

# Diagnostiek van schema's volgens het model van Young

Bij schematherapie is het van groot belang dat de schema's van de patiënt goed in kaart worden gebracht. Hiervoor zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar. In deze bijdrage wordt vooral ingegaan op de scoring en interpretatie van de Schema-Vragenlijst voor volwassenen.

door Marleen Rijkeboer

Een essentieel onderdeel van schematherapie is de casusconceptualisatie<sup>1</sup>. In deze 'mini-theorie' van een specifieke patiënt wordt inzichtelijk gemaakt welke belangrijke negatieve ervaringen in de kindertijd en vroege adolescentie mogelijkwijs hebben geleid tot het ontstaan van disfunctionele patronen van denken, voelen en handelen, ook wel schema's genoemd. Tevens wordt aangegeven hoe bepaalde copingstijlen van de patiënt (overgave, vermijding en/of overcompensatie) ervoor hebben gezorgd dat deze schema's meer en meer ingesleten zijn geraakt, waardoor steeds terugkerende problemen op allerlei levensgebieden worden ervaren. Voor een goede casusconceptualisatie is het daarom van belang dat vigerende schema's van een patiënt in kaart worden gebracht. Een adequate schema-diagnostiek vereist de inzet van diverse inventarisatiemethoden, zoals de Schema-Vragenlijst (SV), imaginatie, de neerwaartse pijl techniek, het uitvragen van de levensgeschiedenis en observatie van interactiepatronen<sup>2,3</sup>.

## De Schema-Vragenlijst

In zijn eerste publicaties over schematherapie heeft Young<sup>5</sup> zestien algemene schema's onderscheiden, die worden verondersteld in meer of mindere mate aan alle vormen van persoonlijkheidspathologie ten grondslag te liggen. Deze zijn weergegeven in de Young Schema-Questionnaire (YSQ-2)<sup>4</sup>. De Nederlandse vertaling en bewerking, de Schema-Vragenlijst<sup>5</sup>, is in een reeks studies uitvoerig onderzocht en blijkt een klinisch zeer bruikbaar instrument te zijn, met goede psychometrische eigenschappen<sup>6,7,8</sup>.

## Scoring van de SV

Na afname van de SV kunnen twee scoringswijzen worden toegepast, te weten a) het tellen van het aantal meest extreme scores (5 en 6) per schaal en b) het berekenen van het gemiddelde van alle scores per schaal. Welke scoringswijze het best kan worden gehanteerd, is een empirische kwestie. Onderzoek wijst uit dat de laatstgenoemde scoringswijze de hoogste predictieve waarde heeft. Het tellen van alleen extreme scores is minder te prefereren, aangezien daarmee bepaalde vormen van psychopathologie gemaskeerd kunnen blijven.

Uit een studie onder patiënten met persoonlijkheidspathologie en mensen zonder noemenswaardige klachten<sup>8</sup> blijkt bij de meeste schemaschalen een gemiddelde score van 2,5 of hoger doorgaans in het klinische bereik te vallen. Voor 'Minderwaardigheid/Schaamte' ligt deze cut-off waarde al bij een gemiddelde van ongeveer 2, terwijl voor 'Zelfopoffering' en 'Meedogenloze Normen/

Overdreven Kritisch' de scheidslijn rond een gemiddelde score van 3 ligt. Aangezien er nog geen officiële normen bestaan voor de SV, kunnen bovengenoemde scores voorlopig als richtlijn worden genomen bij de interpretatie van de SV.

## Interpretatie van de SV

Belangrijk om te vermelden, is dat de SV geen classificatie-instrument is. Het is dus niet mogelijk om een specifieke persoonlijkheidsstoornis met deze vragenlijst vast te stellen. Daarvoor dienen andere instrumenten, zoals de Structured Clinical Interview for Mental Disorders Axis II (SCID-II) te worden gebruikt.

Met de SV kunnen schema's en mogelijke interactiepatronen tussen de verschillende schema's worden achterhaald. Men dient daarbij in het achterhoofd te houden, dat de SV met name bewuste overtuigingen in kaart brengt. Volgens de theorie van Lang (zie <sup>2</sup>) zijn negatieve emotionele levenservaringen in drie lagen in het geheugen gerepresenteerd, namelijk het niveau van a) de *stimulusinformatie* ofwel specifieke kenmerken van het object of de situatie, waargenomen via alle zintuigen, b) de *betekenisinformatie* ofwel de gevolgtrekkingen die iemand maakt of de betekenis die de situatie voor iemand heeft, en c) de *responsinformatie*, de verbale, autonome en motorische reactie van de persoon. Met de SV en de neerwaartse pijl techniek wordt voornamelijk (bewuste) betekenisinformatie verkregen. Men krijgt een eerste indruk van de vigerende schema's bij een patiënt. Wil men echter een volledig beeld van deze patiënt krijgen, dan is het aan te raden om ook de andere lagen aan te spreken waarop emotionele ervaringen zijn gerepresenteerd, bijvoorbeeld via imaginatie. Zo kunnen wellicht nog meer schema's worden opgespoord.

Wanneer de SV is afgenomen en gescoord volgens bovengenoemde aanwijzingen, wordt gekeken naar het algemene scoringspatroon van de onderzochte. Hoe hoger de gemiddelden op de diverse schalen, des te groter is de algemene lijdensdruk. De ernst van de problematiek wordt mede bepaald door de laatste twee schalen van de SV, te weten 'Rechthebbendheid' en 'Onvoldoende Zelfbeheersing & Discipline'. Hoe hoger de score op deze schalen, des te waarschijnlijker de aanwezigheid van invaliderende

In deze rubriek vindt u bijdragen over instrumenten die in de psychodiagnostiek gebruikt worden.

Dr. M.M. Rijkeboer, Klinische en Gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht; Ambulatorium UU; Academisch Angstcentrum Altrecht (M.M.Rijkeboer@uu.nl).

persoonlijkheidspathologie, waarbij de onderzochte problemen ervaart in de wederkerigheid in sociaal contact (Rechthebbendheid) en moeite heeft om het eigen leven sturing te geven en er sprake kan zijn van impulscontroleproblematiek (Onvoldoende Zelfbeheersing & Discipline).

Vervolgens wordt naar de verschillende clusters van schema's gekeken. Het eerste cluster bevat schema's op het gebied van *basisveiligheid en verbondenheid*, namelijk 'Emotionele Verwaarlozing', 'Verlating', 'Wantrouwen' en 'Sociale Isolatie'. Dit zijn theoretisch gezien de meest primaire schema's, die aangeven in hoeverre iemand zich vertrouwd voelt in relaties, het idee heeft dat relaties standhouden en dat er mensen zijn die om de patiënt geven en rekening met hem of haar houden. Patiënten die hoog scoren op schema's in dit cluster voelen zich doorgaans erg eenzaam en niet begrepen, hebben het idee elk moment in de steek te kunnen worden gelaten, of door anderen bedrogen of misbruikt te worden en ze voelen zich een buitenstaander.

Negatieve ervaringen met ouders of opvoeders en later ook met leeftijdsgenoten kunnen leiden tot het tweede cluster van schema's, die te maken heeft met *zelfwaardering en autonomie*, namelijk 'Minderwaardigheid/Schaamte', 'Sociale Ongewenstheid', 'Mislukking', 'Kwetsbaarheid voor Ziekte en Gevaar', 'Afhankelijkheid/Onbekwaamheid' en 'Verstrengeling/Kluwen'. Wanneer patiënten hoog scoren op de diverse schalen in dit cluster, geven zij aan geplaagd te worden door een lage zelfwaardering. Er is een enorme angst te falen in studie en werk, maar ook in sociale contacten. Men voelt zich erg kwetsbaar en piekert over de vreselijke dingen die kunnen gebeuren. Daarnaast kan het zijn dat de patiënt zich afhankelijk van anderen voelt, zowel in het nemen van dagdagelijkse beslissingen, als in emotioneel opzicht. Men is erg gevoelig voor de mening en ideeën van anderen en kan overkomen als een kameleon, die hobby's, interesses en gewoonten overneemt van op dat moment belangrijke mensen, waardoor er weinig sprake is van een goed ontwikkelde eigen identiteit. Bij verhoging van de schalen in dit cluster, verdient het aanbeveling het suïciderisico in te schatten, zeker als de patiënt tevens hoog scoort op 'Onvoldoende Zelfbeheersing & Discipline', aangezien schadelijke 'acting out' in dergelijke gevallen tot de mogelijkheden behoort.

Tot slot wordt het derde cluster van schema's in ogenschouwen genomen, namelijk het cluster dat betrekking heeft op *aanpassing, waakzaamheid en geremdheid*, namelijk 'Onderwerping', 'Zelf-Opoffering', 'Emotionele Geremdheid' en 'Meedogenloze Normen/Overmatig Kritisch'. Alhoewel de schema's in dit cluster basaal van aard kunnen zijn, is het waarschijnlijker dat zij ontstaan zijn in reactie op eerder gevormde overtuigingen. Deze schema's kunnen daarom tevens worden gezien als diep ingesleten copingstrategieën, ofwel als leefregels, bedoeld om pijnlijke ervaringen het hoofd te bieden of te voorkomen. Hoge scores op schema's in dit cluster gaan vaak gepaard met angst, vermijding en/of dwang. Zo kan iemand die de sterke overtuiging heeft een mislukking te zijn en erg bang is te worden verlaten, al jong de leefregel hebben ontwikkeld geen enkele fout te maken en te streven naar de beste te zijn, iemand met status en macht (het schema 'Meedogenloze Normen/Overmatig Kritisch'). In combinatie met een verhoogde score op het schema 'Rechthebbendheid' kan een patroon ontstaan wat lijkt op dat van de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Een ander kan in reactie op emotionele verwaarlozing en/of verlating en de vaak daaraan verbonden overtuiging minderwaardig te zijn, de leefregel hebben aangenomen anderen steeds tegemoet te komen ten koste van eigen wensen en grenzen. Onder invloed van het schema 'Onderwerping' vertoont de patiënt aldus doorgaans subassertief gedrag, terwijl het schema 'Zelf-Opoffering' tot passief-

agressief gedrag kan leiden. Ook kan het zijn, dat iemand geen enkele emotie of mening laat merken, uit angst daarop afgerekend of afgewezen te worden (het schema 'Emotioneel Geremd'). Het is goed denkbaar dat deze persoon heftige angst ervaart, wanneer er tevens sprake is van 'Onvoldoende Zelfbeheersing & Discipline'. Men zit als het ware ingeklemd tussen enerzijds een ontremd temperament en anderzijds de diepgewortelde overtuiging dat emotionele uitingen tot pijnlijke situaties kunnen leiden. Een zelfstraffende houding lijkt onafwendbaar.

## Volgorde van de vragen

Bij het in kaart brengen van schema's middels een vragenlijst is het, tot slot, van belang welke indeling van vragen wordt gehanteerd. Naast de SV, de enige door Young geautoriseerde vertaling van de YSQ-2, zijn in Nederland diverse andere vertalingen in omloop. In een aantal hiervan staan de vragen per schaal gegroepeerd. Op basis van psychometrische overwegingen zijn de vragen van de SV echter in een willekeurige volgorde geplaatst. Alhoewel een gegroepeerde indeling als voordeel lijkt te hebben, dat men op eenvoudige wijze de score van een patiënt op elke vraag kan bekijken, zonder eerst uit te hoeven zoeken tot welk schema de betreffende vraag behoort, kan een dergelijke werkwijze tot een verminderde validiteit van de diagnostiek leiden. De analyse van afzonderlijke vragen leidt namelijk doorgaans tot weinig nuttige informatie, aangezien elke individuele vraag een lage betrouwbaarheid heeft. Daarnaast werkt een groepering van vragen bepaalde respondenten in de hand. Zo kan iemand proberen om alle achterenvolgende vragen van een schaal zo consistent mogelijk te beantwoorden, alsook een gunstig dan wel ongunstig beeld van zichzelf te geven op belangrijk geachte schalen. Het verdient daarom de voorkeur om een vertaling te gebruiken, waarbij de vragen in willekeurige volgorde staan.

## Noten

De Schema-Vragenlijst is te verkrijgen bij het Ambulatorium Universiteit Utrecht: [Ambusecr@fss.uu.nl](mailto:Ambusecr@fss.uu.nl) of 030-2534462.

- 1 Van Genderen H (2008) Casusconceptualisatie in schematherapie. In Vreeswijk M van ea (red) *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (p 73-89)
- 2 Rijkeboer MM ea (2009) Schemagerichte therapie. In Eurelings-Bontekoe EHM ea (red) *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum (p 301-318)
- 3 Weertman A (2008) Gebruik van experiëntiële technieken voor diagnostiek. In Vreeswijk M van ea (red), zie noot 1, p 48-56
- 4 Young JE (1994) *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. edition). Sarasota, FL: Professional Resource Press
- 5 Sterk F & Rijkeboer MM (1997) *Schema-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht
- 6 Rijkeboer MM (2005) *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Young Schema-Questionnaire*. Universiteit Utrecht: Academisch proefschrift
- 7 Rijkeboer MM & van den Bergh H (2006) Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive therapy and research* 30: 263-278
- 8 Rijkeboer MM ea (2005) Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 36: 129-144