op BPS, hebben laten zien dat schemagerichte therapie een bijdrage kan leveren aan vermindering van klachten (Farrell et al., 2014; Kellogg & Young, 2006; Nordahl & Nysæter, 2005). Aangezien 25% van de onderzoekssteekproef

gediagnosticeerd is met een BPS en daling in aanwezigheid van onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen vermoedelijk ook zal bijdragen aan een vermindering van klachten, lijken deze onderzoeksresultaten overeen te komen met de hiervoor genoemde bevindingen. Daarnaast is ruim de helft van de onderzochte cliënten binnen dit onderzoek gediagnosticeerd met een stemmingsstoornis (53%) en zoals Malagiannis et al. (2014) aantoonde, droeg een (kortdurende, individuele) schemagerichte behandeling bij aan het herstel van 60% van de onderzochte depressieve cliënten ( $N = 12$ ).

Daarnaast komen de hiervoor benoemde bevindingen overeen met het doel van schematherapie, namelijk het aanleren van andere, functionele copingstijlen, zodat een cliënt leert op een andere manier met onaangepaste schema's om te gaan, waardoor uiteindelijk (door afname van disfunctionele copingstijlen) onaangepaste schema's ook zullen afnemen (Farell et al., 2014). De afname in zowel overcompensatie- als vermijdingsstrategieën gedurende de behandeling blijken in significante mate invloed te hebben op de scores op onaangepaste schema's bij de follow-up. Het gaat hier om een correlatie, wat de laatste hypothese ondersteund, maar niet met zekerheid bevestigd. Aangezien er verschillende factoren buiten beschouwing zijn gelaten, zoals drop-outs en meerdere elementen van schematherapie, wordt niet gesproken van een causale relatie. Hieruit volgend luidt het antwoord op de onderzoeksvraag "Wat is de rol van disfunctionele copingstijlen bij verandering van onaangepaste schema's?" dat afname in disfunctionele copingstijlen gedurende een schemagerichte behandeling een significante invloed heeft op afname in onaangepaste schema's, een half jaar na afronding van de behandeling.

De hiervoor beschreven conclusies leiden tot een aantal implicaties voor de klinische praktijk waar cliënten met persoonlijkheidsproblemen centraal staan (die een schemagerichte behandeling volledig doorlopen). De meest effectieve manier om onaangepaste schema's te veranderen/verminderen lijkt binnen schematherapie bereikt te kunnen worden via afname van disfunctionele copingstijlen die in hoge mate aanwezig zijn bij aanvang van behandeling. Vanuit deze onderzoeksresultaten leidt dat tot het centraal stellen van overcompensatiestrategieën binnen het domein verzwakte autonomie en vermijdingsstrategieën terugtrekken van mensen en vermijden van verontrustende/beangstigende situaties. Hierbij kan gedacht worden aan oefeningen als rollenspellen, modelleren en aanmoedigingen (in groepsverband), om cliënten te leren op een andere manier met situaties/problemen om te gaan, dan zij gewend zijn te doen vanuit disfunctionele copingstijlen (Farrell et al., 2014; Nordahl & Nysæter, 2005). Hierbij is het belangrijk dat de copingstijlen vanaf de start van behandeling juist in kaart worden gebracht. Er wordt aangeraden resultaten op basis van de bestaande vragenlijsten met kritisch oog te bekijken, aangezien bepaalde disfunctionele copingstijlen gebaseerd zijn op de score op slechts één vraag en veranderingen in copingstijlen niet allemaal voldoende gemeten kunnen worden aan de hand van de bestaande formuleringen van een aantal vragenlijstitems. Ter aanvulling/ondersteuning kan gedacht worden aan gespreksgegevens uit de intakeprocedure.

Wanneer gekeken wordt naar de totale onderzoeksopzet en de sterke en zwakke punten hierin, valt allereerst op dat bij de tweede meting ( $t_1$ ) de non-respons hoog is. Vanwege deze non-respons is er

voor gekozen de tweede meting niet mee te nemen in het onderzoeken van veranderingen in schema's en copingstijlen. Daarnaast is gekozen voor de (relatief kleine) groep cliënten ( $n = 42$ ) die de behandeling volledig heeft afgerond. Mede door de beperkte tijd en beperkte grootte van het huidige onderzoek, zijn drop-outs buiten beschouwing gelaten, waardoor de generaliseerbaarheid van de resultaten minimaal is. De drop-out groep kan meer inzicht bieden in verschillen tussen cliënten en het effect van schematherapie dan in dit onderzoek naar voren is gekomen en leidt mogelijk tot andere resultaten.

De hiervoor genoemde punten kunnen invloed hebben gehad op de betrouwbaarheid van de gevonden resultaten. Mogelijk is er in het eerste half jaar dat een cliënt in behandeling is al sprake van significante afnamen in onaangepaste schema's en disfunctionele copingstijlen bijvoorbeeld.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat er naar drie meetmomenten gekeken is, inclusief de follow-up, waardoor de resultaten enige inzichten bieden in de effecten van de behandeling op langere termijn (een half jaar na ontslag). Zo bleek binnen dit onderzoek dat afnamen in disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's behouden bleven.

Een ander sterk punt binnen dit onderzoek is de relatie met de praktijk. Dit onderzoek is in de klinische praktijk uitgevoerd, waardoor de steekproef en resultaten dicht op de realiteit staan. Aan de andere kant creëerde dat ook een bepaalde mate aan oncontroleerbaarheid. Zo verschilde de tijd tussen meetmomenten van 4 tot 8 maanden, vaak door omstandigheden zoals een eerdere ontslagdatum en verschuiving van afspraken. En naast dat een selectieve groep cliënten is onderzocht (die de behandeling volledig heeft doorlopen), heeft deze groep cliënten na elke meting een terugkoppelingsgesprek gehad, waar resultaten werden besproken. Cliënten die niet deelnamen aan het onderzoek hebben alleen bij de start van hun behandeling een terugkoppelingsgesprek gehad en daarna geen tussen- of eindmeting. Mogelijk hebben de terugkoppelingsgesprekken verandering van disfunctionele copingstijlen en onaangepaste schema's bevorderd bij cliënten uit de onderzoekssteekproef. Het invoeren van tussenmetingen met een terugkoppelingsgesprek voor alle cliënten zou eventuele verschillen tussen cliënten die wel en niet deelnemen aan het onderzoek kunnen minimaliseren.

Een andere beperking binnen het huidige onderzoek zijn de gebruikte vragenlijsten. Zoals eerder beschreven zijn deze gebaseerd op zelfrapportage en de scoring betreft soms slechts één of enkele vragen. Naast dat cliënten bij start van behandeling veelal weinig kennis hebben van schematherapie en hun eigen (onbewuste) gedragingen, kunnen factoren zoals sociaal wenselijke antwoorden, de stemming/gemoedstoestand en het opleidingsniveau mogelijk van invloed zijn geweest op de manier waarop de vragenlijsten zijn ingevuld.

#### **4.3 Aanbevelingen vervolgonderzoek**

Wat betreft vervolgonderzoek kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden vanuit het huidige onderzoek. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op grotere respondentgroepen, zodat de betrouwbaarheid van de resultaten toeneemt. Het onderzoeken van veranderingen over alle vier de meetmomenten, van de start van behandeling tot en met de follow-up, kan interessant zijn om meer

inzicht te krijgen in het verloop van veranderingen in schema's en copingstijlen. Hierbij kan ook gedacht worden aan meerdere metingen, om de drie maanden bijvoorbeeld, om hiermee meer inzicht te krijgen wanneer veranderingen optreden en wellicht kunnen er uitspraken gedaan worden over de optimale behandelingsduur van een schemagerichte behandeling. Daarnaast kan onderzocht worden of cliënten *functionele* copingstijlen aanleren tijdens hun behandeling, zo ja welke onderscheiden kunnen worden en in hoeverre ze het eindresultaat beïnvloeden. Ook zijn andere (samenhangende) elementen van schematherapie, die binnen dit onderzoek buiten beschouwing zijn gelaten, een mogelijk onderwerp voor vervolgonderzoek, zoals de zogenaamde 'modi' en de opvoedstijl van ouders. Modi zijn de observeerbare (meestal kortdurende en snel wisselende) gemoedstoestanden die voortkomen uit onderliggende onaangepaste schema's en gepaard gaan met (hevige) emoties en negatieve/destructieve gedachten. Daarnaast maakt Young een koppeling tussen de opvoedstijl en het karakter van de ouders/opvoeders van een cliënt en het ontstaan van onaangepaste schema's bij de cliënt (Young et al., 2003). Andere interessante factoren om te onderzoeken zijn positieve geestelijke gezondheid, gerapporteerde klachten en de houding/benaderingswijze van de therapeut. Deze factoren zijn mogelijk ook van invloed op het veranderproces van onaangepaste schema's. Het betrekken van drop-outs kan interessant zijn om inzicht te krijgen in het effect van schematherapie (of onderdelen daarvan), wanneer cliënten voortijdig afhaken. En mogelijk kan men in vervolgonderzoek een aangepast/nieuw instrument ontwikkelen, die zich richt op het meten van *veranderingen* in disfunctionele copingstijlen (en onaangepaste schema's), omdat de huidige meetinstrumenten door de formulering van een aantal items geen verandering lijken te (kunnen) meten.

Tot slot kan vervolgonderzoek zich richten op het onderzoeken van specifieke copingstijlen die mogelijk verantwoordelijk zijn voor afname van bepaalde onaangepaste schema's, waarbij ook onderscheid gemaakt kan worden in verschillende soorten (persoonlijkheids)stoornissen.

Kortom, bij een schemagerichte behandeling lijkt het niet zozeer te gaan over het *direct* veranderen van onaangepaste schema's, als wel over het *indirect* beïnvloeden door disfunctionele copingstijlen te verminderen. Verder onderzoek naar het juist in kaart brengen (en de invloed) van veranderingen in disfunctionele copingstijlen wordt aangeraden.

## Referenties

- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *171*, 305-322.
- Bateman A., & Fonagy P (2001). Treatment of borderline personality disorder with orientated partial hospitalisation: An 18 month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *158*, 36-42.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Kimpara S., Verdirame, D., & Blau, K. (2011). *Coping style*. *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 176-183.
- Bos, M. (2013). *Schemagerichte therapie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting: Het verband tussen vroege, onaangepaste schema's en beperkingen op levensgebieden*. University of Twente, Enschede, Netherlands.
- Fahy, T. (2012). Personality disorders. *Medicine*, *40*, 613-618.
- Farrell, J.M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Kellogg, S.H., & Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 445-458.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2006). *The role of schema processes in eating disorders*. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 717-732.
- Malogiannis, I.A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G.N., & Zervas, A. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*, 319-329.
- Nordahl, H.M., Holthe, H., & Haugum, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 142-149.
- Nordahl, H.M., & Nysæter, T.E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behaviour Therapy*, *36*, 254-264.
- Renner, F., Goor, M. van, Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 487-492.
- Rijkeboer, M.M., Bergh, H. van den, & Bout, J. van den (2005). Stability and discriminative power of the young schema-questionnaire in a dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 129-144.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *Schema-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., & Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. *The Scientific World Journal*, 1-7.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L., & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1* (vierde, herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E. (1994). *The Young-Rygh Avoidance Inventory*. Available at: [www.schematherapy.com/id43.htm](http://www.schematherapy.com/id43.htm)
- Young, J. E. (1998). *The Young Compensatory Inventory*. Available at: [www.schematherapy.com/id42.htm](http://www.schematherapy.com/id42.htm)
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M.E. (2003). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Young, J., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.