

De relatie tussen schema's, copingstijlen en schemamodi

Masterthesis

Frederiek Schonebaum

Februari-Juli 2014

Begeleiding: Marleen Rijkeboer

Abstract

In de huidige wetenschap en klinische praktijk is binnen de schemagerichte therapie een schisma ontstaan tussen de schemamodellen die óf gebruik maken van schema's en copingstijlen óf van schemamodi. In een recent onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) werden echter betekenisvolle verbanden gevonden tussen schema's, schemamodi en copingstijlen, waarbij copingstijlen het verband tussen schema's en schemamodi medieerde. Het huidige onderzoek had als doel dit onderzoek te repliceren. Deze replicatie heeft plaatsgevonden in Duitsland vanuit de universiteit van Hamburg (Koops, 2013). Voor het meten van de verschillende concepten zijn de Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3R), de Schema Mode Inventory (SMI) en de Schema Coping Inventory (SCI) online bij de deelnemers afgenomen. In het huidige onderzoek zijn met toestemming de resultaten van Koops (2013) opnieuw geanalyseerd met de bootstrapping methode. De resultaten bevestigen het verband tussen schema's en schemamodi met copingstijlen als mediërende variabele. Het is dus aanbevelenswaardig om in de toekomst gebruik te maken van het geïntegreerde model, waarbij schema's, schemamodi én copingstijlen in acht worden genomen.

Sleutelwoorden: Schemagerichte therapie, SMI, SCI, YSQ-S3R.

Abstract

In the current science and clinical practice of schema-focused therapy a schism has been arisen between schema models that only use schema modes or schemes and coping styles. In recent research (Rijkeboer & Lobbestael, 2012), meaningful relationships have been found between schemes, coping styles and schema modes, whereby the relationship between schemes and schema modes was mediated by coping styles. The current research was a replication of the research of Rijkeboer and Lobbestael (2012). The replication took place in Germany from the university of Hamburg (Koops, 2013). To measure the concepts, the participants filled in the Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3R), the Schema Mode Inventory (SMI) and the Schema Coping Inventory (SCI) in an online survey. In the current research, with permission, the results (Koops, 2013) were again analysed by using the bootstrapping method. The results confirm the relationship between schemes and schema modes, when mediated by coping styles. For the future, it is recommended to use an integrated model, where schemes, schema modes and coping styles are used together.

Keywords: Schema-focused therapy, SMI, SCI, YSQ-S3R

De relatie tussen schema's, copingstijlen en schemamodi

Schemagerichte therapie is in de laatste jaren uitgegroeid tot een veel gebruikte therapie bij persoonlijkheidsstoornissen. In meerdere 'randomized controlled trials' is het een effectieve behandeling gebleken voor de borderline persoonlijkheidsstoornis (Asselt, Dirksen, Arntz, Giesen-Bloo, van Dyck & Spinhoven, 2008; Farrel, Shaw & Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009) en andere persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz 2014). De schemagerichte therapie is eind jaren '80 van de vorige eeuw ontwikkeld door Young, omdat niet alle patiënten met persoonlijkheidsstoornissen baat bleken te hebben bij de traditionele cognitieve gedragstherapie (Edwards & Arntz, 2012; Rijkeboer, van Genderen, & Arntz, 2009). Het schemagerichte model bestaat uit drie verschillende concepten: schema's, copingstijlen en schemamodi (Young, Klosko & Weishaar, 2005). In het oorspronkelijke werk van Young hingen deze concepten direct met elkaar samen, maar gedurende de jaren erna is er in de wetenschap en de klinische praktijk een schisma ontstaan tussen schemagerichte modellen die óf gebruik maken van schemamodi, óf van schema's en copingstijlen (van Genderen, Rijkeboer, & Arntz, 2012). Rijkeboer en Lobbstaël (2012) hebben recent onderzoek gedaan naar de samenhang van de drie concepten en vonden een betekenisvolle samenhang tussen schema's, copingstijlen en schemamodi, waarbij copingstijlen de relatie tussen schema's en schemamodi mediëren. Het huidige onderzoek heeft tot doel het onderzoek van Rijkeboer en Lobbstaël te repliceren.

Schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen is grotendeels door Young ontworpen op basis van z'n eigen klinische ervaringen en die van z'n directe collega's (Young, 1990). Hij veronderstelde dat schema's, die in de vroege jeugd ontstaan zijn door schadelijke ervaringen, mogelijk de kern vormen van persoonlijkheidsstoornissen. Hij noemde deze vroeg ontstane schema's 'oude onaangepaste schema's'. De termen 'schema's' en 'oude onaangepaste schema's' zijn in het gebruik vrijwel inwisselbaar in de schematherapie. Young et al. (2005) definiëren een schema als volgt:

Een breed, algemeen verbreid thema of patroon bestaande uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen met betrekking tot zichzelf en de relatie met anderen dat ontstaan is tijdens de kindertijd of adolescentie en in de loop van de tijd verder is uitgebreid en in belangrijke mate disfunctioneel is. (p. 8)

Schema's functioneren als filters waardoor men de wereld waarneemt, interpreteert en voorspelt. Op deze manier is het mogelijk om de wereld, het gedrag van anderen en jezelf te begrijpen. Young et al. (2005) onderscheidde 18 verschillende schema's die zijn geoperationaliseerd in de Young

Schema Questionnaire 3 (YSQ3, Rijkeboer & Lobbestael, 2012; Duitse versie: YSQ-S3R, Young, Berbalk, Gruntschpalk, Parfy, & Zarbock, 2006). De schema's worden beschreven in appendix A.

Schema's ontstaan in de vroege jeugd door een samenspel van het temperament van het kind, (traumatische) ervaringen en de invloed van de ouders. Young et al. (2005) beschrijven vier soorten ervaringen in de kindertijd en adolescentie die een kind er toe aanzetten een schema te ontwikkelen. Bij de eerste soort ervaring heeft een kind tekort aan iets, zoals aandacht of stabiliteit. Bij de tweede soort ervaring maakt een kind traumatische ervaringen mee of wordt het tot slachtoffer gemaakt. Bij de derde soort ervaring krijgen kinderen juist te veel van iets wat maar tot in bepaalde mate gezond is, zoals te veel bescherming of een buitensporige vrijheid. Het vierde soort ervaring is de selectieve internalisering van het gedrag van belangrijke anderen in de jeugd. Een kind dat door z'n vader geslagen wordt kan zich met de woede en agressie van z'n vader identificeren en anderen mensen ook op die manier gaan behandelen.

Een andere factor die een belangrijke rol speelt bij het ontstaan van schema's is het temperament van het kind. Zo zal het ene kind verlegen zijn en het andere juist agressiever. Volgens Young et al. (2005) zal bijvoorbeeld een agressief kind sneller geweld uitlokken in een context met een gewelddadige ouder dan een verzoenend kind. Ook kunnen twee kinderen van dezelfde afwijzende moeder zich heel verschillend ontwikkelen, terwijl ze allebei in dezelfde context zijn opgegroeid. Dit laat zien dat de vorming van schema's een samenspel is tussen het temparement van het kind en gebeurtenissen gedurende de jeugd.

Gedurende iemands leven zullen deze schema's afzwakken of juist worden bestendigd. Het bestendigen van schema's gebeurt door cognitieve vervorming, inadequate leefpatronen en onaangepaste copingstijlen. Door cognitieve vervorming gaat de aandacht van de patiënt naar informatie die het schema bevestigt en wordt de informatie in tegenstelling met het schema gebagatelliseerd. Met de inadequate leefpatronen wordt gedoeld op de onbewuste keuzes van de patiënt voor situaties en personen die het schema zullen activeren. Het hieruit voortvloeiende gedrag zorgt ervoor dat de schema's in stand gehouden worden en dat de schema's steeds sterker verankerd raken. Doordat de schema's als waar worden gezien, zullen alle ervaringen volgens het schema geïnterpreteerd worden (Young et al., 2005).

Volgens de schematherapie ontwikkelt de patiënt al vroeg in het leven manieren om met de intense emoties, veroorzaakt worden door nare ervaringen en verankerd in schema's, om te gaan. Young et al. (2005) onderscheiden drie onaangepaste copingstijlen: overgave, vermijding en overcompensatie. Bij overgave geeft de patiënt zich over aan het schema en gedraagt zich naar het schema alsof dit waar is. Bij vermijding probeert een patiënt alle mogelijke situaties of personen uit de weg te gaan die het schema zouden kunnen activeren. Bij overcompensatie zal een patiënt zich

zo gedragen, voelen en denken alsof het tegenovergestelde van het schema waar is. Het is het goed dat een patiënt zich tegen het schema verzet, maar bij overcompensatie wordt hier te ver in door geschoten (Young et al., 2005). Deze copingstijlen zijn geoperationaliseerd in de Schema Coping Inventory (SCI, Rijkeboer et al., 2010; Duitse vertaling: Zarbock & Koops, 2012)

Bij patiënten met bijvoorbeeld een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) zijn er veel schema's tegelijk actief en deze patiënten laten ook veel verschillende copingreacties zien. Zo kan hun affectieve toestand in korte tijd wisselen van boos, bedroefd, bang, vol zelfhaat tot afstandelijk en gevoelloos. Deze overheersende gemoedstoestanden waar patiënten in verkeren worden schemamodi genoemd. Deze modi zijn een gevolg van de op dat moment actieve schema's en copingstijlen (Young et al., 2005).

In de theorie worden vier schemamodi categorieën onderscheiden: de kindmodi, de oudermodi, de copingmodi en de gezonde volwassene. Maladaptieve kindmodi ontstaan als niet aan de basisbehoeften van een kind voldaan wordt. De kindmodus 'het boze kind' reageert hier bijvoorbeeld op met rechtstreekse woede. De modus 'het blijde kind' komt tot uiting op het moment dat wel aan de basisbehoeften is voldaan. De oudermodi staan voor het gedrag van de ouders tegen het kind tijdens de jeugd. Het kind internaliseert impliciete boodschappen voortkomend uit dit gedrag, zoals bijvoorbeeld dat het kind niet de moeite waard is. De copingmodi corresponderen met de drie copingstijlen vermijding, overgave en overcompensatie. Tot slot wordt de modus 'de gezonde volwassene' onderscheiden. Dit is de gemoedstoestand waarin een persoon functionele gedachten, cognities en gedragingen heeft (Young et al., 2005). Young et al. beschrijven tien verschillende schemamodi in hun eerste werk. Daarna zijn er in totaal nog 12 andere schemamodi gedefinieerd door verschillende auteurs (Lobbestael, Vreeswijk, & Arntz, 2008). In het huidige onderzoek worden 14 schemamodi onderscheiden, die zijn geoperationaliseerd in de Schema Mode Inventory (SMI, Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, Spinhoven, & 't Hoen, 2005; Duitse vertaling: Rothmund, Pillmann, Dominiak, & Jacob, 2010). In Appendix B zijn de definities van de verschillende modi beschreven.

Als in een behandeling het gedrag van de patiënt verklaard wordt met modi, wordt het schemamodusmodel gebruikt. Het schemamodel daarentegen verklaart het gedrag vanuit schema's en copingstijlen. Gedurende de verdere ontwikkeling en toepassing van de schemagerichte therapie is er een schisma ontstaan tussen beide modellen. In de klinische praktijk werd net na het ontstaan van de schemagerichte therapie, behalve bij de behandeling van de borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis, vooral gewerkt met schema's en copingstijlen en niet met de schemamodi. Tegenwoordig wordt er bij het merendeel van de behandelingen van persoonlijkheidsstoornissen gebruik gemaakt van het schemamodusmodel en niet meer van schema's. Ook in de wetenschap

wordt er voornamelijk naar beide modellen afzonderlijk onderzoek gedaan (zie van Genderen et al., 2012).

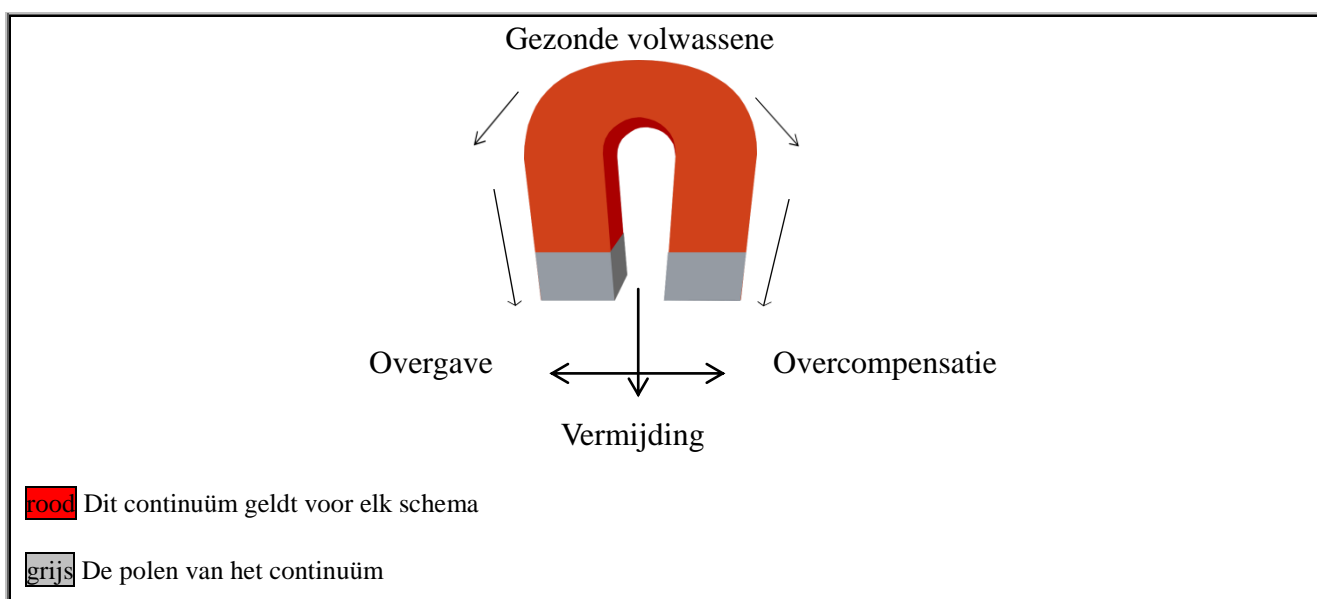
Bij patiënten met BPS kunnen soms zoveel verschillende schema's tegelijk actief zijn, dat het moeilijk is voor de patiënt en therapeut om hier adequaat mee om te gaan. Daarnaast veranderen de gevoelens en het gedrag van deze patiënten in zo'n korte tijd, dat het lastig is om te volgen wat er gebeurt op basis van alleen de schema's (van Genderen & Arntz, 2010).

Als echter in een behandeling alleen gebruik gemaakt wordt van het schemamodusmodel is het lastig om de cognitieve kern van de verschillende schemamodi waar te nemen. Als een patiënt bijvoorbeeld in de modus 'de afstandelijke beschermer' komt of die van 'het kwetsbare kind', kan dit door activatie van verschillende schema's komen. De vraag is dan ook wat de afstandelijke beschermer op dat moment vermijdt en wat het kwetsbare kind op dat moment kwetsbaar maakt. Bijvoorbeeld het schema 'verlating' heeft de schemamodus 'het kwetsbare kind' de aard van het verlaten kind en bij het schema 'emotionele verwaarlozing' de aard van het verwaarloosde kind. Door alleen gebruik te maken van het schemamodusmodel blijft de aard van deze schemamodi onbekend. Rijkeboer en Lobbestael (2012) stellen daarom dat bij het gebruik van alleen het schemamodel of het schemamodusmodel informatie verloren gaat die zinvol is in de behandeling.

Daarnaast stellen de auteurs de vraag of het woord copingmodus geen pleonasme is, omdat het woord schemamodus volgens de theorie al een copingreactie impliceert. Zo kwamen zij op het idee van een integratief model waarin schema's en schemamodi een indirect verband hebben met copingstijlen als mediator. Als een schema wordt geactiveerd, zal de op dat moment ingezette copingstijl bepalen in welke schemamodus iemand terecht komt. Zo zal iemand waarbij het schema 'verlating' geactiveerd is in combinatie met de copingstijl 'overcompensatie' bijvoorbeeld in de modus 'het boze kind' komen en in combinatie met de copingstijl 'overgave' in de modus 'het kwetsbare kind'. Daarbij raakten Rijkeboer en Lobbestael geïnspireerd door het 'polarity model' van Elliott en Lassen (1997) dat een verband weergeeft tussen persoonlijkheidspathologie en het 'gezond' functioneren. In dit model worden schema's gezien als een continuüm, waarop een persoon één of meer punten kan innemen en afhankelijk van de situatie daartussen oscilleert. Aan de ene kant van het continuüm bevindt zich 'het negatieve inflexibele schema' en aan de andere kant 'het positieve inflexibele schema'. Tussen de twee polen bevindt zich 'het geïntegreerde flexibele schema'. De polen worden 'inflexibele schema's' genoemd, omdat beide een positie vertegenwoordigen waarin mensen een extreme eendimensionale kijk hebben op zichzelf en de ander. In 'het flexibele schema' in het midden wordt alle zowel positieve als negatieve informatie geïntegreerd. Rijkeboer en Lobbestael (2012) namen het oscilleren en het schema als continuüm over uit de theorie van Elliott en Lassen (1997). In het geïntegreerde model van Rijkeboer en

Lobbestael (2012) oscilleert een persoon tussen de verschillende punten op het continuüm, waarvan de cognitieve kern wordt bepaald door het schema. Dit proces van oscilleren vindt bij elk schema plaats en hoe dichter men bij een pool komt, des te extremer de emotie en het inflexibele gedrag zal zijn. De negatieve pool wordt gekenmerkt door overgave aan het schema en mensen verkeren op dit punt van het continuüm vaak in de modus ‘het kwetsbare kind’. De andere pool vertegenwoordigt overcompensatie en op dit punt van het continuüm verkeren mensen vaak in de modus ‘de zelfverheerlijker’ of ‘het boze kind’. De twee polen zijn elkaars tegengestelde, maar hebben ook een enorme aantrekking tot elkaar. Op het moment dat iemand te lang aan de kant van de negatieve pool zit, zorgt de natuurlijke fundamentele behoefte aan liefde en waardering ervoor dat men terecht komt aan de kant van overcompensatie. Beiden polen zorgen voor heftige emoties en daarom kan men geneigd zijn hier aan te willen ontsnappen en te gaan vermijden. Hierdoor wordt dan tijdelijk niks meer gevoeld en op dat punt op het continuüm verkeren mensen vaak in de modus ‘de onthechte beschermer’. Mensen bij wie de coping minder dominant en inflexibel is, zullen meer bovenin het schema komen te zitten. Af en toe zullen ze deze mensen zich wat kwetsbaar voelen en meer richting de negatieve pool gaan en op een ander moment zullen ze wat trotser en zelfverzekerder zijn en meer richting de positieve pool gaan. Soms zullen ze ook de neiging hebben om emoties te vermijden, maar hun gedrag en emoties zijn niet rigide of overmatig. Zij verkeren vaak in de modus ‘de gezonde volwassene’, die in het model van Elliot en Lassen 'het geïntegreerde flexibele schema' wordt genoemd (zie figuur 1) (Rijkeboer en Lobbestael, 2012).

Figuur 1: Oscilleren tussen de verschillende copingstijlen (Overgenomen uit: Rijkeboer en Lobbestael, 2012).



Uit het bovengenoemde model formuleerde Rijkeboer en Lobbestael (2012) hypothesen over de samenhang van schema's, schemamodi en copingstijlen. Zo gaat een persoon afhankelijk van zijn plaats op het continuüm, dat wordt bepaald door het op dat moment actieve schema, op verschillende manieren om met dit schema. Bij het oscilleren tussen de verschillende punten op het continuüm komt men terecht in de schemamodus die hoort bij het op dat moment actieve schema in combinatie met de op dat moment ingezette copingstijl. Bij een positie op de negatieve pool van het continuüm, die staat voor overgave, zal iemand, bij wie het schema verlaten actief is, bijvoorbeeld in de modus 'het kwetsbare kind' komen. Als deze persoon zich echter op het andere uiterste van het continuüm had bevonden, die staat voor overcompensatie, was deze persoon bijvoorbeeld in de schemamodus 'het boze kind' gekomen. Dit betekent dat de schemamodus, waarin een persoon zich bevindt, afhankelijk is van het op dat moment actieve schema in combinatie met de op dat moment ingezette copingstijl. Hier vloeide de hypothese uit voort dat het verband tussen schema's en schemamodi gemedieerd wordt door copingstijlen. Young (1990) was in zijn werk ook expliciet over de samenhang tussen deze drie concepten. Hij beschrijft dat mensen gedurende hun leven verschillende copingstijlen gebruiken om met hetzelfde schema om te gaan. Zo noemt hij als voorbeeld dat drie mensen met het schema 'minderwaardigheid' daar alle drie op een andere manier mee om kunnen gaan. Zo zal de ene persoon kritische partners zoeken die het schema bevestigen, zal de tweede alle intieme contacten vermijden en zal een derde zich superieur opstellen naar anderen. Hij stelde dan ook dat het coping-gedrag niet alleen inherent is aan het schema, maar beïnvloed wordt door de copingstijlen.

Om het geïntegreerde model wetenschappelijk te onderbouwen deden Rijkeboer en Lobbestael (2012) een onderzoek waaraan 1602 deelnemers meededen. Om twee onderzoekssamples te verkrijgen, verdeelden ze de deelnemers willekeurig over twee samples. De deelnemers waren afkomstig uit Nederland en ongeveer driekwart was vrouw. Op het moment van het onderzoek was ongeveer driekwart van de deelnemers in therapie en ongeveer de helft had de diagnose 'persoonlijkheidsstoornis'. Voor het onderzoek werden de Schema Coping Inventory (SCI, Rijkeboer, Lobbestael, Arntz, & Van Genderen, 2010), de Young Schema Questionnaire 3 (YSQ3, Rijkeboer & Lobbestael, 2012) en de Schemamode Inventory (SMI, Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, Spinhoven, & 't Hoen, 2005) online afgenomen. Uit de analyse van beide samples afzonderlijk bleek dat de van tevoren opgestelde mediatie hypothesen, gebaseerd op de theorie van Young, grotendeels werden aangenomen. In de aangenomen hypothese medieerden copingstijlen het verband tussen schema's en schemamodi. Dit betekent dat alle drie de concepten betekenisvolle verbanden met elkaar hebben en daarom in één model passen. Een schisma tussen het schemamodel

en het schemamodusmodel lijkt dan ook niet nodig en onwenselijk. Door het gebruik van de modellen afzonderlijk gaat zinvolle informatie voor de behandeling verloren, die er wel zou zijn geweest bij het gebruik van een geïntegreerd model.

De hypothesen in dit onderzoek zijn gebaseerd op de originele studie van Rijkeboer en Lobbestaël. Deze specifieke hypothesen staan beschreven in Appendix C. Daarnaast staan er in Appendix D nog enkele additionele hypothesen beschreven die gebaseerd zijn op eigen klinische ervaring.

Young et al. (2005) beschrijven specifiek gedrag bij elk schema in combinatie met een specifieke copingstijl. Bij de copingstijl 'overgave' geeft iemand zich volledig over aan het schema en zal onbewust de op het schema gebaseerde patronen weer herhalen. Bij deze copingstijl wordt de emotionele pijn die bij het schema hoort rechtstreeks gevoeld. Gedrag horend bij bijvoorbeeld het schema 'verlating' en de copingstijl 'overgave' is het kiezen van partners die zich niet kunnen binden en dan toch in die relaties blijven. Door dit gedrag zal een persoon de afwijzing en verlating ervaren en dus de pijn van het schema voelen. Deze pijn en afwijzing worden gevoeld in de schemamodus 'het kwetsbare kind', waarin de persoon zich eenzaam, verlaten, ongeliefd en hulpeloos voelt. Ook voor andere schema's in combinatie met de copingstijl 'overgave' worden coping-reacties beschreven die zullen leiden tot het direct ervaren van schema gerelateerde emotionele pijn die gevoeld zal worden in de modus 'het kwetsbare kind' (zie hypothese 1).

Door Young et al. (2005) wordt ook het verband tussen de schema's, de copingstijl 'overgave' en andere schemamodi beschreven. Zo zal iemand met het schema 'bestraffendheid' in combinatie met de copingstijl 'overgave' zichzelf op een strenge en bestraffende manier behandelen. Dit is ook wat er gebeurt in de modus 'de straffende ouder' waarin iemand zichzelf bekritiseert en straft (Lobbestaël et al., 2008). Ook andere schema's uit hypothese 5 worden door Young et al. (2005) genoemd als vaak samenhangend met de modus 'de straffende ouder'. Voor de schema's in combinatie met de copingstijl 'overgave' in hypothese 6 werden door Young et al. (2005) coping-reacties beschreven die overeenkomen met de schemamodus 'willoos-inschikkelijk'. In deze modus gedraagt iemand zich als onderdanig, passief en bevestiging zoekend uit angst voor afwijzing of conflict (Lobbestaël et al., 2008).

Tot slot werden door Young et al., verbanden beschreven tussen de copingstijl 'overgave', het schema 'veeleisendheid/grootsheid' en de schemamodi 'het boze kind' en 'zelfverheerlijker' (zie hypothese 4 en 9). Dit schema in combinatie met overgave leidt tot coping-reacties als het koeioneren van anderen en het opscheppen over eigen prestaties. Dit is ook het gedrag wat vertoont wordt in de schemamodus 'het boze kind' waarin een persoon eisend, gefrustreerd en ongeduldig is, en in de schemamodus 'de zelfverheerlijker' waarin een persoon hoogdravend en statusgericht is.

De coping-reacties die volgen uit de combinatie van verschillende schema's en de copingstijl 'overcompensatie' zijn anders dan de coping-reacties uit de hierboven beschreven combinatie met de copingstijl 'overgave'. Overcompensatie is in tegenstelling tot overgave een middel om te ontsnappen aan de pijn van de schema's. Tijdens het overcompenseren verzet een persoon zich tegen het schema door te handelen of het tegendeel waar is (Young et al., 2005). Overcompensatie leidt bij veel schema's tot coping-reacties die overeenkomstig zijn met de schemamodi 'het boze kind' en 'de zelfverheerlijker' (zie hypothese 3 en 8). Volgens Young et al., 2005) wordt bij de schemamodus 'het boze kind' rechtstreeks woede geventileerd vanwege de niet vervulde emotionele behoeften en is de schemamodus 'de zelfverheerlijker' een overcompensatie voor het gevoel van tekort komen.

Tot slot wordt bij de copingstijl 'vermijding' het leven zo ingericht dat het schema niet geactiveerd kan worden. Hierbij worden ook gedachten en beelden geblokkeerd die het schema zouden kunnen oproepen. Schema's in combinatie met de copingstijl 'vermijding' laten coping-reacties zien die gelijk zijn aan de schemamodi 'de onthechte beschermer' (zie hypothese 2) en 'de onthechte zelfsusser' (Young et al., 2005). In de modus 'de onthechte beschermer' onthecht een persoon zich van z'n emoties en het contact met andere mensen. In de modus 'de onthechte zelfsusser' probeert een persoon z'n gevoelens weg te houden of te sussen door afleiding te zoeken in bijvoorbeeld drank of gokken (Lobbestael et al., 2008).

Het huidige onderzoek had tot doel het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) te repliceren. Hoewel in de studie van Rijkeboer en Lobbestael al een replicatie is uitgevoerd doordat ze het totale aantal proefpersonen random verdeeld hebben over twee verschillende samples voor het analyseren van de data, is het van belang dat er eveneens een onafhankelijke replicatie plaatsvindt. Deze onafhankelijke replicatie is uitgevoerd in Duitsland (Koops, 2013). In deze Duitse replicatie zijn echter andere keuzes gemaakt in het analyseren van de data. Er werd een ander scoringssysteem gebruikt voor de copinglijst en is er geen gebruik gemaakt van de mediatie-analyses volgens Preacher en Hayes (Hayes, 2013a). Voor een volledige replicatie, waarin de data op dezelfde manier gescoord en geanalyseerd worden, zijn de in Duitsland verzamelde data (Koops, 2013) met toestemming opnieuw geanalyseerd.

Methode

Deelnemers

Aan het onderzoek deden 698 deelnemers mee. Van 176 deelnemers werden de data niet meegenomen in de analyses, omdat zij meer dan 5% van de vragenlijsten niet hadden ingevuld of

jonger waren dan 18 jaar. Van de overgebleven 522 deelnemers was 73.2 % vrouw en liepen de leeftijden uiteen van 18 tot en met 72 jaar met een gemiddelde van 26.6 ($SD= 8.74$); 62.5% had een middelbare school doorlopen die toegang geeft tot de universiteit en 34.9% had een universitaire graad. Van de deelnemers was 73.4% nooit in psychotherapie geweest, 18.4% was in het verleden in psychotherapie geweest en 8.2 % was op het moment van deelname in therapie (ambulant = 8% en klinisch = 0.2%). Het merendeel van de deelnemers (89.5%) had geen psychiatrische diagnose, 2.8 % een enkele psychiatrische diagnose en 7.7% een tweede psychiatrische diagnose. Van de deelnemers die één of meerdere diagnoses hebben heeft 38% een stemmingsstoornis, 17% een angststoornis, 13% een eetstoornis en 7% een persoonlijkheidsstoornis.

Materialen

De belangrijkste uitkomstmaten waren de Duitse versies van de Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3R), de Schema Mode Inventory (SMI) en de de Schema Coping Inventory (SCI). Daarnaast zijn nog de Symptom Checklist – Short Form (SCL-K-9) en de Standardized Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS) afgenomen om de aard en ernst van voorkomende psychopathologische problemen van de deelnemers te beschrijven. .

Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3R)

De Duitse versie van de YSQ-S3R (Young, Berball, Gruntschpalk, Parfy, & Zarbock, 2006) meet vroeg ontstane onaangepaste schema's. De vragenlijst bestaat uit 90 items en 18 subschalen. Elke subschaal bevat 5 items en vertegenwoordigt een onaangepast schema (deze oude onaangepaste schema's staan beschreven in appendix A). De vragen worden beantwoord op een 6- punts Likertschaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 6 (helemaal mee eens). Een voorbeelditem bij de subschaal emotionele verwaarlozing is *'Ich hatte niemanden, der sich um mich gekümmert hat, der sein Leben mit mir geteilt hat oder den es wirklich interessiert hat, was mit mir los ist'* (Meestal was er niemand die voor me zorgde, dingen met me deelde of die het echt kon schelen wat er met me gebeurde).

In het onderzoek van Kriston, Schäfer, Jacob, Härter en Hölzel (2012) naar de Duitse YSQ-S3R leverde de uitgevoerde factoranalyse ondersteuning voor alle 18 schema's. Alle schemaschalen beschikten over een bevredigende interne consistentie ($\alpha > 0.7$). Alleen de schaal 'veeleisendheid/grootseid' bleef iets achter met een Cronbach's alpha van 0.67. Ook vertoonden de schemaschalen een goede convergente validiteit. In het huidige onderzoek werd eveneens voor alle schalen een goede interne consistentie gevonden ($\alpha > 0.75$).

Schema Mode Inventory- Revised (SMI-R)

De SMI-R (Lobbestael, van Vreeswijk, Arntz, Spinhoven, & 't Hoen, 2005; Duitse vertaling: Rothmund et al, 2010) meet 14 verschillende schemamodi. De vragenlijst bevat 118 items, waarop wordt geantwoord op een 6-punts Likertschaal, lopend van 1 (nooit of bijna nooit) tot 6 (altijd).

Een voorbeelditem bij de schaal de 'straffende ouder' is '*Ich gönne mir kein Vergnügen, weil ich es nicht verdiene*' (Ik gun mezelf geen plezier omdat ik het niet verdien).

De betrouwbaarheid van de schalen is bevredigend met alpha waarden tussen de 0.7 en 0.9 (Reiss, Dominiak, Harris, Knörnschild, Schouten & Jacob, 2012). In het huidige onderzoek werd een vergelijkbare interne consistentie gevonden voor de verschillende subschalen.

Schema Coping Inventory (SCI)

De Schema Coping Inventory (Rijkeboer et al., 2010; Duitse vertaling: Zarbock & Koops, 2012) meet de drie disfunctionele copingstijlen vermijding, overgave en overcompensatie. De vragenlijst bestaat uit 12 items en 3 subschalen. Elke subschaal bevat vier items en staat voor een disfunctionele copingstijl. Er wordt geantwoord op een 7-punts Likertschaal van 1 (helemaal mee oneens) tot 7 (volledig mee eens). Een voorbeelditem van de subschaal vermijding is '*mir ist es lieber, wenn ich keine intimen Freundschaften oder Beziehungen habe*' (Ik ga liever geen intieme vriendschappen of relaties aan).

In het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2013) naar de Nederlandse Schema Coping Inventory werden goede psychometrische kwaliteiten gevonden. In het onderzoek leverde de uitgevoerde factoranalyse ondersteuning voor alle drie de schalen. Daarnaast hadden de schalen een goede interne consistentie (vermijding: $\alpha = .76$, overgave: $\alpha = .78$ en overcompensatie: $\alpha = .86$). In het huidige onderzoek werd gevonden dat de schalen 'vermijding' ($\alpha = 0.7$), 'overcompensatie' ($\alpha = 0.6$) en 'overgave' ($\alpha = 0.7$) een redelijke betrouwbaarheid hebben.

Symptom CheckList – Short Form (SCL-K-9)

De SCL-K-9 (Klaghofer & Brähler, 2001) meet algemene psychopathologie en psychologische veerkracht. De vragenlijst bestaat uit de volgende 9 schalen: hostiliteit, compulsiviteit, depressie, onzekerheid in sociaal contact, paranoïde denken, angst, somatisatie, fobische angst en psychoticisme. De SCL-K-9 is een verkorte versie van de Symptom CheckList-90-revised (SCL-90-R, Derogatis, 1983) en bestaat uit 9 items. In deze verkorte versie heeft elke schaal één item in plaats van 10 items zoals in het origineel. Er wordt geantwoord op een 5-punts Likertschaal van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel sterk). Een voorbeelditem is '*Dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen*' (Het gevoel dat je je teveel zorgen moet maken). De totaalscore van de SCL-K-9 heeft een goede interne consistentie ($\alpha = 0.9$) en vertoont een goede convergente validiteit (Klaghofer &

Brähler, 2001). In het huidige onderzoek werd een goede interne consistentie gevonden ($\alpha = 0.8$). De SCL-K-9 zal gebruikt worden voor het beschrijven van de sample.

Standardized Assessment of Personality – Abbreviated Scale (SAPAS)

De SAPAS (Germans, Van Heck, Moran, & Hodiament, 2008) meet symptomen van persoonlijkheidsstoornissen, zoals moeilijkheden in relaties en impulsiviteit. Het is de verkorte versie van de Standardized Assessment of Personality (SAP; Mann, Jenkins, Cutting & Cowen, 1981). De SAPAS bestaat uit 8 vragen die met 'ja' of 'nee' beantwoord kunnen worden. Een voorbeelditem is '*Sind Sie ein impulsiver Mensch?*' (Bent u een impulsief mens?). De SAPAS heeft een redelijke betrouwbaarheid ($\alpha = 0.64$) en er werd gevonden dat deze vragenlijst een voldoende capaciteit heeft om een persoonlijkheidsstoornis te voorspellen. Ook werd een goede convergente validiteit gevonden (Söchtig, Kliem, & Kröger, 2012). In het huidige onderzoek wordt de SAPAS gebruikt voor het beschrijven van de sample.

Procedure

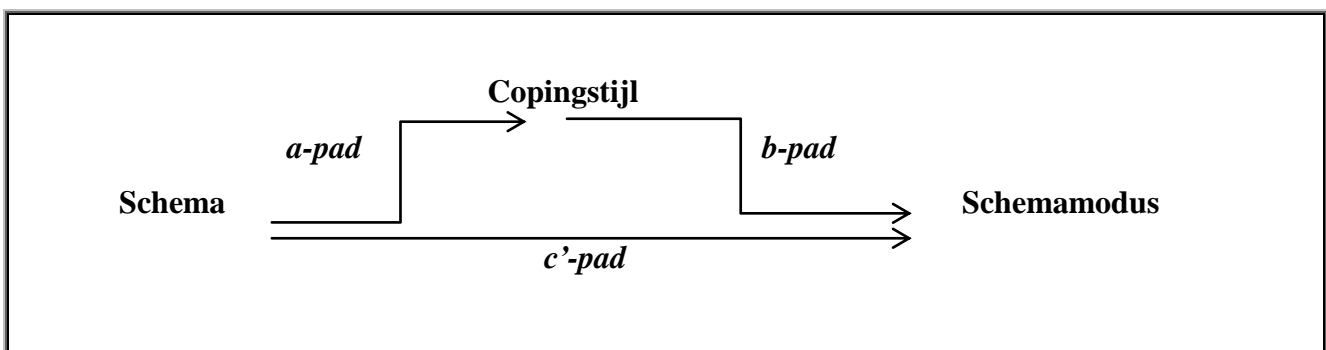
De data zijn verzameld in Duitsland (Koops, 2013). De uitvoering van het onderzoek heeft plaatsgevonden vanuit de universiteit van Hamburg. Koops heeft de proefpersonen geworven via haar sociale netwerk, een online forum over gezondheid en via de 'student representatives panels' van de Duitse universiteiten. De deelnemers deden mee aan het onderzoek op vrijwillige basis, maar studenten kregen de mogelijkheid om deel te nemen aan een loterij. Ook kregen psychologiestudenten één proefpersoon uur, omdat psychologiestudenten tijdens hun studie een verplicht aantal proefpersoon uren moeten halen.

Met de software Unipark werd het online vragenlijstenpakket gemaakt. Alle deelnemers kregen een link die toegang gaf tot het online onderzoek. De vragenlijsten konden ingevuld worden op elke computer met een internetverbinding. De vragenlijsten zijn ingevuld in de maanden februari, maart, april en mei in 2013. Het onderzoek startte met een uitleg over het doel van het onderzoek en de geheimhouding van de gegevens. Daarna werden eerst enige demografische vragen gesteld, zoals leeftijd, geslacht, opleiding, ervaring met een psychotherapeutische behandeling en het hebben van een psychiatrische diagnose. Vervolgens kregen de deelnemers de vragenlijsten in de volgorde SCL-K-9, YSQ-S3R, SMI, SCI en SAPAS. Aan het einde van het onderzoek kregen de deelnemers een contactadres voor vragen of als ze mee wilden doen met de optionele loterij. Op deze manier bleven de onderzoeksresultaten en de contactgegevens van de deelnemers gescheiden. Het onderzoek is goedgekeurd door de ethische commissie van de Hamburg Medical Association.

Statistische analyses

Bij de analyses in het huidige onderzoek is gebruik gemaakt van Statistical Package for Social Scientists (SPSS, versie 22.0, 2013). Om te testen of het verband tussen schema's en schemamodi wordt gemedieerd door copingstijlen is gebruik gemaakt van de macro 'PROCESS' (Hayes, 2013b). Om het indirecte effect te bepalen is de bootstrapping methode gebruikt met 'bias corrected confidence estimates' (Hayes, 2013a). Hayes raadt aan voor wetenschappelijk onderzoek minimaal 5000 bootstrapping resamples te gebruiken. In het huidige onderzoek is het 99% betrouwbaarheidsinterval verkregen met 10000 bootstrapping resamples. Een voordeel van bootstrapping ten opzichte van de 'normal approach theory' is dat er niet vanuit wordt gegaan dat het product van het 'a-pad' en 'b-pad' (het indirecte effect; zie figuur 2) normaal verdeeld is. Hierdoor is het door bootstrapping verkregen betrouwbaarheidsinterval accurater dan dat verkregen met de 'normal approach theory'. De statistische test heeft hierdoor meer power om nulhypoteses die niet waar zijn ook daadwerkelijk te verwerpen (Hayes, 2013a).

Figuur 2: Mediatieverband tussen schema's en schemamodi met copingstijlen als mediator



Resultaten

Beschrijvende statistiek

Gemiddeld scoorden de deelnemers op de SAPAS 3.17 ($SD = 1.32$); 39.9% had een score gelijk aan of hoger dan 4, wat een indicatie is voor persoonlijkheidspathologie. Op de SCL-K-9 werd een gemiddelde gevonden van .97 ($SD = .65$), met scores uiteenlopend van .00 tot 3.67. Van de deelnemers rapporteerde 29% lichte tot matige klachten en 8% matige tot sterke klachten.

De gemiddelde scores op de diverse schalen van YSQ-S3R varieerden van 1.49 tot 3.59. De schema's zelfopoffering en hoge eisen/normen hadden het hoogste gemiddelde. Er werd het laagst gescoord op het schema functionele afhankelijkheid. De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de schema's staan in tabel 1.

Tabel 1: De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de schema's

Schema	Gemiddelde	Std. Deviatie	Minimum	Maximum
Emotionele deprivatie	1.75	1.06	1.00	6.00
Verlating	2.43	1.20	1.00	6.00
Wantrouwen	2.14	0.98	1.00	5.80
Sociaal isolement	2.21	1.19	1.00	6.00
Minderwaardigheid	1.63	0.95	1.00	6.00
Mislukking	1.79	1.04	1.00	6.00
Afhankelijkheid	1.49	0.73	1.00	5.20
Kwetsbaarheid	1.72	0.92	1.00	5.60
Verstrengeling	1.78	0.93	1.00	5.60
Onderwerping	2.01	1.01	1.00	5.80
Zelfopoffering	3.24	1.08	1.00	6.00
Emotionele geremdheid	2.11	1.16	1.00	6.00
Hoge normen/ eisen	3.59	1.21	1.00	6.00
Grootseid/veeleisendheid	2.41	0.97	1.00	6.00
Onvoldoende zelfcontrole	2.64	1.06	1.00	5.80
Goedkeuring	2.94	1.09	1.00	6.00
Negativisme	2.36	1.23	1.00	6.00
Bestraffendheid	2.83	0.94	1.00	5.80

De gemiddelde scores op de schalen van SCI liepen uiteen van 2.55 tot 4.14. Er werd het hoogst gescoord op overcompensatie en het laagst op vermijding. De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de copingstijlen staan beschreven in tabel 2.

Tabel 2: De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de copingstijlen

Copingstijl	Gemiddelde	Std. Deviatie	Minimum	Maximum
Overcompensatie	4.14	1.04	1.00	7.00
Overgave	2.71	1.08	1.00	5.75
Vermijding	2.55	1.04	1.00	6.00

De gemiddelde scores op de schalen van de SMI varieerden van 1.60 tot 4.43. Er wordt het hoogst gescoord op de schemamodus 'het blij kind' en 'de gezonde volwassene' en er werd het laagst gescoord op 'de straffende ouder' en 'pest en aanval'. De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de schemamodi staan in tabel 3.

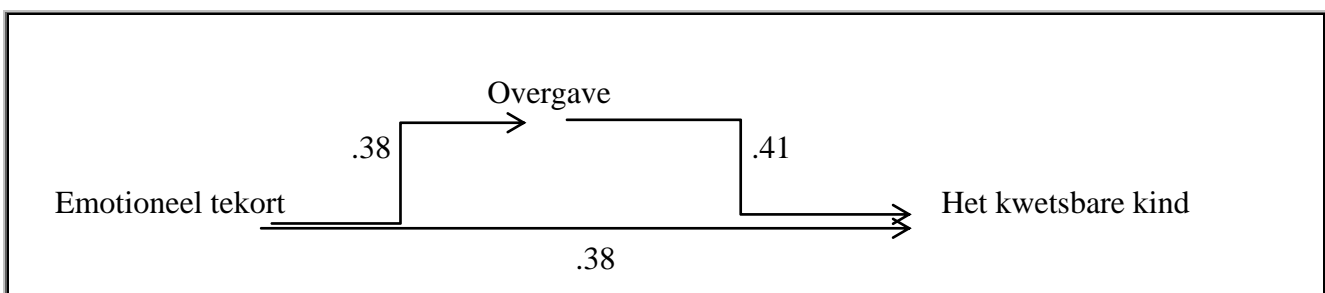
Tabel 3: De gemiddelden, standaard deviaties, minima en maxima van de schemamodi

Modus	Gemiddelde	Std. Deviatie	Minimum	Maximum
Pest en aanval	1.61	0.54	1.00	4.33
Kwetsbare kind	2.04	0.91	1.00	5.60
Willoos inschikkelijk	2.65	0.78	1.00	5.00
Impulsieve kind	2.07	0.69	1.00	5.38
Woedende kind	2.14	0.72	1.00	5.60
Onthechte zelfsusser	2.63	0.97	1.00	5.50
Onthechte beschermer	1.89	0.77	1.00	4.50
Blijde kind	4.19	0.91	1.20	6.00
Razende kind	1.30	0.45	1.00	4.89
Gezonde volwassene	4.43	0.72	1.40	6.00
Straffende ouder	1.60	0.63	1.00	5.20
Veeleisende ouder	2.75	0.98	1.00	5.83
Zelfverheerlijker	2.59	0.67	1.00	4.75

Inductieve statistiek

De eerste hypothese was: 'De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'het kwetsbare kind' met overgave als mediërende variabele'. Er werden diverse mediatiemodellen getoetst, met in elk model één van de bovengenoemde schema's, de copingstijl 'overgave' en de modus 'het kwetsbare kind'. Resultaten toonden dat in elk mediatiemodel sprake was van een significant indirect effect (range B: .14- .50); geen van de 99% betrouwbaarheidsintervallen bevatte namelijk het getal nul. Ook waren alle directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen bovengenoemde schema's en de modus 'het kwetsbare kind' niet uitsluitend via copingstijlen verloopt. De resultaten van de analyses op hypothese 1 staan samengevat in tabel 4. In figuur 3 staat als voorbeeld het verband weergegeven tussen het schema emotioneel tekort en de schemamodus het kwetsbare kind met de copingstijl overgave als mediator.

Figuur 3: Mediatie hypothese 1



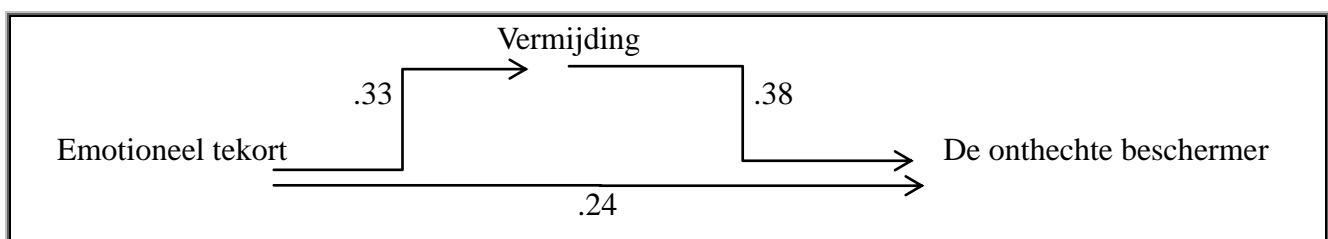
Tabel 4: Resultaten hypothese 1: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'het kwetsbare kind' met als mediator de copingstijl 'overgave'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Emotioneel tekort	.38**	.41**	.53**	.38**	.15 (.11- .21)
Verlating	.45**	.37**	.48**	.31**	.17 (.13- .22)
Wantrouwen	.50**	.42**	.52**	.31**	.21 (.15- .28)
Sociaal isolement	.36**	.39**	.49**	.35**	.14 (.10- .19)
Minderwaardigheid	.61**	.31**	.69**	.50**	.19 (.13- .25)
Mislukking	.58**	.43**	.46**	.21**	.25 (.19- .32)
Kwetsbaarheid	.55**	.42**	.54**	.31**	.23 (.17- .31)
Negativisme	.52**	.35**	.47**	.29**	.18 (.13- .24)
Afhankelijkheid	.75**	.40**	.73**	.43**	.30 (.22- .40)
Goedkeuring	.34**	.50**	.31**	.14**	.17 (.11- .24)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De tweede hypothese was: 'De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid, emotionele inhibitie en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'de onthechte beschermer' met vermijding als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er in elk mediatiemodel, waarin één van de bovengenoemde schema's, de copingstijl 'vermijding' en de modus 'de onthechte beschermer' werd getoetst, sprake was van een significant indirect effect (range B: .09- .38). Ook waren alle directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen bovengenoemde schema's en de schemamodus 'de onthechte beschermer' niet uitsluitend via coping verloopt. De resultaten van de analyses op hypothese 2 staan samengevat in tabel 5. In figuur 4 staat als voorbeeld het verband weergegeven tussen het schema emotioneel tekort en de schemamodus de onthechte beschermer met de copingstijl vermijding als mediator.

Figuur 4: Mediatie hypothese 2



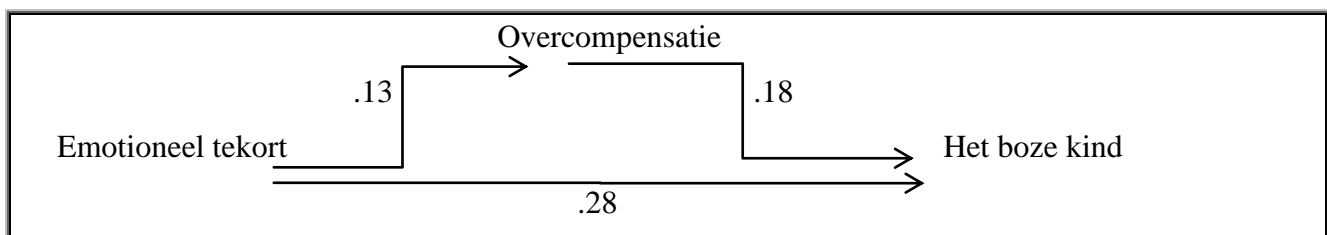
Tabel 5: Resultaten hypothese 2: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'de onthechte beschermer' met als mediator de copingstijl 'vermijding'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Emotioneel tekort	.33**	.38**	.36**	.24**	.12 (.10- .23)
Verlating	.23**	.40**	.27**	.18**	.09 (.05- .14)
Wantrouwen	.47**	.33**	.45**	.30**	.16 (.11- .22)
Sociaal isolement	.34**	.31**	.43**	.33**	.11 (.07- .15)
Minderwaardigheid	.53**	.30**	.51**	.35**	.16 (.11- .21)
Mislukking	.38**	.38**	.34**	.19**	.15 (.10- .21)
Kwetsbaarheid	.33**	.39**	.39**	.26**	.13 (.07- .19)
Negativisme	.33**	.35**	.35**	.23**	.12 (.08- .16)
Afhankelijkheid	.48**	.37**	.56**	.38**	.18 (.12- .25)
Emotionele inhibitie	.53**	.22**	.48**	.37**	.11 (.07- .17)
Goedkeuring	.20**	.43**	.22**	.13**	.09 (.04- .14)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De derde hypothese was: 'De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid, emotionele inhibitie en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'het boze kind' met overcompensatie als mediërende variabele'. Er werden verschillende mediatiemodellen getoetst, met in elk model één van de bovenstaande schema's, de copingstijl 'overcompensatie' en de modus 'het boze kind'. De resultaten lieten een significant indirect effect (range B: .02- .05) zien in alle modellen, behalve in de modellen met daarin de schema's 'mislukking' en 'functionele afhankelijkheid'. Ook waren de indirecte effecten significant in alle modellen waarin ook al significante indirecte waren gevonden. Er was sprake van partiële mediatie wat betekent dat het verband tussen bovengenoemde schema's en de schemamodus 'het boze kind' niet uitsluitend via coping verloopt. De resultaten van de analyses op hypothese 3 staan samengevat in tabel 6. In figuur 5 staat als voorbeeld het verband weergegeven tussen het schema emotioneel tekort en de schemamodus 'het boze kind' met overcompensatie als mediërende variabele.

Figuur 5: Mediatie hypothese 3



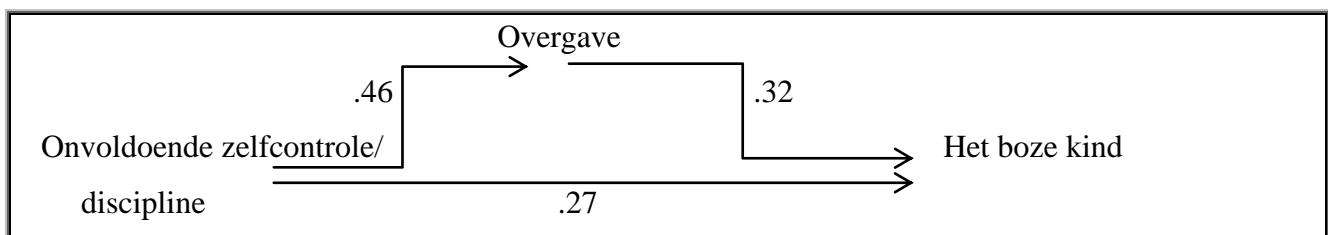
Tabel 6: Resultaten hypothese 3: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'het boze kind' met als mediator de copingstijl 'overcompensatie'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Emotioneel tekort	.13**	.18**	.31**	.28**	.02 (.01- .05)
Verlating	.13**	.17**	.28**	.26**	.02 (.00- .04)
Wantrouwen	.25**	.13**	.41**	.37**	.03 (.01- .06)
Sociaal isolement	.17**	.16**	.28**	.25**	.03 (.01- .05)
Minderwaardigheid	.14**	.18**	.36**	.33**	.03 (.00- .06)
Mislukking	.07	.20**	.27**	.25**	.01 (-.01- .04)
Kwetsbaarheid	.21**	.16**	.40**	.37**	.03 (.01- .06)
Negativisme	.21**	.12**	.35**	.32**	.03 (.01- .05)
Afhankelijkheid	.11	.19**	.41**	.39**	.02 (-.01- .06)
Emotionele inhibitie	.17**	.16**	.26**	.24**	.03 (.01- .05)
Goedkeuring	.39**	.13**	.25**	.20**	.05 (.02- .09)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De vierde hypothese was: 'De schema's grootsheid/ veeleisendheid en onvoldoende zelfcontrole/discipline hebben een verband met de schemamodus 'het boze kind' met overgave als mediërende variabele. Resultaten toonden dat er in het mediatiemodel, met het schema 'zelfcontrole/discipline', de copingstijl overgave en de modus 'het boze kind', sprake was van een significant indirect effect ($B = .12$, CI: .08- .17). Ook waren de directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen het schema 'zelfcontrole/discipline' en de schemamodus 'het boze kind' niet uitsluitend via coping loopt. Er was geen sprake van een significant indirect effect in het mediatiemodel met het schema 'grootsheid/veeleisendheid'; het 99% betrouwbaarheidsinterval bevatte namelijk het getal nul. De resultaten van de analyses op hypothese 4 staan samengevat in tabel 7. In figuur 6 staat als voorbeeld het verband weergegeven tussen het schema 'onvoldoende zelfcontrole/discipline' en de schemamodus 'het boze kind' met overgave als mediërende variabele.

Figuur 6: Mediatie hypothese 4



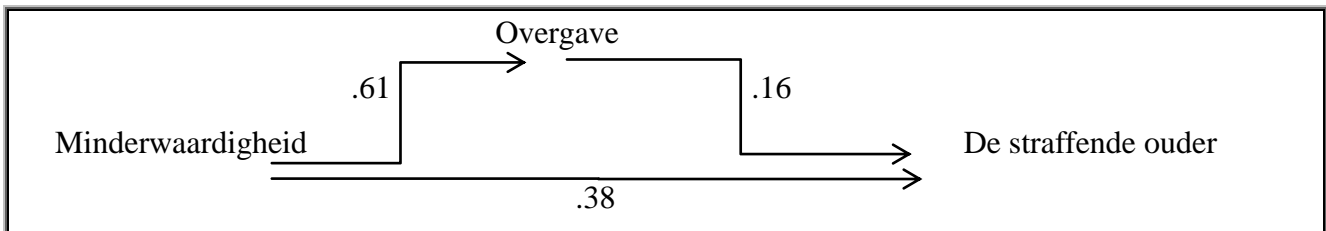
Tabel 7: Resultaten hypothese: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'het boze kind' met als mediator de copingstijl 'overgave'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Grootshheid/Veeleisendheid	.06	.32**	.29**	.27**	.02 (-.03- .07)
Onvoldoende zelfcontrole/ discipline	.46**	.26**	.28**	.16**	.12 (.08- .17)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De vijfde hypothese was: 'De schema's minderwaardigheid, mislukking, bestraffendheid en hoge normen hebben een verband met de schemamodus 'de straffende ouder' met overgave als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er in elk mediatiemodel, met daar in één van de bovengenoemde schema's, de copingstijl 'overgave' en de schemamodus 'de straffende ouder', sprake was van een significant indirect effect (range B: .06- .15). Ook waren alle directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen bovengenoemde schema's en de schemamodus 'de straffende ouder' niet uitsluitend via copingstijl 'overgave' verloopt. De resultaten van de analyses op hypothese 5 staan samengevat in tabel 8. In figuur 7 staat als voorbeeld het verband weergegeven tussen het schema 'mislukking' en de schemamodus 'de straffende ouder' met overgave als mediërende variabele.

Figuur 7: Mediatie hypothese 5



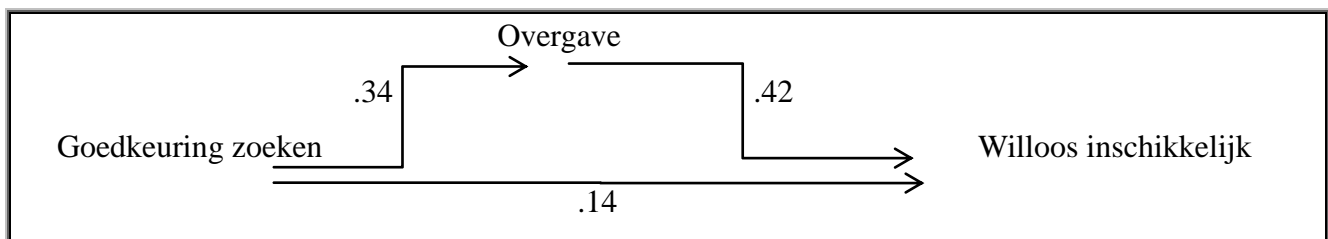
Tabel 8: Resultaten hypothese 5: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'de straffende ouder' met als mediator de copingstijl 'overgave'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Minderwaardigheid	.61**	.16**	.48**	.38**	.10 (.07- .14)
Mislukking	.58**	.27**	.30**	.14**	.15 (.11- .21)
Bestraffendheid	.44**	.26**	.36**	.24**	.12 (.08- .16)
Hoge normen	.20**	.31**	.21**	.15**	.06 (.03- .10)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De zesde hypothese was: 'De schema's goedkeuring zoeken, verstrengeling en zelfopoffering hebben een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met overgave als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er sprake was een significant indirect effect (range B: .11- .20) in elk getoetst mediatiemodel, met daarin één van bovengenoemde schema's, de copingstijl 'overgave' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'. Ook waren alle directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie. De resultaten van de analyses op hypothese 6 staan samengevat in tabel 9. In figuur 8 staat als voorbeeld het verband tussen het schema 'goedkeuring zoeken' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met overgave als mediërende variabele.

Figuur 8: Mediatie hypothese 6



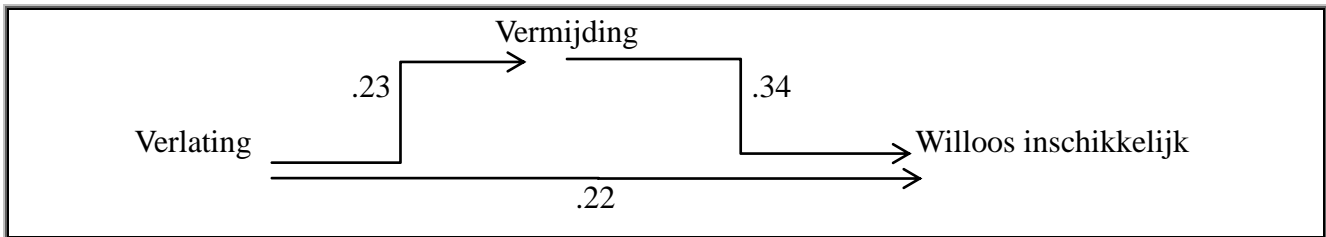
Tabel 9: Resultaten hypothese 6: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'willoos inschikkelijk' met als mediator de copingstijl 'overgave'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Goedkeuring zoeken	.34**	.42**	.28**	.14**	.14 (.10- .20)
Verstrengeling	.49**	.42**	.35**	.15**	.20 (.14- .28)
Zelfopoffering	.26**	.42**	.29**	.18**	.11 (.06- .17)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De zevende hypothese was: 'De schema's verlaten en wantrouwen hebben een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele'. Resultaten lieten een significant indirect effect ($B = .08$; $B = .16$) zien voor de twee mediatiemodellen, met daarin het schema 'verlaten' of 'wantrouwen', de copingstijl 'vermijding' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'. Ook alle directe effecten waren significant en er was sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen bovengenoemde schema's en de schemamodus 'willoos inschikkelijk' niet uitsluitend via de copingstijl 'vermijding' verloopt. De resultaten van de analyses op hypothese 7 staan samengevat in tabel 10. In figuur 9 staat als voorbeeld het verband tussen het schema 'verlaten' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.

Figuur 9: Mediatie hypothese 7



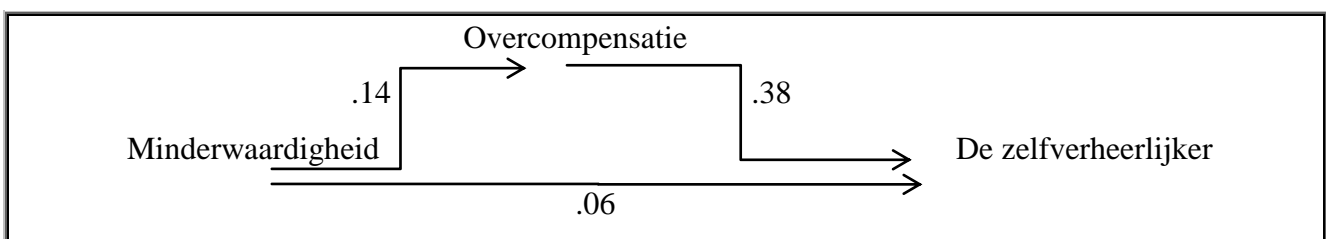
Tabel 10: Resultaten hypothese 7: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'willoos inschikkelijk' met als mediator de copingstijl 'vermijding'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Verlating	.23**	.34**	.30**	.22**	.08 (.04- .12)
Wantrouwen	.47**	.34**	.32**	.16**	.16 (.11- .22)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De achtste hypothese was: 'De schema's mislukking, minderwaardigheid en sociale isolatie hebben een verband met de schemamodus 'zelfverheerlijker' met overcompensatie als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er sprake was van een significant indirect effect ($B = .06$; $B = .06$) in de mediatie modellen, met daarin één van de schema's 'sociale isolatie' of 'minderwaardigheid' en de copingstijl 'overcompensatie' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'. Ook alle directe effecten waren significant en er was sprake van partiële mediatie. De resultaten lieten geen indirect effect zien in het mediatie model met het schema 'mislukking', de copingstijl 'overcompensatie' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'. Het 99% betrouwbaarheidsinterval bevatte namelijk het getal nul. De resultaten van de analyses op hypothese 8 staan samengevat in tabel 11. In figuur 10 staat als voorbeeld het verband tussen het schema 'minderwaardigheid' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker' met overcompensatie als mediërende variabele.

Figuur 10: Mediatie hypothese 8



Tabel 11: Resultaten hypothese 8: relaties tussen de diverse schema's en de modus 'de zelfverheerlijker' met als mediator de copingstijl 'overcompensatie'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Mislukking	.07**	.39**	.00	-.03	.03 (-.02- .07)
Minderwaardigheid	.14*	.38**	.12**	.06*	.06 (.01- .10)
Sociaal isolement	.17**	.38**	.13**	.07**	.06 (.03- .10)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De negende hypothese was: 'Het schema grootsheid/veeleisendheid heeft een verband met de schemamodus 'zelfverheerlijker' met overgave als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er geen sprake was van een significant indirect effect in het mediatiemodel met het schema 'grootsheid/veeleisendheid', de copingstijl 'overgave' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'. Het 99% betrouwbaarheidsinterval bevatte namelijk het getal nul. De resultaten van de analyses op hypothese 9 staan samengevat in tabel 12.

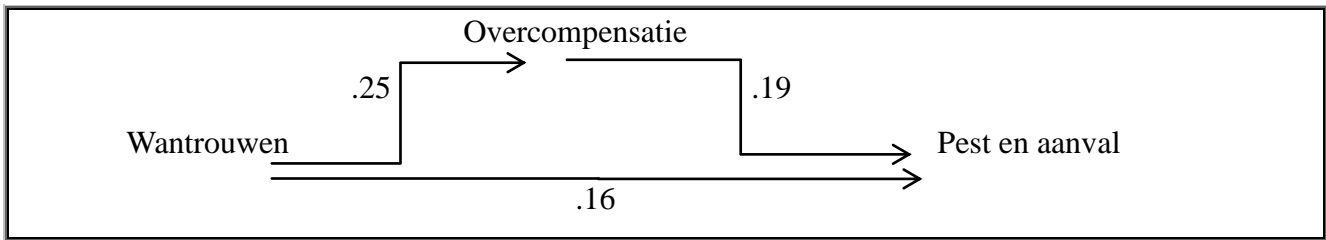
Tabel 12: Resultaten hypothese 9: relaties tussen het schema 'grootsheid/veeleisendheid' en de modus 'de zelfverheerlijker' met als mediator de copingstijl 'overgave'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Grootsheid/Veeleisendheid	.06	.06*	.44**	.43**	.00 (-.01- .02)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

De tiende hypothese was: 'Het schema wantrouwen heeft een verband met de schemamodus 'pest en aanval' met overcompensatie als mediërende variabele'. Resultaten toonden dat er in het mediatiemodel, met het schema 'wantrouwen', de copingstijl 'overcompensatie' en de schemamodus 'pest en aanval', sprake was van een significant indirect effect ($B = .05$). Alle directe effecten waren ook significant en er was sprake van partiële mediatie. Dit betekent dat het verband tussen het schema 'wantrouwen' en de schemamodus 'pest en aanval' niet uitsluitend verloopt via de copingstijl 'overcompensatie'. De resultaten van de analyses op hypothese 10 staan samengevat in tabel 13. In figuur 11 staat het verband tussen het schema 'wantrouwen' en de schemamodus 'pest en aanval' met overcompensatie als mediërende variabele.

Figuur 11: Mediatie hypothese 10



Tabel 13: Resultaten hypothese 10: relaties tussen het schema 'wantrouwen' en de modus 'pest en aanval' met als mediator de copingstijl 'overcompensatie'

Schema (X)	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (a*b pad); 99% CI
Wantrouwen	.25**	.19**	.21**	.16**	.05 (.02- .08)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$

Aditionele exploratieve analyses

Naast de hierboven geanalyseerde hypothesen zijn er nog enkele exploratieve analyses uitgevoerd. Deze analyses staan beschreven in Appendix D. De bijbehorende resultaten staan beschreven in tabel 14. Resultaten toonden dat in elk mediatiemodel, waarin de exploratieve hypothesen (zie figuur 12) zijn getoetst, sprake was van een significant indirect effect (range B: .06 - .17.). Ook waren alle directe effecten significant en was er sprake van partiële mediatie.

Figuur 12: De exploratieve analyses

1. 'Het schema 'wantrouwen' heeft een verband met de schemamodus 'de straffende ouder' met overgave als mediërende variabele.'
2. 'Het schema 'onderwerping' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met overgave als mediërende variabele.'
3. 'Het schema 'minderwaardigheid' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.'
4. 'Het schema 'emotionele deprivatie' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.'
5. 'Het schema 'emotionele deprivatie' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'
6. 'Het schema 'verlating' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'
7. 'Het schema 'minderwaardigheid' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'

Tabel 14: Resultaten exploratieve analyses

Exploratieve analyse***	B (a pad)	B (b pad)	B (c pad)	B (c' pad)	B (c- c' pad); 99% CI
1	.50**	.26**	.33**	.19**	.13 (.09- .18)
2	.64**	.26**	.53**	.37**	.17 (.12- .23)
3	.53**	.31**	.37**	.21**	.17 (.11- .23)
4	.33**	.36**	.27**	.15**	.12 (.07- .18)
5	.33**	.28**	.35**	.25**	.09 (.05- .15)
6	.23**	.27**	.39**	.33**	.06 (.03- .10)
7	.53**	.20**	.47**	.36**	.11 (.05- .17)

* = $p < .01$, ** = $p < .001$, ***= zie alle hypothesen in figuur 12.

Discussie

Het huidige onderzoek had tot doel het verband te onderzoeken tussen schema's, schemamodi en copingstijlen. Er werd verwacht dat er, op grond van de schematherapie, specifieke verbanden bestaan tussen schema's en schemamodi met copingstijlen als mediërende variabelen. In de resultaten werd dit grotendeels bevestigd: er was sprake van partiële meditatie in 90% van de

getoetste modellen. Zo werd het verband tussen meerdere schema's en de schemamodus 'de onthechte beschermer' gemedieerd door vermijding, net zoals het verband tussen de schema's 'wantrouwen' en 'verlating' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'. Het verband tussen meerdere schema's en de schemamodus 'het boze kind' werd gemedieerd door overcompensatie. Ook het verband tussen het schema 'wantrouwen' en de schemamodus 'pest en aanval' werd gemedieerd door overcompensatie, net zoals het verband tussen de schema's 'minderwaardigheid' en 'sociale isolatie' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'. De copingstijl overgave medieerde het verband tussen meerdere schema's en de schemamodus 'het kwetsbare kind'. Verder medieerde overgave zowel het verband tussen het schema 'onvoldoende zelfcontrole/discipline' en de schemamodus 'het boze kind' als het verband tussen de schema's 'minderwaardigheid', 'mislukking', 'bestrafing' en 'hoge normen' en de schemamodus 'de straffende ouder'. Tot slot medieerde overgave het verband tussen de schema's 'goedkeuring zoeken', 'verstrengeling', en 'zelfopoffering' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'.

Ook de resultaten van de analyses op de additionele hypothesen bevestigen het verband tussen schema's en schemamodi met copingstijlen als mediërende variabele. Zo medieerde overgave zowel het verband tussen het schema 'wantrouwen' en de schemamodus 'de straffende ouder' als het verband tussen het schema 'onderwerping' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'. Verder medieerde vermijding het verband tussen de schema's 'minderwaardigheid', 'verlating' en 'emotionele deprivatie' en de schemamodus 'de onthechte zelfsusser'. Tot slot medieerde vermijding het verband tussen de schema's 'emotionele deprivatie' en 'minderwaardigheid' en de schemamodus 'willoos inschikkelijk'.

De resultaten uit het huidige onderzoek in combinatie met de resultaten uit het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012), wijzen op de houdbaarheid van een geïntegreerd model, waarin schema's, schemamodi en copingstijlen een betekenisvolle samenhang hebben. Het is dus aanbevelenswaardig om gebruik te maken van het geïntegreerde model, waarbij schema's, schemamodi én copingstijlen in acht worden genomen (van Genderen, Rijkeboer & Arntz, 2012). Dit is ook in overeenkomst met de theorie van Young et al. (2005), waarin wordt gesteld dat het coping-gedrag niet alleen inherent is aan het schema, maar beïnvloed wordt door de copingstijlen.

In enkele getoetste modellen was er geen sprake van partiële mediatie. Zo werd het verband tussen de schema's 'functionele afhankelijkheid' en 'mislukking' en de schemamodus 'het boze kind' niet gemedieerd door overcompensatie. Evenmin medieerde overcompensatie de relatie tussen het schema 'mislukking' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'. Ook werd het verband tussen het schema 'grootsheid/ veeleisendheid' en de schemamodus 'het boze kind' niet gemedieerd door

overgave. Tot slot medieerde overgave niet de relatie tussen het schema 'grootsheid/veeleisendheid' en de schemamodus 'de zelfverheerlijker'.

Het huidige onderzoek was een replicatie van het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012). De resultaten komen bijna volledig overeen met wat zij in hun onderzoek hebben gevonden. Het is opvallend dat in het huidige onderzoek geen indirect effect gevonden werd in de modellen, waarin het verband tussen het schema 'grootsheid/veeleisendheid' en de schemamodi 'het boze kind' en 'de zelfverheerlijker' werd getoetst. De schemaschaal 'grootsheid/veeleisendheid' laat geen opmerkelijke psychometrische verschillen zien met de andere schalen. Zo heeft de schaal een adequate betrouwbaarheid ($\alpha = .76$). Ook voor de schalen van de schemamodi 'het boze kind' en 'de zelfverheerlijker' werden geen opmerkelijke verschillen gevonden. De schemamodi schalen hebben een adequate interne consistentie ($\alpha = .82$; $\alpha = .73$). Ondanks dat er geen significant indirect effect gevonden werd in de mediatiemodellen, met de schema's 'mislukking' en 'functionele afhankelijkheid' en de copingstijl 'overcompensatie', werden er wel significante indirecte effecten gevonden in modellen met de schema's 'mislukking' en 'functionele afhankelijkheid' en een andere copingstijl. Beide schemaschalen hebben een hoge interne consistentie ($\alpha = .93$ en $\alpha = .84$) en lieten geen opmerkelijke psychometrische verschillen zien. De copingschaal 'overcompensatie' had in het huidige onderzoek een redelijke betrouwbaarheid ($\alpha = 0.62$). Ook werden er geen opmerkelijke psychometrische verschillen gevonden.

Ook is het mogelijk dat de gevonden verschillen in resultaten te verklaren zijn met de validiteit van de Duitse vragenlijsten. Doordat de vragenlijsten naar het Duits vertaald zijn, meten ze mogelijk iets anders dan de oorspronkelijke concepten die Young et al. (2005) beschreven. In een onderzoek (Kriston et al., 2013) naar de validiteit van de Duitse YSQ-S3R werd geconcludeerd dat de YSQ-S3R een valide meetinstrument is. In onderzoeken naar de validiteit van de Duits SMI-R werd een indicatie voor convergente en discriminante validiteit gevonden. De test had een onderscheidend vermogen voor psychiatrische en niet-psychiatrische patiënten (Reiss et al, 2012). Daarnaast werden associaties gevonden tussen de scores op de schemamodi schalen en algemene psychopathologie (Harris, 2010). Er is alleen nog geen onderzoek gedaan naar de validiteit van de Duitse SCI. Gezien de resultaten, waaruit blijkt dat in alle mediatiemodellen waarin geen significant indirect effect gevonden werd overcompensatie de copingstijl was, zou het zinvol zijn om deze validiteit alsnog te onderzoeken.

Het huidige onderzoek kent zowel krachten als beperkingen. Voor het analyseren van de data is gebruikt gemaakt van de macro 'PROCESS' (Hayes, 2013b). Het is de door Hayes meest recent ontwikkelde Macro voor het uitvoeren van mediatie-analyses. Bij deze methode wordt het hele mediatiemodel in één keer getoetst in plaats van alle onderlinge verbanden afzonderlijk van elkaar.

Daarnaast is het door bootstrapping verkregen betrouwbaarheidsinterval accurater dan dat verkregen met de 'normal approach theory'. De statistische test heeft hierdoor meer power om nulhypoteses die niet waar zijn ook daadwerkelijk te verwerpen (Hayes, 2013b). Ook was de huidige sample groot, wat bijdraagt aan een hogere power.

Een beperking van het huidige onderzoek is de manier waarop de deelnemers geworven zijn. Voor het werven van deelnemers zijn onder andere sociale media en een online forum gebruikt. Hierdoor hebben alleen mensen meegedaan aan het onderzoek die zelf de actie hebben ondernomen om de vragenlijsten in te vullen. Dit geeft mogelijk een vertekent beeld, omdat op deze manier alleen het 'type' mens heeft deelgenomen dat hiertoe bereid was.

Daarnaast is de steekproef door deze manier van werven mogelijk niet een volledige afspiegeling van de totale bevolking in leeftijd, opleiding en geslacht. In de steekproef van het huidige onderzoek liepen de leeftijden uiteen van 18 tot 72 jaar, maar het gemiddelde was 27 jaar. Dit betekent dat er niet uit elke leeftijdsklasse evenveel deelnemers meegedaan hebben aan het onderzoek. Ook was het opleidingsniveau van de deelnemers hoog: 97,4 % heeft een universitaire opleiding gedaan of heeft een middelbare school gedaan die toegang geeft tot de universiteit. Hierdoor zijn in dit onderzoek niet alle opleidingsniveaus weerspiegeld. De resultaten komen echter wel grotendeels overeen met die van Rijkeboer en Lobbestael (2012). Aan hun onderzoek deden ook mensen mee die een lagere opleiding hadden genoten en lag het gemiddelde leeftijdsniveau hoger. Daarnaast kampten veel van de deelnemers in hun onderzoek met psychopathologie. Dus ondanks dat de groep deelnemers in het huidige onderzoek relatief jong, hoogopgeleid en gezond was, is het opvallend dat de resultaten bijna identiek waren met die van Rijkeboer en Lobbestael (2012).

Een andere beperking van het huidige onderzoek is dat er in één sample veel verschillende analyses zijn gedaan. Dit verhoogt de kans op een type I fout, waarbij een correcte nulhypothese wordt verworpen. Om de kans hierop te verkleinen zijn de analyses uitgevoerd met een α van 0.01.

De gevonden partiële mediaties in de exploratieve modellen zijn een toevoeging aan de al gevonden verbanden door Rijkeboer en Lobbestael (2012). Het onderzoek naar de exploratieve modellen zou in te toekomst gerepliceerd moeten worden om te onderzoeken of de resultaten in andere samples vergelijkbaar zijn. Dit geldt ook voor de eerder genoemde modellen waarin in dit onderzoek geen, maar in het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) wel, een significant indirect effect gevonden werd.

De in dit onderzoek gevonden resultaten bevestigen het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) op een paar verbanden na. Dit betekent dat er opnieuw een bevestiging is voor een geïntegreerd model waarin het verband tussen schema's en schemamodi door copingstijlen

wordt gemedieerd. Een schisma tussen het schemamodel en het schemamodusmodel lijkt dan ook onwenselijk. Voor de theorie betekent dit dat de term 'copingmodus' zal moeten worden aangepast, omdat het in het licht van de huidige resultaten een pleonasme is. Daarnaast zal in de praktijk meer nadruk moet komen te liggen op het gebruik van één geïntegreerd model, waarin geen zinvolle informatie voor de behandeling verloren kan gaan.

Literatuurlijst

Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., . . . , Severens, J. L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost effectiveness of schema-focused therapy versus transference focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, *192*, 450–457.

Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *171*, 305-322.

Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-II*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.

Edwards, D., & Arntz, A. (2012). Schema therapy in historical perspective. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort, *Handbook of schema therapy: theory, research and practice* (pp. 3-26). West-Sussex: John Wiley & Sons

Elliott, C. H., & Lassen, M. K. (1997). A schema polarity model for case conceptualization, intervention, and research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *4*, 12-28.

Farrel, J. M., Shaw, I. A., Webber, M. A. (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*, 317- 328.

Germans, S., Van Heck, G. L., Moran, P., & Hodiamont, P. G. (2008). The self-report standardized assessment of personality-abbreviated scale: preliminary results of a brief screening test for personality disorders. *Personality and Mental Health*, *2*, 70-76.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.

Harris, D. A. (2010). *Inhaltliche validierung der deutschen übersetzung des "Schema Mode Inventory-revised" (SMI-r) und korrelation der modus-skalen des SMI-r mit etablierten psychologischen und psychopathologischen konstrukten (Doctorol Dissertation)*. Freiburg: Univerität Freiburg.

Hayes, A. F. (2013a). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis*. New York: The Guilford Press

Hayes, A. F. (2013b). PROCESS [Macro]. Geraadpleegd op <http://www.afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html>.

Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische prüfung einer kurzform der SCL-90-R.. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115-124.

Koops, T. (2013). *Relationships between schemas, schema modes, and coping styles in a German sample* (Master's thesis, University of Hamburg, Germany)

Kriston, L., Schäfer, J., Jacob, G. A., Härter, M., & Hölzel, L. P. (2013). Reliability and Validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire–Short Form 3 (YSQ-S3). *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 205-212.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 854-860.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Arntz, A., Spinhoven, P., & 't Hoen, T. (2005). *The SchemaMode Inventory-revised*. Maastricht: Maastricht University

Mann, A. H., Jenkins, R., Cutting, J. C., & Cowen, P. J. (1981). The development and use of a standardized assessment of abnormal personality. *Psychological Medicine*, 11, 839-847.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., . . . , van Dyck, R.(2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961–973

- Reiss, N. Dominiak, P., Harris, D. A., Knörnschild, C., Schouten, E., & Jacob, G. A. (2012). Reliability and validity of the German version of the schema mode inventory. *European Journal of Psychological Assessment, 28*, 297-304.
- Rijkeboer, M. M. & Lobbestael, J. (2012). *Assessment of schema concepts and their interrelationships*. Paper presented at the symposium 5th world conference of schema therapy, New York, May.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & Van Genderen, H. (2010). *The Schema Coping Inventory*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Rijkeboer, M. M., van Genderen, H., & Arntz, A. (2009). Schemagerichte therapie. In E. H. M. Eurelings- Bontekoe, R. Verheul en W. M. Snellen (Eds.), *handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 285-302). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Söchtig, A., Kliem, S., & Kröger, C. (2012). Diagnostic efficiency of the German version of the self-rated standardized assessment of personality–abbreviated scale. *Psychopathology, 45*, 381-389.
- Van Genderen, H., & Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Van Genderen, H., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2012). Theoretical model: Schemas, copingstyles and modes. In M. Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (Eds.), *Schema therapy: theory, research and practice* (pp. 27-40). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering (Nederlandse vertaling)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Young, J. E., Berbalk, H. H., Gruntschpalk, J., Parfy, E., & Zarbock, G. (2006). *Young Schema Questionnaire (YSQ-S3R, German Translation)*. Eckernförder: Institut für Schematherapie.

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

Verlating/instabiliteit

De subjectief ervaren instabiliteit of onbetrouwbaarheid van degenen die beschikbaar zijn voor steun en verbondenheid.

Houdt het gevoel in dat belangrijke anderen niet in staat zullen zijn emotionele ondersteuning, verbondenheid, kracht of praktische bescherming te blijven geven omdat ze emotioneel instabiel en onvoorspelbaar zijn (bijv. woede-uitbarstingen), onbetrouwbaar of slechts onregelmatig aanwezig zijn, omdat ze zullen doodgaan of omdat ze je in de steek zullen laten voor iemand die beter is.

Wantrouwen/misbruik

De verwachting dat anderen je pijn zullen doen, misbruiken, vernederen, bedriegen, beliegen, manipuleren of gebruik van je zullen maken. Houdt gewoonlijk de perceptie in dat pijn/schade opzettelijk wordt toegebracht of het gevolg is van ongerechtvaardigde en extreme verwaarlozing. Kan ook het gevoel inhouden dat anderen je uiteindelijk te slim af zijn en dat je altijd 'aan het kortste eind trekt'.

Emotioneel tekort

De verwachting dat anderen onvoldoende tegemoet zullen komen aan je verlangen naar een normale mate van emotionele steun. De voornaamste vormen van emotioneel tekort zijn:

- A. gebrek aan koestering: het ontbreken van aandacht, affectie, warmte of gezelschap;
- B. gebrek aan empathie: het ontbreken van anderen die begrip tonen, luisteren, zich blootgeven of laten delen in hun gevoelens;
- C. gebrek aan bescherming: het ontbreken van anderen die kracht, richting of raad geven.

Tekortschieten/ schaamte

Het gevoel dat je tekortschiet, slecht, ongewenst, minderwaardig bent of op belangrijke punten zwak bent en dat je voor andere niet de moeite waard bent om van te houden als je wordt ontmaskerd. Dit kan inhouden: overgevoeligheid voor kritiek, afwijzing en verwijten; je onbehaaglijk en onzeker voelen in gezelschap van anderen en jezelf met hen vergelijken; of een

gevoel van schaamte over subjectief ervaren zwakheden. De zwakheden kunnen alleen innerlijk (bijv. zelfzuchtigheid, woede-impulsen, onaanvaardbare seksuele verlangens) of uit ook uiterlijk waarneembaar zijn (bijv. ongewenst uiterlijk, sociale onhandigheid).

Sociaal isolement/vervreemding

Het gevoel dat je geïsoleerd bent van de rest van de wereld, anders bent dan andere mensen en/of geen deel uitmaakt van een groep of gemeenschap.

Afhankelijkheid/incompetentie

De overtuiging dat je niet in staat bent je dagelijkse verantwoordelijkheden op competente wijze na te komen zonder aanzienlijke hulp van anderen (bijv. voor jezelf zorgen, dagelijkse problemen oplossen, dingen goed beoordelen, nieuwe taken aanpakken, goede beslissingen nemen. Komt vaak over als hulpeloos.

Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar

De overdreven angst dat er elk moment een ramp kan gebeuren en dat je die niet zult kunnen voorkomen. Angsten betreffen een of meer van de volgende mogelijkheden: (a) medische rampen (bijv. hartaanval, AIDS), (b) emotionele rampen (bijv. gek worden) of (c) rampen van buitenaf (bijv. neerstortende lift, geweldsmisdrijf, neerstortend vliegtuig, aardbeving).

Kluwen/onderontwikkeld zelf

Overmatige emotionele betrokkenheid bij en band met een of meer belangrijke anderen (vaak ouders) ten koste van volledige individuatie of normale sociale ontwikkeling. Houdt vaak de overtuiging in dat minstens een van de personen in het kluwen niet kan overleven of gelukkig kan zijn zonder de voortdurende steun van de ander. Kan ook gevoelens van verstikt worden door of versmelten met anderen of onvoldoende individuele identiteit inhouden. Vaak ervaren als gevoel van leegte of vastlopen, niet weten welke kant je op moet of in extreme gevallen twijfelen aan je bestaan.

Mislukken

De overtuiging dat je in verhouding tot leeftijdsgenoten mislukt bent, onvermijdelijk zult mislukken of absoluut onvoldoende presteert (school, carrière, sport, etc.). Houdt vaak de overtuiging in dat je dom, onbeholpen, onwetend bent, geen talent en minder status en succes hebt dan anderen, etc.

Veeleisendheid/grootsheid

De overtuiging dat je superieur bent aan anderen, aanspraak kunt maken op speciale rechten en privileges of niet gebonden bent aan de regels van wederkerigheid die normale sociale interacties sturen. Houdt vaak de overtuiging in dat je zou moeten kunnen doen of hebben wat je maar wil, ongeacht wat realistisch is, wat anderen redelijk achten, of wat dat anderen kost; of een overdreven gerichtheid op superioriteit (bijv. een van de meeste succesvolle, beroemde of rijke mensen willen zijn) teneinde macht of controle te verwerven (niet primair om goedkeuring te krijgen). Behelst soms overmatige concurrentie met of overheersing van anderen, macht laten gelden, eigen standpunt doordrukken of het gedrag van anderen bepalen overeenkomstig eigen verlangen, zonder medeleven met of bezorgdheid om de behoeften of gevoelens van anderen.

Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline

Voortdurend problemen met zelfcontrole en frustratietolerantie en die onvoldoende willen uitoefen om persoonlijke doelen te bereiken of overmatige uiting van emoties en impulsen te beteugelen. In mildere vorm vertoont de patiënt een overdreven nadruk op het vermijden van ongemak: het vermijden van pijn, conflict, confrontaties, verantwoordelijkheid of overmatige inspanning ten koste van persoonlijke vervulling, engagement of integriteit.

Onderwerping

Het overmatig afstaan van controle aan anderen omdat je je daartoe gedwongen voelt – zwichten om woede vergelding of verlating te voorkomen. De twee belangrijkste vormen van onderwerping zijn : A. onderwerping van behoeften: eigen voorkeuren, beslissingen en verlangens verdringen.

B. onderwerping van emoties: emoties, met name woede verdringen.

Houdt gewoonlijk de perceptie in dat je eigen verlangens, meningen en gevoelens niet geldig of waardevol zijn voor anderen. Vertoont vaak overmatige meegaandheid, gecombineerd met overdreven vatbaarheid voor het gevoel in een val te zitten. Leidt gewoonlijk tot opkroppen van

woede, dat zich uit in onaangepaste symptomen (bijv. passief-agressief gedrag, onbeheerste driftbuien, psychosomatische symptomen, terugtrekken van affectie, uitageren, middelengebruik).

Zelfopoffering

Overmatige aandacht voor het uit eigen beweging tegemoetkomen aan de behoeften van anderen in dagelijkse situaties ten koste van eigen behoeftebevrediging. De meest voorkomende redenen zijn: willen voorkomen dat je de ander pijn doet, schuldgevoel omdat je zelfzuchtig bent willen vermijden, relaties met anderen die als behoeftig worden gezien in stand willen houden. Vaak het gevolg van acute gevoeligheid voor de pijn van anderen. Leidt soms tot een gevoel dat je eigen behoeften niet adequaat worden vervuld en tot rancune naar degenen voor wie je zorgt. (Overlapt het concept medeafhankelijkheid.)

Goedkeuring/erkenning zoeken

Overmatige nadruk op het verwerven van goedkeuring, erkenning, of aandacht van anderen of op aanpassen ten koste van het ontwikkelen van een veilig en waarachtig zelfgevoel. Zelfrespect is primair afhankelijk van de reacties van anderen, niet van aangeboren neigingen. Houdt soms het overdreven benadrukken van status, uiterlijk, sociale acceptatie, geld of prestatie in als middelen om goedkeuring, bewondering of aandacht te krijgen (niet primair omwille van macht of controle). Leidt vaak tot belangrijke levensbeslissingen die onoprecht of onbevredigend zijn of in overgevoeligheid voor afwijzing.

Negativisme/pessimisme

Een alles doordringende, levenslange gerichtheid op de negatieve aspecten van het leven (pijn, dood, verlies, teleurstelling, conflict, schuld, wrok, onopgeloste problemen, mogelijke fouten, verraad, dingen die verkeerd zou kunnen gaan, etc.) terwijl je de positieve of optimistische aspecten bagatelliseert of daar aan voorbij ziet. Houdt gewoonlijk een overdreven verwachting in – op een breed gebied van werk, financiële en interpersoonlijke situaties- dat alles uiteindelijk totaal verkeerd afloopt of dat aspecten van het leven waar het goed lijkt te gaan, uiteindelijk in een zullen storten. Omvat meestal een buitensporige vrees om fouten te maken die zouden kunnen leiden tot financiële ondergang, verlies, vernedering of beklemd raken in een nare situatie. Omdat eventuele negatieve gevolgen worden overdreven, worden deze mensen vaak gekenmerkt door chronisch piekeren, waakzaamheid, klagen of besluiteloosheid.

Emotionele inhibitie

De overmatige inhibitie van spontaan handelen, gevoelen of communicatie, gewoonlijk om afkeuring door anderen, gevoelens van schaamte of verlies van controle over impulsen te voorkomen. De meest voorkomende gebieden van inhibitie zijn: (a) inhibitie van woede en agressie, (b) inhibitie van positieve impulsen (bijv. plezier, affectie, seksuele opwinding, spel), (c) moeite om kwetsbaarheid te uiten of onbevangen over gevoelens, behoeften, etc. te communiceren of (d) overmatige nadruk op rationaliteit met voorbijgaan aan emoties.

Streng normen/ overkritisch zijn

De onderliggende overtuiging dat je ernaar moet streven om aan zeer hoge geïnternaliseerde normen van gedrag en functioneren te voldoen, gewoonlijk om kritiek te voorkomen. Heeft vaak tot gevolg dat je je onder druk voelt staan of er moeite mee hebt om kalmer aan te doen en dat je overdreven kritisch bent naar jezelf en anderen. Doet aanzienlijke afbreuk aan genieten, ontspanning, gezondheid, zelfrespect, bevredigende relaties of het gevoel iets bereikt te hebben.

Streng normen komen meestal tot uiting in de vorm van: (a) perfectionisme, ongewone aandacht voor details of onderwaardering voor eigen functioneren ten opzichte van de norm, (b) starre regels en 'geboden' op vele levensgebieden, waaronder irrationeel streng morele, ethische, culturele of religieuze voorschriften of (c) preoccupatie met tijd en efficiency, de behoefte om meer tot stand te brengen.

Bestraffendheid

De overtuiging dat mensen streng gestraft moeten worden voor hun fouten. Omvat de neiging om boos, intolerant, bestraffend en ongeduldig te zijn tegenover mensen (inclusief jezelf) die niet beantwoorden aan je verwachtingen of normen. Houdt gewoonlijk de moeite in met het vergeven van fouten van jezelf of anderen, vanwege weerstand om rekening te houden met verzachtende omstandigheden, toe te geven dat mensen niet volmaakt zijn of mee te leven met de gevoelens van anderen.

Appendix B: Lijst van schemamodi (overgenomen uit Lobbestael et al., 2008, p. 859)

1. Child modes

1.1 Vulnerability

1.1.1 Vulnerable Child: Feels like a lonely child that is valued only insofar as (s)he can aggrandize his/her parents. Because the most important emotional needs of the child have generally not been met, the patient usually feels empty, alone, socially unacceptable, undeserving of love, unloved and unlovable.

1.2 Anger

1.2.1 Angry child: Feels intensely angry, enraged, infuriated, frustrated or impatient, because the core emotional (or physical) needs of the vulnerable child are not being met. They vent their suppressed anger in inappropriate ways. May make demands that seem entitled or spoiled and that alienate others.

1.2.2 Enraged Child: Experiences intense feelings of anger that results in hurting or damaging people or objects. The displayed anger is out of control, and has the goal of destroying the aggressor, sometimes literally. Has the affect of an enraged or uncontrollable child, screaming or acting out impulsively to an (alleged) perpetrator.

1.3 Lack of discipline

1.3.1 Impulsive Child: Acts on non-core desires or impulses from moment to moment in a selfish or uncontrolled manner to get his or her own way, without regard to possible consequences for the self or others. Often has difficulty delaying short-time gratification and may appear `spoiled`.

1.3.2 Undisciplined Child: Cannot force him/herself to finish routine or boring tasks, gets quickly frustrated and gives up soon.

1.4 Happiness

1.4.1 Happy Child: Feels at peace because core emotional needs are currently met. Feels loved, contented, connected, satisfied, fulfilled, protected, praised, worthwhile, nurtured, guided, understood, validated, self-confident, competent, appropriately autonomous or self-reliant, safe, resilient, strong, in control, adaptable, optimistic and spontaneous.

2. Maladaptive coping modes

2.1 Surrender

2.1.1 Compliant Surrender: Acts in a passive, subservient, submissive, reassurance-seeking, or self-deprecating way towards others out of fear of conflict or rejection. Passively allows him/herself to be mistreated, or does not take steps to get healthy needs met. Selects

people or engages in other behaviour that directly maintains the self-defeating schema-driven pattern.

2.2 Avoidance

2.2.1 Detached Protector: Withdraws psychologically from the pain of the schemas by emotionally detaching. The patient shuts off all emotions, disconnects from others and rejects their help, and functions in an almost robotic manner. Signs and symptoms include depersonalisation, emptiness, boredom, substance abuse, bingeing, self-mutilation, psychosomatic complaints and `blankness`.

2.2.2 Detached Self-Soother: Shut off their emotions by engaging in activities that will somehow soothe, stimulate or distract them from feeling. These behaviours are usually undertaken in an addictive or compulsive way, and can include workaholism, gambling, dangerous sports, promiscuous sex, or drugs abuse. Another group of patients compulsively engages in solitary interests that are more self-soothing than self-stimulating, such as playing computer games, overeating, watching television, or fantasizing.

2.3 Overcompensation

2.3.1 Self-Aggrandiser: Behaves in an entitled, competitive, grandiose, abusive, or status-seeking way in order to have whatever they want. They are almost completely self-absorbed, and show little empathy for the needs or feelings of others. They demonstrate superiority and expect to be treated as special and do not believe they should have to follow the rules that apply to everyone else. They crave for admiration and frequently brag or behave in a self-aggrandizing manner to inflate their sense of self.

2.3.2 Bully and Attack: Directly harms other people in a controlled and strategic way emotionally, physically, sexually, verbally, or through antisocial or criminal acts. The motivation may be to overcompensate for prevent abuse or humiliation. Has sadistic properties.

3. Maladaptive parent modes

3.1 Punitive Parent: This is the internalized voice of the parent, criticizing and punishing the patient. They become angry with themselves and feel that they deserve punishment for having or showing normal needs that their parents did not allow them to express. The tone of this mode is harsh, critical, and unforgiving. Signs and symptoms include self-loathing, self-criticism, self-denial, self-mutilation, suicidal fantasies, and self-destructive behaviour.

3.2 Demanding Parent: Continually pushes and pressures the child to meet excessively high standards. Feels that the `right` way to be is to be perfect or achieve at a very high level, to keep everything in order, to strive for high status, to be humble, to put other needs before one's own

or to be efficient or avoid wasting time. The person feels that it is wrong to express feelings or to act spontaneously.

4. Healthy Adult mode: This mode performs appropriate adult functions such as working, parenting, taking responsibility, and committing. Pursues pleasurable adult activities such as sex; intellectual, esthetical, and cultural interests, health maintenance, and athletic activities.

Appendix C: Hypotheses

Hypothese 1:

De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'het kwetsbare kind' met overgave als mediërende variabele.

Hypothese 2:

De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid, emotionele inhibitie en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'de onthechte beschermer' met vermijding als mediërende variabele.

Hypothese 3

De schema's emotioneel tekort, verlating, wantrouwen, sociaal isolement, minderwaardigheid, mislukking, kwetsbaarheid, negativisme/pessimisme, afhankelijkheid, emotionele inhibitie en goedkeuring zoeken hebben een verband met de schemamodus 'het boze kind' met overcompensatie als mediërende variabele.

Hypothese 4:

De schema's grootsheid/ veeleisendheid en onvoldoende zelfcontrole/discipline hebben een verband met de schemamodus 'het boze kind' met overgave als mediërende variabele.

Hypothese 5:

De schema's minderwaardigheid, mislukking, bestraffendheid en hoge normen hebben een verband met de schemamodus 'de straffende ouder' met overgave als mediërende variabele.

Hypothese 6:

De schema's goedkeuring zoeken, verstrengeling en zelfopoffering hebben een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met overgave als mediërende variabele.

Hypothese 7:

De schema's verlating en wantrouwen hebben een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.

Hypothese 8:

De schema's mislukking, minderwaardigheid en sociale isolatie hebben een verband met de schemamodus 'zelfverheerlijker' met overcompensatie als mediërende variabele.

Hypothese 9:

Het schema grootsheid/veeleisendheid heeft een verband met de schemamodus 'zelfverheerlijker' met overgave als mediërende variabele.

Hypothese 10:

Het schema wantrouwen heeft een verband met de schemamodus 'pesten en aanval' met overcompensatie als mediërende variabele.

Appendix D: Additionele hypotheses

1. *'Het schema 'wantrouwen' heeft een verband met de schemamodus 'de straffende ouder' met overgave als mediërende variabele.'*
2. *'Het schema 'onderwerping' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met overgave als mediërende variabele.'*
3. *'Het schema 'minderwaardigheid' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.'*
4. *'Het schema 'emotionele deprivatie' heeft een verband met de schemamodus 'willoos inschikkelijk' met vermijding als mediërende variabele.'*
5. *'Het schema 'emotionele deprivatie' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'*
6. *'Het schema 'verlating' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'*
7. *'Het schema 'minderwaardigheid' heeft een verband met de schemamodus 'de onthechte zelfsusser' met vermijding als mediërende variabele.'*