

MASTERTHESE

*De samenhang tussen opvoedstijlen
van ouders en de aanwezigheid van
disfunctionele schema's en klachten
bij hun kinderen.*

Sander Kusters

Vakgroep Psychologie, Gezondheid &
Technologie.

Examencommissie:

1e begeleider: Prof.dr. G.J. Westerhof

2e begeleider: Dr. P.A.M. Meulenbeek

UNIVERSITEIT TWENTE.

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Abstract.....	3
Inleiding.....	4
Methode.....	10
Resultaten.....	15
Discussie.....	23
Referenties.....	29

Samenvatting

Aanleiding: Mensen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren vaak allerlei beperkingen in hun dagelijkse leven en hun zorgkosten zijn relatief hoog. Jeffrey Young, de bedenker van schematherapie, is van mening dat disfunctionele schema's aan de basis liggen van persoonlijkheidsstoornissen en hij heeft een therapie ontwikkeld die deze disfunctionele schema's probeert te veranderen: schematherapie. Een belangrijk uitgangspunt van deze therapie is dat de opvoeding van ouders een belangrijke rol speelt bij de ontwikkeling van disfunctionele schema's. Er is echter nog weinig empirisch onderzoek gedaan naar deze samenhang en dit onderzoek probeert hier aan bij te dragen. **Methode:** Dit onderzoek heeft een pre-test/post-test design, zonder controlegroep, welke in een praktijkcontext wordt uitgevoerd. Participanten zijn mensen met een persoonlijkheidsstoornis die zich aangemeld hebben voor schematherapie bij een centrum voor klinische psychotherapie. Zij vullen tweemaal een aantal vragenlijsten in. De beginmeting is bij aanvang van de behandeling, de eindmeting is bij afronding van de behandeling. De vragenlijsten meten de schema's van een participant (Young Schema Inventory), de subjectief ervaren opvoedstijl van hun ouders (Young Parenting Index) en het klachtniveau van de participant (Brief Symptom Inventory). Bij het analyseren van de data wordt gebruik gemaakt van correlaties en verschillcores. **Resultaten:** Er werd een positieve samenhang gevonden tussen een aantal schema's van participanten en hun subjectief ervaren opvoedstijl van hun ouders, maar niet alle schema's. Met uitzondering van twee van de 18 schema's werden schema's van participanten bij de eindmeting lager gescoord dan bij de beginmeting. Er werd geen samenhang gevonden tussen het klachtniveau van participanten en de subjectief ervaren opvoedstijl van hun ouders. Er werd een positieve samenhang gevonden tussen de verandering in het klachtniveau van participanten en de verandering in de mate waarin zij hun ouders omschrijven als "bestraffend". **Discussie:** De resultaten van dit onderzoek ondersteunen deels de veronderstellingen van de schematheorie zoals bedacht door Young. Zo werd er een samenhang gevonden tussen eigen schema's en de subjectief ervaren opvoedstijl van de ouders, maar deze samenhang werd niet voor alle opvoedstijlen van beide ouders gevonden. De resultaten van dit onderzoek suggereren dat moeder een grotere rol dan vader speelt bij de schema's die een kind heeft ontwikkeld. De basisveronderstellingen van de schematheorie lijken gecompliceerder te zijn dan wordt aangenomen en de praktijkcontext kan gebaat zijn bij toekomstig onderzoek dat zich verder verdiept in deze aannames.

Abstract

Objective: People with a personality disorder often experience various restrictions in their daily life, and the cost of their health care is relatively high. Jeffrey Young, who developed schema therapy, believes that personality disorders are a result of dysfunctional schemas, and he has developed a therapy that seeks to reduce these dysfunctional schemas: Schema therapy. One of the basic principles of this theory is that perceived parenting styles have an important role in the development of dysfunctional schemas. However, there is little empirical research on this correlation and this study attempts to contribute to it. **Method:** This study has a pre-test/post-test design, without a control group, which takes place in a practical context. Participants are people with a personality disorder who have sought treatment at a center for clinical psychotherapy. Participants filled in questionnaires at the start and at the end of their treatment. The questionnaires measure participants' schemas (Young Schema Inventory), the perceived parenting style of their parents (Young Parenting Index) and the level of symptoms that a participant experiences (Brief Symptom Inventory). Data analysis consists of correlations and mean differences. **Results:** A positive correlation was found between certain schemas of participants and their perceived parenting styles of their parents, but this was not the case for all schemas. With the exception of two out of 18 schemas, schemas for participants were scored lower after completing treatment compared to the start of their treatment. No correlation was found between the level of experienced symptoms of participants and the perceived parenting style of their parents. A positive correlation was found between the change in the level of experienced symptoms of participants and the change in the extent to which they describe their parents as "punitive". **Discussion:** The results of this study partially support the basic assumptions of schema theory as proposed by Young. Expected correlations were found, but not for every parenting style for both parents. The results of this study suggest that mother plays a bigger role than father when it comes to the development of schemas. The basic assumptions of schema theory appear to be more complicated than assumed and schema therapy may benefit from further research that explores the details of schema theory.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis (PS) hebben een grote zorgconsumptie en als gevolg van hun problematiek zijn zij doorgaans minder productief op de arbeidsmarkt (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & Van Busschbach, 2008b). Naast de hoge kosten voor de maatschappij zorgen PS voor een hoge lijdensdruk en beperkingen in het dagelijks functioneren van mensen (Houston, Mainous & Schilling, 1996; Cramer, Torgersen, Kringlen, 2006; Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & Van Busschbach, 2008b). Jeffrey Young is van mening dat dysfunctionele schema's aan de basis liggen van persoonlijkheidspathologie (Kellogg & Young, 2006). Schema's zijn stabiele en doordringende gedachtepatronen die van grote invloed zijn op het functioneren van een persoon. Een schema wordt dysfunctioneel genoemd wanneer deze ongewenste gevolgen heeft voor een persoon, bijvoorbeeld wanneer iemand moeite heeft met binding aangaan omdat diegene heeft geleerd dat mensen hem of haar uiteindelijk altijd zullen verlaten. Binnen dit onderzoek worden functionele schema's buiten beschouwing gelaten en wordt met het woord "schema" geïmpliceerd dat het om een dysfunctioneel schema gaat. Een belangrijk onderdeel van de ontwikkeling van schema's is de ouderlijke omgeving waarin iemand opgroeit (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Er is echter nog weinig bekend over de relatie tussen hoe iemand zijn of haar ouders heeft ervaren en de ontwikkeling van schema's binnen een persoon. Dit onderzoek probeert hier meer inzicht in te krijgen door zich te richten op dysfunctionele schema's, waargenomen ouderstijlen en de bijbehorende klachten die mensen ervaren.

1.2 Persoonlijkheidsstoornissen

Uit een meta-analyse van internationale studies blijkt dat PS tot de meest voorkomende psychische stoornissen horen, met een geschatte prevalentie van 10 tot 15 procent in de algemene populatie (Soeteman et al., 2008a). Volgens Vandereyken, Hoogduin & Emmelkamp (2008) is de schatting dat ongeveer 12% van de Nederlandse bevolking aan de criteria van tenminste één PS voldoet. PS verwijst naar een duurzaam en rigide patroon van persoonlijkheidsaspecten die duidelijk afwijken van de heersende culturele norm (Vandereyken et al., 2008). De DSM-IV gaat er van uit dat een PS zich ontwikkelt op basis van een combinatie van genetische factoren en omgevingsinvloeden, zoals hechting en traumatische gebeurtenissen (Vandereyken et al., 2008).

PS worden in verband gebracht met grote beperkingen op meerdere levensgebieden. Zo is er binnen het werkdomein vaak sprake van verminderde prestaties, tevredenheid en functioneren (Soeteman et al., 2008a). Binnen het domein van zelfactualisatie en interpersoonlijke contacten doen zich vaak beperkingen voor die een negatieve invloed hebben op de ervaren kwaliteit van het leven (Cramer et al., 2006). Ook is comorbiditeit van PS met andere stoornissen veelvoorkomend (Renner et al., 2013). Bij cliënten met PS is er vaak sprake van as-I-stoornissen, waaronder stemming- en angststoornissen en middelenmisbruik (Arntz & Bernstein, 2001; Vandereyken et al., 2008). Mensen met een PS ondervinden een hoge lijdensdruk, beperkingen in hun dagelijks functioneren en een afname in kwaliteit van leven (Cramer et al., 2006; Soeteman et al., 2008a).

1.3 Schemagerichte therapie

Omdat cognitieve gedragstherapie onvoldoende resultaat behaalde bij cliënten met (complexe) persoonlijkheidsproblematiek (Van Vreeswijk et al., 2008) ontwikkelde Jeffrey Young schemagerichte therapie: een integratieve vorm van psychotherapie die cognitieve, gedragsmatige en experiëntiële technieken combineert. Schematherapie verklaart de oorsprong van psychologisch leed aan de hand van vroege, onaangepaste schema's (VOS). Deze kunnen worden gedefinieerd als "vroeg gevormde cognitieve en affectieve structuren die doordringende thema's bevatten over de eigen persoon en de relaties met anderen" (Hoffart & Sexton, 2002; Bamber, 2004). Het zijn stabiele en doordringende gedachtepatronen die van grote invloed zijn op het functioneren van een persoon. VOS, ook wel schema's genoemd, vormen een soort filter dat binnenkomende stimuli screent, codeert en evalueert (Young & Pijnaker, 1999). Dit leidt tot het kleuren van de interpretaties van gebeurtenissen op dat moment en daardoor het gedrag van de persoon (Young & Pijnaker, 1999). Young stelt dat schema's aanwezig zijn bij ieder individu, maar bij sommigen op meer rigide en extreme wijze (Young & Pijnaker, 1999). Dit is bijvoorbeeld het geval bij mensen met PS. Voor een overzicht van de 18 disfunctionele schema's zoals omschreven door Young (1999), zie tabel 1.

Tabel 1: *Schemadomeinen en samenhangende disfunctionele schema's.*

Domein	Disfunctionele schema's
Onverbondenheid	Emotioneel tekort Verlating/instabiliteit Wantrouwen/misbruik Sociale isolatie/vervreemding Defect/schaamte
Verzwakte autonomie	Falen/mislukken Afhankelijkheid/incompetentie Kwetsbaarheid Kluwen/onderontwikkeld zelf
Gerichtheid op anderen	Onderwerping Zelfopoffering Goedkeuring zoeken
Waakzaamheid en inhibitie	Emotionele remming Onverbiddelijke hoge eisen/overkritisch
Verzwakte grenzen	Gerechtigd zijn/gradiositeit Onvoldoende zelfcontrole
Sombere houding	Negativisme/pessimisme Bestraffende houding

Schema's ontstaan door een combinatie van drie aspecten: hoe er is omgegaan met de basisbehoeften van een persoon in de kindertijd, het temperament (karakter) van het kind en belangrijke gebeurtenissen die zich hebben afgespeeld (Van Vreeswijk et al., 2008). In tegenstelling tot meer aangepaste, functionele schema's, zijn vroege onaangepaste schema's disfunctioneel van aard en worden zij in verband gebracht met psychologische stress, eenzaamheid, destructieve relaties, inadequate werkprestaties, verslavingen en psychosomatische klachten (Young & Pijnaker, 1999). In de kindertijd waren zij misschien nog wel functioneel maar in de volwassenheid niet meer. Cliënten weten rationeel gezien meestal wel dat de schema's disfunctioneel van aard zijn, maar voor hun gevoel zijn ze wel functioneel (Van Vreeswijk et al., 2008).

Schemagerichte therapie richt zich op het identificeren en aanpakken van vroege, onaangepaste schema's en het uiteindelijke doel van de therapie is om de schema's aan te

passen zodat symptomen worden gereduceerd en het functioneren van de cliënt wordt verbeterd op de gebieden waarin zij vastlopen (Van Vreeswijk & Broersen, 2006).

Young is van mening dat schema's aan de basis liggen van persoonlijkheidspathologie (Kellogg & Young, 2006). Vroege onaangepaste schema's worden in verband gebracht met persoonlijkheidspathologie in het algemeen, maar kunnen ook op specifiekere wijze gerelateerd worden aan verschillende persoonlijkheidsclusters (Nordahl, Holthe & Haugum, 2005).

1.4 Ouderschap en schema's/PS

Empirisch onderzoek toont consistent aan dat er een verband bestaat tussen psychopathologie en de waargenomen opvoeding van de ouders (Murray, Waller, & Legg, 2000). Zo vonden Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray & Meyer (2009) een verband tussen de opvoedstijl van ouders en de ontwikkeling van eetstoornissen in kinderen. De onderliggende mechanismen die ouderschap en opvoedstijl verbinden zijn volgens Sheffield et al. (2009) nog niet bekend.

Vroege ervaringen kunnen invloed hebben op de ontwikkeling van negatieve, onvoorwaardelijke kernovertuigingen (bv. "Niemand kan van mij houden"). Dit wordt ondersteund door studies die de aanwezigheid van zulke kernovertuigingen aantonen in mensen met eetproblematiek en hun waarnemingen over de opvoedstijl van hun ouders (Leung, Waller, & Thomas, 1999; Cooper & Turner, 2000; Leung, Thomas, & Waller, 2000; Waller, Ohanian, Meyer, & Osman, 2000).

Een groot deel van de vroege ervaringen van een kind wordt beïnvloed door de opvoeding van ouders (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Ouderschap kan functioneel of disfunctioneel van aard zijn. Ouderschap wordt binnen dit onderzoek als disfunctioneel gezien wanneer het gedrag van een ouder systematisch leidt tot negatieve gevolgen voor een kind, zoals wanneer een ouder een kind alleen liefde en erkenning geeft wanneer hij of zij goed presteert. Disfunctioneel ouderschap speelt een rol in psychopathologie en verstoorde interne representaties van het zelf in het algemeen, waardoor het kan bijdragen aan de ontwikkeling van schema's (Harris & Curtin, 2002; Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray, & Meyer, 2005). De verklaring voor dit verband wordt binnen een aantal theoretische kaders gezocht. Attachment theory stelt dat alle kinderen een inherente motivatie hebben om nabijheid te zoeken van hun primaire verzorgers zodat zij het gevoel van veiligheid kunnen krijgen en onderhouden en daarnaast een veilige basis te hebben om te exploreren (Bowlby, 1973; 1980). De reactie hierop van de verzorgers bepaalt de kwaliteit van hechting tussen verzorgers en het

kind, wat op zijn beurt weer leidt tot de ontwikkeling van interne modellen in het kind over het zelf en anderen (Sheffield et al., 2005).

Hoewel er aanwijzingen zijn dat kernovertuigingen een verband hebben met het waargenomen gedrag van ouders (Leung et al., 2000), is het nog niet aangetoond dat schemaprocessen in verband staan met ouderlijk gedrag (Sheffield et al., 2009).

1.5 Vraagstelling

Onderzoeksvraag: Wat is de samenhang tussen de waargenomen opvoedstijl van ouders en de schema's en klachten bij een individu?

Ten eerste wordt er gekeken naar de relatie tussen de schema's die cliënten rapporteren en hoe zij vroeger de opvoeding van hun ouders hebben beleefd. Young (1999) veronderstelt dat ouderschap een belangrijk rol speelt bij de ontwikkeling van schema's bij een kind. Sindsdien hebben Sheffield et al. (2005) aangetoond dat ouderschap een algemeen effect heeft op de ontwikkeling van negatieve overtuigingen bij een kind. Echter, er is nog geen onderzoek gedaan naar de specifieke samenhang tussen ouderschap en schema's. De eerste hypothese richt zich op deze samenhang. De verwachting is dat gerapporteerde schema's van participanten samenhangen met de subjectief ervaren opvoedstijl van hun ouders. Een voorbeeld hiervan is dat een cliënt met het schema *emotioneel tekort* één of beide ouders beschrijft als 'iemand die mij nooit aandacht gaf'. Hypothese 1: *Participanten rapporteren tijdens de beginmeting schema's die samenhangen met de gerapporteerde opvoedstijl van de ouders.*

Ten tweede wordt er gekeken naar de samenhang tussen de veranderingen in de mate waarin cliënten schema's rapporteren en hoe zij hun ouders omschrijven na hun behandeling. Met andere woorden: als schema's na de behandeling zijn toe- of afgenomen, gaat dit dan samen met een verandering in hoe cliënten hun ouders omschrijven? De behandeling bestaat uit een jaar schematherapie bij De Wieke, een centrum voor klinische psychotherapie. De verwachting is dat een af- of toename van schema's bij cliënten niet gekoppeld is aan een verandering in de manier waarop zij hun ouders omschrijven in de kindertijd omdat het gaat om ervaringen uit het verleden. Hypothese 2: *Er is een samenhang tussen veranderingen in schema's van participanten en veranderingen in de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders.*

Ten derde wordt de samenhang tussen de opvoedstijl van ouders en de subjectief ervaren klachten van cliënten beschouwd. De schematheorie gaat ervan uit dat disfunctioneel

ouderschap leidt tot schema's en dat deze op hun beurt klachten veroorzaken (Kellogg et al., 2006). In deze theorie wordt geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende ouderstijlen. Daarom richt de derde hypothese zich op de samenhang tussen specifieke ouderstijlen en de mate waarin cliënten klachten ervaren. Hypothese 3: *De mate waarin disfunctionele opvoedstijlen worden ervaren hangt samen met het klachtniveau bij de beginmeting.*

Als laatste wordt gekeken naar de samenhang tussen de af- of toename in klachten die cliënten van De Wieke ervaren na hun behandeling en de verandering in ouderstijlen die zij hun ouders toekennen. Met andere woorden: als de klachten af- of toenemen bij cliënten, gaat dit dan samen met een verandering in de omschrijving van hun ouders? De verwachting is dat het klachtniveau bij cliënten zal afnemen na de behandeling maar dat zij hun ouders na hun behandeling niet anders zullen omschrijven dan voor de behandeling omdat het gaat om ervaringen uit het verleden. Hypothese 4: *Er is een samenhang tussen veranderingen in klachtniveau van participanten en veranderingen in de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders.*

2. Methode

2.1 Onderzoeksdesign

In dit onderzoek gaat het om een pre-test/post-test design welke in een praktijkcontext wordt uitgevoerd, zonder controlegroep. Het is onderdeel van een groter, reeds lopend onderzoek bij een klinische instelling voor psychotherapie. Cliënten die hun behandeling volgen bij deze klinische instelling vullen voor, na en tijdens hun behandeling een aantal vragenlijsten in. Het huidige onderzoek maakt gebruik van een aantal van de vragenlijsten die worden ingevuld voor en na de behandeling van cliënten.

2.2 Participanten

De participanten bij dit onderzoek zijn cliënten die schematherapie volgen bij “De Wieke”, een centrum voor klinische psychotherapie. De Wieke is onderdeel van Mediant, een regionale GGZ-instelling in Overijssel. De participanten zijn geworven in het kader van een reeds lopend onderzoek binnen De Wieke. Zij hebben een toestemmingsverklaring ondertekend voor het gebruik van hun geanonimiseerde testresultaten.

Van de in totaal 92 participanten zijn 67 vrouw en 25 man en ligt de leeftijd tussen de 18 tot 43 jaar. Hiervan zijn 33 (35,9%) participanten eerder gestopt met de behandeling, zij hebben slechts de beginmeting ingevuld en niet de eindmeting. Op het moment van dit onderzoek hadden 42 van de deelnemers hun behandeling afgerond en hebben zij de voor- en nameting volledig ingevuld.

Alle participanten hebben een as 1 en/of as 2 diagnose op basis van de DSM-IV. Voor een overzicht van de verdeling van as 1 en as 2 stoornissen, zie tabel 2.

Tabel 2

Verdeling as 1 & as 2 stoornissen (DSM-IV) binnen de gehele populatie.

Stoornis	Frequentie (N=92)
Middelenafhankelijkheid	11 (12%)
Stemmingsstoornis	53 (57,6%)
Angststoornis	22 (23,9)
Dissociatieve stoornis	3 (3,3%)
Eetstoornis	12 (13%)
Impulscontrole stoornis	1 (1,1%)
Aanpassingsstoornis	1 (1,1%)
Pervasieve ontwikkelingsstoornis	2 (2,2%)
Aandachttekortstoornissen	5 (5,4%)
Antisociale PS	1 (1,1%)
Narcistische PS	2 (2,2%)
Obsessieve-compulsieve PS	1 (1,1%)
Zwakbegaafdheid	2 (2,2%)
Identiteitsproblematiek	22 (23,9%)
Borderline PS	25 (27,2%)
Ontwijkende PS	9 (9,8%)
Afhankelijke PS	6 (6,5%)
PS niet anders omschreven	36 (39,1%)
PS	73 (79,3%)

2.3 Steekproef

De participanten zijn alle cliënten van De Wieke die tussen 2011 en 2015 in behandeling zijn gekomen en die toestemming hebben gegeven om hun geanonimiseerde testresultaten te laten meenemen voor dit onderzoek. Niet alle participanten hebben aan elke meting meegedaan vanwege drop-out en afnamefouten.

2.4 Setting

De behandelmethode bij De Wieke staat in het teken van schematherapie. In elk onderdeel van de behandeling wordt schematherapie als therapeutisch kader gebruikt. Een ander element van de behandeling bij De Wieke is het therapeutische milieu. Er wordt gebruik gemaakt van groepstherapie binnen een klinische omgeving. Interpersoonlijke aspecten staan hierin centraal, zowel tijdens geplande therapiemomenten als tussen die momenten door. De behandeling richt zich op PS en bijbehorende klachten, het stimuleren van gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling en de ontwikkeling van autonomie bij cliënten. Het multidisciplinaire team van behandelaren bestaat uit klinisch psychologen, sociotherapeuten en vak-therapeuten. De behandelduur kan variëren tussen drie maanden en een jaar, met een mogelijkheid tot verlenging (op indicatie). In de praktijk duurt een behandeling voor de meeste cliënten een volledig jaar. Bij elke participant geldt dat de beginmeting wordt uitgevoerd bij aanvang van de behandeling en de eindmeting wordt uitgevoerd wanneer de behandeling stopt. Dit kan zijn wanneer de cliënt de behandeling heeft afgerond of wanneer zij eerder besluit om de behandeling af te breken.

2.5 Procedure

Voor het reeds lopende onderzoek binnen De Wieke zijn vier meetmomenten ingesteld. De eerste meting is een beginmeting die wordt afgenomen bij aanvang van de behandeling. Het tweede meetmoment is een tussentijdse meting na een half jaar behandeling. De derde meting is een eindmeting bij afronding van de behandeling en de vierde meting is een follow-up meting, een half jaar na afronding van de behandeling. In het geval van een vroegtijdige stopzetting van de behandeling wordt op dat moment een eindmeting gedaan bij de betreffende cliënt.

Om de demografische gegevens en de relevante diagnoses van de participanten in kaart te brengen is dossieronderzoek uitgevoerd.

Voor het reeds lopende onderzoek hebben participanten bij elk meetmoment de volgende vragenlijsten ingevuld: de Young Schema Inventory (YSL), de Schema Mode Inventory (SMI), de Young Compensation Inventory (YCI), de Young Parenting Index (YPI), De Young-Rygh Avoidance Inventory (Y-RAI), de Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) en de Brief Symptom Inventory (BSI). Voor dit onderzoek is de data gebruikt van de YSL, de YPI en de BSI. Er zijn verschillen in N omdat niet elke participant elke meting heeft voltooid.

De afname van de vragenlijsten is grotendeels uitgevoerd door psychologen in opleiding, werkzaam bij De Wieke. Een aantal metingen zijn afgenomen door klinisch of GZ-psychologen. Een deel van de BSI-metingen is afgenomen door sociotherapeuten, deze taak is vervolgens overgenomen door psychologen in opleiding. De testresultaten van elke meting zijn teruggekoppeld aan de participanten door middel van een terugkoppelingsgesprek en een uitgewerkt verslag.

2.6 Meetinstrumenten

De meetinstrumenten die gebruikt zijn voor dit onderzoek zijn de YSL, de YPI en de BSI. Zij worden in dit onderdeel verder toegelicht.

Young Schema Inventory (YSL)

De Young Schema Questionnaire (Young & Brown, 1994) is een zelfrapportage vragenlijst die de aanwezigheid van disfunctionele schema's meet. In dit onderzoek is gebruik van gemaakt van een versie die vertaald is in het Nederlands. Op basis van een 6-puntsschaal geeft de participant aan in hoeverre een uitspraak op hen van toepassing is. Een totaal van 232 items meten de 18 disfunctionele schema's zoals vastgesteld door Young (Young, 1999). Per schema worden de scores op de relevante items opgeteld die de totaalscore vormen. Deze totaalscore kan laag, gemiddeld, hoog of zeer hoog uitvallen op basis van vastgestelde waarden waarbinnen de totaalscore kan vallen. De categorieën hoog en zeer hoog duiden aan dat een schema in een belemmerende mate aanwezig is bij een participant. Volgens Rijkeboer, Van den Bergh & Van den Bout (2005) is de psychometrische validiteit van de vragenlijst betrouwbaar en valide. De items zijn door Rijkeboer et al. (2005) beoordeeld met een goede constructvaliditeit.

Young Parenting Inventory (YPI)

De YPI (Young, 1999) is zelfrapportage vragenlijst die een beeld poogt te geven over hoe iemand zijn of haar ouders heeft ervaren. De vragenlijst is gebaseerd op klinische ervaringen en bestaat uit 72 stellingen waarvan participanten kunnen aangeven op een 6-puntsschaal in hoeverre zij hun ouders erin herkennen, bijvoorbeeld '*Gaf veel kritiek op mij*'. Voor elke stelling wordt voor beide ouders apart een score gegeven op een 6-punt Likertschaal. Elke stelling reflecteert gedrag van ouders dat samenhangt met één van de 18 disfunctionele schema's. Een hoge score is een aanwijzing dat het waargenomen gedrag van een ouder heeft bijgedragen aan het ontstaan van samenhangende schema's van de participant.

(Sheffield et al., 2005). Een uitzondering hierop zijn de stellingen die samenhangen met het schema *emotionele deprivatie*, deze scores worden omgekeerd.

Brief Symptom Inventory (BSI)

De BSI is een zelfrapportage vragenlijst waarmee pathologische symptomen bij volwassenen worden gemeten (Derogatis, 1993). Het is een verkorte versie van de Symptom Checklist 90 Revised. Bij de BSI worden 53 items gescoord op een 5-puntschaal. Hiermee worden klachten geïnventariseerd binnen 9 dimensies: somatische klachten, cognitieve problemen, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast worden er drie schalen onderscheiden: de BSI-totaalscore die de algemene maat voor psychopathologie meet, het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De Nederlandse versie van de BSI is betrouwbaar en valide te noemen (De Beurs & Zitman, 2006).

2.7 Analyse

De data is niet normaal verdeeld gebleken en daarom is er gekozen voor Spearman's rangtoets, een niet-parametrische toets, om de correlaties te berekenen. Bij hypothese 1 worden de scores op de YSL (schemalijst) vergeleken met de scores op de YPI (ouderschapslijst). Bij hypothese 3 worden de scores op de YPI (ouderschapslijst) vergeleken met de totaalscore op de BSI (klachtenlijst). Deze totaalscore wordt berekend door de gemiddelde score te nemen van de 9 gemeten klachtdimensies. Bij hypothesen 2 en 4 worden verschillen berekend tussen de begin- en eindmeting met behulp van gepaarde t-toetsen. Om vervolgens de correlatie tussen de verschillen te berekenen wordt er gebruikt gemaakt van Spearman's rangtoetsen. Als gevolg van drop-out is er bij iedere hypothese sprake van een andere populatiegrootte.

3. Resultaten

3.1 Hypothese 1

Participanten rapporteren tijdens de beginmeting schema's die samenhangen met de gerapporteerde opvoedstijl van de ouders.

Om de samenhang tussen gerapporteerde schema's van cliënten en de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders in kaart te brengen werd een Spearman's rangcorrelatie uitgevoerd. Er werd een sterke positieve correlatie gevonden tussen het eigen schema "emotioneel tekort" en de opvoedstijl van zowel vader als moeder. Er werden sterke positieve correlaties gevonden tussen de eigen schema's "wantrouwen" en "verstrengeld zelf" en de opvoedstijl van moeder. Tevens werden er positieve correlaties gevonden tussen de eigen schema's "schaamte/defect" en "onderwerping" en de opvoedstijl van moeder. De correlaties tussen eigen schema's en de opvoedstijl van beide ouders worden weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: *Correlaties tussen eigen schema's en de opvoedstijl van beide ouders (n=86).*

	Eigen schema's M (SD)	Moederstijl M (SD)	Vaderstijl M (SD)	Correlatie moederstijl (r)	Correlatie vaderstijl (r)
Emotioneel Tekort	3.82 (1.24)	3.52 (1.46)	2.97 (1.24)	.59**	.33**
Verlatingsangst	3.51 (.99)	2.25 (1.12)	2.59 (1.27)	.17	.02
Wantrouwen	3.20 (1.08)	1.83 (1.07)	1.97 (1.27)	.32**	.26
Sociale Isolatie	3.82 (1.13)	2.23 (1.12)	2.27 (1.06)	.17	.16
Schaamte/defect	3.39 (1.10)	2.80 (1.42)	2.81 (1.36)	.29*	.12
Falen/mislukken	3.63 (1.32)	1.83 (1.06)	2.02 (1.08)	.21	.10
Afhankelijkheid	3.27 (.95)	2.82 (1.30)	2.59 (1.31)	.22	.19
Kwetsbaarheid	2.92 (.98)	2.57 (1.19)	1.83 (.86)	.03	.02
Verstregeld Zelf	2.89 (1.17)	2.87 (1.23)	2.42 (1.07)	.52**	.19
Onderwerping	3.62 (1.10)	2.85 (1.35)	2.99 (1.23)	.28*	.03
Zelfopoffering	4.02 (1.02)	2.78 (.94)	2.28 (.87)	.27	.12
Goedkeuring zoeken	3.67 (1.04)	3.11 (1.42)	3.05 (1.39)	.22	.26
Emotionele inhibitie	3.45 (.92)	3.46 (1.12)	3.83 (.98)	.14	.12
Hoge eisen	3.58 (1.06)	3.40 (1.14)	3.50 (1.19)	.27	.13
Grandiositeit	2.59 (.87)	2.49 (.76)	2.48 (.73)	.23	.16
Onvoldoende zelfcontrole	3.17 (.85)	2.24 (1.12)	2.26 (1.06)	.17	.07
Negativisme	3.77 (1.00)	2.82 (1.24)	2.69 (1.24)	.21	-.19
Bestraffendheid	3.55 (.84)	3.16 (1.49)	3.14 (1.48)	.18	.06

*p < .01 **p < .0028 (Bonferroni-correctie: .05/18 = .0028)

3.2 Hypothese 2

Er is een samenhang tussen veranderingen in schema's van participanten en veranderingen in de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders.

Er werden t-toetsen uitgevoerd op de variabelen “eigen schema's”, “moederstijl” en “vaderstijl” om te toetsen of de scores hierop significant verschillen tussen de begin- en eindmeting. Met uitzondering van de schema's “emotioneel tekort” en “grandiositeit” worden alle eigen schema's bij de eindmeting significant gemiddeld lager gescoord dan bij de beginmeting. De ervaren moederstijl verschilt significant tussen de begin- en eindmeting wat

betreft de schema's "falen/mislukken" en "hoge eisen", waarbij de scores voor deze schema's bij de eindmeting hoger uitvallen. De ervaren vaderstijl verschilt significant tussen de begin- en eindmeting wat betreft het schema "emotioneel tekort", welke bij de eindmeting lager uitvalt, en het schema "wantrouwen", welke bij de eindmeting hoger uitvalt. Deze resultaten worden weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: *Verandering in scores tussen de begin- en eindmeting in eigen schema's, moederstijl en vaderstijl (n=52).*

	Eigen schema's M (SD)	t(51)	Moederstijl M (SD)	t(51)	Vaderstijl M (SD)	t(51)
Emotioneel Tekort	.25 (.15)	1.56	.22 (.86)	1.81	.82 (1.46)	4.02**
Verlatingsangst	.75 (1.14)	4.92**	-.09 (.75)	-.88	-.29 (1.16)	-1.83
Wantrouwen	.38 (1.07)	2.53*	-.12 (.52)	-1.67	-.31 (.89)	-2.49*
Sociale Isolatie	1.11 (1.14)	7.00**	.00 (.69)	.00	.01 (.65)	.11
Schaamte/defect	.81 (1.45)	4.03**	-.26 (1.04)	-1.84	-.16 (1.22)	-.94
Falen/mislukken	.98 (1.45)	4.91**	-.30 (.79)	-2.78*	-.23 (.81)	-2.02
Afhankelijkheid	.99 (1.20)	5.90**	-.25 (.94)	-1.93	-.15 (1.13)	-.95
Kwetsbaarheid	.62 (.99)	4.52**	.03 (.96)	.25	-.13 (.69)	-1.3
Verstrengeld Zelf	.59 (1.26)	3.41**	-.09 (.84)	-.76	.01 (.09)	.04
Onderwerping	.90 (1.37)	4.71**	-.29 (.94)	-2.21	-.16 (1.19)	-.99
Zelfopoffering	.91 (1.12)	5.92**	-.05 (.94)	-.41	-.02 (.87)	-.20
Goedkeuring zoeken	.93 (1.12)	5.75**	-.01 (1.16)	-.09	.01 (1.16)	-.09
Emotionele inhibitie	.74 (1.16)	4.57**	-.03 (.85)	-.29	.08 (.80)	.73
Hoge eisen	.89 (1.06)	6.08**	-.22 (.60)	-.27*	-.09 (1.11)	-.61
Grandiositeit	.21 (.79)	1.93	-.21 (.76)	-2.02	-.12 (.61)	-1.37
Onvoldoende zelfcontrole	.68 (.98)	4.99**	.00 (.69)	.00	.01 (.65)	.11
Negativisme	1.17 (.94)	8.89**	.00 (.76)	.00	-.07 (1.09)	-4.74
Bestraffendheid	.71 (1.24)	4.14**	.01 (1.18)	.06	.01 (1.18)	.06

*p < .01 **p < .0028 (Bonferroni-correctie: .05/18 = .0028)

Om vervolgens de samenhang te meten tussen de verandering in de eigen schema's en de ervaren ouderstijlen werden Spearman's rangcorrelaties uitgevoerd. Tussen de verschillen van de eigen schema's en de ouderstijlen liet het schema "emotioneel tekort" en negatieve correlatie zien bij voor beide ouders. De verschillen van de vaderstijl liet een positieve correlatie zien met de verschillen van de eigen schema's "schaamte/defect", "kwetsbaarheid" en "onderwerping". De samenhang tussen de verschillen worden getoond in tabel 5.

Tabel 5: Correlaties tussen de verschillen van de eigen schema's en de ouderstijlen (n=52).

Eigen schema	Correlatie met moederstijl	Correlatie met vaderstijl
Emotioneel Tekort	-.39*	-.38*
Verlatingsangst	.09	-.01
Wantrouwen	.09	.23
Sociale Isolatie	.18	.11
Schaamte/defect	.17	.39*
Falen/mislukken	.17	.10
Afhankelijkheid	.20	.11
Kwetsbaarheid	.24	.30*
Verstrengeld Zelf	.19	.07
Onderwerping	.26	.38*
Zelfopoffering	.11	.03
Goedkeuring zoeken	.23	.23
Emotionele inhibitie	-.13	-.02
Hoge eisen	.14	.07
Grandiositeit	-.09	-.02
Onvoldoende zelfcontrole	.17	-.15
Negativisme	.19	.15
Bestraffendheid	.34	.34

*p < .01

3.3 Hypothese 3

De mate waarin disfunctionele opvoedstijlen worden ervaren hangt samen met het klachtniveau bij de beginmeting.

Om de samenhang tussen het klachtniveau van cliënten en de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders in kaart te brengen werd een Spearman's rangcorrelatie uitgevoerd. Er werden geen significante correlaties gevonden tussen het klachtniveau van cliënten en de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders. De resultaten worden weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: *Correlaties tussen het klachtniveau van cliënten en de opvoedstijl van hun ouders (n=82).*

	Klachtniveau M (SD)	Moederstijl M (SD)	Vaderstijl M (SD)	Correlatie moederstijl l (r)	Correlatie vaderstijl (r)
Emotioneel Tekort	1.74 (.62)	3.53 (1.49)	3.03 (1.29)	.05	.10
Verlatingsangst	1.74 (.62)	2.25 (1.12)	2.63 (1.26)	.07	.12
Wantrouwen	1.74 (.62)	1.86 (1.09)	1.82 (1.06)	-.02	.10
Sociale Isolatie	1.74 (.62)	2.22 (1.12)	2.27 (1.07)	.10	.26
Schaamte/defect	1.74 (.62)	2.79 (1.44)	2.77 (1.33)	.10	.07
Falen/mislukken	1.74 (.62)	1.83 (1.06)	1.95 (1.01)	-.11	.09
Afhankelijkheid	1.74 (.62)	2.74 (1.24)	2.53 (1.24)	-.06	-.09
Kwetsbaarheid	1.74 (.62)	2.55 (1.18)	1.83 (.86)	.09	-.11
Verstregeld Zelf	1.74 (.62)	2.89 (1.21)	2.48 (1.00)	.12	-.01
Onderwerping	1.74 (.62)	2.87 (1.35)	2.91 (1.31)	.05	-.02
Zelfopoffering	1.74 (.62)	2.78 (.93)	2.27 (.83)	-.04	-.07
Goedkeuring zoeken	1.74 (.62)	3.09 (1.45)	3.09 (1.45)	.08	.08
Emotionele inhibitie	1.74 (.62)	3.48 (1.12)	3.88 (1.04)	-.05	.04
Hoge eisen	1.74 (.62)	3.41 (1.14)	3.51 (1.17)	.09	.01
Grandiositeit	1.74 (.62)	2.46 (.72)	2.41 (.70)	-.01	-.01
Onvoldoende zelfcontrole	1.74 (.62)	2.22 (1.12)	2.27 (1.07)	.10	.26
Negativisme	1.74 (.62)	2.84 (1.24)	2.69 (1.16)	.04	-.10
Bestraffendheid	1.74 (.62)	3.11 (1.16)	3.11 (1.46)	-.08	-.08

3.4 Hypothese 4

Er is een samenhang tussen veranderingen in klachtniveau van participanten en veranderingen in de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders.

Er werden t-toetsen uitgevoerd op de variabelen “klachtniveau”, “moederstijl” en “vaderstijl” om te meten of de scores hierop significant verschillen tussen de begin- en eindmeting. De variabelen “moederstijl” en “vaderstijl” werden opnieuw geanalyseerd vanwege het populatieverschil vergeleken met hypothese 2. De verschillcores tussen de begin- en eindmeting van het klachtniveaus tonen aan dat het klachtniveau bij de eindmeting significant lager uitvielen dan bij de beginmeting ($M=.65$, $SD=.72$; $t(40)=5.78$, $p<.0028$). Bij de vaderstijl liet een schema “emotioneel tekort” en significant verschil zien waarbij de score op de eindmeting lager uitviel. Bij de moederstijl verschilde alleen het schema “falen/mislukken” bij de eindmeting significant ten opzichte van de beginmeting, waarbij de score op de eindmeting hoger uitviel. Deze resultaten worden weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: *Verandering in scores tussen de begin- en eindmeting van de moederstijl en vaderstijl (n=41).*

	Moederstijl M (SD)	t(40)	Vaderstijl M (SD)	t(40)
Emotioneel Tekort	.22 (.87)	1.64	.97 (1.35)	4.60**
Verlatingsangst	-.05 (.79)	-.40	-.56 (1.06)	-1.58
Wantrouwen	-.10 (.54)	-1.22	-.28 (.96)	-1.92
Sociale Isolatie	.10 (.65)	1.02	.08 (.66)	.76
Schaamte/defect	-.27 (.98)	-1.75	-.21 (1.23)	-1.08
Falen/mislukken	-.37 (.81)	-2.93*	-.32 (.83)	-2.48
Afhankelijkheid	-.31 (.96)	-2.06	-.18 (1.09)	-1.05
Kwetsbaarheid	.13 (.95)	.86	-.06 (.61)	-.64
Verstregeld Zelf	.04 (.75)	.31	.09 (.78)	.75
Onderwerping	-.21 (.94)	-1.41	-.21 (1.05)	-1.31
Zelfopoffering	-.09 (.95)	-.62	.09 (.65)	.96
Goedkeuring zoeken	.07 (1.12)	.38	.07 (1.13)	.38
Emotionele inhibitie	-.05 (.88)	-.39	.09 (.71)	.79
Hoge eisen	-.24 (.63)	-2.40	-.07 (1.15)	-.41
Grandiositeit	-.18 (.73)	-1.55	-.08 (.65)	-.84
Onvoldoende zelfcontrole	.10 (.65)	1.02	.08 (.66)	.76
Negativisme	-.03 (.81)	-.24	-.13 (1.14)	-.72
Bestraffendheid	-.11 (1.15)	-.61	-.11 (1.15)	-.61

*p < .01 **p < .0028 (Bonferroni-correctie: .05/18 = .0028)

Om de samenhang te meten tussen de verandering in de eigen schema's en de ervaren ouderstijlen werden Spearman's rangcorrelaties uitgevoerd. Er werd een positieve correlatie gevonden tussen het verschil in klachtniveau en de gerapporteerde opvoedstijlen van beide ouders bij het schema "bestraffendheid". De resultaten worden weergegeven in tabel 8.

Tabel 8: Correlaties tussen de verschilscores van de klachtniveaus en de ouderstijlen.

	Correlatie met moederstijl	Correlatie met vaderstijl
Emotioneel Tekort	-.24	-.19
Verlatingsangst	.29	.26
Wantrouwen	-.01	.11
Sociale Isolatie	.11	-.13
Schaamte/defect	-.08	.23
Falen/mislukken	.06	.06
Afhankelijkheid	-.05	-.08
Kwetsbaarheid	.04	.15
Verstregeld Zelf	.13	-.13
Onderwerping	.09	.09
Zelfopoffering	-.02	-.03
Goedkeuring zoeken	.11	.11
Emotionele inhibitie	-.18	-.19
Hoge eisen	-.10	-.04
Grandiositeit	.14	.09
Onvoldoende zelfcontrole	.11	-.13
Negativisme	.32	.08
Bestraffendheid	.46**	.46**

**p < .0028 (Bonferroni-correctie: .05/18 = .0028)

4. Discussie

4.1 Conclusies

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de werking van schema's door disfunctionele schema's te relateren aan de nog weinig onderzochte subjectief ervaren opvoedstijl en de bijbehorende klachtniveaus. De vooropgestelde hypothesen werden ten dele bevestigd. De resultaten uit dit onderzoek suggereren dat niet alle schema's samenhangen met de opvoedstijl van ouders en dat de opvoedstijl van moeder een grotere rol speelt bij de schema's van een cliënt dan de opvoedstijl van vader. Het schema "emotioneel tekort" lijkt echter sterk samen te hangen met de opvoeding van zowel vader als moeder. Af- of toename van een aantal schema's (emotioneel tekort, schaamte/defect, kwetsbaarheid en onderwerping) bij cliënten hangen samen met af- of toename van de opvoedstijl van vader en alleen veranderingen in het schema *emotioneel tekort* hangen samen met de veranderingen in de (gerapporteerde) opvoedstijl van moeder. Tegen de verwachting in hangen verschillende opvoedstijlen niet samen met verschillende klachtniveaus van hun kinderen. Veranderingen in het schema *bestraffendheid* hangen samen met veranderingen in de (gerapporteerde) opvoedstijl van ouders.

De eerste hypothese onderzocht de samenhang tussen de eigen disfunctionele schema's en de subjectief ervaren opvoedstijl van ouders. De verwachting, gebaseerd op de schematheorie van Young, was dat de subjectief ervaren opvoedstijl van ouders gerelateerd zijn aan de schema's die iemand rapporteert. Aansluitend op deze verwachting werd een samenhang gevonden tussen de eigen schema's van participanten en de waargenomen opvoedstijl van hun ouders. De resultaten tonen een sterke positieve correlatie tussen het eigen schema "emotioneel tekort" en de opvoedstijl van beide ouders. Er wordt een aantal positieve correlaties gevonden met de opvoedstijl van moeder. Dit geldt voor de schema's "wantrouwen", "schaamte/defect", "verstrengeld zelf" en "onderwerping". Er wordt er geen correlatie gevonden met de overige opvoedstijlen van moeder. Bovendien worden er, met uitzondering van het schema 'emotioneel tekort', geen correlaties gevonden tussen andere schema's en de opvoedstijl van vader. De bevindingen wijken af van de huidige uitgangspunten die ervan uit gaan dat alle schema's samenhangen met de opvoedstijl van ouders (Young & Pijnacker, 1999; Kellogg & Young, 2006; Van Vreeswijk et al., 2008).

De tweede hypothese heeft zich gericht op de samenhang tussen de veranderingen in de eigen gerapporteerde schema's en veranderingen in de gerapporteerde opvoedstijl van

ouders na een behandeling. De verwachting was dat er een verandering in deze samenhang zou ontstaan als gevolg van de verwachte effectiviteit van de behandeling waarbij de aanwezigheid van schema's wordt verminderd. Aansluitend op deze verwachting werd er een verschil gevonden tussen de begin- en eindmeting van de eigen disfunctionele schema's. Met uitzondering van twee schema's, "emotioneel tekort" en "grandiositeit", worden schema's bij de eindmeting lager gescoord dan bij de beginmeting. De lagere scores op de schema's bij de eindmeting zijn dan ook een aanwijzing dat de behandeling effectief is geweest bij deze populatie. De twee schema's waarvoor dit niet geldt zijn "emotioneel tekort" en "grandiositeit". Voor deze schema's zijn er mogelijke verklaringen waarom zij niet lager worden gescoord bij de eindmeting. In het geval van het schema "grandiositeit" is er mogelijk sprake van een vloereffect omdat het schema weinig voorkomt binnen de populaties. In het geval van het schema "emotioneel tekort" is de formulering van de items mogelijk van invloed op de scores omdat dit het enige schema is waarbij de items in de verleden tijd worden geformuleerd. Aangezien een behandeling het verleden niet kan veranderen (hooguit de kijk erop) kunnen er geen veranderingen worden verwacht op deze items. De mogelijke verwachting dat cliënten hun jeugd op een nieuwe manier kunnen bekijken na hun behandeling ("Misschien kreeg ik toch voldoende aandacht maar zag ik het destijds simpelweg niet") wordt niet ondersteund door de bevindingen van dit onderzoek.

De gerapporteerde opvoedstijl van moeder verschilt significant tussen de begin- en eindmeting, waarbij de schema's "falen/mislukken" en "hoge eisen" op de eindmeting hoger uitvallen dan bij de beginmeting. De gerapporteerde opvoedstijl van vader verschilt significant tussen de begin- en eindmeting, waarbij het schema "emotioneel tekort" lager uitvalt bij de eindmeting en het schema "wantrouwen" hoger uitvalt. De verwachting was echter dat de omschrijving van de ervaren opvoedstijl consistent zou blijven over de tijd. Er kunnen mogelijke verklaringen voor deze veranderingen worden bedacht, bijvoorbeeld dat cliënten tijdens de behandeling nieuwe inzichten hebben opgedaan in wat "normaal" gedrag is van ouders en dat ze bijvoorbeeld beseffen dat hun moeder zeer hoge eisen stelden, iets wat ze voorheen als normaal beschouwden.

Uit de resultaten blijkt dat er een samenhang bestaat tussen hoe schema's bij cliënten af- of toenemen na behandeling en hoe de gerapporteerde opvoedstijlen van beide ouders veranderen. Voor beide ouders geldt een negatieve samenhang tussen hun opvoedstijl en het schema "emotioneel tekort" bij cliënten. De verandering in de rapportage van de opvoedstijl van vader hangt bovendien positief samen met de schema's "schaamte/defect", "kwetsbaarheid" en "onderwerping" bij cliënten. De verwachting was dat de gerapporteerde

ouderstijlen niet zouden veranderen na behandeling en dat daarom de samenhang tussen veranderingen in eigen schema's en de opvoedstijl van ouders niet zou veranderen. Echter suggereren deze bevindingen dit wel het geval is voor enkele schema's. Dit sluit niet aan bij de huidige overtuigingen binnen de schematheorie en biedt een nieuwe kijk op waargenomen ouderstijlen.

De derde hypothese onderzocht de samenhang tussen verschillende soorten opvoedstijlen en de mate waarin klachten worden ervaren. De verwachting was dat de verschillende waargenomen opvoedstijlen zouden samenhangen met verschillende klachtniveaus. Echter, de resultaten van dit onderzoek suggereren dat een dergelijke samenhang niet bestaat. Dit suggereert dat een bepaalde waargenomen opvoedstijl niet gekoppeld is aan de mate van klachten die mensen subjectief ervaren. Dit sluit niet aan bij de bevindingen van Harris & Curtain (2002) die stellen dat bepaalde opvoedstijlen en disfunctionele schema's gekoppeld zijn aan depressieve klachten. Een verklaring hiervoor kan zijn dat dit onderzoek geen onderscheid heeft gemaakt tussen de verschillende soorten klachten die iemand kan ervaren maar dat er gebruikt is gemaakt van een totaalscore van alle 9 subcategorieën van de BSI. Mogelijk geeft een analyse waarbij de verscheidene onderdelen van de BSI worden gebruikt resultaten die aansluiten op de literatuur.

De vierde en laatste hypothese richtte zich op de samenhang tussen de verandering in klachtniveau van cliënten en de verandering in de gerapporteerde opvoedstijl van hun ouders. De mate waarin klachten worden ervaren neemt af tussen de begin- en eindmeting. Dit suggereert dat cliënten na behandeling minder klachten hebben. Deze bevinding is volgens de verwachting dat schematherapie niet alleen de schema's doet afnemen maar ook zorgt voor een vermindering van subjectief ervaren klachten. Er werd eveneens opnieuw gekeken naar de verandering in de gerapporteerde opvoedstijlen van beide ouders omdat de populatie anders is dan bij hypothese 2. De veranderingen bleken in beide populaties gelijk te zijn, met uitzondering van het schema "wantrouwen". Bij hypothese 2 werd dit schema hoger gerapporteerd bij de eindmeting, bij hypothese 4 is geen significante verandering waargenomen. De resultaten tonen een sterke positieve correlatie tussen het verschil in klachtniveaus en het schema "bestraffendheid" bij de ouders. Dit houdt in dat wanneer cliënten na behandeling minder klachten rapporteren, zij hun ouders ook minder als bestraffend omschrijven. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat schematherapie het schema "bestraffendheid" gedeeltelijk behandelt door te focussen op vergeving (Young et al.,

(2003). Zo leert de cliënt zachter te zijn in het oordelen over zichzelf en anderen. Dit maakt aannemelijk dat de cliënt na de behandeling zowel zichzelf als zijn ouders minder streng beoordeelt, wat zich uit in lagere scores op het schema “bestraffendheid”. Overige schema’s van ouders laten geen samenhang zien met de verandering in klachten na behandeling.

4.2 Beperkingen

Bij het beschouwen van dit onderzoek moeten een aantal beperkingen in acht worden genomen. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is het gebruik van zelfrapportagelijsten waarbij participanten mogelijk (al dan niet onbewust) geen waarheidsgetrouwe antwoorden hebben gegeven. Zo stellen Muste, Weertman & Claassen (2012) dat overcompensatie of vermijding van schema’s invloed kunnen hebben op de resultaten van de schemavragenlijst (YSV). Rijkeboer (2005) stelt daarnaast dat het invullen van de schemavragenlijst kan leiden tot het activeren van een schema, waardoor de rest van de vragenlijst vanuit een andere stemming c.q. modus wordt ingevuld. Ook stelt Rijkeboer (2005) dat de ordening van de items in de schemavragenlijst, namelijk op basis van schema’s en niet at random verdeeld over de vragenlijst, bepaalde antwoordtendensen tot gevolg zou kunnen hebben, zoals consistent trachten te antwoorden op een reeks van items behorend bij een bepaald schema of het neerzetten van een ongunstig dan wel gunstig beeld van zichzelf op een bepaald schema. Als laatste stellen Stopa & Waters (2005) dat de resultaten van de schemavragenlijst kunnen worden beïnvloedt door het toestandsbeeld van de cliënt op het moment dat de vragenlijst wordt afgenomen en de aanwezigheid van co-morbide as-1-stoornissen. Desondanks worden er met behulp van deze vragenlijsten relatief consistente bevindingen gevonden.

Een andere beperking is de gebruikte populaties binnen dit onderzoek. In dit onderzoek bestaan de participanten uit cliënten van De Wieke. Deze mensen zijn tijdens hun intake gescreend op type problematiek, intelligentie en mate van motivatie tot verandering. Zij hebben dusdanig veel last van hun problematiek dat zij sterk gemotiveerd zijn om een jaar lang te werken aan zichzelf binnen een klinische setting. Het onderzoek heeft zich gericht op deze specifieke groep en kan dus geen conclusies trekken over dysfunctionele schema’s bij mensen die buiten deze populatie vallen. Bovendien heeft niet elke participant elke vragenlijst ingevuld om verscheidene redenen zoals drop-out of incompleet ingevulde vragenlijsten. Ook dit draagt bij aan de verminderde generaliseerbaarheid van de resultaten van dit onderzoek. Het merendeel van de participanten heeft echter alle vragenlijsten compleet ingevuld en de

populaties lijken voldoende groot te zijn om overtuigende conclusies te kunnen trekken over deze specifieke groepen.

4.3 Toekomstig onderzoek

Een interessante nieuwe bevinding in dit onderzoek is de sterke rol die moeder lijkt te spelen bij de aanwezigheid van schema's. Toekomstig onderzoek kan uitwijzen of moeder inderdaad een grotere rol speelt dan vader bij de ontwikkeling van schema's en vervolgens of schematherapie kan worden verbeterd door zich meer te richten op de relatie met moeder.

In dit onderzoek werd geen samenhang gevonden tussen de waargenomen opvoedstijl van moeder en de mate waarin klachten worden ervaren. Dit onderzoek maakte hiervoor gebruik van een totale klachtscore die bestaat uit de optelsom van de 9 subcategorieën van klachten die de BSI onderscheidt. Er is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen deze subcategorieën. Toekomstig onderzoek kan zich hierop richten door niet alleen een totaal klachtniveau te hanteren maar door ook te kijken naar de mate waarin iemand klachten van een bepaald type ervaart.

De besproken beperkingen van dit onderzoek zijn belangrijke aandachtspunten voor toekomstig onderzoek. Het gebruik van zelfrapportagelijsten brengt onzekerheid met zich mee omdat er allerlei factoren kunnen meespelen bij het invullen hiervan, zoals het toestandbeeld van de participant tijdens het invullen en of een participant zich (al dan niet bewust) goed voor wil doen. Bovendien lijkt de ouderschapslijst (YPI) niet geschikt om veranderingen te meten op het schema "emotioneel tekort". De uitspraken die bij dit schema horen worden in de verleden tijd gesteld en om hier een verandering op te kunnen zien moeten participanten hun verleden anders beoordelen. Bovendien is de gebruikte populatie in dit onderzoek zeer specifiek en zullen andere populaties moeten worden gebruikt om de generaliseerbaarheid van de bevindingen te vergroten.

Het belang van ouderschap bij de ontwikkeling van schema's wordt in de literatuur stevast genoemd. Echter wordt dit doorgaans niet ondersteund met onderzoek. Dit onderzoek heeft hierin de eerste stappen gezet door te kijken naar de relatie tussen ouderschap, schema's en de mate van klachten die mensen ervaren. Op basis van de resultaten van dit onderzoek kan worden gesteld dat schematherapie zich meer zou kunnen richten op de rol die moeder heeft gespeeld in het leven van een cliënt, aangezien deze rol meer lijkt samen te hangen met de schema's die een kind ontwikkelt dan de rol die vader speelt. Toekomstig onderzoek kan zich op deze relatie richten, maar zou gebaat zijn bij een beter middel om het subjectief ervaren

ouderschap te meten. De beperkingen die horen bij zelfrapportagelijsten maken dat de resultaten van dit onderzoek met enige voorzichtigheid moeten worden beschouwd. Desondanks heeft dit onderzoek nieuwe gronden geëxploreerd binnen de schematheorie en kan toekomstig onderzoek hier op voortborduren.

Referenties

- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology*, *62*, 9-18.
- Bamber, M. (2004). The good, the bad and the defenseless Jimmy'—A Single Case Study of Schema Mode Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 425–438.
doi:10.1002/cpp.422.
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss: Volume 2. Separation: Anxiety and anger*, New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1973) *Attachment and loss: Volume 3. Loss*, New York: Basic Books
- Cooper, M., & Turner, H. (2000). Underlying assumptions and core beliefs in anorexia nervosa and dieting. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 215-218.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, T. (2006). Personality disorders and quality of life, a population study. *Comprehensive Psychiatry*, *47*, 178-184.
- De Beurs, E. & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *61*, 120-141.
- De Jong, A., Heiden, C. van der & Deen, M. (2013). Behandeling van mensen met persoonlijkheidsproblematiek: groep versus individuele behandeling. *Gedragstherapie*, *46*, 77-88.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: NCS Pearson, Inc.
- Farrell, J., Shaw, I., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized

- controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Harris, A.E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405-416.
- Hoffart, A. & Sexton, H. (2002). The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 611–623. doi:10.1016/S0005-7967(01)00027-4.
- Houston, W. J., Mainous, A. G. & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: Functional status, health care utilization and satisfaction with care. *Journal of Family practice*, 42, 54-60.
- Kellogg, S.H. & Young, J.E., (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 445–458.
- Leung, N., Thomas, G.V., & Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 205-213.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 736-741.
- Lobbestael, J., Vreeswijk, van M., Spinhoven, P., Schouten, E. & Arntz, A.(2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 437–458.
- Murray, C., Waller, G., & Legg, C. (2000). Family Dysfunction and Bulimic Psychopathology: The Mediating Role of Shame. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 84-89.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2012). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Nordahl, H.M., Holthe, H. & Haugum, J.A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without personality disorder: 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 Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 254–264.
- Renner, F., Goor, van M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 487-492.
- Rijkeboer, M. (2005). *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Schema Questionnaire*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Enschede/Amsterdam: PrintPartners Ipskamp.
- Rijkeboer, M.M. Bergh, H. Van den, Bout, J. Van (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.
- Sempértegui, G.A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M.H.J (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, *33*, 426–447.
- Sheffield A, Waller G, Emanuelli F, Murray JG & Meyer C (2005) Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the young parenting inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *29*(6), 787-802.

- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2009). Do schema processes mediate links between parenting en eating pathology? *European Eating Disorders Review*, 17, 290-300.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & van Busschbach, J. J. (2008a). The Economic Burden of Personality Disorder in Mental Health Care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-365.
- Soeteman, D., Hakkaart-van Roijen, H., Verheul, R., & Van Busschbach, J. (2008b). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265.
- Stopa, L., & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 45-57.
- Vandereyken, W., Hoogduin, C. & Emmelkamp, P. (2008). *Handboek psychopathologie, deel I, basisbegrippen*, vierde herziene druk, 2008. Hoofdstuk 14: Persoonlijkheidsstoornissen. Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 978 90 31353095
- Van Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie: werken in groepen* (handleiding). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J & Nadort, M. (2008). *Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Bohn Stafleu en Loghum, te Houten. ISBN 978 90 313 5304 0.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C., & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Young, J., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). *Schema Therapy: a practioner's guide*. New York: Guilford Press.

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