

SCHEMA THERAPIE

Onder redactie van Hellen Hornsveld – Hélène Bögels – Heleen Grandia



21 VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

Casusboek schematherapie

Onder redactie van
Hellen Hornsveld
Hélène Bögels
Heleen Grandia

Casusboek schematherapie

21 voorbeelden uit de praktijk



Houten 2021

Redactie
Hellen Hornsveld
Utrecht, Nederland

Hélène Bögels
Den Bosch, Nederland

Heleen Grandia
Amsterdam, Nederland

ISBN 978-90-368-2631-0 ISBN 978-90-368-2632-7 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2632-7>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2021
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen. De uitgever blijft onpartijdig met betrekking tot juridische aanspraken op geografische aanwijzingen en gebiedsbeschrijvingen in de gepubliceerde landkaarten en institutionele adressen.

NUR 777

Ontwerp omslag: Nanja Toebak, Den Bosch

Illustraties: Heleen Grandia

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum
Walmolen 1
Postbus 246
3990 GA Houten

www.bsl.nl

Voorwoord

Nieuwe ontwikkelingen komen voort uit vragen en frustraties, die in combinatie met nieuwsgierigheid en creativiteit vaak leiden tot nieuwe oplossingen. Dit boek is daar een mooi voorbeeld van.

Toen wij (bij de geacademiseerde Riagg Maastricht) in 1990 tijdens het doen van onderzoek merkten dat cognitieve gedragstherapie bij tal van stoornissen heel goed werkte, maar dat een deel van de cliënten klachten bleef houden, gingen wij op zoek naar een verklaring. Meestal bleek dat deze cliënten wel klachtenvermindering hadden wat betreft de syndroomstoornis, maar dat de resterende klachten voortkwamen uit hun persoonlijkheidsstoornis, die met cognitieve gedragstherapie een stuk lastiger te behandelen was. Arnoud Arntz zocht en vond een therapie die daar geschikter voor zou zijn, ontwikkeld door Jeffrey Young: *schema focused therapy*. Hij organiseerde samen met de therapeuten van de Riagg en andere ggz-instellingen het eerste grote onderzoek naar schematherapie bij mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Dit betekende de grote doorbraak van schematherapie in Nederland. Er volgden meer studies naar de behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis, ook in groepen en bij andere persoonlijkheidsstoornissen. Telkens weer bleek schematherapie het effectiefst.

Het succes van schematherapie bij persoonlijkheidsstoornissen leidde tot nieuwe vragen bij schematherapeuten. Waarvoor kun je schematherapie nog meer inzetten? Andere doelgroepen? Verschillende settings? Andere stoornissen? Wanneer kies je voor schematherapie als er sprake is van een of meer syndroomstoornissen in combinatie met (trekken van) een persoonlijkheidsstoornis? Kun je twee behandelingen combineren? Kan het korter? De nieuwsgierigheid en creativiteit van een aantal schematherapeuten leidden niet alleen tot nieuwe toepassingen maar ook tot nieuw onderzoek.

In dit boek wordt geprobeerd een zo breed mogelijk overzicht te geven van de antwoorden op deze vragen. Wat dit boek erg toegankelijk maakt, voor zowel beginnende als ervaren schematherapeuten, is dat elke auteur de problematiek beschrijft aan de hand van een casus. Zowel de theoretische achtergrond als het verloop van de behandeling wordt beschreven, waarin veelal ook een typerend moeilijk moment wordt opgelost. Ook de rol van de schema's van de therapeut komt hierbij aan bod. De illustraties van Heleen Grandia maken het geheel compleet.

De auteurs lichten helder toe wat de aanpassingen binnen de schematherapie zouden moeten zijn om de therapie mogelijk te maken bij hun specifieke doelgroep of in hun specifieke setting. Zo is het verheugend dat inmiddels meer kennis en ervaring wordt opgebouwd over schematherapie bij cliënten met een ontwikkelingsstoornis of een LVB én een persoonlijkheidsstoornis. Dit leidt niet alleen tot een verbetering van de persoonlijkheidsproblematiek, maar ook tot het beter leren hanteren van de typische problemen die bij de ontwikkelingsstoornis of LVB horen.

Een aantal toepassingen bij verschillende syndroomstoornissen en settings is inmiddels al via onderzoek effectief gebleken (recidiverende depressie, alcoholverslaving, tbs, jongeren en groepen). Andere toepassingen worden momenteel onderzocht (DIS, autisme, partnerrelatietherapie, ouderen). Onderzoek naar de toepassing van schematherapie bij andere stoornissen, in andere settings of in combinatie met vaktherapie, wordt door de meeste auteurs sterk aanbevolen. Een paar succesvolle behandelingen zijn immers inspirerend, maar tonen nog niet aan dat schematherapie een toegevoegde waarde heeft. Zeker als het gaat om syndroomstoornissen kan het zinvol zijn om eerst te onderzoeken of de gebruikelijke evidence-based behandeling in een eerder stadium wel goed is uitgevoerd voordat geconcludeerd wordt dat schematherapie geïndiceerd is.

De enige kanttekening die ik bij dit zeer inspirerende boek zou willen plaatsen is dat het de vraag is of alle soorten therapieën die gericht zijn op het veranderen van patronen of schema's ook echt schematherapie genoemd kunnen worden. Voor cliënten met lichtere klachten in de basis-ggz met een sterke Gezonde Volwassene kan werken met schematherapeutische technieken om patronen te doorbreken heel zinvol zijn. Wellicht moeten we dit bijvoorbeeld 'werken met schematherapeutische technieken' noemen en er verder onderzoek naar doen. Het risico op onderbehandeling of zelfs teleurstelling over schematherapie ligt op de loer als een kortdurende variant niet leidt tot voldoende verbetering van de persoonlijkheidsproblematiek.

Mijn conclusie na het lezen van dit boek is dat er door de inzet, nieuwsgierigheid en creativiteit van deze auteurs veel meer zinvolle toepassingen van schematherapie zijn ontwikkeld en dus veel meer cliënten geholpen kunnen worden dan wij dertig jaar geleden ooit konden bedenken.

Hannie van Genderen

Inhoud

1	Schematherapie bij persoonlijkheidsproblematiek als er ook sprake is van PTSS	1
	<i>Danielle Oprel</i>	
2	Schematherapie bij verslaving en een persoonlijkheidsstoornis	19
	<i>Michiel Boog</i>	
3	Een topadvocaat met narcistische problematiek	35
	<i>Marjon Nadort</i>	
4	Schematherapie bij een cliënte met een dissociatieve identiteitsstoornis	53
	<i>Minou van den Ouweland, Rafaële Huntjens en Marleen Rijkeboer</i>	
5	Zes jaar en tbs met dwangverpleging	69
	<i>Truus Kersten</i>	
6	Schematherapie bij een 75-jarige vrouw	87
	<i>Machteld Ouwens en Arjan Videler</i>	
7	Schematherapie bij een lichte verstandelijke beperking, PTSS en borderline-persoonlijkheidstrekken	105
	<i>Désirée Martius</i>	
8	Met vertrouwen de crisis door in de behandeling van een 25-jarige vrouw met een borderline-persoonlijkheidsstoornis	123
	<i>Rosi Reubsaet en Judith Vanhommerig</i>	
9	Schematherapie bij een jongere in de gesloten jeugdzorg	139
	<i>Marjolein van Wijk-Herbrink</i>	
10	Schematherapie en EMDR: een combinatiebehandeling bij een cliënte met borderline-persoonlijkheidsstoornis	155
	<i>Linda Hummel en Annemieke Driessen</i>	
11	Hoe ADHD en modi elkaar kunnen versterken	173
	<i>Katrine de Vries</i>	
12	Hoe dramatherapie het ervaringsgericht werken in schematherapie verdiept en aanvult	189
	<i>Judith Hollands, Wiesette Krol en Guido Sijbers</i>	

13	Een cliënte met een depressie en een vermijdende-persoonlijkheidsstoornis	205
	<i>Jet Alberts en Katinka de Boer</i>	
14	Een jonge vrouw met een borderline-persoonlijkheidsstoornis in een groepsschematherapiebehandeling	221
	<i>Odette Brand-de Wilde</i>	
15	Behandeling van een persoonlijkheidsstoornis bij een volwassene met autismespectrumstoornis	239
	<i>Richard Vuijk, Simone van der Heiden en Tatiana Brandsma</i>	
16	De behandeling van een geparentificeerde jongvolwassene	257
	<i>Willemien van der Mark en Natalie van Oort</i>	
17	Schematherapie bij een partnerrelatie	275
	<i>Paul Schobre</i>	
18	Modulair werken in schematherapie	293
	<i>Jenny Broersen en Michiel van Vreeswijk</i>	
19	Het ontwikkelen van de Gezonde Volwassene in klinische schematherapie	311
	<i>Anne-Marie Claassen</i>	
20	Schematherapie in de basis-ggz	325
	<i>Fieke Bosma</i>	
21	Schematherapie bij een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis	345
	<i>Remco van der Wijngaart</i>	

Inleiding



Het boek dat nu voor je ligt is het eerste Nederlandse casusboek schematherapie. Er zijn al meerdere goede en praktische boeken over schematherapie en er is ook veel beeldmateriaal beschikbaar. Als supervisoren en opleiders merken wij desondanks dat het niet eenvoudig is om structuur aan te brengen in het therapieproces. Zowel beginnende als gevorderde schematherapeuten worstelen hiermee. De aard van de problematiek (persoonlijkheidsstoornissen met vaak meerdere comorbide diagnoses) en de duur van de behandeling (vaak 2 tot 3 jaar) maken het soms moeilijk de uitgezette lijn vast te houden. Psychosociale problemen vragen eveneens om aandacht. Hoe houd je de focus op schema's en modi? Hoe voorkom je dat je als therapeut weliswaar veel 'onderdelen' uit de schematherapie toepast, maar dat het er toch niet echt van komt om een gehele behandeling op basis van schematherapie uit te voeren? Wat doe je als je blijft twijfelen over je aanpak? Wij denken dat een casusboek kan helpen om antwoord te geven op deze vragen en je meer vertrouwen te geven over je behandelingen.

Alledaagse casuïstiek

In dit casusboek worden voorbeelden gegeven van hoe schematherapie vormgegeven kan worden in alledaagse therapiesituaties. Het voordeel van casusbeschrijvingen is dat je dicht bij de dagelijkse praktijk blijft. We zijn niet op zoek geweest naar bijzondere ‘exotische’ verhalen, maar hebben gekozen voor de meer doorsnee casuïstiek. Alle auteurs beschrijven hun behandeling van begin tot eind, zonder al te veel theorie en op een prettig leesbare manier. Ook als de behandeling in groepsverband plaatsvindt staat het individu voorop. Telkens wordt beschreven hoe de keuze voor schematherapie tot stand kwam; hoe het behandelplan werd bepaald en welke uitdagingen er waren om het geheel gaandeweg tot een goed einde te brengen. Niet alles hoeft daarbij gladjes te zijn verlopen, ‘worstelingen’ en zelfs ‘missers’ worden niet geschuwd. Je krijgt hierdoor een kijkje in de keuken van ervaren schematherapeuten en doet wellicht ideeën op voor eigen behandelingen.



Brede toepassingen

Jeffrey Young ontwikkelde de schematherapie aanvankelijk voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. De therapie bleek zeer effectief. In de jaren daarna werd het schemamodel uitgebreid met modi, en onderzoek kwam goed op gang, voor een belangrijk deel in Nederland. Inmiddels is schematherapie een richtlijnbehandeling, niet alleen voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis (zie voorbeelden in ► H. 10 en 14),

maar ook voor andere cluster B- (► H. 3 en 5) en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen (► H. 13 en 21). Schematherapie wordt bij steeds meer populaties toegepast; dit is niet verwonderlijk, want persoonlijkheidsproblematiek is overal. Bijvoorbeeld onder ouderen, die er vaak al hun hele leven mee worstelen (► H. 6) of bij mensen met een verslaving (► H. 2 en 3). Soms zijn mensen ook ‘vatbaarder’ voor het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis, zoals mensen met een verstandelijke beperking (► H. 7), autisme (► H. 15) of ADHD (► H. 11). De verschillende auteurs laten zien hoe aanpassingen soms nodig zijn, terwijl de basis van de schematherapie zo veel mogelijk behouden blijft.

Pioniers

Een casusboek is geen leerboek; het is geschreven voor collega-schematherapeuten die bekend zijn met de materie: met het werken met schema's en modi en met de verschillende technieken. Het bijzondere van een boek vol casuïstiek is dat het de mogelijkheid biedt om pioniers aan het woord te laten: therapeuten die experimenteren met schematherapie bij nieuwe populaties, zoals hierboven genoemd, maar ook bijvoorbeeld bij de dissociatieve identiteitsstoornis (► H. 4) of bij partnerrelaties (► H. 17). Geen enkele casus, hoe succesvol ook, is een bewijs voor de effectiviteit van de toepassing ervan. Het kan wel het begin zijn van goed onderzoek. In ► H. 4, 14 en 15 bijvoorbeeld, is de behandeling uitgevoerd in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Soms wordt er gepioneerd met het veranderen van de vorm van schematherapie, zoals het verkorten van de therapie (► H. 18 en 20) of het combineren met elementen uit de positieve psychologie (► H. 19), met EMDR (► H. 10), met Imaginaire Exposure (► H. 1) of met systeemtherapie (► H. 16 en 17). Ook hiervoor geldt dat goed onderzoek noodzakelijk is. Verschillende auteurs zijn bezig met onderzoek, hebben al eerste resultaten of wachten daarop. In ieder geval geven alle auteurs een onderbouwing van hun keuze om in bepaalde gevallen af te wijken van de effectief bewezen vorm van behandeling voor de betreffende doelgroep.

Comorbiditeit

Een persoonlijkheidsstoornis komt zelden alleen; vaak is er comorbiditeit, zoals een depressie, verslaving en/of relatieproblemen. Meestal zijn juist deze klachten reden voor aanmelding. Kenmerkend voor schematherapie is dat het aangrijpingspunt van de behandeling zich niet zozeer richt op directe klachtenvermindering als wel op het veranderen van de achterliggende patronen, die vaak al bestonden voordat de klachten zich ontwikkelden. De veronderstelling is dat met het veranderen van deze patronen ook de daarmee samenhangende klachten zullen verminderen. Een mooi voorbeeld is de behandeling van een cliënte met recidiverende depressies in ► H. 13, bij wie de depressie lijkt samen te hangen met haar ontwijkende persoonlijkheid. In andere gevallen is het belangrijk wel eerst de syndroomstoornis te behandelen. In ► H. 1 bijvoorbeeld pleit de auteur er expliciet voor om een PTSS zo snel mogelijk eerst te behandelen. Ook een verslaving (► H. 2) of ernstige depressie moet men meestal eerst behandelen, voordat schematherapie zinvol kan worden toegepast.

Modusmodellen

Wat maakt schematherapie zo effectief? De behandeling als geheel is effectief, maar welke onderdelen cruciaal zijn, en welke mogelijk weggelaten kunnen worden is nog onduidelijk. Meerdere cliënten in dit boek (bijvoorbeeld ► H. 7) geven aan dat voor hen het modusmodel bijzonder nuttig was. Cliënten begrijpen hun klachten beter en – niet onbelangrijk – vinden het heel verhelderend hoe ervaringen uit hun jeugd gekoppeld blijken aan hardnekkige patronen in het heden. In schematherapie wordt relatief veel tijd besteed aan het samen met de cliënt ontwikkelen van de casusconceptualisatie en het modusmodel, en er wordt veel psycho-educatie gegeven. Dit geeft houvast voor de rest van de behandeling, en het wordt gezien als een waardevolle versterking van de Gezonde Volwassene. In dit boek zien we verschillende manieren om een modusmodel weer te geven. Accentverschillen komen vooral goed tot uitdrukking in de grafische weergaven van het modusmodel. Als redactie hebben wij niet gestreefd naar uniformiteit; er is immers geen goed of fout. Het is juist aardig om te zien welke varianten er zijn, vooral wanneer de auteurs in hun toelichting hun keuzes begrijpelijk maken.

Interventies

Schematherapie kenmerkt zich door de experiëntiële technieken; soms wordt er zelfs over schematherapietechnieken gesproken wanneer experiëntiële technieken worden bedoeld. In dit casusboek wordt relatief veel aandacht besteed aan experiëntiële oefeningen; zoals de diagnostische imaginatie (► H. 13, 20) en imaginatie met rescripting (► H. 14, 16 en 21). Er zijn mooie uitgeschreven meerstoelen-dialogen (► H. 2, 3 en 17), een empathische confrontatie (► H. 8, 9 en 21) en een rollenspel (► H. 15). De auteurs van ► H. 10 pleiten ervoor om EMDR ook als experiëntiële interventie in het arsenaal van de schematherapeut op te nemen.

Binnen de schematherapie zijn experiëntiële en cognitief-gedragstherapeutische technieken verweven. Door samen met de cliënt te werken aan een kloppend modusmodel (zoals bijvoorbeeld mooi gebeurt in ► H. 19 en 21) wordt er bijvoorbeeld al behoorlijk ‘cognitief geherstructureerd’. De oudermodi vertegenwoordigen hierbij de verinnerlijkte ‘belemmerende, disfunctionele opvattingen’ die volgens het model worden uitgedaagd door de ‘helpende, functionele’ Gezonde Volwassene. Registratieopdrachten en modusdagboeken worden bijgehouden om de modi beter te kunnen herkennen en bewerken (► H. 20). De voor- en nadelenanalyse uit de CGT wordt toegepast als een meerstoelendialoog tussen een copingmodus en een Gezonde Volwassene. Alle interventies worden door de limited reparenting gedragen.

De volgorde van behandeling: cognitief beginnen?

Enkele auteurs maken een scherp onderscheid tussen een cognitieve fase en experiëntiële fase. In ► H. 18 wordt schematherapie zelfs aangeboden in twee varianten: cliënten krijgen ofwel een cognitieve module ofwel een experiëntiële, ofwel beide. In ► H. 15 krijgt een cliënte in het kader van onderzoek eerst een CGT-fase en vervolgens een experiëntiële fase. Deze cliënte had ook in een onderzoeksconditie met een

omgekeerde volgorde terecht kunnen komen. Ook Jeffrey Young brengt een volgorde in type technieken aan. In zijn eerste boeken wordt beschreven dat het veranderingsproces meestal wordt begonnen met cognitieve interventies, vervolgens experiëntiële, en ten slotte op gedragsverandering gerichte. In de loop der tijd lijkt de visie hierop te zijn veranderd. In latere leerboeken en het onderwijs van nu wordt aanbevolen om zo snel mogelijk te beginnen met experiëntiële technieken. Veel cliënten hebben immers reeds CGT gehad (en zeggen soms: ik weet wel dat het niet klopt, maar ik voel het niet) wanneer zij voor het eerst bij een schematherapeut komen. Ook is in onderzoek gebleken dat CGT voor persoonlijkheidsstoornissen minder effectief is dan schematherapie. Diagnostische imaginaties worden bijvoorbeeld al in een vroeg stadium geïntroduceerd om voelbaar te maken hoe de huidige problemen samenhangen met ‘oud zeer’. ‘Zo snel mogelijk experiëntieel’ lijkt ook de regel die de meeste auteurs in dit boek hanteren, hoewel dit soms jarenlang niet lukt, zoals bij de forensische cliënt in ► H. 5, die lange tijd niet te verleiden is tot imaginaties, en zeker niet tot ‘stoelendansen’. Het lijkt soms beter om cognitief te beginnen en de behandeling rustig op te bouwen, zoals bij de oudere cliënte in ► H. 6 en bij de cliënte met LVB in ► H. 7.

De volgorde van behandeling: welke modus eerst?

Een gerelateerde vraag is welke modus het best als eerste aangepakt kan worden. Is het Kwetsbare Kind goed bereikbaar, dan beginnen therapeuten al snel met imaginatie met rescripting (zie bijvoorbeeld ► H. 11). In ► H. 10 wordt een top vijf van ‘oud zeer’ opgesteld, herinneringen die de cliënte direct in de Kwetsbare Kind-modus brengen. Imaginatie met rescripting is een mooie manier om de bron van de oudermodi duidelijk te maken en de Gezonde Volwassene te versterken. Wanneer een oudermodus in het hier en nu voor problemen zorgt – zeker wanneer dit in de sessie gebeurt –, zal de therapeut de oudermodus willen aanpakken met de meerstoelentechniek.

Copingmodi kunnen zo verstoringen werken dat noch het Kwetsbare Kind, noch de oudermodi goed kunnen worden bereikt. In dat geval zal – al dan niet na empathische confrontatie – eerst gedragsverandering nodig zijn: de cliënte moet stoppen met vermijden, weghouden van emoties, pleasen, drinken, werken, omdat dit de problemen in stand houdt. Dit leidt soms tot een ‘uur van de waarheid’ of – zoals de auteurs van ► H. 8 beschrijven – tot een ‘heilzame crisis’.

Vaktherapie

Vaktherapeuten, zoals dramatherapeuten, beeldend therapeuten en psychomotore therapeuten hebben vaak eigen methodieken om moeilijk toegankelijke modi te activeren. Wanneer alle behandelaren binnen een setting dezelfde taal gebruiken en hun aanpak op elkaar afstemmen, kan dit een enorme meerwaarde hebben. De casussen in H. 9 en 12 zijn hier fraaie voorbeelden van. Schematherapeuten gebruiken zelf ook steeds meer non-verbale ‘vaktherapeutische’ technieken. In feite is schematherapie van meet af aan een combinatie geweest van meer verbaal gestuurde therapievormen met technieken uit onder andere de gestalt- en dramatherapie. Deze ontwikkeling zet

zich voort. In de groepstherapie volgens het model van Farrell & Shaw worden – meer nog dan bij Young – vaktherapeutische technieken standaard aangeboden door psychotherapeuten (zie ► H. 14). Een individuele variant van Farrell & Shaw – met veel non-verbale interventies – wordt toegepast bij een cliënte met een dissociatieve identiteitsstoornis, zie ► H. 4.



Op de schouders van reuzen

Alle schematherapeuten, ook wij als auteurs en redactie, zijn natuurlijk schatplichtig aan de vele boeken, onderzoeken en publicaties die er al zijn. Met name de leerboeken uit de opleiding tot schematherapeut worden in vrijwel elk hoofdstuk geciteerd. Een lijst met veelvoorkomende referenties is voor in het boek opgenomen, zodat niet elk hoofdstuk dezelfde referenties bevat. Dit geldt voor referenties naar de schematherapie-vragenlijsten, de Young Schema Questionnaire en de Schema Mode Inventory. Vrijwel alle therapeuten in dit boek nemen deze vragenlijsten af bij hun cliënten en refereren hiernaar. Ten slotte wordt veel verwezen naar boeken die speciaal geschreven zijn voor cliënten om de therapie te ondersteunen. Cliënten kunnen deze boeken zelf aanschaffen; ze bevatten naast uitleg en voorbeelden ook werkbladen die als huiswerkopdracht kunnen dienen. In ► H. 7 staat beschreven hoe een 24-jarige cliënte met een licht verstandelijke beperking door haar persoonlijk begeleider geholpen wordt bij het maken van deze huiswerkopdrachten. Ook deze referenties staan voor in het boek.

Aanpassingen

Het blijkt dat het schematherapiemodel breed toepasbaar is en goed aansluit bij de behoeften van heel verschillende doelgroepen. Ondanks het feit dat het een relatief ingewikkeld model is, met meerdere niveaus van behoeften, schema's, copingstrategieën, modi en technieken, blijkt dat therapeuten er goed mee uit de voeten kunnen. De auteurs van dit boek weten de therapie goed te vereenvoudigen en aan te passen aan hun specifieke doelgroep, zoals voor mensen met een licht verstandelijke beperking (► H. 7), mensen met autisme (► H. 15), ADHD (► H. 11) of ouderen (► H. 6). Dat is knap. Soms zijn aanpassingen nodig, maar er wordt naar gestreefd om de aard van

schematherapie zo goed mogelijk te behouden. Opvallend is dat alle auteurs zonder uitzondering werken met het modusmodel. Schematherapeuten denken wel in termen van onvervulde basisbehoeften, schemadomeinen en schema's, maar hun handelen lijkt vrijwel geheel te worden gestuurd door 'het werken met (de schema's in) de modi'. Alle verhalen bij elkaar laten zien dat schematherapie 'gewoon' een ambacht is, al dan niet met de noodzakelijk geachte aanpassingen.

Succesverhalen

Het is een boek vol succesverhalen geworden; dit was niet te voorkomen. De auteurs laten ook geploeter zien, vertellen over de risico's die genomen moesten worden, en over hun teleurstellingen. Toch werden alle behandelingen naar tevredenheid afgerond. Dit geeft een te rooskleurig beeld. Schematherapie kenmerkt zich weliswaar door een lage drop-out en hoge effectiviteit, maar een drop-outpercentage van grofweg 20 % betekent nog altijd dat een op de vijf cliënten er voortijdig mee stopt. Dit betekent overigens niet dat de therapie volledig mislukt is; wellicht vinden deze cliënten elders steun, of knappen ze op zonder onze hulp of komen ze op een later tijdstip terug. Van de mensen die de behandeling afronden betekent een (hoog) succespercentage van 70 %, nog steeds dat drie op de tien mensen niet of nauwelijks verbeteren, of zelfs verslechteren. Ook deze mensen krijgen gelukkig vaak nog een tweede of een derde kans. De getallen geven wel aan dat er nog voldoende ruimte is voor verbetering.

De indeling van het boek

Er is geen specifieke volgorde aangebracht in de hoofdstukken; we hebben ze 'gestrooid'. Elk hoofdstuk staat op zichzelf en is uniek wat betreft de aard van de persoonlijkheidsproblemen, comorbiditeit, leeftijdscategorie en/of setting. Het boek is daarmee tevens een soort naslagwerk geworden voor 'moeizaam lopende behandelingen' waar therapeuten aanbevelingen en tips kunnen vinden voor een bepaalde doelgroep of setting. Het boek is echter verre van compleet. We kunnen met gemak een tweede casusboek starten met hoofdstukken die nu nog ontbreken, zoals een hoofdstuk met een casus waarbij psychotische problematiek speelt, of waarbij de migratieachtergrond of huidskleur aandacht behoeft, of waarbij sprake is van een comorbide eetstoornis of seksuele problemen. Al deze onderwerpen brengen specifieke aandachtspunten en valkuilen met zich mee; hopelijk vinden deze onderwerpen een plek in een volgend casusboek of in een wetenschappelijke studie.

Anonimiteit

Vanwege de privacy zijn persoonsgegevens veranderd en hebben de auteurs ook op andere manieren geprobeerd hun casus zo onherkenbaar mogelijk te maken. Meestal is dit gedaan door een 'samengestelde casus' te presenteren: bijzonderheden van twee of meer cliënten met eenzelfde soort achtergrond en behandelverloop zijn gecombineerd tot een leesbaar en aannemelijk geheel. In een enkel geval was dit niet goed mogelijk; in die gevallen is toestemming verkregen van de desbetreffende cliënt.

Dankbetuiging

Wij danken alle auteurs. Zonder uitzondering zijn zij ervaren schematherapeuten en specialist op een bepaald gebied. Dank voor het kijkje in ieders keuken. Het is niet altijd makkelijk om datgene wat je in je hoofd hebt ook helder op papier te krijgen. Vooral degenen die niet eerder hebben gepubliceerd kostte het soms wat extra tijd en moeite. Maar het is gelukt! Het is een boek geworden waar we met ons allen trots op kunnen zijn.

Hellen Hornsveld

Hélène Bögels en Heleen Grandia

Mei 2021

Redactie en auteurs

Redacteuren

Dr. H. (Hellen) Hornsveld

Gz-psycholoog, EMDR Europe supervisor/trainer en schematherapeut/supervisor VSt/ISST. Zij is zelfstandig gevestigd te Utrecht als behandelaar, onderzoeker en docent. Zij specialiseerde zich in de behandeling van angst, trauma en persoonlijkheidsstoornissen. Zij publiceert regelmatig over deze onderwerpen. Samen met Sjef Berendsen redigeerde zij het *Casusboek EMDR* (2009). Zij is actief voor de VSt (bestuurslid) en voor de VEN (wetenschapscommissie).

Drs. H. (Hélène) Bögels

Klinisch psycholoog/psychotherapeut. Zij is werkzaam bij het Centrum voor Adolescentenpsychiatrie van de Reinier van Arkel en in een vrijgevestigde praktijk in Den Bosch. Hélène is supervisor van de VSt, VGct en NVGP en supervisor/trainer ISST. Tevens is ze opgeleid tot EMDR Europe Practitioner (VEN). Bij Van Genderen Opleidingen werkt zij als docent schematherapie. Zij is namens de VSt lid van de *Training & Certification Advisory Board* van de ISST.

Drs. H. (Heleen) Grandia

Gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij GGZ-NHN. Zij is supervisor VSt/ISST en VGct. Daarnaast is zij werkzaam als docent bij de GZ-opleiding van RINO Amsterdam en geeft zij cursussen schematherapie in opdracht van Forta Opleidingen. Als lid van de commissie 'voorlichting en communicatie' van de VSt is zij in 2018 begonnen met het illustreren van de nieuwsbrief van de VSt.

Auteurs

Drs. J. (Jet) Alberts

Gz-psycholoog en supervisor VSt/ISST en VGct, en specialistisch groepstherapeut NVGP. Werkzaam bij het NPI, specialist in persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van Arkin, waar zij individuele schematherapie en groepsschematherapie geeft. Daarnaast is zij supervisor en docent bij de GZ-opleiding en docent schematherapie bij Forta Opleidingen.

Drs. K. (Katinka) de Boer

Psychotherapeut en gz-psycholoog. Zij is supervisor VSt/ISST en VGct, en groepstherapeut NVGP. Werkzaam bij het NPI, specialist in persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van Arkin, waar zij individuele schematherapie en groepsschematherapie geeft. Daarnaast is zij supervisor en docent bij de GZ-opleiding en docent schematherapie bij Forta Opleidingen.

Dr. M. (Michiel) Boog

Klinisch psycholoog en senior schematherapeut. Hij is werkzaam als clinicus op de afdeling Deeltijd Verslaving en Persoonlijkheid bij Antes in Rotterdam. Daarnaast werkt hij als onderzoeker binnen de Parnassia Groep Academie. Regelmatig werkt hij samen met onderzoekers van de afdeling Klinische psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam. In zijn onderzoek houdt hij zich bezig met verslaving, persoonlijkheid en schematherapie.

Drs. F. (Fieke) Bosma

Gz-psycholoog en supervisor voor de VSt en VGct. Zij heeft lange tijd gewerkt in de forensische psychiatrie, de basis-ggz (BGGZ) en de verslavingszorg. Inmiddels werkt ze op interim-basis bij diverse organisaties, veelal als schematherapeut, regiebehandelaar of supervisor. Vanuit haar opleidingspraktijk Lingeland Psychologie geeft ze cursussen op het gebied van schematherapie, variërend van toepassing in de BGGZ, Specialistische GGZ tot forensische psychiatrie en verslavingszorg.

Dr. O. (Odette) Brand-de Wilde

Klinisch psycholoog en psychotherapeut, supervisor VSt en ISST en trainer (groep)schematherapie. Zij heeft uitgebreide ervaring met het werken met volwassenen en jongeren met een ernstige (borderline-) persoonlijkheidsstoornis in zowel groepsbehandelingen en klinische behandelsettings als in individuele behandelingen. Zij is mede-eigenaar van Schematherapie in Bedrijf, een trainingsinstituut op het gebied van schematherapie. Daarnaast is zij betrokken bij diverse wetenschappelijke onderzoeken en publicaties, o.a. op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen in het algemeen en schematherapie in het bijzonder. Ook is zij betrokken bij diverse implementatietrajecten op het gebied van (groep)schematherapie in ambulante en klinische settings.

Drs. T. (Tatiana) Brandsma

Gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog, senior schematherapeut en manager zorg, werkzaam met jeugdigen en volwassenen met autismespectrumstoornis bij Sarr Autisme Rotterdam.

Drs. J. (Jenny) Broersen

Klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkzaam als locatiehouder bij G-kracht psychomedisch centrum Amsterdam en bij GGZ Delfland te Delft. Zij is hoofddocent behandeling voor de opleiding tot gz-psycholoog bij de RINO Groep, regio Rotterdam. Zij is supervisor VGct en schematherapie bij de VSt en ISST. Bij de NVP heeft zij de registratie leersupervisor. Jenny is (co)auteur van verschillende artikelen en boeken over schematherapie, en geeft cursussen en workshops.

Drs. A. (Anne-Marie) Claassen

Psychotherapeut en supervisor VSt en NVP. Ze is docent schematherapie, groepstherapie en Samenhangend Behandelen. Daarnaast is ze hoofdredacteur van PsyXpert, een praktijkgericht nascholings tijdschrift. Als programmamanager werkt ze aan de zorglijn schematherapie van de Boerhaven, expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen. De kliniek is een onderdeel van Mediant in Hengelo; hier werkt ze als psychotherapeut en milieutherapeut.

Drs. A. (Annemieke) Driessen

Klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkzaam bij PsyQ, afdeling Persoonlijkheidsproblematiek en Psychotrauma, Den Haag. Zij is EMDR Europe Practitioner en supervisor VEN, Senior Schematherapeut VSt, cognitief gedragstherapeut en supervisor VGct, traumatherapeut en supervisor NtVP. Zij heeft over de combinatie van EMDR en schematherapie meerdere artikelen gepubliceerd en workshops en lezingen verzorgd. Sinds 2016 is zij bestuurslid en sinds 2018 is zij voorzitter van de Vereniging EMDR Nederland.

Drs. S. (Simone) van der Heiden

Gz-psycholoog en senior schematherapeut, werkzaam met volwassenen met autismespectrumstoornis bij Sarr Autisme Rotterdam.

J. (Judith) Hollands

Dramatherapeut en supervisor schematherapeutisch werkenden voor de VSt. Mede-oprichter van de Academie voor Schematherapie en het Huis voor Schematherapie.

Drs. L. (Linda) Hummel

Gz-psycholoog/psychotherapeut bij het Centrum Persoonlijkheid van de GGzE te Eindhoven. Zij is supervisor van de VSt en de VGct en EMDR Europe Practitioner van de VEN. Daarnaast is zij als hoofddocent Intrapsychische behandelingen verbonden aan RINO Zuid te Eindhoven. Over de combinatie van schematherapie en EMDR heeft zij een artikel geschreven en workshops gegeven.

Prof. dr. R. (Rafaële) Huntjens

Hoogleraar verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, basiseenheid Klinische Psychologie, met als leerstoel Experimentele Klinische Psychologie, in het bijzonder traumagerelateerde en dissociatieve stoornissen. Zij is tevens docent in de GZ en KP-opleiding en senior lid van de Nederlands-Vlaamse onderzoeksschool Experimentele Psychopathologie (EPP). Daarnaast heeft zij deelgenomen aan de werkgroepen Zorgstandaard Trauma- en Stressorgerelateerde Stoornissen en de Zorgstandaard Dissociatieve Stoornissen.

Dr. T. (Truus) Kersten

Gz-psycholoog, supervisor VGct en VSt, EMDR Practitioner en Psychotraumatheapeut NtVP. Zij werkt als docent, supervisor en leertherapeut vanuit haar opleidingspraktijk, de Akkerdistel in Beuningen. Daarnaast werkt zij sinds 2004 in een tbs-kliniek, de Rooyse Wissel in Venray.

Drs. W. (Wiesette) Krol

Klinisch psycholoog en supervisor voor de VSt, de VGct en voor de ISST. Mede-oprichter van de Academie voor Schematherapie en het Huis voor Schematherapie.

Drs. W. (Willemien) van der Mark

Psychotherapeut en gz-psycholoog, als regiebehandelaar werkzaam bij de Deeltijdbehandeling Schematherapie van de Zorgeenheid Persoonlijkheidsstoornissen (ZEPS) van Altrecht, waar ze groeps- en individuele behandeling geeft. Zij is supervisor/trainer ISST, supervisor VSt en VGct. Willemien is docent schematherapie en cognitieve gedragstherapie bij de RINO Groep en de ZEPS Academie van Altrecht.

Dr. D. (Désirée) Martius

Klinisch psycholoog / psychotherapeut en senior schematherapeut VSt. Ze heeft een aanzienlijk deel van haar werkervaring opgedaan in het werken met volwassenen en adolescenten met een persoonlijkheidsstoornis. Van de reguliere ggz heeft Désirée de overstap gemaakt naar de verstandelijkgehandicaptenzorg. Zij werkt nu bij Zodiak, het expertisecentrum van de Prinsenvestiging, waar zij zich richt op de diagnostiek en behandeling van adolescenten en volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Daarnaast doet Désirée onderzoek en zet zij zich in als praktijkopleider voor de opleiding tot gz-psycholoog en orthopedagoog-generalist binnen de Prinsenvestiging.

Dr. M. (Marjon) Nadort

Gz-psycholoog, psychotherapeut, supervisor VGCT, supervisor VSt en supervisor/trainer ISST. Zij heeft 24 jaar in verschillende functies bij GGZ inGeest / VUMc / Vrije Universiteit te Amsterdam gewerkt. In 2012 is zij gepromoveerd op onderzoek naar de implementatie van schematherapie in de ggz. Zij werkt in haar eigen praktijk. Daarnaast verzorgt zij opleiding en supervisie op het gebied van de schematherapie. Zij is sinds 1 januari 2021 voorzitter van de Vereniging voor Schematherapie.

Drs. N. (Natalie) van Oort

Psychotherapeut en psychodramatherapeut (NVGP), supervisor/trainer ISST, supervisor VSt en VGCT. Zij is werkzaam bij Altrecht, Centrum Jongvolwassenen, waar zij in een ambulante behandelsetting individuele en groepstherapieën geeft. Zij is docent schematherapie en cognitieve gedragstherapie bij Van Genderen Opleidingen, de RINO Groep en de ZEPS Academie.

Drs. D. (Danielle) Oprel

Klinisch psycholoog/psychotherapeut op de afdeling Persoonlijkheidsproblematiek en Psychotrauma van PsyQ Den Haag. Daarnaast is ze als buitenpromovendus verbonden aan de Universiteit Leiden en de Parnassia Groep, afdeling Innovatie en Onderzoek. Danielle is plaatsvervangend hoofdopleider van de psychotherapieopleiding van de RINO Groep in Utrecht. Ze is docent schematherapie en heeft een kleine vrijgevestigde praktijk waar ze supervisie geeft over schematherapie, CGT, EMDR en psychotherapie. De in dit boek beschreven behandeling vond in deze praktijk plaats.

Drs. M. (Minou) van den Ouweland

Gz-psycholoog/ psychotherapeut en werkzaam in haar eigen praktijk in Rotterdam, waar zij cliënten met complexe problematiek behandelt en supervisie en leertherapie geeft. Zij is bestuurslid van de Vereniging voor Schematherapie (portefeuille opleiding en registratie) en via de Viersprong Academy geeft zij onderwijs in schematherapie.

dr. M. (Machteld) Ouwens

Gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog bij GGz Breburg. Ze is daarnaast verbonden als senior wetenschappelijk onderzoeker aan PersonaCura, Topklinisch Centrum voor Persoonlijkheidsstoornissen en/of Autisme bij Senioren van GGz Breburg en aan departement Tranzo, Tilburg University. Ze is als supervisor geregistreerd bij de VGCT en in opleiding tot schematherapeut VSt.

Drs. R. (Rosi) Reubsma

Klinisch psycholoog, psychotherapeut, werkzaam bij het Huis voor Schematherapie in Maastricht. Rosi is docent bij de Academie voor Schematherapie. Voorheen werkte ze bij Vincent van Gogh, Riagg Maastricht en GGzE. Ze is supervisor VSt, ISST en VGCT. Ze is auteur van het boek *Schematherapie. Werken met fases in de klinische praktijk*.

Prof. dr. M. (Marleen) Rijkeboer

Hoogleraar Klinische Psychologie, verbonden aan de Universiteit Maastricht; hoofdopleider van de KP en PT opleiding aan de RINO Amsterdam en als hoofdbehandelaar aan G-Kracht Amsterdam. Zij is jarenlang voorzitter geweest van de Vereniging voor Schematherapie alsmede bestuurslid van de ISST met als portefeuille 'Research and Scientific Issues'. Van beide verenigingen is zij erelid. Marleen geeft zowel nationaal als internationaal cursussen en supervisies schematherapie.

Drs. P. (Paul) Schobre

Klinisch psycholoog en psychotherapeut (België), supervisor cognitieve gedragstherapie (VVGt), systeemtherapeut (BVRGS), EMDR-Practitioner (EMDR-Europe), trainer & supervisor schematherapie (ISST en Schematherapie Vlaanderen vzw). Hij is werkzaam in een eigen praktijk en als gastdocent bij de GZ-module systeemtherapie (RINO-Zuid), de postacademische opleiding gedragstherapie (KU-Leuven/U-Gent), de opleidingen schematherapie (Schematherapie Vlaanderen vzw) en de workshop Schematherapie voor Partnerrelaties (Van Genderen Opleidingen). Hij heeft zich verder gespecialiseerd in 'Schematherapie voor partnerrelaties (ST-C)' (Institut für Schematherapie Frankfurt o.l.v. dr. E. Roediger). Sinds 2016 is hij voorzitter van Schematherapie Vlaanderen vzw.

Drs. G. (Guido) Sijbers

Klinisch psycholoog en supervisor voor de VSt, de VGct en voor de ISST. Hij is medeoprichter van de Academie voor Schematherapie en het Huis voor Schematherapie.

J. (Judith) Vanhommerig

(Psycho)dramatherapeut, werkzaam bij het Huis voor Schematherapie in Maastricht en tevens docent bij de Academie voor Schematherapie. Voorheen werkte ze onder andere bij GGzE, Rooijse Wissel, Riagg Maastricht en in een eigen praktijk. Ze is supervisor VSt Schematherapeutisch Werker. Ze is betrokken geweest bij diverse publicaties over de combinatie dramatherapie en schematherapie.

Dr. A. (Arjan) Videler

Psychotherapeut en manager behandeling bij PersonaCura, Topklinisch Centrum voor Ouderen met Persoonlijkheidsstoornissen en/of Autisme bij Senioren van GGz Breburg. Voorts is Arjan manager behandeling van het Topklinisch Centrum Lichaam, Geest & Gezondheid van GGz Breburg. Hij doceert binnen diverse landelijke opleidingen en is senior onderzoeker bij PersonaCura en als dusdanig verbonden aan Tranzo, Tilburg University. Zijn onderzoeksactiviteiten richten zich op persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen, autisme bij ouderen en somatisch-symptoomstoornissen.

Drs. M. (Michiel) van Vreeswijk

Klinisch psycholoog en directeur van G-kracht psychomedisch centrum. Hij is hoofddocent diagnostiek voor de opleiding tot gz-psycholoog bij de RINO Groep, regio Rotterdam. Hij is supervisor VGct en schematherapie bij de VSt en ISST. Michiel geeft cursussen en workshops in binnen- en buitenland en is (co)auteur van verschillende artikelen en boeken over schematherapie.

Drs. K. (Katrine) de Vries

Klinisch psycholoog / psychotherapeut en werkzaam bij Buro T3 in Tilburg. Ze was van 2010 tot 2012 manager behandeling van het voormalige Centrum ADHD voor Volwassenen van GGZ Breburg. Ze is supervisor/leertherapeut voor de VGct en voor de VSt. Ze geeft les in schematherapie en gaf diverse workshops over ADHD en schematherapie.

Drs. R. (Richard) Vuijk

Klinisch psycholoog, werkzaam met volwassenen met autismespectrumstoornis bij Sarr Autisme Rotterdam. Hij geeft scholing over en doet onderzoek naar o.a. persoonlijkheid en schematherapie bij volwassenen met autismespectrumstoornis.

Dr. M. (Marjolein) van Wijk-Herbrink

Gz-psycholoog en supervisor schematherapie bij de VSt en ISST. Zij is werkzaam bij de OG Heldringstichting, een gesloten jeugdzorginstelling, onderdeel van de VIGO Groep in Zetten. Zij geeft individuele (schema)therapie aan jongeren in de gesloten jeugdzorg en doet wetenschappelijk onderzoek naar schematherapie met deze doelgroep. Daarnaast geeft zij training en supervisie aan pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren/regiebehandelaren in het gebruik van principes en technieken uit de schematherapie binnen een therapeutisch milieu. Ook geeft zij cursussen, workshops en supervisie aan schematherapeuten in opleiding. Marjolein is bestuurslid van de VSt met de portefeuille Wetenschap en Kwaliteit.

Drs. R. (Remco) van der Wijngaart

Psychotherapeut en gz-psycholoog, supervisor VGCT, VSt en ISST. Remco was van 2016 tot 2018 vicepresident van de ISST. Momenteel werkt hij bij Perspectief, een zelfstandige praktijk in Maastricht. Hij is eigenaar van het *Dutch Institute for Schema Therapy* en mede-eigenaar van Van Genderen Opleidingen BV. In samenwerking met anderen heeft hij diverse audiovisuele leermiddelen geproduceerd op het gebied van schematherapie (o.a. 'Schema therapy for the Avoidant, Dependent-, and Obsessive-Compulsive Personality Disorder' en 'Schematherapie, stap voor stap').

Betekenis van veelgebruikte afkortingen

CGT	Cognitieve gedragstherapie
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing
Gz-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog
GST	Groepsschematherapie
ISST	International Society of Schema Therapy
IR	Imaginatie met rescripting/imaginaire rescripting (soms ImRs)
NtVP	Nederlandstalige Vereniging voor Psychotrauma
PTSS	Posttraumatische-stressstoornis
VEN	Vereniging EMDR Nederland
VGCT	Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie
VSt	Vereniging voor Schematherapie

Veelgebruikte vragenlijsten en hun referenties

BDI-II-NL	Beck Depression Inventory: Van der Does, A.J.W. (2002). <i>BDI-II-NL. Handleiding. De Nederlandse versie van de Beck Depression Inventory – 2nd edition</i> . Lisse: Harcourt Test.
SCL-90	Symptom Check List – 90: Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003) <i>SCL-90 Symptom Checklist</i> . Pearson.
SMI	Schema Mode Inventory: Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., Van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). <i>The Schema Mode Inventory (SMI)</i> . Schema Therapy Institute.
YPI	Young Parenting Inventory: Young, J.E. (1999b). <i>Young Parenting Inventory (YPI)</i> (On-line). New York: Cognitive Therapy Centre (beschikbaar via: ► http://www.schematherapy.com).
YSQ	Young Schema Questionnaire: Sterk, F., & Rijkeboer, M.M. (1997). <i>Schema-Vragenlijst</i> . Ambulatorium Universiteit Utrecht. Vertaling van Young, J.E., & Brown, G. (2001). <i>Young Schema Questionnaire: Special Edition</i> . Schema Therapy Institute.

In diverse hoofdstukken wordt naar de volgende (werk)boeken voor cliënten verwezen

VGH	Van Genderen, H., Jacob, G., & Seebauer, L. (2012). <i>Patronen doorbreken. Negatieve gevoelens en gewoonten herkennen en veranderen</i> . Amsterdam: Nieuwezijds.
YJE	Young, J.E. & Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (1999). <i>Leven in je leven</i> . Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



Schematherapie bij persoonlijkheidsproblematiek als er ook sprake is van PTSS

‘In het donker zien ze je niet’

Danielle Oprel

Danielle Oprel

werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut op de afdeling Persoonlijkheidsproblematiek en Psychotrauma van PsyQ Den Haag. Daarnaast is ze als promovendus verbonden aan de Universiteit Leiden en de Parnassia Groep, afdeling Innovatie en Onderzoek. Danielle is plaatsvervangend hoofdopleider van de psychotherapieopleiding van de RINO Groep in Utrecht. Ze is docent schematherapie en heeft een kleine vrijgevestigde praktijk waar ze supervisie geeft over schematherapie, CGT, EMDR en psychotherapie. De hier beschreven behandeling vond in deze praktijk plaats.

Anamnese

Een elegante jeep draait de parkeerplaats van ons gezondheidscentrum op. De vrouw die uitstapt, past wonderbaarlijk goed bij haar auto: stoer en stijlvol. Haar naam is Mathilde. Als ze de praktijk binnenstapt, kijk ik met haar ogen naar mijn wachtkamer. Deze komt me opeens eenvoudig en saai voor.

Eerdere hulpverlening

Bij aanmelding is Mathilde 45 jaar. Op haar 21ste volgde ze een faalangstraining bij een studentenpsycholoog. Op 27-jarige leeftijd kreeg ze cognitieve gedragstherapie voor een paniekstoornis. Op haar 33ste meldde ze zich met ernstige depressieve klachten bij de huisarts; daarop kreeg ze een halfjaar dagbehandeling met farmacotherapie, individuele gesprekken, groepsbehandelingen en vaktherapie.

Op haar 43ste ontwikkelde Mathilde een posttraumatische-stressstoornis (PTSS) nadat ze thuis een gewapende inbraak had meegemaakt. Een jaar lang volgde ze bij een vrijgevestigde gz-psycholoog een behandeling bestaande uit EMDR, exposuretherapie en ondersteunende gesprekken. Omdat de behandeling moeizaam verliep en de resultaten onvoldoende bleven, nam de behandelend psycholoog een persoonlijkheidsvragenlijst af. Hieruit kwam een beeld naar voren waarbij Mathilde zou kunnen voldoen aan verschillende criteria van de paranoïde-, de borderline- en de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis.

Wat als therapie niet goed verloopt bij een cliënt met PTSS en een persoonlijkheidsstoornis?

Als een cliënt naast een PTSS vermoedelijk een persoonlijkheidsstoornis heeft en (voldoende) behandelresultaat uitblijft, dan lijkt het voor de hand te liggen om de persoonlijkheidsstoornis aan te wijzen als oorzaak voor de stagnatie en de behandeling vervolgens op deze persoonlijkheidsstoornis te richten. De aanpak die in dit hoofdstuk wordt bepleit, is om eerst de stagnatie van de PTSS-behandeling stapsgewijs en gestructureerd te onderzoeken. Op basis daarvan maakt de behandelaar – in samenspraak met de cliënt – een beredeneerde nieuwe afweging. Een niet goed verlopende behandeling kan tenslotte meerdere oorzaken hebben. Een comorbide stoornis is maar een van de opties. Heeft de behandelaar bijvoorbeeld de eerstekeusbehandelingen wel *lege artis* uitgevoerd? Spelen wellicht systemische of sociaaleconomische aspecten een rol bij de instandhouding van de problematiek? En hoe is de relatie tussen cliënt en behandelaar? (Colijn et al. 2009.)

Om uit te zoeken of de behandeling volgens de regels der kunst is uitgevoerd, kan bij PTSS-behandelingen gedacht worden aan vragen als: is tijdens de traumabehandeling het vermijdingsgedrag voldoende doorbroken? Is de dosering goed geweest? Zijn er technieken toegepast om het angstniveau te beïnvloeden? (Van Minnen et al. 2017.) En: is er – bij onvoldoende resultaat – overgestapt op een andere eerstekeusbehandeling? (Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen 2020.)

Verwijzing, klachten en hulpvraag

Mathilde meldt zich bij mijn praktijk voor schematherapie, maar vermoedelijk is er ook nog sprake van PTSS. Bij de intake en indicatiestelling besteden we daarom extra aandacht aan het verduidelijken van de verwijzing, klachten en hulpvraag.

Verwijzing

De gz-psycholoog bij wie Mathilde de PTSS-behandeling heeft gevolgd, verwijst haar naar mij voor schematherapie. Zowel deze gz-psycholoog als Mathilde vermoedt dat de persoonlijkheidsproblematiek de PTSS-behandeling heeft bemoeilijkt. Mathilde omschrijft dit in haar schriftelijke aanmelding als volgt: 'Het trauma heeft mij ook als persoon onderuitgehaald. Ik ben eigenlijk nooit zo stabiel geweest. Ik zoek manieren om mijzelf meer bodem te geven zodat ik mezelf goed genoeg kan vinden en weer kan genieten van het leven.'

Klachten

Bij de intake geeft Mathilde aan last te hebben van herbelevingen, een voortdurend gespannen gevoel, somberheid en slaapproblemen. Daarnaast heeft ze een negatief zelfbeeld, voelt ze zich vaak geremd en somber, en ervaart ze een gevoel van leegte. In de partnerrelatie ervaart Mathilde verlatingsangst, jaloezie en woede-uitbarstingen. Ze heeft weinig sociale contacten, is bang voor afwijzing en is ontevreden over haar werksituatie. Ten slotte drinkt Mathilde steeds vaker alcohol. Wel geniet ze van haar gezin en moederrol.

Gestructureerde interviews

Symptomen kunnen soms worden toegeschreven aan zowel de PTSS als de persoonlijkheidsproblematiek. Wanneer het erop lijkt dat persoonlijkheidsproblematiek de PTSS-behandeling belemmert, is het advies om niet uitsluitend uit te gaan van zelfrapportagevragenlijsten maar ook voor beide stoornissen gestructureerde interviews af te nemen. Bij Mathilde neem ik in de aanmeldfase de CAPS-5 (Boeschoten 2014) en de SCID-5 (First 2017) af. Uit de CAPS-5 blijkt dat Mathilde nog voldoet aan de criteria voor PTSS (APA 2014). Een aantal symptomen die ze in de zelfrapportagevragenlijst met persoonlijkheidstrekken had aangekruist bij haar verwijzer, blijken bij doorvragen meer bij de PTSS te horen. Uiteindelijk voldoen de klachten en patronen die Mathilde omschrijft bij afname van de SCID-5, aan de criteria van de ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis met trekken van de borderline-, vermijdende- en dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis (APA 2014).

Hulpvraag

De hulpvraag van Mathilde is: 'Mezelf aardig vinden in plaats van voor de hele wereld van alles te doen om aardig gevonden te worden. Mijn grenzen herkennen en ernaar handelen. Met anderen echt in verbinding durven gaan. Weten wie ik ben en wat ik wil.'

Overleg verwijzer

Mathilde kreeg bij haar eerdere behandelaar twee psychologische richtlijnbehandelingen voor PTSS (zie kader 'PTSS behandelen als ook sprake is van een persoonlijkheidsstoornis'), maar had daar onvoldoende baat bij. In overleg met Mathilde bel ik met de verwijzer om de behandelingen uitgebreider te bespreken. Mijn indruk is dat deze goed zijn gestart. Het is echter niet gelukt om de traumafocus te behouden en er zijn toenemend 'ondersteunende' gesprekken gevoerd.

Dit is niet zo gek. Persoonlijkheidsproblematiek waaiert per definitie uit over verschillende levensgebieden. Hierdoor kunnen cliënten met tal van andere, niet direct PTSS-gerelateerde, problemen naar de therapiezittingen komen. Bovendien is vermijding zo'n centraal symptoom bij PTSS dat het risico bestaat dat de inbreng van andere problemen, ten minste gedeeltelijk, een vorm van vermijding is.

Conclusie

Mathilde voldoet aan zowel de criteria voor een PTSS als een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis. Het lijkt erop dat de gz-psycholoog van Mathilde de behandeling volgens de toen geldende MDR Richtlijn Angststoornissen (2013) heeft willen vormgeven, maar dat deze aanpak is gestagneerd. De belangrijkste belemmeringen lijken inderdaad voort te komen uit de persoonlijkheidsproblematiek.

Interpersoonlijk contact, algemeen voorkomen

Mathilde is een slanke, goed verzorgde vrouw. Haar kleding is chic, haar juwelen zijn subtiel maar overduidelijk prijzig. Ieder haartje in haar strakke boblijn zit op z'n plaats. Pas van dichtbij wordt zichtbaar dat haar huid vaal is en haar ogen vermoeid staan. Haar lichaamshouding en manier van bewegen maken een ingehouden indruk, maar als ze praat, verlevendigt haar mimiek en is haar stem expressief. Ze maakt vriendelijk contact en heeft zowel iets ontwapenends als iets formeels. Het is alsof ze tegelijkertijd kwetsbaarheid én stevigheid uitstraalt. Ze roept daarmee bij me op dat ik haar graag wil helpen, maar ook twijfel of ik met mijn eenvoudige praktijk wel aansluit bij haar normen.

Waarom schematherapie?

PTSS behandelen als ook sprake is van een persoonlijkheidsstoornis

EMDR en traumagerichte CGT vallen onder de eerstekeusbehandelvormen voor PTSS (Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen 2020). Maar hoe PTSS te behandelen als ook sprake is van een persoonlijkheidsstoornis? Van de volwassenen met PTSS heeft maar liefst 35 % tevens een persoonlijkheidsstoornis, waarbij vooral de paranoïde-, vermijdende- en borderline-persoonlijkheidsstoornis voorkomen (Friborg et al. 2013). De Zorgstandaard Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen schrijft over comorbiditeit: 'Comorbiditeit (met uitzondering van ernstige en acute suïcidaliteit) is geen reden om een behandeling voor PTSS niet uit te voeren' (bijlage 8). Voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis wordt een geïntegreerde behandeling aanbevolen (AKWA GGZ 2020).

Nadat de gz-psycholoog heeft geprobeerd om alleen de PTSS-klachten te behandelen, is de vervolgvraag aan mij: waar kunnen we de behandeling het best op richten? Nog een keer alleen de PTSS en me niet laten afleiden? Helemaal richten op de persoonlijkheidsproblematiek? Of de behandeling richten op allebei tegelijk?

Met Mathilde bespreek ik haar hulpvraag en eerdere behandelervaring, en de diverse DSM-5-classificaties en behandelopties, om zo samen tot een beslissing te komen. Mathildes hulpvraag bestrijkt zowel de PTSS-symptomen als de klachten door haar persoonlijkheidsproblematiek. Een deel van de problemen was er al lang voor de gewapende inbraak. De inbraak heeft vroegere ervaringen met onveiligheid getriggerd en bestaande problemen verergerd. De bestaande problemen hebben vervolgens de PTSS-behandeling bemoeilijkt. Een gecombineerde behandeling zou zowel de obstakels in de PTSS-behandeling kunnen aanpakken als aandacht kunnen schenken aan de verschillende probleemgebieden.

Dan nu de vraag: waarom schematherapie? Ten eerste is dit een effectieve psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast biedt deze therapie een overkoepelend behandelmodel en wordt er samen met de cliënt een uitgebreide casusconceptualisatie gemaakt. Hierdoor kan de therapeut comorbide stoornissen overzichtelijk bespreken en in het model verwerken. In die zin biedt schematherapie een goede kapstok voor een gecombineerde behandeling. Ten slotte is er in schematherapie expliciete aandacht voor ingrijpende gebeurtenissen. Young beschrijft traumatisering in de kindertijd als veelvoorkomende basis voor het ontwikkelen van schema's. Sterker nog, herinneringen aan deze ingrijpende gebeurtenissen worden onderdeel van de schema's zelf (Young 2005). Ook is er in schematherapie aandacht voor traumaverwerking, voornamelijk met imaginatie met rescripting (IR). Kortom, traumatische gebeurtenissen in de kinder- en adolescentietijd hebben binnen schematherapie een belangrijke plek.

Voor Mathilde kan schematherapie dus een kader bieden waarin ze haar klachten in samenhang kan begrijpen en aanpakken. Hierbij plannen we een apart blok traumaverwerking voor de klachten als gevolg van de inbraak.

De plaats van de PTSS-behandeling in een gecombineerde behandeling

De PTSS-behandeling vindt bij voorkeur zo vroeg mogelijk in de behandeling plaats, omdat een relatief korte PTSS-gerichte interventie al kan zorgen voor een eerste belangrijke klachtenvermindering. Daarnaast kunnen PTSS-symptomen zoals herbelevingen, slaapproblemen of prikkelbaarheid andere problemen veroorzaken en in stand houden, zoals werk- of relatieproblemen. Ten slotte kan een eerste klachtenvermindering ook motiverend werken om daarna andere probleemgebieden aan te pakken.

Bij een gecombineerde behandeling is focus houden vaak moeilijk. Daarom wordt in dit hoofdstuk aangeraden om te streven naar een focaal blok traumabehandeling. De traumabehandeling wordt – binnen dit bredere schematherapeutische behandelkader – zo veel mogelijk in ongewijzigde vorm aangeboden. De traumabehandeling kan door de schematherapeut zelf, of door een andere therapeut worden uitgevoerd. Ook kunnen cliënten tijdelijk voor een kortdurende geïntensiveerde PTSS-behandeling naar elders worden verwezen.

Naast de behandeling bij mij raad ik Mathilde een consult bij een psychiater aan vanwege haar huidige somberheidsklachten en een eerdere ernstige depressie. In overleg met hem start zij nu (nog) niet met medicatie.

Biografische achtergrond

Mathilde werd geboren in 1973. Ze groeide op in het oosten van het land met haar moeder, vader en twee jaar oudere broer. Er waren geen bijzonderheden bij de bevalling en haar ontwikkeling in de eerste levensjaren verliep goed.

Op de lagere school was Mathilde een voorlijk, onopvallend kind. Ook de eerste vier jaar van de middelbare school verliepen qua schoolprestaties voorbeeldig. Na een doubleure in de vijfde haalde ze op negentienjarige leeftijd haar gymnasiumdiploma. Sociaal liep het minder makkelijk. Mathilde had van jongs af aan weinig vrienden, hoewel ze dat wel graag wilde. Het was voor anderen niet zichtbaar dat ze al op de lagere school sombere periodes en suïcidale gedachten had.

Haar ouders hadden een goedlopend bedrijf en een druk sociaal leven. Daardoor hadden ze weinig tijd voor de kinderen. Prestaties waren belangrijker dan emoties: op school, op het sportveld, tijdens muziektredens en zelfs sociaal. Zo drong moeder erop aan dat Mathilde voor verjaarspartijtjes de hele klas uitnodigde, terwijl Mathilde zich daar juist ongemakkelijk bij voelde. Mathilde had het idee nooit aan de normen van haar ouders te kunnen voldoen.

Zolang Mathilde zich kan herinneren hebben beide ouders veel gedronken. Vaak begon dat met een zakenlunch of ‘even ontspannen na een lange werkdag’. Vader had een kwade dronk; hij werd vaak denigrerend, dreigend en verbaal agressief tegen moeder. Vanuit haar bed hoorde Mathilde scheldpartijen tussen haar ouders, die soms ont-aardden in fysiek geweld. Haar broer kwam weleens tussenbeide. Een enkele keer keek Mathilde van boven aan de trap naar wat er beneden gebeurde, maar meestal bleef ze angstig, alleen en verdrietig in haar bed liggen. Toen aan het eind van de lagere school het liedje ‘In het donker (zien ze je niet)’ van Kadanz (Bakker en Schultz 1983) uitkwam, had ze het gevoel dat dit speciaal voor haar geschreven was: