

## Voorwoord

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

Graag wil ik een aantal mensen bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van mijn thesis. Allereerst gaat mijn dank uit naar cliënten van Mediant, locatie de Wieke, voor hun deelname aan het onderzoek. Daarnaast wil ik begeleiders Gerben Westerhof, Grietje Schaap en Marloes Postel bedanken voor hun prettige begeleiding, feedback en betrokkenheid gedurende het onderzoeksproces. Mijn dank gaat tevens uit naar Stephanie Bottlinger, voor de prettige samenwerking gedurende onze stage- en onderzoeksperiode bij de Wieke. Tot slot wil ik mijn naasten bedanken die mij tot steun zijn geweest tijdens mijn studieperiode aan de Universiteit Twente.

Enschede, 1 maart 2013

Martine Bos

## Samenvatting

**Aanleiding:** Uit diverse studies blijkt dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis beperkingen ondervinden op diverse levensgebieden, mede vanwege een vaak omvangrijke behandelvoorgeschiedenis. Persoonlijkheidsstoornissen worden frequent gekarakteriseerd als pervasief en rigide, waarin weinig verandering mogelijk is. Schemagerichte therapie zoals ontwikkeld door Jeffrey Young blijkt echter een succesvolle behandelmethodede voor mensen met onder andere persoonlijkheidsstoornissen. Deze behandelvorm richt zich op het vaststellen en aanpassen van vroege, onaangepaste schema's die ten grondslag liggen aan persoonlijkheidspathologie. **Doel:** Vanuit de klinische praktijk is de vraag ontstaan welke vroege, onaangepaste schema's aanwezig zijn bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen die schemagerichte groepsbehandeling ondergaan binnen een klinische behandelsetting. Daarnaast is de vraag te inventariseren op welke levensgebieden zij beperkingen ondervinden en in hoeverre er een verband vast te stellen is tussen de vroege, onaangepaste schema's die zij rapporteren en de levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden. **Methodede:** Voor het vaststellen van vroege, onaangepaste schema's is de Young Schema Vragenlijst (YSV) afgenomen bij 35 cliënten die klinisch schemagerichte groepsbehandeling volgen bij Mediant, locatie de Wieke. Op basis van dossierinformatie is vastgesteld op welke levensgebieden deze cliënten beperkingen ondervinden. De verbanden tussen schema's en levensgebieden zijn vastgesteld door middel van correlaties. **Resultaten:** Een grote meerderheid van de onderzochte cliënten rapporteert vroege, onaangepaste schema's uit bijna alle schemadomeinen. Vooral de domeinen 'Onverbondenheid', 'Gerichtheid op Anderen' en 'Sombere houding' zijn bij een meerderheid van de cliënten vertegenwoordigd. Ook is gebleken dat de onderzochte cliënten op een relatief groot aantal levensdomeinen beperkingen ondervinden. Een verband tussen het aantal vroege, onaangepaste schema's en aantal levensgebieden is niet vastgesteld. Echter zijn wel enkele bescheiden verbanden aangetroffen tussen specifieke schema's en levensgebieden. **Conclusie:** Cliënten rapporteren een relatief groot aantal vroege, onaangepaste schema's en ondervinden beperkingen op diverse levensgebieden. Binnen de klinische praktijk zou in de behandeling ook de koppeling tussen vroege, onaangepaste schema's en beperkingen op levensgebieden gemaakt kunnen worden. Toekomstig onderzoek kan zich richten op het nader onderzoeken van de verbanden en het betrekken van andere schemagerelateerde instrumenten om het inzicht in vroege, onaangepaste schema's te vergroten.

## Abstract

**Background:** Numerous studies pointed out that individuals suffering from personality disorders often experience limitations on a variety of life domains. These limitations are often due to an extensive treatment history. Personality disorders are characterized as pervasive and rigid, with little room for change and improvement. Young's schema therapy is proven to be effective in treating people with personality disorders. This therapy focuses on identifying and adapting early maladaptive schemas that form the base of personality pathology. **Objective:** The objective of the present study was to identify early maladaptive schemas in individuals suffering from personality disorders. Furthermore, this study sought to examine life domains in which patients feel limited. Finally, the relation between maladaptive schemas and different life domains was examined. **Method:** Early maladaptive schemas of participants (n=35), following a group format schema therapy at Mediant de Wieke, were assessed using the Young Schema Questionnaire (YSQ). Based on patient record information, it was investigated to what extent participants experienced limitations within nine different life domains. In order to examine the relation between maladaptive schemas and life domains a Pearson's correlation was performed. **Results:** A majority of the participants report early maladaptive schemas from almost all schema domains. In particular the domains 'Disconnection and rejection', 'Other-directedness' and 'Negative attitude' are highly represented. Most participants experience limitations on a variety of life domains. Contrary to expectations, this study did not find a significant relation between early maladaptive schemas and difficulties on life domains. However, unpredicted significant correlations were found between specific schemas and life domains. **Conclusion:** The present study supports findings from prior research within this field; individuals suffering from personality disorders experience limitations on numerous life domains and are known to have an extensive treatment history. In addition, they report a large number of early, maladaptive schemas from a variety of domains. Modest positive as well as negative relations were found between specific schemas and life domains. Future research is required in order to gain further insight in these relations to broaden the existing body of research within the field of schema therapy. Furthermore, it is suggested that other schema related instruments are employed to expand current knowledge on early maladaptive schemas.

## Inhoud

<b>Inleiding.....</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding .....	5
1.2 Schemagerichte therapie.....	6
1.2.1: Persoonlijkheidsstoornissen en vroege, onaangepaste schema's.....	7
1.3 Klinische praktijk .....	9
1.4 Vraagstelling.....	11
<b>Methode.....</b>	<b>13</b>
2.1 Participanten .....	13
2.2 Procedures .....	13
2.3 Instrumenten .....	14
<b>Resultaten.....</b>	<b>16</b>
3.1 Demografische gegevens cliëntengroep .....	16
3.2 Aanwezige vroege, onaangepaste schema's .....	17
3.3 Beperkingen op levensgebieden .....	19
3.4 Verbanden levensgebieden en schema's .....	20
<b>Conclusie en discussie .....</b>	<b>23</b>
4.1 Conclusie .....	23
4.2 Discussie.....	28
4.3 Aanbevelingen .....	29
<b>Referenties.....</b>	<b>32</b>
<b>Bijlagen.....</b>	<b>36</b>
Bijlage 1: Young Schema Vragenlijst .....	36

## Inleiding

### 1.1 Aanleiding

Schemagerichte therapie in groepsverband, zoals ontwikkeld door Jeffrey Young, wordt in de klinische praktijk onder andere toegepast bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen (Muste, Weertman & Claassen, 2012). Tot op heden is weinig onderzoek verricht naar deze vorm van therapie bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen in de klinische praktijk. Deze studie verschaft inzicht in deze doelgroep in de klinische praktijk en brengt in kaart welke vroege, onaangepaste schema's zij zoal rapporteren en op welke levensgebieden zij beperkingen ondervinden bij aanvang van hun behandeling. Daarnaast zal worden geïnventariseerd in hoeverre er een verband bestaat tussen vroege, onaangepaste schema's die cliënten rapporteren en de levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden.

Persoonlijkheidsstoornissen behoren tot de meest voorkomende psychische stoornissen, met een geschatte prevalentie van 10 tot 15 procent in de algemene populatie, zoals blijkt uit een meta-analyse van internationale studies (Soeteman, Verheul & Van Busschbach, 2008a). De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM-IV-TR; 2000), definieert een persoonlijkheidsstoornis als "een langdurig patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen, dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene; is pervasief en star, stabiel en van lange duur; het begin ervan kan worden teruggevoerd naar de adolescentie of vroege volwassenheid en de stoornis veroorzaakt in significante mate lijden" (American Psychiatric Association [APA], 2000). Daarbij onderscheidt de DSM-IV-TR tien persoonlijkheidsstoornissen, onderverdeeld in een cluster A, B of C. Onder cluster A, het 'excentrieke' cluster, worden de paranoïde-, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis geschaard. Onder cluster B, het 'theatrale, emotionele' cluster, vallen de antisociale-, theatrale-, borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis. Tot slot worden onder cluster C, het 'angstige' cluster, de ontwijkende-, afhankelijke- en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis geschaard (APA, 2000). Naast deze clusters wordt de persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven (NAO) onderscheiden, voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet volledig voldoen aan de criteria van persoonlijkheidsstoornissen uit het A-, B- of C-cluster (APA, 2000). Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis NAO hebben vaak kenmerken van meerdere persoonlijkheidsstoornissen.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen kampen met een hoge lijdensdruk en beperkingen in hun dagelijks functioneren, doordat hun kwaliteit van leven afneemt ten

gevolge van de stoornis (Soeteman et al., 2008a; Cramer, Torgersen, Kringlen, 2006). Persoonlijkheidsstoornissen worden in verband gebracht met grote beperkingen op meerdere levensgebieden, bijvoorbeeld op sociaal- en werkgerelateerd gebied (Soeteman et al., 2008a). Zo wordt in onderzoek van Miller, Campbell en Pilkonis (2007) een verband gevonden tussen narcistische persoonlijkheidsstoornis en disfunctioneren en lijdensdruk in interpersoonlijke domeinen. Onderzoek van Skodol et al. (2002) toont aan dat mensen met een schizotypische en borderline persoonlijkheidsstoornis significant meer beperkingen ondervinden op het gebied van werk en sociale relaties dan mensen die met een ernstige depressieve stoornis zijn gediagnosticeerd. Ten aanzien van werk is bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis vaak sprake van verminderde prestaties, verminderde tevredenheid en verminderd functioneren (Soeteman et al., 2008a). Ook op het gebied van zelfactualisatie en interpersoonlijke contacten doen zich beperkingen voor die een negatieve invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven (Cramer et al., 2006). Daarnaast is er bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis sprake van grote zorgconsumptie en ten gevolge van verminderd functioneren op het werk verliezen van productiviteit op de arbeidsmarkt (Soeteman, Hakkaart-van Roijen, Verheul & Van Busschbach, 2008b). Ook kampen cliënten met een persoonlijkheidsstoornis frequent met as-I-stoornissen, bijvoorbeeld in de vorm van angststoornissen, affectieve stoornissen, eetstoornissen, somatoforme stoornissen, seksuele stoornissen, stoornissen in de impulscontrole en aandachtstekort- en gedragsstoornissen (Arntz, 2001), wat de lijdensdruk die cliënten ervaren waarschijnlijk niet ten goede komt. Uit bovenstaande bevindingen kan worden opgemaakt dat het inzetten van evidence-based behandelmethoden van belang is bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis, om de hoge lijdensdruk en daarmee gepaard gaande beperkingen te kunnen reduceren.

## **1.2 Schemagerichte therapie**

In de zojuist beschreven definitie van de DSM-IV-TR wordt een persoonlijkheidsstoornis gepresenteerd als een chronisch en onveranderbaar construct. Er zijn echter aanwijzingen dat psychotherapie essentiële veranderingen teweeg kan brengen ten aanzien van disfunctionele persoonlijkheidsaspecten bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis (Arntz & Bernstein, 2006). Één van de psychotherapieën die in de klinische praktijk wordt toegepast bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen is schemagerichte therapie, ontwikkeld door Jeffrey Young, waarin de cliënt en zijn schema's centraal staan (Young & Pijnaker, 1999). Schema's zijn te typeren als stabiele en pervasieve gedachtepatronen die van grote invloed zijn op het functioneren van een persoon. Schema's fungeren als een soort gids voor een persoon om

binnenkomende stimuli te screenen, coderen en evalueren (Beck, 1967; in: Young & Pijnaker, 1999). Daarnaast kleuren schema's de interpretaties van gebeurtenissen op dat moment in (Beck, 1967; in: Young & Pijnaker, 1999) en vormen ze een referentiekader voor de persoon. De oorsprong van schema's ligt zowel in aangeboren- (temperament) als aangeleerde factoren (vroege fundamentele levenservaringen). Young stelt dat schema's aanwezig zijn bij ieder individu, maar bij sommigen op meer rigide en extreme wijze (Young & Pijnaker, 1999), bijvoorbeeld bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Young is van mening dat aan persoonlijkheidspathologie vroege onaangepaste schema's ten grondslag liggen (Kellogg & Young, 2006). 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). Tot dusver worden door Young achttien vroege onaangepaste schema's gedefinieerd, deze zijn terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1: *Schemadomeinen en bijbehorende Vroege Onaangepaste Schema's*

<b>Domein</b>	<b>Bijbehorende vroege onaangepaste schema's</b>
<b>Onverbondenheid</b>	Emotionele deprivatie Verlatingangst Wantrouwen / Misbruik Sociale isolatie Defect / Schaamte
<b>Verzwakte autonomie</b>	Falen / Mislukken Afhankelijkheid / Incompetentie Kwetsbaarheid Verstrengeid 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>	Gerechtigheid / Grandiositeit Onvoldoende zelfcontrole
<b>Sombere houding</b>	Negativisme / Pessimisme Bestraffende houding

### 1.2.1: Persoonlijkheidsstoornissen en vroege, onaangepaste schema's

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). Zo zijn schema's gerelateerd aan het schemadomein 'Onverbondenheid' kenmerkend voor patiënten met paranoïde-,

borderline- of afhankelijke trekken (Nordahl et. al, 2005). Daarnaast laten patiënten met passief-agressieve of obsessief-compulsieve trekken vaak de schema's 'Onvoldoende zelfcontrole' en 'Onverbiddelijk hoge eisen' zien (Nordahl et. al, 2005). Uit onderzoek van Jovev & Jackson (2004) naar vroege onaangepaste schema's bij persoonlijkheidsstoornissen, blijkt dat bij cliënten met borderline persoonlijkheidsstoornis de schema's 'Afhankelijkheid/Incompetentie', 'Defect/Schaamte' en 'Verlatingsangst' relatief vaak voorkomen. Door cliënten met afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wordt relatief vaak het schema 'Emotionele inhibitie' gerapporteerd.

In een studie van Reeves en Taylor (2007) worden symptomen van diverse persoonlijkheidsstoornissen in verband gebracht met schema's. Hieruit blijkt dat symptomen kenmerkend voor paranoïde persoonlijkheidsstoornis gerelateerd zijn aan het schema 'Wantrouwen/Misbruik' en het schema 'Onverbiddelijk hoge eisen' in verband kan worden gebracht met symptomen van obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (Reeves & Taylor, 2007). Het schema 'Emotionele inhibitie' wordt in verband gebracht met schizoïde persoonlijkheidsstoornis, het schema 'Onvoldoende zelfcontrole' met antisociale persoonlijkheidsstoornis en er zijn negatieve verbanden gevonden tussen het schema 'Emotionele inhibitie' en theatrale persoonlijkheidsstoornis (Reeves & Taylor, 2007).

Schemagerichte therapie richt zich op het identificeren en aanpakken van vroege onaangepaste schema's (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). De schemagerichte behandeling kent een diagnostische fase en veranderingsfase (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). Tijdens de diagnostische fase leren cliënten met behulp van een therapeut hun schema's te benoemen en samen inventariseren zij waar in de kindertijd en adolescentie mogelijk een oorsprong ligt voor deze schema's. In deze diagnostische fase kan gebruik worden gemaakt van onder andere een levensloopinterview, schemavragenlijsten, zelfobservatie-opdrachten en imaginatieoefeningen. Dit proces resulteert in een schemagerichte casusconceptualisatie, dat fungeert als uitgangspunt voor de behandeling en waarin zowel cognitieve, experiëntiële als gedragsmatige strategieën zijn ingebed, die in de veranderingsfase worden ingezet. Bij het inzetten van cognitieve technieken leert de cliënt om argumentatie tegen het schema op te bouwen en de geldigheid van het schema te ontkrachten. Experiëntiële technieken die worden ingezet zijn bijvoorbeeld imaginatie, waarin cliënten ruimte krijgen te uiten waarin zij tekort zijn gekomen in hun jeugd en hierover 'in opstand komen' tijdens de therapie. Op gedragsmatig vlak leren cliënten disfunctionele copingstrategieën te herkennen en om te buigen tot meer functionele coping. Cliënten proberen zelfdestructieve levenspatronen te identificeren en doorbreken. Uiteindelijk doel van de therapie is het aanpassen van de



schema's om reductie van symptomen en verbetering van het functioneren van cliënten op de levensgebieden waarin zij vastlopen te bewerkstelligen (Van Vreeswijk & Broersen, 2006).

Uit onderzoek van Nordahl et. al (2005) blijkt dat er een verband bestaat tussen de mate van hevigheid (zoals vastgesteld middels de Young Schema Vragenlijst) van vroege onaangepaste schema's en lijdensdruk ten gevolge van de symptomen die worden ervaren en dat aanpassing van de aanwezige schema's een voorspellende factor is voor verlichting van deze lijdensdruk. Omdat schema's veelal geactiveerd worden in interactie met anderen en ook persoonlijkheidsproblematiek in interactie met anderen het sterkst tot uiting komt, kan schematherapie in groepsverband een fundamentele basis zijn voor het aanpakken van deze schema's (Van Vreeswijk & Broersen, 2006). Uit diverse studies blijkt dat schemagerichte groepstherapie bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis leidt tot significante vermindering van symptomen en verbetering van het functioneren (Farrell, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006). Hoewel de interesse in schematherapie en vroege onaangepaste schema's de afgelopen jaren toegenomen is, gaat vooralsnog in de meeste studies de aandacht uit naar onderzoek op het gebied van borderline persoonlijkheidsstoornis (Giesen-Bloo et. al, 2006; Farrell et. al, 2009; Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007). Van belang is dat er verder onderzoek verricht wordt naar schemagerichte groepstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen binnen de klinische praktijk, wat zou kunnen resulteren in gerichte aanbevelingen voor behandeling in de klinische praktijk. Huidig onderzoek zou hiertoe een eerste aanzet kunnen bieden, door inzicht te geven in de doelgroep van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen de klinische praktijk en de vroege, onaangepaste schema's die zij rapporteren.

### **1.3 Klinische praktijk**

Schemagerichte therapie in groepsverband wordt reeds toegepast in de klinische praktijk en richt zich op het herstellen van de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling binnen een psychotherapeutisch behandelkader. Tot op heden is in de klinische praktijk weinig onderzoek verricht naar schemagerichte therapie en richtten eerdere studies zich voornamelijk op specifieke persoonlijkheidsstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis in het bijzonder. Het vaststellen van vroege, onaangepaste schema's is van belang om adequate psychotherapeutische interventies in te kunnen zetten en daarmee de last die een cliënt ervaart ten gevolge van zijn schema's omlaag te brengen (Young & Pijnaker, 1999). Een juiste vaststelling van schema's bij aanvang van de behandeling vormt een leidraad voor interventies en draagt ertoe bij dat een therapeut op adequatere wijze met een cliënt en zijn

problematiek om kan gaan (Young, Klosko & Weishaar, 2005). Daarnaast zouden de vastgestelde schema's van voorspellende waarde kunnen zijn wat betreft mogelijke problemen die zich voor kunnen doen tijdens de veranderingsfase. Ook zijn er voor ieder schema specifieke, individueel afgestemde behandelinterventies, wat het belang van het vaststellen van de juiste schema's onderschrijft (Young, Klosko & Weishaar, 2005).

Naast het volgen van schemagerichte behandeling zouden meerdere factoren van invloed kunnen zijn op de aanwezige schema's. Zoals eerder beschreven kunnen bepaalde schemadomeinen specifiek gerelateerd worden aan de verschillende persoonlijkheidsclusters zoals onderscheiden in de DSM-IV (Nordahl et al., 2005). Aanpassing van de vroege onaangepaste schema's die specifiek gerelateerd kunnen worden aan persoonlijkheidsstoornissen dan wel –clusters, zou de symptomatologie kenmerkend voor die stoornis kunnen reduceren (Nordahl et al., 2005). Hieruit kan worden opgemaakt dat de DSM-IV-classificatie van een cliënt en bijbehorende symptomatologie een leidraad zouden kunnen vormen voor het toespitsen van schemagerichte interventies op specifieke persoonlijkheidsclusters dan wel –stoornissen, wat reductie van symptomatologie tot gevolg zou kunnen hebben. Hierbij kan worden vastgesteld in hoeverre er op basis van literatuur verbanden vast te stellen zijn tussen de DSM-IV-classificatie en vroege, onaangepaste schema's die een cliënt rapporteert. Een andere factor die van invloed zou kunnen zijn op de aanwezige schema's is de behandelgeschiedenis van een cliënt. Uit onderzoek van Bender et al. (2001) blijkt dat cliënten met een persoonlijkheidsstoornis een uitgebreidere behandelgeschiedenis hebben wat betreft zowel poliklinische, klinische en medicamenteuze behandeling ten opzichte van cliënten met een depressieve stoornis. De vraag is in hoeverre de omvang van de behandelgeschiedenis van een cliënt een rol speelt in zijn vroege, onaangepaste schema's.

Zoals reeds beschreven doen zich bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis beperkingen voor op diverse levensgebieden. Nog niet eerder onderzocht is op welke levensgebieden cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting beperkingen ondervinden en in hoeverre een verband vast te stellen is tussen de vroege, onaangepaste schema's en beperkingen op levensgebieden van deze cliënten. Daarnaast zou er een verband in specifiekere zin kunnen bestaan tussen specifieke vroege, onaangepaste schema's en levensgebieden.

## 1.4 Vraagstelling

Bovenstaande bevindingen hebben geresulteerd in de volgende onderzoeksvraag: “In hoeverre is er een verband vast te stellen tussen de vroege, onaangepaste schema’s en de levensgebieden waarop cliënten met persoonlijkheidsproblematiek beperkingen ondervinden?”. Om deze vraag te beantwoorden zullen de volgende deelvragen worden beantwoord:

- 1) Wat zijn de kenmerken van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting?
  - a. Met welke DSM-IV-classificatie zijn cliënten geassocieerd?
  - b. Hoe ziet de behandelgeschiedenis van cliënten er uit, qua type behandeling en tijdsduur?
- 2) Welke vroege onaangepaste schema’s zijn aanwezig bij de cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting?
- 3) Op welke levensgebieden ondervinden cliënten met persoonlijkheidsproblematiek beperkingen, binnen een klinische behandelsetting?

Op basis van eerder beschreven bevindingen uit de literatuur zijn de volgende verwachtingen geformuleerd:

- 1) a. Zoals reeds beschreven, wijst onderzoek van Arntz (2001) uit dat bijkomende stoornissen op as I bij persoonlijkheidsstoornissen geen uitzondering zijn. Een verwachting bij deze groep is dat meerdere cliënten naast de classificatie op as II tevens een classificatie op as I zullen hebben.
  - b. Op basis van onderzoek van Bender et al. (2001), waarin vastgesteld werd dat een omvangrijke behandelgeschiedenis kenmerkend is voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek, is tevens een verwachting dat de meeste onderzochte cliënten een omvangrijke behandelgeschiedenis zullen hebben.
- 2) Een volgende verwachting is dat onderzochte cliënten vroege, onaangepaste schema’s zullen rapporteren en dat deze wellicht in specifiekere zin in verband staan met de DSM-IV-classificatie waarmee zij geassocieerd zijn. Op basis van het onderzoek van Jovev en Jackson (2004) wordt verwacht dat cliënten geassocieerd met borderline persoonlijkheidsstoornis de schema’s ‘Afhankelijkheid/Incompetentie’, ‘Defect/Schaamte’ en ‘Verlatingsangst’ relatief vaak zullen rapporteren, bij cliënten met afhankelijke persoonlijkheidsstoornis wordt het schema ‘Emotionele inhibitie’ verwacht. Daarnaast is volgens Nordahl et. al (2005) het domein ‘Onverbondenheid’

kenmerkend voor cliënten met paranoïde-, borderline- of afhankelijke trekken en de schema's 'Onvoldoende zelfcontrole' en 'Onverbiddelijk hoge eisen' voor cliënten met obsessief-compulsieve trekken.

- 3) Op basis van meerdere studies naar beperkingen bij persoonlijkheidsproblematiek (Soeteman et. al, 2008a; Miller et. al, 2007; Skodol et. al, 2002, Cramer et. al, 2006) is een verwachting is dat onderzochte cliënten op meerdere levensgebieden beperkingen ondervinden.
- 4) Tot slot wordt verwacht dat er een verband bestaat tussen de vroege onaangepaste schema's die een cliënt rapporteert en de beperkingen op levensgebieden van dezelfde cliënt; specifieke levensgebieden zouden in verband kunnen staan met vroege, onaangepaste schema's. Hierbij wordt tevens verwacht dat een hoger aantal vroege, onaangepaste schema's meer beperkingen op levensgebieden met zich meebrengt en vice versa.

## **Methode**

Het onderzoek is een exploratief en correlationeel onderzoek, waarbij kwantitatieve- en kwalitatieve gegevens van participanten zullen worden geanalyseerd en beschreven.

### **2.1 Participanten**

Het onderzoek is uitgevoerd bij 'de Wieke', een centrum voor klinische psychotherapie, onderdeel van Mediant, een GGZ-instelling in Enschede. Bij de Wieke worden (jong)volwassenen met persoonlijkheidsproblematiek behandeld binnen een klinische setting, volgens de schemagerichte therapie van Young. De behandelduur is circa 12 maanden. Deze behandeling richt zich op het herstellen van de gestagneerde persoonlijkheidsontwikkeling binnen een psychotherapeutisch kader met als uiteindelijk doel het functioneren van cliënten op de levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden te verbeteren. Het onderzoek richtte zich op cliënten die ten tijde van het onderzoek een klinische groepsbehandeling volgden binnen de Wieke. De onderzoekssteekproef bestaat uit n=35 cliënten. Het betreffen mannen en vrouwen in de leeftijd van 18 tot 45 jaar waarbij sprake is van persoonlijkheidsproblematiek en die ten gevolge daarvan beperkingen ondervinden op diverse levensgebieden. Er is geen sprake geweest van non-respons, alle cliënten die zijn benaderd voor het onderzoek hebben deelgenomen.

### **2.2 Procedures**

Bij aanvang van hun behandeling op de Wieke hebben deelnemende cliënten een toestemmingsverklaring ondertekend waarin zij toestemming hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek. Bij iedere cliënt heeft vervolgens in totaal vier keer afname van de Young Schema Vragenlijst plaatsgevonden: tijdens een beginmeting bij aanvang van de behandeling, tijdens een tussenmeting na zes maanden, tijdens een eindmeting bij afloop van de behandeling en tot slot tijdens een follow-up-meting, zes maanden na de ontslagdatum van een cliënt. In huidig onderzoek zijn alleen testresultaten van beginmetingen betrokken. De vragenlijst is onder begeleiding van een GZ-psycholoog of psycholoog in opleiding in een testkamer afgenomen. De scores op de schemavragenlijsten zijn ingevoerd in SPSS, waarna statistische analyse plaats heeft gevonden.

### 2.3 Instrumenten

De demografische gegevens van de deelnemende cliënten zijn in kaart gebracht met behulp van informatie uit de elektronische dossiers. De DSM-IV-classificatie, zoals bij aanvang van de behandeling (niet-gestructureerd) vastgesteld bij iedere cliënt door een klinisch psycholoog, staat in deze dossiers vermeld. Om inzicht te krijgen in de behandelgeschiedenis zijn de volgende behandelvormen onderscheiden: ambulante behandeling korter dan één jaar, ambulante behandeling langer dan één jaar, dagbehandeling, crisisopname (klinische opname korter dan drie maanden) en klinische opname (langer dan drie maanden). Per cliënt is geïnventariseerd welke behandelingen hij voorafgaand aan de opname bij de Wieke heeft gevolgd. Vervolgens zijn deze behandelingen ingedeeld in bovengenoemde behandelcategorieën.

De aanwezige vroege, onaangepaste schema's zijn vastgesteld door afname van de Young Schema Vragenlijst (YSV, Young & Brown, 2001; Nederlandse versie: Sterk & Rijkeboer, 1997), een zelfrapportagevragenlijst waarmee aanwezige vroege, onaangepaste schema's worden vastgesteld bij cliënten, uitgaande van de 18 disfunctionele schema's zoals vastgesteld door Young (zie bijlage 1). De vragenlijst beschikt over goede psychometrische kwaliteiten en wordt beschouwd als een nuttig instrument voor gebruik in de klinische praktijk (Rijkeboer, 2005). De YSV bestaat uit 232 items. Aan ieder item kent een cliënt een score toe op een 6-puntsschaal, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet waar' en 6 voor 'helemaal waar'. Na afname zijn de resultaten van de vragenlijsten gescoord. Ieder schema is in de vragenlijst vertegenwoordigd met een bepaald aantal items. De YSV bevat geen normen. De score van een cliënt op een schema wordt ingedeeld in één van de volgende ranges, zoals reeds vastgesteld in de vragenlijst: laag, gemiddeld, hoog of zeer hoog. Deze ranges zijn vastgesteld op basis van het aantal items dat bij een schema hoort. Bij een toegekende classificatie van hoog of zeer hoog wordt verondersteld dat het betreffende schema op belemmerende wijze bij een cliënt aanwezig is.

Om vast te stellen in hoeverre een cliënt beperkingen ondervindt op een bepaald levensgebied is informatie uit beschikbare intakeverslagen en de gestelde classificatie op as IV (psychosociale en uitlokkende factoren) volgens de DSM-IV gebruikt. Deze informatie is ingedeeld in verschillende levensgebieden, zoals deze worden onderscheiden in het Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV, Nederlandse versie: De Jong, Derks, Van Oel & Rinne, 1996). Dit semigestructureerde interview is ontwikkeld voor persoonlijkheidsonderzoek in de klinische praktijk en kent een goede betrouwbaarheid en validiteit (Damen, Van der Kroft, De Jong, 2004). In de SIDP-IV worden negen

levensgebieden onderscheiden om persoonlijkheidspathologie vast te stellen, te weten: activiteiten en interesses, werk, intieme relaties, sociale contacten, emoties, zelfperceptie, perceptie van anderen, stress en woede en sociale conformiteit. Deze levensgebieden zijn in huidig onderzoek als leidraad genomen om een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van verschillende levensgebieden waarop een cliënt beperkingen ondervindt. Op een schaal van 0 tot 2 is gecategoriseerd in hoeverre cliënten beperkingen ondervinden op het betreffende levensgebied (0=duidelijk niet aanwezig, 1=gedeeltelijk aanwezig en 2=duidelijk aanwezig). Deze codering is toegekend door twee beoordelaars, waarna de coderingen met elkaar zijn vergeleken. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hiervan is bepaald door middel van Spearman's rho en is 0,88 gebleken. Afwijkende coderingen zijn in overleg tussen deze beoordelaars aangepast, waarbij de hoogst toegekende codering als uitgangspunt is genomen en een consensuscore is ontstaan. Deze consensuscore is gebruikt voor het uitvoeren van de analyses.

## **2.4 Analyse**

De eigenschappen van deelnemende cliënten, de bij hen aanwezige vroege, onaangepaste schema's en de levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden zijn in kaart gebracht door middel van descriptieve analyses. Voor het vaststellen van verbanden tussen aanwezige vroege, onaangepaste schema's en de levensgebieden waarop cliënten beperkingen ondervinden zijn correlaties berekend met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënt. Voorafgaand hieraan is met SPSS vastgesteld dat de data normaal verdeeld is.

## Resultaten

Onderzocht is in hoeverre er een verband vast te stellen is tussen vroege, onaangepaste schema's van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden, in een kader van klinische, schemagerichte groepsbehandeling. In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de resultaten hiervan.

### 3.1 Demografische gegevens cliëntengroep

Naar aanleiding van de deelvraag 'Wat zijn de kenmerken van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting?' zijn de eigenschappen van de deelnemende cliënten in kaart gebracht, welke samen met de DSM-IV-classificaties zijn opgenomen in tabel 2.1 en tabel 2.2. In totaal hebben 35 cliënten deelgenomen aan het onderzoek, waaronder 28 vrouwen en 7 mannen. De leeftijdscategorie 30-34 jaar is hierin het sterkst vertegenwoordigd, gevolgd door de leeftijdsgroepen 21-24 jaar en 25-29 jaar. De gemiddelde leeftijd is 27,8 jaar. Comorbiditeit met as I-problematiek is ook bij deze cliënten geen uitzondering, zoals verwacht op basis van de literatuur, waarin gesteld werd dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek niet zelden kampen met as-I-pathologie (Artzn, 2001). Van de onderzochte cliënten is meer dan de helft op as I geclassificeerd met een stemmingsstoornis en circa een kwart met een angststoornis. Daarnaast komt de classificatie 'identiteitsproblematiek' op as I ook bij ongeveer een kwart van de cliënten voor. Opvallend is dat bij 17% van de cliënten nog geen classificatie op as II is gesteld. Op as II is de grootste groep geclassificeerd met een persoonlijkheidsstoornis NAO, deze groep cliënten vertoont trekken van meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Een kwart van de cliënten is geclassificeerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze bevindingen komen overeen met de verwachting dat meerdere cliënten naast de classificatie op as II tevens zijn geclassificeerd met as-I-stoornis(sen).

Gebleken is dat alle cliënten voorafgaand aan hun klinische behandeling bij de Wieke eerder in behandeling zijn geweest. Het merendeel van de onderzochte cliënten heeft eerder ambulante behandeling gehad. Daarnaast heeft een kleine meerderheid eerder dagbehandeling gevolgd. Eerdere klinische opnames zijn ingedeeld in crisisopnames tot drie maanden en klinische opnames langer dan drie maanden. Hieruit komt naar voren dat een groot deel van de cliënten eerder klinisch opgenomen is geweest, waarvan iets meer dan een kwart een crisisopname heeft gehad en iets minder dan de helft een langdurige klinische opname. Deze



bevindingen komen overeen met de eerder opgestelde verwachting dat de meeste cliënten een omvangrijke behandelgeschiedenis hebben.

Tabel 2.1: *Eigenschappen van Respondenten (n=35)*

Categorie	N	%	$\bar{x}$ (Sd)
<b>Geslacht</b>			
Man	7	20,0 %	
Vrouw	28	80,0 %	
<b>Leeftijd</b>			
< 20	3	8,6 %	27,8 (6,3)
21-24	9	25,7 %	
25-29	8	22,9 %	
30-34	11	31,4 %	
35>	4	11,4 %	
<b>Behandelvoorgeschiedenis</b>			
Ambulante behandeling <1 jaar	26	74,3 %	
Ambulante behandeling >1 jaar	14	40,0 %	
Dagbehandeling	18	51,4 %	
Crisisopname	11	31,4 %	
Klinische opname	14	40,0 %	

Tabel 2.2: *DSM-IV-classificatie van Respondenten (n=35)*

DSM-IV-classificatie	Primaire classificatie	Bijkomende classificaties
	N (%)	N (%)
<i>As I: Klinische stoornissen</i>		
Aan middelen gebonden stoornissen		3 (8,6%)
Stemmingsstoornissen	5 (14,2%)	14 (40,0%)
Angststoornissen		8 (22,9%)
Dissociatieve stoornissen		3 (8,6%)
Aandachtsstoornissen		1 (2,9%)
Identiteitsproblematiek	1 (2,9%)	7 (20,0%)
<i>As II: Persoonlijkheidsstoornissen</i>		
Borderline persoonlijkheidsstoornis	9 (25,7%)	
Vermijdende persoonlijkheidsstoornis	3 (8,6%)	
Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis	3 (8,6%)	
Persoonlijkheidsstoornis niet anderszins omschreven	14 (40,0%)	
Diagnose op as II uitgesteld		6 (17,1%)

### 3.2 Aanwezige vroege, onaangepaste schema's

Op basis van de deelvraag 'Welke vroege onaangepaste schema's zijn aanwezig bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische schemagerichte behandelsetting?' zijn bij deelnemende cliënten vroege onaangepaste schema's geïnventariseerd. Ten eerste is aan de hand van de ranges zoals vastgesteld in de Young Schema Vragenlijst geïnventariseerd in hoeverre een schema en aan- dan wel afwezig is. In tabel 3.1 is het aantal vroege onaangepaste schema's bij respondenten opgenomen. Hieruit komt naar voren dat het gemiddeld aantal schema's op 12,0 ligt, met een minimum van 4 en een maximum van 18 schema's. Geconcludeerd kan worden dat cliënten relatief veel vroege, onaangepaste

schema's rapporteren. Deze bevinding sluit aan bij de verwachting dat cliënten vroege onaangepaste schema's zullen rapporteren.

Tabel 3.1: *Aantal Vroege Onaangepaste Schema's bij Respondenten (n=35)*

Aantal schema's	N	%	$\bar{x}$ (Sd)	Minimum	Maximum
4	1	1,8 %			
5	2	3,6 %			
6	1	1,8 %			
7	2	3,6 %			
8	1	1,8 %			
9	3	5,5 %			
10	2	3,6 %			
11	2	3,6 %			
13	5	9,1 %			
14	5	9,1 %			
15	5	9,1 %			
16	3	5,5 %			
17	2	3,6 %			
18	1	1,8%			
			<b>12,0 (3,85)</b>	<b>4</b>	<b>18</b>

Daarnaast is per domein en bijbehorende schema's nagegaan wat de gemiddelde totaalscore is op het schemadomein en bijbehorende schema's. Deze aanwezige vroege onaangepaste schema's bij de onderzochte cliënten zijn opgenomen in tabel 3.2. De gemiddelde score van de cliënten op een schaal van 1 tot 6 is aangegeven per domein en per schema. Schema's uit de domeinen 'Sombere houding', 'Gerichtheid op Anderen' en 'Onverbondenheid' zijn het meest aanwezig zijn bij cliënten. Het domein 'Verzwakte grenzen' is het minst vertegenwoordigd. De schema's 'Sociale isolatie', 'Zelfopoffering', 'Goedkeuring zoeken', 'Negativisme/pessimisme' en 'Bestraffende houding' zijn het meest gerapporteerd. Het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit' is het minst gerapporteerd. Omdat gebleken is dat een meerderheid van de cliënten geclassificeerd is met een persoonlijkheidsstoornis NAO en het een relatief kleine onderzoeksgroep betreft, konden specifieke schema's niet op betrouwbare wijze gerelateerd worden aan specifieke DSM-IV-classificaties die verwacht werden op basis van de literatuur.

Tabel 3.2: *Aanwezige Vroege Onaangepaste Schema's bij Respondenten (n=35)*

Domein en bijbehorende schema's	N	%	$\bar{x}$ (Sd)
<b>Domein 'Onverbondenheid'</b>			<b>2,9 (0,60)</b>
Emotionele deprivatie	26	74,2	3,8 (1,2)
Verlatingangst	26	74,2	3,9 (0,9)
Wantrouwen / Misbruik	20	57,1	3,5 (1,0)
Sociale isolatie	28	80,0	4,4 (1,2)
Defect / Schaamte	26	74,2	3,8 (1,1)
<b>Domein 'Verzwakte autonomie'</b>			<b>3,5 (0,7)</b>
Falen / Mislukken	26	74,2	4,5 (1,6)
Afhankelijkheid / Incompetentie	20	57,1	3,4 (0,9)
Kwetsbaarheid	18	51,3	3,2 (0,9)
Verstregeld zelf	15	42,9	3,2 (1,3)
<b>Domein 'Gerichtheid op anderen'</b>			<b>4,2 (0,8)</b>
Onderwerping	27	77,1	4,1 (1,0)
Zelfopoffering	31	88,6	4,4 (1,0)
Goedkeuring zoeken	29	82,9	4,2 (1,2)
<b>Domein 'Waakzaamheid en inhibitie'</b>			<b>3,9 (0,8)</b>
Emotionele inhibitie	21	60,0	3,8 (0,9)
Onverbiddelijk hoge eisen / Overkritisch	23	65,7	4,0 (1,0)
<b>Domein 'Verzwakte grenzen'</b>			<b>3,1 (0,9)</b>
Gerechtigheid / Grandiositeit	10	28,6	2,8 (1,0)
Onvoldoende zelfcontrole	17	48,6	3,3 (1,0)
<b>Domein 'Sombere houding'</b>			<b>3,9 (0,7)</b>
Negativisme / Pessimisme	29	82,9	4,1 (0,9)
Bestraffende houding	28	80,0	3,8 (0,8)
<b>Totaalscore schema's</b>			<b>3,5 (0,53)</b>

### 3.3 Beperkingen op levensgebieden

Naar aanleiding van de deelvraag 'Op welke levensgebieden ondervinden cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting beperkingen?' is gebleken dat cliënten beperkingen ondervinden op relatief veel levensgebieden. Het aantal beperkingen op levensgebieden is opgenomen in tabel 4.1. Het gemiddeld aantal beperkingen ligt op 6 van de 9 levensgebieden. Bijna een kwart van de cliënten ondervindt beperkingen op 7 levensgebieden.

Tabel 4.1: *Aantal Beperkingen op Levensgebieden (n=35)*

Aantal beperkingen	N	%	$\bar{x}$ (Sd)	Minimum	Maximum
3	1	1,8 %			
4	2	3,6 %			
5	9	16,4 %			
6	6	10,9 %			
7	12	21,8 %			
8	5	9,1 %			
			6,17 (1,29)	3	8

Wat betreft de levensgebieden waarop cliënten beperkingen ondervinden, komen de meeste beperkingen naar voren op het gebied van werk (91,4%), zelfperceptie (88,6%), emoties

(82,9%), sociale contacten (80,0%) en intieme relaties (77,1%). De meeste beperkingen zijn duidelijk aanwezig bij de cliënten, de categorie ‘gedeeltelijk aanwezig’ is relatief weinig gebruikt. Deze bevindingen sluiten aan bij de verwachtingen dat cliënten op meerdere levensgebieden beperkingen zullen ondervinden.

Tabel 4.2: *Beperkingen op Levensgebieden (n=35)*

Levensgebied	Gedeeltelijk aanwezig (%)	Duidelijk aanwezig (%)	Totaal aanwezig (%)
Activiteiten en interesses	5 (14,9 %)	16 (45,7 %)	21 (60,0 %)
Werk	4 (11,4 %)	28 (80,0 %)	32 (91,4 %)
Intieme relaties	3 (8,6 %)	24 (68,6 %)	27 (77,1 %)
Sociale contacten	5 (14,9 %)	23 (65,7 %)	28 (80,0 %)
Emoties	2 (5,7 %)	27 (77,1 %)	29 (82,9 %)
Zelfperceptie	6 (17,1 %)	25 (71,4 %)	31 (88,6 %)
Perceptie van anderen	10 (28,6 %)	6 (17,1 %)	16 (45,7 %)
Stress en woede	1 (2,9 %)	23 (65,7 %)	24 (68,6 %)
Sociale conformiteit	2 (5,7 %)	6 (17,1 %)	7 (20,0 %)

### 3.4 Verbanden levensgebieden en schema's

Bovenstaande bevindingen maken het mogelijk een antwoord te geven op de onderzoeksvraag: ‘In hoeverre is er een verband vast te stellen tussen de vroege, onaangepaste schema's en de levensgebieden waarop cliënten met persoonlijkheidsproblematiek beperkingen ondervinden?’. Om deze vraag te beantwoorden zijn met behulp van Pearson's correlatiecoëfficiënt correlaties berekend tussen de schema's die cliënten rapporteren op de YSV en de beperkingen op levensgebieden.

Ten eerste is nagegaan in hoeverre er een verband vast te stellen is tussen het aantal beperkingen op levensgebieden en het aantal vroege onaangepaste schema's dat een cliënt rapporteert op de YSV. Daarnaast zijn de totaalscore op de YSV en de totaalscore op de beperkingen op levensgebieden vergeleken. De resultaten van deze analyses zijn terug te vinden in tabel 5. Zoals in de tabel zichtbaar is, zijn er nagenoeg geen verbanden vast te stellen tussen zowel het aantal schema's en aantal levensgebieden als de totaalscore op de schema's en de totaalscore op alle levensgebieden. Dit sluit niet aan bij de verwachting dat hoe meer vroege, onaangepaste schema's een cliënt rapporteert, hoe meer levensgebieden waarop deze cliënt beperkingen ondervindt.

Tabel 5: *Correlaties Aantal Schema's en Aantal Beperkingen op Levensgebieden (n=35)*

	Aantal schema's	Totaalscore schema's
Aantal beperkingen levensgebieden	0,09	0,07
Totaalscore beperkingen levensgebieden	0,07	0,07

Daarnaast is in specifiekere zin nagegaan in hoeverre er verbanden vast te stellen zijn tussen vroege, onaangepaste schema's en levensgebieden waarop beperkingen worden ondervonden afzonderlijk. Deze correlaties zijn opgenomen in tabel 6. Hieruit blijkt dat enkele specifieke schema's significant correleren met specifieke levensgebieden waarop beperkingen worden ondervonden, in positieve dan wel in negatieve zin. Significante, positieve correlaties zijn aangetroffen tussen beperkingen op het levensgebied 'Interesses' en de schema's 'Verstrengeld zelf' en 'Onderwerping' (respectievelijk  $r = 0,40$  en  $r = 0,38$ ). Correlaties als deze (tussen 0,40 en 0,80) wijzen op de aanwezigheid van een bescheiden verband (Howitt & Cramer, 2007). Daarnaast is een significante correlatie gevonden tussen beperkingen op het levensgebied 'Intieme relaties' en het schema 'Verlatingsangst' ( $r = 0,40$ ), en het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit' correleert significant met beperkingen op het levensgebied Emoties ( $r = 0,34$ ). Tot slot is een significante, negatieve correlatie aangetroffen tussen beperkingen op het levensgebied 'Stress en Woede' en de schema's 'Wantrouwen/Misbruik' en 'Onderwerping' (respectievelijk  $r = -0,35$  en  $r = -0,37$ ).

Tabel 6: *Correlaties Specifieke Schema's en Beperkingen op Levensgebieden (n=35)*

	INT <sup>1</sup>	WER <sup>2</sup>	REL <sup>3</sup>	SOC <sup>4</sup>	EMO <sup>5</sup>	ZELF <sup>6</sup>	AND <sup>7</sup>	WOE <sup>8</sup>	CONF <sup>9</sup>
<b>Domein</b>									
<b>'Onverbondenheid'</b>									
Emotionele deprivatie	0,12	0,26	-0,06	-0,31	0,23	0,16	0,11	-0,07	-0,18
Verlatingangst	0,14	-0,14	<b>0,40*</b>	-0,22	0,04	-0,21	0,12	-0,22	0,30
Wantrouwen / Misbruik	0,10	-0,05	0,00	-0,16	-0,02	-0,10	-0,23	<b>-0,35*</b>	-0,08
Sociale isolatie	0,05	0,05	0,12	-0,19	0,02	-0,13	-0,05	-0,21	0,07
Defect / Schaamte	0,11	-0,01	0,22	-0,31	0,13	-0,12	-0,15	0,17	0,19
<b>Domein 'Verzwakte autonomie'</b>									
Falen / Mislukken	0,22	0,23	0,19	-0,15	0,24	-0,23	-0,11	0,01	0,30
Afhankelijkheid /Incompetentie	-0,05	-0,05	0,00	0,07	0,16	-0,08	-0,08	-0,04	0,09
Kwetsbaarheid	0,18	0,13	-0,15	0,04	0,05	-0,03	0,05	-0,11	0,26
Verstregeld zelf	<b>0,40*</b>	0,21	0,16	0,00	0,04	-0,21	0,04	-0,19	0,15
<b>Domein 'Gerichtheid op anderen'</b>									
Onderwerping	<b>0,38*</b>	0,12	0,07	-0,03	-0,02	-0,32	-0,04	<b>-0,37*</b>	0,01
Zelfopoffering	0,33	0,24	0,06	-0,18	-0,01	-0,22	0,05	-0,17	-0,07
Goedkeuring zoeken	0,14	0,13	0,15	-0,19	-0,03	-0,03	-0,24	-0,14	0,03
<b>Domein 'Waakzaamheid en inhibitie'</b>									
Emotionele inhibitie	-0,18	-0,30	0,20	-0,19	-0,03	-0,01	-0,26	0,04	0,25
Onverbiddelijk hoge eisen / Overkritisch	0,06	0,01	0,09	-0,18	0,20	-0,10	-0,30	-0,01	0,07
<b>Domein 'Verzwakte grenzen'</b>									
Gerechtigheid / Grandiositeit	-0,11	-0,33	0,18	0,11	<b>0,34*</b>	0,14	-0,01	0,06	0,14
Onvoldoende zelfcontrole	0,02	-0,01	0,31	0,10	0,26	0,03	-0,03	0,07	0,27
<b>Domein 'Sombere houding'</b>									
Negativisme / Pessimisme	0,28	0,33	0,08	-0,07	0,14	0,13	0,00	-0,07	0,06
Bestraffende houding	0,28	0,03	0,03	0,00	0,24	0,02	-0,06	-0,11	-0,16

<sup>1</sup> = Interesses en bezigheden; <sup>2</sup> = Werk; <sup>3</sup> = Hechte relaties; <sup>4</sup> = Sociale contacten; <sup>5</sup> = Emoties; <sup>6</sup> = Zelfperceptie; <sup>7</sup> = Perceptie van anderen; <sup>8</sup> = Stress en woede; <sup>9</sup> = Sociale conformiteit.

\* = Correlatie is significant op significantieniveau van 0.05 (tweezijdig).

## Conclusie en discussie

### 4.1 Conclusie

In deze studie is een steekproef van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen een klinische behandelsetting beschreven, in de vorm van DSM-IV-classificaties, behandelvoorgeschiedenis, vroege, onaangepaste schema's en levensgebieden waarop beperkingen ondervonden werden. Daarnaast is geïnventariseerd in hoeverre er verbanden vast te stellen zijn tussen vroege, onaangepaste schema's die cliënten rapporteren en levensgebieden waarop zij beperkingen ondervinden.

Ten eerste zijn de kenmerken van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek die schemagerichte groepsbehandeling volgen binnen een klinische behandelsetting, in kaart gebracht. Wat betreft de DSM-IV-classificatie valt op dat een meerderheid van de cliënten op as I gediagnosticeerd is met een stemmingsstoornis, zoals verwacht op basis van eerdere studies; uit onderzoek van Shea, Widiger en Klein (1992) blijkt dat binnen een klinische behandelsetting patiënten met een depressie in veel gevallen voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Ook Arntz (2001) stelt dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek in eerste instantie vaak hulp zoeken voor as-I-stoornissen, waaronder stemming- en angststoornissen. Hieruit kan worden opgemaakt dat het samengaan van as-I-problematiek en as-II-problematiek geen uitzondering is en dat deze bevinding aansluit bij bevindingen van eerdere onderzoeken. Mogelijk draagt comorbiditeit met as I-stoornissen tevens bij aan een verhoogde lijdensdruk bij cliënten.

Gebleken is dat het merendeel van de onderzochte cliënten een omvangrijke behandelvoorgeschiedenis heeft, variërend van kortdurende ambulante contacten tot eerdere klinische opnames. Een groot gedeelte van de cliënten heeft verschillende vormen van behandeling gehad alvorens zij zijn opgenomen bij de Wieke. Dit sluit aan de verwachting op basis van bevindingen uit het onderzoek van Bender et al. (2001), waaruit blijkt dat cliënten met persoonlijkheidsproblematiek in veel gevallen een omvangrijke en diverse behandelgeschiedenis hebben. Deze resultaten kunnen in verband worden gebracht met het stepped-care model. Dit model heeft als uitgangspunt dat cliënten in de geestelijke gezondheidszorg starten met de minst intensieve behandelvorm en pas wanneer deze behandelvorm onvoldoende resultaat oplevert wordt overgegaan op een meer intensieve behandelvorm. Gezien alle onderzochte cliënten voorafgaand aan hun klinische behandeling eerder behandeling hebben gehad, kan worden geconcludeerd dat het stepped-care model

zoals gehanteerd binnen de geestelijke gezondheidszorg, waarschijnlijk aansluit bij wat in de klinische praktijk plaatsvindt.

Daarnaast is onderzocht in hoeverre er een verband vast te stellen is tussen vroege, onaangepaste schema's en de levensgebieden waarop cliënten met persoonlijkheidsproblematiek beperkingen ondervinden. De resultaten laten zien dat een meerderheid van de cliënten een relatief groot aantal vroege, onaangepaste schema's rapporteert uit meerdere schemadomeinen, wat aansluit bij de vooraf opgestelde verwachting. Met name schema's afkomstig uit de domeinen 'Sombere houding', 'Gerichtheid op Anderen' en 'Onverbondenheid' worden gerapporteerd. Met uitzondering van het domein 'Verzwakte grenzen', worden nagenoeg alle schemadomeinen door een meerderheid van de cliënten gerapporteerd. Met het disfunctioneel karakter van schema's in ogenschouw genomen, wordt verwacht dat de onderzochte cliënten kampen met een hoge lijdensdruk ten gevolge van hun schema's.

Uit inventarisatie van de beperkingen op levensgebieden blijkt dan ook dat de meeste onderzochte cliënten op verschillende levensgebieden vastlopen, zoals verwacht op basis van de literatuur. Met name beperkingen op de gebieden 'Zelfperceptie', 'Emoties', 'Werk', 'Sociale contacten' en 'Intieme relaties' komen bij het grootste gedeelte van de cliënten duidelijk naar voren. Deze bevindingen sluiten aan bij eerdere onderzoeken, waarin een hoge lijdensdruk en beperkingen in het dagelijks functioneren werden vastgesteld bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Soeteman et al., 2008a; Cramer et al., 2006; Miller et al., 2007; Skodol et al., 2002).

Enkele significante correlaties zijn aangetroffen tussen specifieke schema's en levensgebieden. Het levensgebied 'Interesses' correleert significant met de schema's 'Verstrengeld zelf' en 'Onderwerping' (respectievelijk  $r = 0,40$  en  $r = 0,38$ ). Hoe hoger een cliënt scoort op de schema's 'Verstrengeld zelf' of 'Onderwerping', des te meer beperkingen lijkt degene te ondervinden op het levensgebied 'Interesses'. De Jong et al. (1996) omschrijven in de SIDP-IV onder andere de volgende beperkingen op het levensgebied van 'Interesses': "het ervaren van moeite met het nemen van alledaagse beslissingen" en "het niet zelfstandig ondernemen van activiteiten zonder overmatig advies en geruststelling door anderen". Daarnaast hebben mensen met beperkingen op dit levensgebied anderen nodig die de verantwoordelijkheid voor belangrijke levensgebieden van hen overnemen. Een parallel kan getrokken worden naar het schema 'Verstrengeld zelf'. Cliënten met dit schema zijn overdreven betrokken bij één of meerdere opvoeders, ten koste van het ontwikkelen van een eigen identiteit (Young & Pijnaker, 1999). Bij het schema 'Onderwerping' onderdrukt de



betreffende cliënt zijn eigen wensen en behoeften uit angst voor conflicten en straf (Young & Pijnaker, 1999). Bij cliënten die de zojuist genoemde schema's rapporteren, is denkbaar dat zij moeite ondervinden met het maken van eigen keuzes en het zelfstandig ondernemen van activiteiten in hun leven. Dit zou de gevonden correlaties kunnen verklaren.

Het levensgebied 'Intieme relaties' correleert significant met het schema 'Verlatingsangst' ( $r = 0,40$ ). Hoe hoger een cliënt scoort op het schema 'Verlatingsangst', des te meer beperkingen lijkt degene te ondervinden op het levensgebied 'Intieme relaties'. Als beperkingen op dit levensgebied worden door De Jong et al. (1996) onder andere "een preoccupatie met de vrees om aan zichzelf te worden overgelaten" en "het krampachtig voorkomen om alleen gelaten te worden". Daarnaast kunnen cliënten die beperkt zijn op dit levensgebied bij het eindigen van een relatie, hardnekkig zoeken naar andere relaties om verzorging en steun te krijgen. Het schema 'Verlatingsangst' wordt getypeerd als de verwachting van de cliënt dat iedereen hem uiteindelijk in de steek zal laten; anderen worden als onbetrouwbaar in hun steun en toewijding beschouwd (Young & Pijnaker, 1999). Deze beschrijving sluit aan bij de zojuist gegeven beschrijving van De Jong et al. (1996). Mogelijk ervaren cliënten die kampen met verlatingsangst moeite met het aangaan en onderhouden van (intieme) relaties, waaraan de angst in de steek gelaten te worden door anderen ten grondslag ligt. Dit zou de gevonden correlaties kunnen verklaren.

Daarnaast correleert het levensgebied 'Emoties' significant met het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit' ( $r = 0,34$ ). Hoe hoger de score van een cliënt op het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit', des te meer beperkingen lijkt deze cliënt te ondervinden op het levensgebied 'Emoties'. De centrale thema's 'macht en controle over situaties en mensen' zijn kenmerkend voor het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit' (Young & Pijnaker, 1999). Dit schema kan zich ontwikkelen als overcompensatiestrategie voor gevoelens van tekortschieten en een emotioneel tekort, wat bij cliënten gevoelens van eenzaamheid en de veronderstelling dat "anderen hun emotionele behoeften en wensen niet kunnen vervullen" oproept, met als gevolg dat anderen op emotioneel vlak niet worden toegelaten (Young & Flanagan, 1998, in: Ronningstam, 1998). Mogelijk ligt hierin een verklaring voor een beperking op het levensgebied 'Emoties'; een cliënt met dit schema voelt mogelijk geen ruimte voor het uiten van kwetsbaarheden en emoties, als hij niet het vertrouwen heeft dat anderen op dit gebied voor hem van waarde kunnen zijn. Bovendien zou het uiten van emoties betekenen dat een cliënt waarschijnlijk zijn controle loslaat, iets wat tegenstrijdig is met het schema 'Gerechtigheid/Grandiositeit', waarin het behouden van de macht en controle centraal staat.

Negatieve significante correlaties werden aangetroffen tussen het levensgebied 'Stress en Woede' en de schema's 'Wantrouwen/Misbruik' en 'Onderwerping'. Cliënten met de schema's 'Wantrouwen/Misbruik' en 'Onderwerping' blijken over het algemeen minder beperkingen te ondervinden op het levensgebied 'Stress en Woede', en vice versa. Het schema 'Onderwerping' wordt omschreven als overgave aan de wil van anderen uit angst voor negatieve consequenties en het onderdrukken van de eigen behoeftes vanwege deze angst. Een verklaring voor de negatieve correlatie zou kunnen zijn dat cliënten die kampen met dit schema, moeite hebben met het uiten van intense emoties als woede, uit angst voor negatieve consequenties. Halsstarrigheid of een hooghartige houding, volgens De Jong et al. (1996) typerend voor beperkingen op het levensgebied 'Stress en Woede', kunnen cliënten met het schema zich mogelijk niet veroorloven vanwege deze angst. Cliënten met het schema 'Wantrouwen/Misbruik' ervaren mogelijk geen basisveiligheid voor het uiten van in dit geval intense emoties. Het schema vraagt immers van hen op hun hoede te zijn voor de heimelijke motieven van anderen en anderen op afstand te houden (Young & Pijnaker, 1999). Deze mogelijke verklaring is echter niet allesomvattend, omdat aannemelijk is dat het onderdrukken van woede en het constant op de hoede zijn ook juist stress teweeg kan brengen.

Hoewel het aantal schema's niet met het aantal levensgebieden correleert, blijken enkele schema's toch bescheiden verbanden te vertonen met enkele levensgebieden. Echter zou op basis van beschrijvingen van schema's en beperkingen op levensgebieden aannemelijk zijn dat tevens andere schema's significant correleren met beperkingen op levensgebieden, bijvoorbeeld schema's uit het domein 'Onverbondenheid' met beperkingen op levensgebieden als 'Intieme relaties' en 'Sociale contacten' en schema's uit het domein 'Verzwakte autonomie' met een levensgebied als 'Zelfperceptie', wat niet het geval bleek. De gevonden verbanden dienen dus met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Zoals uit vorig hoofdstuk is gebleken zijn zwakke verbanden gevonden tussen zowel het aantal schema's en aantal levensgebieden als de totaalscore op de schema's en totaalscore op de levensgebieden. Hier is een aantal mogelijke verklaringen voor. Muste, Weertman & Claassen (2012) stellen dat de YSV weliswaar de cognitieve inhoud die met schema's samenhangt meet, maar dat de aanwezigheid van een schema nooit uitsluitend op basis van deze vragenlijst kan worden vastgesteld. Muste et al. (2012) beschouwen de YSV meer als een therapeutisch instrument in plaats van een testinstrument, waarmee een therapeut op basis van de testresultaten met de cliënt over in gesprek zou kunnen gaan. Daarnaast bevat de vragenlijst geen officiële normen, wat het gebruik binnen therapeutische settingen nogmaals

onderschrijft. De normen die binnen huidig onderzoek zijn gehanteerd, zijn gebaseerd op vooraf opgestelde schema's, waarbij een totaalscore van hoog of zeer hoog op een schema impliceert dat het schema 'aanwezig' is bij een cliënt. Met het uitgaan van de aan- of afwezigheid van een schema op basis van testresultaten, zoals in huidig onderzoek is gedaan, wordt wellicht te weinig aandacht besteed aan de therapeutische en exploratieve doeleinden van de schemavragenlijst. Het sec hanteren van dit zelfrapportage-instrument is mogelijk onvoldoende om de aanwezigheid van vroege, onaangepaste schema's daadwerkelijk vast te stellen.

Daarnaast stellen Muste et al. (2012) dat overcompensatie of vermijding van schema's invloed kunnen hebben op de resultaten van de YSV. Zo zou een cliënt strategieën kunnen inzetten om een schema uit de weg te gaan of op disfunctionele wijze te handhaven, waardoor het schema niet aanwezig is in het bewustzijn van de cliënt. Om inzicht te krijgen in deze strategieën zouden zelfrapportage-instrumenten als de Young Compensatory Inventory (YCI-1; Young, 1995) en Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI-1; Young & Rygh, 1994) ingezet kunnen worden, welke in huidig onderzoek niet betrokken zijn. De YCI-1 verschaft inzicht in de mate van schemaovercompensatie van een cliënt, oftewel de manieren waarop de cliënt emoties die gepaard gaan met zijn schema's overcompenseert. De YRAI-1 meet schemavermijding, oftewel de manieren waarop de cliënt emoties die gepaard gaan met zijn schema's vermijdt. Rijkeboer (2005) stelt daarnaast dat het invullen van de YSV 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 gebruikte YSV, namelijk op basis van schema's en niet 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. Om deze reden zijn er tegenwoordig versies van de YSV in de omloop waarin de items gerandomiseerd zijn. In huidig onderzoek is een niet-gerandomiseerde versie gebruikt, waardoor deze antwoordtendensen een rol zouden kunnen spelen.

Volgens Stopa & Waters (2005) zouden ook het toestandsbeeld van de cliënt en de aanwezigheid van comorbide as-I-stoornissen de scores op de YSV kunnen beïnvloeden. In de resultaten kwam reeds naar voren dat een groot deel van de onderzochte cliënten tevens geclassificeerd is met een as-I-stoornis. Deze verklaring zou dus voor deze onderzoeksgroep kunnen gelden.

## 4.2 Discussie

Het onderzoek kent enkele beperkingen die wellicht van invloed zijn geweest op de onderzoeksresultaten. De onderzochte groep is relatief klein ( $n=35$ ), waardoor het uitvoeren van betrouwbaarheidsanalyses dan wel factoranalyses weinig betrouwbare resultaten zou opleveren. Op basis van een meer omvangrijke onderzoekssteekproef zouden meer betrouwbare uitspraken kunnen worden gedaan over schemagerichte therapie bij cliënten met persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast rapporteren cliënten relatief veel vroege, onaangepaste schema's op uiteenlopende domeinen. Dit bemoeilijkt het formuleren van eenduidige uitspraken over de meest voorkomende vroege, onaangepaste schema's bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.

De DSM-IV-classificaties zijn op niet-gestructureerde wijze vastgesteld door verschillende klinisch psychologen. Een minder systematische wijze van classificatie van onder andere as-II-problematiek, bijvoorbeeld op basis van een klinisch interview, resulteert in minder betrouwbare en minder valide classificaties dan bij een semi-gestructureerd interview het geval is (Van Tilburg, 1998).

Daarnaast is inzicht verkregen in de behandelgeschiedenis en levensgebieden op basis van beschikbare informatie uit dossiers. De omvang, gedetailleerdheid en bron van deze informatie verschilt per cliënt. Hierdoor hebben cliënten mogelijk behandelvormen genoten die niet zijn meegenomen in het onderzoek of zijn behandelvormen op niet-eenduidige wijze geïnterpreteerd. Bij de levensgebieden zouden beperkingen op bepaalde levensgebieden kunnen missen, bijvoorbeeld wanneer informatie minder volledig is weergegeven in het dossier van een cliënt. Dit zou de betrouwbaarheid van de bevindingen kunnen beïnvloeden.

Zoals eerder beschreven is er gebruik gemaakt van een zelfrapportage-instrument dat enkele nadelen met zich meebrengt. Naast de eerder genoemde nadelen zouden factoren als sociale wenselijkheid of gemoedstoestand van invloed kunnen zijn op de wijze waarop de schemavragenlijst wordt ingevuld.

Naast de beschreven beperkingen is positief dat er geen sprake is geweest van non-respons. Alle benaderde cliënten hebben deelgenomen aan het onderzoek en stelden zich over het algemeen coöperatief en betrokken op tijdens het invullen van de vragenlijst. Daarnaast vormen de onderzochte cliënten tezamen een representatieve steekproef voor cliënten met persoonlijkheidsproblematiek binnen de klinische praktijk, daar geen in- en exclusiecriteria zijn gehanteerd.

### 4.3 Aanbevelingen

Op basis van huidig onderzoek kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan voor toekomstig wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk.

Gebleken is dat comorbiditeit van stemmingsstoornissen en in mindere mate angststoornissen met persoonlijkheidsproblematiek bij de onderzochte cliënten geen uitzondering is, zoals Arntz (2001) al eerder stelde. Denkbaar is dat bijkomende as-I-problematiek naast de bestaande persoonlijkheidsproblematiek een hogere lijdensdruk met zich mee kan brengen. Zo stelt Arntz (2001) dat het van belang is eerst de as-I-problematiek tot zover mogelijk te behandelen, alvorens over te gaan op schemagerichte behandeling van as-II-problematiek. Vervolgonderzoek zou inzicht kunnen verschaffen in het verband tussen vroege, onaangepaste schema's en de aanwezigheid van comorbide as-I- en as-II-problematiek.

Zoals uit onderzoek van Bender et al. (2001) is gebleken is een omvangrijke behandelgeschiedenis en een groter beroep op gezondheidszorg kenmerkend voor cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, waar bevindingen uit huidig onderzoek bij aansluiten. Bender et al. (2001) concluderen dat deze bevindingen bevestigen dat meer complexe en beperkende symptomen en daarbij langdurige stress en disfunctioneren gepaard gaan met persoonlijkheidsstoornissen, wat leidt tot meer contact met de gezondheidszorg, in vergelijking met psychiatrische patiënten zonder persoonlijkheidsstoornissen. Gezien het disfunctioneel karakter van vroege, onaangepaste schema's, is de verwachting dat een meer omvangrijke behandelgeschiedenis gepaard gaat met het rapporteren van meer schema's. In vervolgonderzoek zou ook dit verband nader onderzocht kunnen worden.

Naast de reeds gebruikte YSV zouden andere schemagerichte meetinstrumenten het inzicht in de vroege, onaangepaste schema's van cliënten kunnen vergroten. Zoals eerder gesteld, zouden overcompenserende copingstijlen en vermijdingstrategieën van invloed kunnen zijn op de schema's die cliënten rapporteren. Deze componenten zouden gemeten kunnen worden met de YCI-1 en YRAI-1. Daarnaast worden (schadelijke) ervaringen in de kindertijd als een van de meest voorkomende oorzaken van vroege, onaangepaste schema's genoemd. De Young Parenting Inventory (YPI-1; Young, 1999) geeft inzicht in omstandigheden in de kindertijd die tot vorming van een bepaald schema hebben bijgedragen (Young, Klosko & Weishaar, 2005). In vervolgonderzoek zouden resultaten van deze vragenlijsten met resultaten van de Young Schema Vragenlijst in verband kunnen worden gebracht, om de beeldvorming rondom vroege, onaangepaste schema's van cliënten te complementeren.

De bevindingen uit dit onderzoek zouden tevens handreikingen kunnen bieden bij het verder vormgeven van de schemagerichte therapie binnen de klinische praktijk. Zoals reeds beschreven is schemagerichte therapie bij persoonlijkheidsstoornissen al meerdere keren onderwerp van onderzoek geweest, maar nog niet eerder binnen de klinische praktijk. Dit onderzoek maakt inzichtelijk hoe schemagerichte therapie wordt ingezet binnen de klinische praktijk bij een diverse groep cliënten met uiteenlopende DSM-IV-classificaties, zonder in- dan wel exclusiecriteria te hanteren. Tevens kan het hanteren van DSM-IV-classificaties als leidraad voor het classificeren van cliënten binnen de klinische praktijk ter discussie wordt gesteld. Het werken op basis van schema's maakt het voor cliënt en therapeut mogelijk op een meer praktische, werkbare manier inzicht te krijgen in de problemen van de cliënt en de oorsprong hiervan en deze aan te pakken. In tegenstelling tot een DSM-IV-classificatie, die voor de betreffende cliënt waarschijnlijk grotendeels onbekend dan wel onduidelijk is. Dit wordt nogmaals onderschreven door de vele 'persoonlijkheidsstoornis NAO-classificaties' die uit huidig onderzoek naar voren kwamen; mogelijk komt het vaker voor dat cliënten binnen de klinische praktijk trekken vertonen van meerdere persoonlijkheidsstoornissen en niet sec onder één categorie te scharen zijn, waardoor het hanteren van een eenduidige classificatie op as II wordt bemoeilijkt.

Gebleken is dat vrijwel alle schema's frequent worden gerapporteerd door de onderzochte cliënten, waaruit kan worden afgeleid dat cliënten zich herkennen in schema's en dat deze hen mogelijk inzicht verschaffen in hun eigen problematiek. In de behandeling op de Wieke leren cliënten reeds hun vroege, onaangepaste schema's te identificeren en disfunctionele copingstrategieën bij zichzelf ten aanzien van deze schema's te herkennen en aan te passen. Dit lijkt op basis van de bevindingen belangrijk om voort te zetten, daar schema's cliënten inzicht en houvast lijken te bieden. Gezien veel cliënten schema's uit verschillende domeinen rapporteren, zou een cliënt in overleg met een therapeut periodiek de meest op de voorgrond tredende schema's kunnen vaststellen, zodat degene voor zichzelf speerpunten heeft voor de toekomstige periode, iets wat in de behandeling van cliënten op de Wieke al ingezet wordt.

De bevinding dat er verbanden zijn aangetroffen tussen vroege, onaangepaste schema's en beperkingen op levensgebieden, onderschrijft de mogelijkheden van schemagerichte therapie; wanneer cliënten inzicht krijgen in de vroege, onaangepaste schema's die bij hen aanwezig zijn, kunnen zij in de therapie mogelijk een koppeling maken tussen hun klachten in het hier en nu (zoals beperkingen op levensgebieden) en de mogelijke oorsprong hiervan in vroege, onaangepaste schema's. Het verband tussen deze twee

componenten kan onderstreept worden in de behandeling binnen de Wieke en eventueel andere klinische behandelsettingen. Schemagerichte vragenlijsten als de YSV zouden in de behandeling van de Wieke tevens meer kunnen worden ingezet als therapeutisch instrument, om in gesprek te gaan met de cliënt over de schema's waar hij mee worstelt.

In vervolgonderzoek binnen de Wieke zouden de onderzochte cliënten langduriger gevolgd kunnen worden en de stabiliteit van de gerapporteerde schema's kunnen worden vastgesteld door het betrekken van resultaten uit tussenmetingen, eindmetingen en follow-upmetingen. Daarnaast kan het bespreken van de resultaten van iedere meting met cliënten hen inzicht geven in de gebieden waarop zij (nog) beperkingen ondervinden en hen aanknopingspunten bieden om hun verdere behandeling vorm te geven.

## Referenties

- American Psychiatric Association [APA]. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision*. Washington DC: Harcourt Assessment BV.
- Arntz, A. (2001). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arntz, A., & Bernstein, D. (2006). Can personality disorders be changed? *Netherlands Journal of Psychology*, 62, 9-18.
- Beck, A. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. In: Young, J. & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bender, D., Dolan, R., Skodol, A., Sanislow, C., Dyck, I., McGlashan, T., Shea, T., Zanarini, M., Oldham, J., & Gunderson, J. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-202.
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, T. (2006). Personality disorders and quality of life, a population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 178-184.
- Damen, K., Van der Kroft, P., & De Jong, C. (2004). Interrater reliability of the Structured Interview for DSM-IV Personality in an opioid-dependent patient sample. *European Addiction Research*, 10(3), 99-104.
- De Jong, C., Derks, F., Van Oel, C., & Rinne, T. (1996). *SIDP-IV: gestructureerd interview voor de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen*. Sint Oedenrode: Stichting Verslavingszorg Oost Brabant.



- 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.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: a randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *General Psychiatry*, 63(6), 649-658.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2007). *Methoden en technieken in de psychologie*. Amsterdam: Pearson Education.
- Jovev, M., & Jackson, H. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478.
- Kellogg, S. & Young, J. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Miller, J., Campbell, K., & Pilkonis, P. (2007). Narcissistic personality disorder: relations with distress and functional impairment. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 170-177.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2012). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nordahl, H., Holthe, H., & Haugum, J. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149.
- Reeves, M., & Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 96-104.

- Rijkeboer, M. (2005). *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Schema Questionnaire*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Enschede/Amsterdam: PrintPartners Ipskamp.
- Shea, T., Widiger, T., & Klein, M. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 857-868.
- Skodol, A., Gunderson, J., McGlashan, T., Dyck, I., Stout, R., Bender, D., Grilo, C., Tracie Shea, M., Zanarini, M., Morey, L., Sanislow, C., & Oldham, J. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 276-283.
- Soeteman, D., Verheul, R., & Van Busschbach, J. (2008a). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders, 22*(3), 259–268.
- 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.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 104-115.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *Schema-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Stopa, L. & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short-Form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 45–57.

- Van Vreeswijk, M., & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie: werken in groepen (handleiding)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J., & Brown, G. (2001). *Young Schema Questionnaire: Special edition*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J., & Flanagan, C. (1998). Schema-focused therapy for narcissistic patients. In: Ronningstam, E. (1998). *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington DC: American Psychiatric Press: 239-268.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2005). *Schema Therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J. & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Young, J. (1995). *Young Compensation Inventory (YCI-1)*. New York: Cognitive Therapy Centre.
- Young, J. (1999). *Young Parenting Inventory (YPI-1)*. New York, Cognitive Therapy Centre.
- Young, J., & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory (YRAI-1)*. New York, Cognitive Therapy Centre.

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1: Young Schema Vragenlijst**

#### **Schemavragenlijst**

ontwikkeld door dr. Jeffrey Young (op basis van YSQ-L3)

#### **Instructies**

Hieronder volgt een aantal beweringen die men kan gebruiken om zichzelf te beschrijven. Lees elke bewering en kijk hoe goed deze u beschrijft. Als u niet zeker bent van uw antwoord, baseer uw antwoord dan op wat u emotioneel voelt en niet op wat u denkt dat waar is. Kies vervolgens de score uit de cijfers 1 - 6 die op u van toepassing is en noteer het nummer in de ruimte voor de bewering.

#### **Score-schaal**

1 = absoluut niet op mij van toepassing

2 = nauwelijks op mij van toepassing

3 = enigszins op mij van toepassing

4 = gemiddeld op mij van toepassing

5 = meestal wel op mij van toepassing

6 = geheel op mij van toepassing

#### **Voorbeeld**

123    ...4.    Ik maak me zorgen dat mensen om wie ik geef, niet om mij geven.

124    ...3.    Anderen denken meestal meer aan zichzelf dan dat ik gewoonlijk doe.

## Vragenlijst

- 1 ..... Men was er niet voor mij destijds om mijn emotionele behoeften te vervullen.
  - 2 ..... Ik heb onvoldoend liefde en aandacht gekregen.
  - 3 ..... Voor het grootste deel heb ik niemand gehad op wie ik kon steunen voor advies en Emotionele ondersteuning.
  - 4 ..... De meeste tijd heb ik niemand gehad die mij verzorgde, koesterde, dingen met mij deelde of zich echt om mij bekommerde, die met me praatte over alles wat mij overkwam.
  - 5 ..... Voor een groot deel van mijn leven heb ik niemand gehad die een persoonlijke band met mij wilde aangaan en veel tijd met mij wilde doorbrengen.
  - 6 ..... Over het geheel genomen waren er geen mensen om mij warmte, koestering en liefde te geven.
  - 7 ..... Een groot deel van mijn leven heb ik niet het gevoel gehad dat ik bijzonder ben voor iemand, in iemands hart een plekje heb.
  - 8 ..... Het grootste deel van mijn leven heb ik niemand gehad die echt naar mij luistert, mij begrijpt of zich richt op wat ik werkelijk nodig had of voelde.
  - 9 ..... Zelden had ik een sterk iemand die mij duidelijke raad gaf of richting aangaf als ik niet zeker wist wat ik moest doen.
- \*ed
- 10 ..... Ik pieker erover dat de mensen van wie ik houd spoedig zullen overlijden, ook al heb ik daar medisch gezien geen reden voor.
  - 11 ..... Ik merk dat ik mij vastklamp aan mensen met wie ik een band heb omdat ik bang ben dat ze mij in de steek zullen laten.
  - 12 ..... Ik maak me zorgen dat mensen met wie ik een band voel mij in de steek zullen laten.
  - 13 ..... Ik heb het gevoel dat ik een stabiele basis voor emotionele steun mis.
  - 14 ..... Ik heb niet het gevoel dat voor mij belangrijke relaties lang duren, ik verwacht dat ze al snel eindigen.
  - 15 ..... Ik voel me prettig bij partners die niet in staat zijn om er op een toegewijde manier voor mij te zijn.
  - 16 ..... Uiteindelijk zal ik alleen overblijven.

- 17 ..... Wanneer ik merk dat iemand om wie ik geef zich van mij terugtrekt, word ik wanhopig.
- 18 ..... Soms ben ik er zo bezorgd over dat mensen mij in de steek zullen laten, dat ik ze wegstuur.
- 19 ..... Ik raak over mijn toeren wanneer iemand mij alleen laat, zelfs al is het maar voor een Korte periode.
- 20 ..... Ik kan er niet op rekenen dat mensen die mij steunen er meestal zijn.
- 21 ..... Ik kan mijzelf niet toestaan om echt vertrouwd te worden met andere mensen, omdat ik er niet zeker van kan zijn dat ze er altijd zullen zijn.
- 22 ..... Het lijkt erop dat de belangrijkste mensen in mijn leven altijd maar komen en gaan.
- 23 ..... Ik maak me veel zorgen dat de mensen om wie ik geef iemand anders zullen vinden aan wie ze de voorkeur geven en mij dan in de steek zullen laten.
- 24 ..... De mensen in mijn directe nabijheid waren erg onvoorspelbaar. Het ene moment waren ze beschikbaar en aardig voor mij. Het andere moment waren ze boos, gespannen, alleen maar met zichzelf bezig, ruziënd, enzovoort.
- 25 ..... Ik heb andere mensen zo hard nodig dat ik steeds pieker dat ik hen zal verliezen.
- 26 ..... Ik voel me zo weerloos als ik geen mensen heb die mij beschermen, dat ik er veel over moet piekeren dat ik hen kwijt zal raken.
- \*ve
- 27 ..... Ik heb het gevoel dat mensen van mij willen profiteren.
- 28 ..... Ik heb vaak het gevoel dat ik mij moet beschermen tegen andere mensen.
- 29 ..... Ik heb het gevoel dat ik op mijn hoede moet blijven in de aanwezigheid van andere mensen, omdat ze me anders bewust pijn zullen doen.
- 30 ..... Als iemand aardig tegen mij doet, houd ik er rekening mee dat die persoon op iets uit is.
- 31 ..... Het is slechts een kwestie van tijd voordat iemand mij verraadt/beduvelt.
- 32 ..... De meeste mensen denken alleen aan zichzelf.
- 33 ..... Ik heb er veel moeite mee om mensen te vertrouwen.
- 34 ..... Ik ben tamelijk achterdochtig over de motieven van andere mensen.
- 35 ..... Mensen zijn zelden eerlijk. Ze zijn gewoonlijk niet wat ze lijken.

- 36 ..... Ik ben gewoonlijk op mijn hoede voor de geheime motieven van mensen.
- 37 ..... Als ik denk dat iemand eropuit is mij schade te berokkenen, probeer ik als eerste hem schade toe te brengen.
- 38 ..... Mensen moeten zich gewoonlijk eerst aan mij bewijzen voordat ik hen kan vertrouwen.
- 39 ..... Ik zet valkuilen op voor andere mensen om te zien of ze mij de waarheid vertellen en het goed bedoelen.
- 40 ..... Ik onderschrijf de mening: heers of word overheerst.
- 41 ..... Ik word boos wanneer ik denk aan de manieren waarop ik door andere mensen gedurende mijn leven gemeen ben behandeld.
- 42 ..... Gedurende mijn leven tot nu toe hebben diegenen met wie ik leef van mij geprofiteerd of mij gebruikt voor hun eigen voordeel.
- 43 ..... Ik ben lichamelijk, emotioneel of seksueel misbruikt door belangrijke mensen in mijn leven.
- \*wa
- 44 ..... Ik hoor er niet bij.
- 45 ..... Ik ben fundamenteel anders dan andere mensen.
- 46 ..... Ik hoor nergens bij. Ik ben een 'loner', een einzelgänger.
- 47 ..... Ik voel me vervreemd van andere mensen.
- 48 ..... Ik voel me geïsoleerd en alleen.
- 49 ..... Ik voel me altijd buiten groepen staan.
- 50 ..... Niemand begrijpt mij echt.
- 51 ..... Mijn familie was altijd anders dan andere families.
- 52 ..... Soms heb ik het gevoel dat ik een buitenaards wezen ben.
- 53 ..... Als ik morgen zou verdwijnen, zou niemand dat merken.
- \*si
- 54 ..... Geen man/vrouw naar wie ik verlang zou van mij kunnen houden als hij/zij mijn tekorten/defecten zou zien.
- 55 ..... Niemand naar wie ik verlang zou graag in mijn directe nabijheid willen blijven als hij/zij mijn echte ik zou kennen.

- 56 ..... Ik ben in wezen gebrekkig en niet in orde.
- 57 ..... Het doet er niet toe hoe hard ik het probeer, ik heb het gevoel dat ik niet in staat ben te zorgen dat een man/vrouw die ik belangrijk vind, mij zal respecteren of als waardevol zal beschouwen .
- 58 ..... Ik ben de liefde, aandacht en het respect van anderen niet waard.
- 59 ..... Ik heb het gevoel dat ik niet beminnenswaard ben.
- 60 ..... Ik ben fundamenteel te onacceptabel om mijzelf aan anderen te kunnen laten zien.
- 61 ..... Als anderen mijn fundamentele fouten of tekorten zouden ontdekken zou ik mijn gezicht niet meer kunnen laten zien.
- 62 ..... Wanneer mensen mij mogen, heb ik het gevoel dat ik hen beduvel.
- 63 ..... Vaak voel ik mij aangetrokken tot mensen die erg kritisch zijn naar mij of mij afwijzen.
- 64 ..... Ik heb innerlijke geheimen waarvan ik niet wil dat mensen in mijn directe omgeving die ontdekken.
- 65 ..... Het is mijn schuld dat mijn ouders niet genoeg van mij hielden.
- 66 ..... Ik laat mensen mijn ware zelf niet kennen.
- 67 ..... Mijn grootste angst is dat mijn tekorten zichtbaar zullen worden.
- 68 ..... Ik kan niet begrijpen hoe iemand van mij zou kunnen houden.  
\*ds
- 69 ..... Bijna niets van wat ik op mijn werk (school) doe is zo goed als wat andere mensen doen.
- 70 ..... Ik ben onbekwaam wanneer ik iets moet bereiken/presteren.
- 71 ..... De meeste andere mensen hebben meer in hun mars dan ik op het gebied van werk en carrière.
- 72 ..... Ik ben een mislukkeling.
- 73 ..... Ik ben niet zo talentvol als de meeste mensen op mijn werk/school.
- 74 ..... Ik ben niet zo intelligent als de meeste mensen op mijn werk of school.
- 75 ..... Ik voel mij vernederd door mijn tekorten en onhandigheden in de werksfeer.



- 76 ..... Ik raak vaak van mijn stuk bij andere mensen omdat ik qua vaardigheden niet tegen hen op kan.
- 77 ..... Vaak vergelijk ik mijn vaardigheden met die van anderen en heb ik het gevoel dat zij veel succesvoller zijn.
- \*fa
- 78 ..... Ik voel me niet in staat om mijzelf te redden/staande te houden in het dagelijks leven.
- 79 ..... Ik heb andere mensen nodig om mij te helpen me te redden/te handhaven/staande te houden.
- 80 ..... Ik heb niet het gevoel dat ik op eigen kracht de dingen aankan.
- 81 ..... Ik geloof dat andere mensen beter voor mij kunnen zorgen dan ik dat zelf kan.
- 82 ..... Ik heb er moeite mee om naast mijn werk nieuwe taken aan te kunnen, tenzij ik iemand heb die mij leidt.
- 83 ..... Ik zie mijzelf als een afhankelijk persoon wanneer het gaat om het dagelijks functioneren.
- 84 ..... Ik maak van alles wat ik probeer een puinhoop, zelfs buiten mijn werk.
- 85 ..... Ik ben onhandig op de meeste levensgebieden.
- 86 ..... Wanneer ik op mijn eigen oordeel vertrouw in dagelijkse situaties, neem ik de verkeerde beslissing.
- 87 ..... Ik mis gezond verstand.
- 88 ..... Op mijn oordeel kan in dagelijkse situaties niet vertrouwd worden.
- 89 ..... Ik heb niet het gevoel te kunnen vertrouwen op mijn vermogen om dagelijkse problemen die zich voordoen op te lossen.
- 90 ..... Ik heb het gevoel dat ik iemand nodig heb om op te vertrouwen, die mij raad geeft over praktische zaken.
- 91 ..... Ik voel me meer als een kind dan als een volwassene wanneer het aankomt op het hanteren van dagelijkse verantwoordelijkheden.
- 92 ..... Ik vind dat de verantwoordelijkheden van alledag mij overweldigen.
- \*ai
- 93 ..... Ik schijn niet aan het gevoel te kunnen ontsnappen dat er een of ander onheil staat te gebeuren.

- 94 ..... Ik heb het gevoel dat een ramp (natuurramp, criminaliteit, financieel, of medisch) op elk moment kan toeslaan.
- 95 ..... Ik maak me er zorgen over dat ik op straat zal komen te staan of een zwerver zal worden.
- 96 ..... Ik maak me er zorgen over dat ik aangevallen zal worden.
- 97 ..... Ik neem bijzondere voorzorgsmaatregelen om te voorkomen dat ik ziek zal worden of gewond zal raken.
- 98 ..... Ik maak me zorgen dat ik een ernstige ziekte zal krijgen, ook al is er niets ernstigs geconstateerd door de dokter.
- 99 ..... Ik ben een angstig mens.
- 100 ..... Ik maak me veel zorgen over de kwade dingen die er in de wereld gebeuren: misdaad, vervuiling, en dergelijke.
- 101 ..... Vaak heb ik het gevoel dat ik gek word.
- 102 ..... Ik heb vaak het gevoel dat ik een angstaanval zal krijgen.
- 103 ..... Vaak maak ik mij zorgen dat ik een hartaanval krijg, ook al is er weinig medische reden om bezorgd te zijn.
- 104 ..... Ik heb het gevoel dat de wereld een gevaarlijke plaats is.  
\*kw
- 105 ..... Ik ben niet in staat geweest om mij los te maken van mijn ouder(s) op de manier zoals andere mensen van mijn leeftijd dat schijnen te doen.
- 106 ..... Mijn ouder(s) en ik hebben de neiging om overbetrokken te zijn op elkaars levens en elkaars problemen.
- 107 ..... Het is erg moeilijk voor mijn ouder(s) en mij om intieme details voor zich te houden, zonder het gevoel verraden te worden of schuldig te zijn.
- 108 ..... Mijn ouder(s) en ik moeten elkaar bijna iedere dag spreken of anders voelt een van ons zich schuldig, pijn gedaan, teleurgesteld of alleen.
- 109 ..... Vaak heb ik het gevoel dat ik geen aparte identiteit heb, los van mijn ouders of partner.
- 110 ..... Vaak heb ik het gevoel alsof mijn ouders leven door mij; ik heb geen leven voor mijzelf.

- 111 ..... Het is erg moeilijk voor mij om afstand te bewaren tot de mensen met wie ik een band heb; ik heb er moeite mee om een apart zelfgevoel te hebben.
- 112 ..... Ik ben zo betrokken op mijn partner (mijn ouders) dat ik niet echt weet wie ik ben of wat ik wil.
- 113 ..... Ik heb er moeite mee om mijn visie of mening los te maken van die van mijn ouders of mijn partner.
- 114 ..... Vaak heb ik het gevoel dat ik geen privacy heb wanneer ik bij mijn ouders of mijn partner ben.
- 115 ..... Ik heb het gevoel dat ik mijn ouders veel pijn doe wanneer ik op mijzelf ga wonen of ver weg van hen.

\*vz

- 116 ..... Ik geef andere mensen hun zin, omdat ik bang ben voor de gevolgen.
- 117 ..... Ik denk dat ik vraag om moeilijkheden als ik doe wat ik zelf wil.
- 118 ..... Ik heb het gevoel dat ik geen andere keus heb dan toe te geven aan de verlangens van andere mensen, omdat ze anders wraak zullen nemen of mij op een of andere manier zullen afwijzen.
- 119 ..... In relaties laat ik de andere persoon de baas spelen.
- 120 ..... Ik heb altijd anderen keuzes voor mij laten maken, dus ik weet werkelijk niet wat ik zelf wil.
- 121 ..... Ik heb het gevoel dat de belangrijkste beslissingen in mijn leven niet echt mijn eigen beslissingen waren.
- 122 ..... Ik maak me er altijd een hoop zorgen over of ik het de ander naar de zin maak, zodat ze mij niet zullen afwijzen.
- 123 ..... Ik heb er grote moeite mee om te eisen dat mijn rechten worden gerespecteerd en dat met mijn gevoelens rekening wordt gehouden.
- 124 ..... Ik pak mensen op subtiele manieren terug in plaats van openlijk mijn boosheid te tonen.
- 125 ..... Ik zal veel verder gaan dan de meeste mensen om confrontaties te vermijden.

\*on

- 126 ..... Ik plaats andermans behoeften boven die van mijzelf, anders voel ik mij schuldig.
- 127 ..... Ik voel mij schuldig wanneer ik andere mensen laat vallen of hen teleurstel.

- 128 ..... Ik geef meer aan andere mensen dan ik terugkrijg.
- 129 ..... Ik ben degene die altijd moet zorgen voor de mensen direct om mij heen.
- 130 ..... Ik accepteer bijna alles van iemand die ik liefheb.
- 131 ..... Ik ben een goed mens omdat ik meer aan anderen denk dan aan mijzelf.
- 132 ..... Op het werk ben ik meestal degene die vrijwillig extra taken doet of extra tijd investeert.
- 133 ..... Het maakt niet uit hoe druk ik liet heb, ik kan altijd tijd voor anderen vrij maken.
- 134 ..... Ik kan mezelf met heel weinig redden omdat mijn behoeften minimaal zijn.
- 135 ..... Ik ben alleen gelukkig wanneer de mensen om mij heen gelukkig zijn.
- 136 ..... Ik ben zo druk bezig dingen te doen voor mensen om wie ik geef, dat ik weinig tijd heb voor mijzelf.
- 137 ..... Ik ben altijd degene geweest die luistert naar de problemen van een ander.
- 138 ..... Ik voel me meer op mijn gemak als ik een cadeau geef dan wanneer ik een cadeau krijg.
- 139 ..... Andere mensen zien mij als iemand die te veel doet voor anderen en niet genoeg voor zichzelf.
- 140 ..... Het maakt niet uit hoeveel ik geef, het is nooit genoeg.
- 141 ..... Als ik doe wat ik wil voel ik mij erg ongemakkelijk.
- 142 ..... Het is erg moeilijk voor mij om anderen te vragen voor mijn behoeften te zorgen.  
\*zo
- 143 ..... Het is belangrijk voor me dat bijna iedereen die ik ken me aardig vindt.
- 144 ..... Ik doe mijn best mij zo te gedragen, dat de mensen met wie ik ben me aardig vinden.
- 145 ..... Ik doe mijn best om in een gezelschap te passen.
- 146 ..... Mijn gevoel van eigenwaarde is grotendeels afhankelijk van hoe anderen mij zien.
- 147 ..... Veel geld hebben en belangrijke mensen kennen geven mij het gevoel waardevol te zijn.
- 148 ..... Ik besteed veel aandacht aan mijn uiterlijk zodat anderen me op waarde schatten.

- 149 ..... Succes is voor mij pas echt belangrijk als anderen het zien.
- 150 ..... Ik doe zo mijn best om me naar de wensen van mijn gezelschap te gedragen, dat ik soms niet meer weet wie ik zelf nou ben.
- 151 ..... Ik vind het moeilijk mijn eigen besluiten te nemen zonder er rekening mee te houden hoe anderen op mijn keuzen reageren.
- 152 ..... Als ik terug kijk naar de belangrijke besluiten die ik in mijn leven genomen heb, dan weet ik dat ik de meeste genomen heb op grond van de overtuiging dat anderen ze goedkeurden.
- 153 ..... Ook al mag ik iemand niet dan nog wil ik dat die gene mij wel aardig vindt.
- 154 ..... Alleen als ik veel aandacht krijg voel ik me niet de mindere.
- 155 ..... Als ik opmerkingen maak tijdens een bijeenkomst of voorgesteld wordt op een vergadering, dan hoop ik op erkenning en bewondering.
- 156 ..... Als ik veel geprezen wordt en complimenten krijg, voel ik me interessant en waardevol.
- \* gz
- 157 ..... Ik maak me zorgen dat ik de controle verlies over mijn handelen.
- 158 ..... Ik maak me zorgen dat ik iemand lichamelijk of emotioneel ernstig zou kunnen verwonden/pijn doen als ik de controle verlies over mijn woede.
- 159 ..... Ik heb het gevoel dat ik mijn emoties en impulsen onder controle moet houden om te zorgen dat er niets naars gebeurt.
- 160 ..... Er ligt een hoop woede en wrok in mij opgestapeld die ik niet uit.
- 161 ..... Ik let te veel op mijzelf om positieve gevoelens naar anderen te kunnen tonen (bijv. warmte, laten zien dat ik om de ander geef).
- 162 ..... Ik word er verlegen van als ik mijn gevoelens naar anderen uit.
- 163 ..... Ik vind het moeilijk om warm en spontaan te zijn.
- 164 ..... Ik heb mijzelf zo onder controle dat mensen denken dat ik geen emoties heb.
- 165 ..... Mensen zien mij als een gespannen iemand.
- \*ei
- 166 ..... Ik moet de beste zijn bij alles wat ik doe; ik kan niet een tweede plaats accepteren.
- 167 ..... Ik streef ernaar om bijna alles perfect in orde te hebben.

- 168 ..... De meeste tijd moet ik er op mijn best uitzien.
- 169 ..... Ik probeer mijn uiterste best te doen; ik neem geen genoegen met 'goed genoeg'.
- 170 ..... Ik moet zo veel doen dat ik bijna geen tijd heb om echt te ontspannen.
- 171 ..... Bijna niets wat ik doe is goed genoeg. Het kan altijd beter.
- 172 ..... Ik moet al mijn verantwoordelijkheden nakomen.
- 173 ..... Ik voel dat er constant een druk op mij ligt om te presteren en om dingen gedaan te krijgen.
- 174 ..... Mijn relaties lijden eronder dat ik mijzelf zo opzweep/opjaag.
- 175 ..... Mijn gezondheid lijdt eronder dat ik mijzelf zo onder druk zet om de dingen goed te doen.
- 176 ..... Ik offer vaak mijn genoegens en pleziertjes op om te kunnen voldoen aan de eisen die ik aan mezelf stel.
- 177 ..... Wanneer ik een fout maak, verdien ik ongezouten kritiek.
- 178 ..... Ik stel zulke hoge eisen aan mijzelf dat, als ik een fout maak, ik mijzelf niet gemakkelijk vergeef of me excuseer voor mijn fouten.
- 179 ..... Ik ben een erg competitief/wedijverend persoon.
- 180 ..... Ik hecht veel belang aan geld of status.
- 181 ..... Ik moet wat betreft mijn optreden altijd 'nummer één' zijn.  
\*oo
- 182 ..... Ik heb er grote moeite mee om 'neen' als antwoord te accepteren als ik iets van andere mensen wil.
- 183 ..... Ik word vaak boos of geïrriteerd wanneer ik niet kan krijgen wat ik wil.
- 184 ..... Ik ben een bijzonder mens en zou niet zo veel van de beperkingen moeten te hoeven accepteren zoals die aan andere mensen worden opgelegd.
- 185 ..... Ik haat het om ingeperkt te worden of weerhouden te worden van wat ik wil doen.
- 186 ..... Ik heb vaak het gevoel dat ik niet de regels en conventies hoef te volgen zoals andere mensen.
- 187 ..... Ik heb het gevoel dat wat ik te bieden heb van grotere waarde is dan de bijdragen van anderen.

- 188 ..... Gewoonlijk geef ik aan mijn behoeften voorrang boven de behoeften van anderen.
- 189 ..... Vaak merk ik dat ik zo bezig ben met mijn eigen prioriteiten dat ik geen tijd kan vrijmaken voor vrienden of familie.
- 190 ..... Mensen zeggen mij vaak dat ik erg de controle houd over de manier waarop dingen gedaan worden.
- 191 ..... Ik raak erg geïrriteerd wanneer mensen niet doen wat ik van hen vraag.
- 192 ..... Ik kan het niet verdragen als andere mensen mij vertellen wat ik moet doen.  
\*gg
- 193 ..... Ik heb er grote moeite mee om te stoppen met drinken, roken, te veel eten, of met andere problematische gedragingen.
- 194 ..... Ik schijn mijzelf niet de discipline op te kunnen leggen om routinetaken of vervelende taken af te maken.
- 195 ..... Vaak sta ik mijzelf toe om toe te geven aan mijn impulsen en uiting te geven aan mijn emoties, wat me in moeilijkheden brengt of andere mensen pijn doet.
- 196 ..... Wanneer ik mijn doel niet bereik, raak ik gemakkelijk gefrustreerd en geef ik op.
- 197 ..... Ik vind het erg moeilijk om onmiddellijke bevrediging op te geven om een lange termijndoel te bereiken.
- 198 ..... Vaak gebeurt het dat ik mij niet kan beheersen als ik boos word.
- 199 ..... Ik heb de neiging om dingen te overdrijven, ook al weet ik dat het niet goed voor me is, zoals dagelijks overwerken tot 21.00 uur.
- 200 ..... Ik verveel me erg gemakkelijk.
- 201 ..... Wanneer taken moeilijk worden, kan ik gewoonlijk niet doorzetten en ze afmaken.
- 202 ..... Ik kan me niet al te lang op iets concentreren.
- 203 ..... Ik kan mijzelf niet dwingen om dingen te doen die ik niet leuk vind, zelfs niet als ik weet dat het in mijn eigen belang is.
- 204 ..... Ik verlies mijn zelfbeheersing bij de geringste belediging.
- 205 ..... Ik ben zelden in staat om vast te houden aan mijn besluiten.
- 206 ..... Ik kan mijzelf bijna nooit inhouden om mensen te laten zien hoe ik mij echt voel, ongeacht wat de consequentie van mijn gedrag kan zijn.

- 207 ..... Vaak doe ik dingen impulsief, waar ik later spijt van heb.  
\*oz
- 208 ..... Als alles meezit heb ik het gevoel dat het maar kort zal duren.
- 209 ..... Als er iets goeds gebeurt dan denk ik dat er iets naars op zal volgen.
- 210 ..... Je kunt niet voorzichtig genoeg zijn, er kan altijd iets mis lopen.
- 211 ..... Hoe veel werk ik ook heb , ik ben altijd bang dat ik werkeloos wordt en geldzorgen krijg.
- 212 ..... Ik ben bang dat één verkeerd besluit tot een ramp kan leiden
- 213 ..... Ik maak me vaak druk over kleine besluiten omdat de consequenties van een vergissing mij zo ernstig lijken.
- 214 ..... Ik ga er liever van uit dat iets wel mis zal lopen om me de teleurstelling als het misloopt te besparen.
- 215 ..... Ik heb meer oog voor de negatieve zaken van het even dan de positieve.
- 216 ..... Ik ben pessimistisch van aard.
- 217 ..... Mensen uit mijn directe omgeving zien mij als een piekeraar.
- 218 ..... Ik voel me niet prettig als mensen ergens te enthousiast van worden en krijg dan de neiging ze te waarschuwen dat het ook mis kan gaan.  
\*neg
- 219 ..... Als ik een fout maak heb ik straf verdiend.
- 220 ..... Als ik niet mij uiterste best doe, dan moet ik er van uit gaan dat het misloopt.
- 221 ..... Als ik een fout maak dan is daar geen excuus voor.
- 222 ..... Mensen die hun eigen boontjes niet doppen, zouden op de een of andere manier Moeten worden aangepakt.
- 223 ..... Ik neem niet snel excuses van anderen aan omdat ze vaak hun verantwoordelijkheden niet accepteren en de consequenties niet willen dragen.
- 224 ..... Als ik me ergens niet toe kan zetten dan moet ik ook zelf de gevolgen dragen.
- 225 ..... Ik denk vaak aan de dingen die ik fout heb gedaan en dan wordt ik boos op mezelf.



- 226 ..... Als iemand iets naars heeft gedaan dan kan ik dat maar moeizaam vergeven en vergeten.
- 227 ..... Ik kan iemand moeilijk vergeven ook al heeft hij zijn excuus aangeboden.
- 228 ..... Het irriteert me als iemand na een fout er te makkelijk vanaf komt.
- 229 ..... Het maakt me kwaad als iemand excuses voor zichzelf verzint of anderen de schuld geven voor hun eigen problemen.
- 230 ..... Het maakt niet uit waarom iets misging, als ik iets verkeerd doe moet ik de gevolgen dragen.
- 231 ..... Ik scheld mezelf uit voor de vele stomme dingen die ik gedaan heb.
- 232 ..... Ik ben een slecht mens en verdien straf.

\*bes

## Scoreformulier

### Instructie

Na een aantal vragen zie je een \* met toevoeging. Zo zie je tussen vraag 9 en 10; \*ed. Tel de scores van vraag 1 t/m 9 bij elkaar op en zet het totaal bij \*ed. Vervolgens zie je tussen vraag 26 en 27; \*ve staan. Daar zet je het totaal van de vragen 10 t/m 26. Ga zo door tot dat er bij elk \* een score staat. Neem je scores over op het formulier in de kolom "totaal". Daarna zoek je het interval waar in je score valt. Omcirkel het betreffende score-interval.

Score			Laag	Gemiddeld	Hoog	Zeer hoog
<b><u>Onverbondenheid</u></b>						
	totaal					
Emotionele deprivatie	*ed	-----	9-18	19-27	28-36	37-54
Verlatingsangst	*ve	-----	17-34	35-52	53-68	69-102
Wantrouwen	*wa	-----	17-34	35-52	53-68	69-102
Sociale isolatie	*si	-----	10-20	21-30	31-40	41-60
Defect / schaamte	*ds	-----	15-30	31-45	46-60	61-90
<b><u>Verzwakte autonomie</u></b>						
Falen / mislukken	*fa	-----	9-18	19-27	28-36	37-54
Afhankelijk / incompetentie	*ai	-----	15-30	31-45	46-60	61-90
Kwetsbaarheid	*kw	-----	12-24	25-36	37-48	49-72
Verstrengeld zelf	*vz	-----	11-22	23-33	34-44	45-66
<b><u>Gerichtheid op anderen</u></b>						
Onderwerping	*on	-----	10-20	21-30	31-40	41-60
Zelfopoffering	*zo	-----	17-34	35-52	53-68	69-102
Goedkeuring zoeken	*gz	-----	14-28	29-42	43-56	57-84
<b><u>Waakzaamheid en inhibitie</u></b>						
Emotionele inhibitie	*ei	-----	9-18	19-27	28-36	37-54
Onverbiddelijk hoge eisen / over kritisch	*oo	-----	16-32	33-48	49-64	65-96

**Verzwakte grenzen**

Gerechtigdheid / grandiositeit \*gg ----- 11-22            23-33            34-44            45-66

Onvoldoende zelfcontrole \*oz ----- 15-30            31-45            46-60            61-90

**Sombere houding**

Negativisme / pessimisme \*neg ----- 11-22            23-33            34-44            45-66

Bestraffende houding \*bes ----- 14-28            29-42            43-56            57-84