



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Klachtgerichte behandeling bij mensen met persoonlijkheidsproblemen: een aanpak binnen de kliniek

Caroline Meerum Terwogt-Reijnders en Joost Beek*

Samenvatting

Klachtgerichte therapie wordt vaak bemoeilijkt door persoonlijkheidsproblematiek. Dit artikel beschrijft het klinisch gedragstherapeutische programma voor angst- en eetstoornissen van het Centrum voor Psychotherapie (Mentrum, Amsterdam), dat bestaat uit een combinatie van klachtgerichte behandeling en op de persoonlijkheid gerichte interventies. Het begrip cognitief schema – zoals gehanteerd door Jeffrey Young – wordt toegelicht. Tevens wordt ingegaan op de plaats van de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek ten opzichte van klachtgerichte behandeling.

Inleiding

Nog niet zo lang geleden hielden gedragstherapeuten zich uitsluitend bezig met het behandelen van klachten op DSM as- I-niveau. Waar problemen die met de persoonlijkheid van de cliënt te maken hadden de werkrelatie onmogelijk maakten, werd doorgaans de conclusie getrokken dat de betrokken cliënt onvoldoende gemotiveerd was voor behandeling, of gewoon niet geschikt voor een gedragstherapeutische aanpak. Sinds de jaren tachtig zijn binnen de directieve therapie (Lange, 2000; Van der Velden & Van Dyck, 1977) en vanaf de jaren negentig in de cognitieve therapie (Beck & Freeman, 1990) verschillende ideeën over het omgaan met en het motiveren van moeilijke cliënten ontwikkeld. Toch bleven velen de persoonlijkheidsproblematiek tot het terrein van de psychoanalytici rekenen. De toenemende vraag naar geprotocolleerde therapieën heeft deze tweedeling verscherpt: de voorkeur gaat steeds meer uit naar de behandeling van as- I-problematiek volgens een vast omschreven protocol. Dit is overeenkomstig de wens van de meeste cliënten, die hulp zoeken voor hun as- I-klachten. Tegemoetkomen aan deze wens blijkt in de praktijk effectief (Jansen & Meijboom, 1998; Van Dyck, Van Oppen, & Van Balkom, 1996) en het meest motiverend te zijn (Van Dijck, 1980).

Gezien de verwijzingen vanuit het ambulante circuit, is het onze indruk dat bij een deel van deze cliënten de ambulante therapie geen succesvol einde heeft. Het blijft dus de vraag wat moet gebeuren met cliënten die wel therapie behoeven voor hun as- I-problematiek, maar bij wie de persoonlijkheidsproblematiek de (al dan niet geprotocolleerde) gedragstherapeutische behandeling bemoeilijkt of zelfs onmogelijk

* Drs. C.J. Meerum Terwogt-Reijnders is als psycholoog/psychotherapeut en coördinator verbonden aan het klinisch gedragstherapeutische programma voor angst- en eetstoornissen van het Centrum voor Psychotherapie van Mentrum te Amsterdam.
DRS. J.W. BEEK is psycholoog/psychotherapeut van het klinisch gedragstherapeutische programma voor angst- en eetstoornissen, en manager van het Centrum voor Psychotherapie van Mentrum te Amsterdam.

maakt. En wat te doen met cliënten die na de behandeling van hun as- I-klachten nog steeds vastlopen in hun relaties of op andere levensgebieden?

In dit artikel wordt aan de hand van casusmateriaal beschreven hoe in het klinisch gedragstherapeutische programma voor angst- en eetstoornissen van het Centrum voor Psychotherapie (Mentrum, Amsterdam) naast de behandeling van as- I-problematiek rekening wordt gehouden met persoonlijkheidsproblemen, vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader. Dit programma combineert conventionele, door onderzoek ondersteunde, cognitieve en gedragstherapeutische technieken, met het op de persoonlijkheid gerichte behandelmodel van Jeffrey Young (1994). De behandeling van de as- I-hoofdklacht staat centraal. Maar persoonlijkheidsaspecten worden uitgelicht als zij met de behandeling interfereren, of als zij het leven van de cliënt zodanig beïnvloeden dat handhaving van het behandelresultaat in gevaar komt.

Het gedragstherapeutische programma start met een opname in de kliniek en gaat vervolgens (zo snel als het verloop van de behandeling dit toestaat) over in dagbehandeling. Op dit moment is het programma gericht op eetstoornissen (anorexia en boulimia nervosa) en angststoornissen (dwangstoornissen, paniekstoornissen en sociale angst). Van beide probleemgebieden zal elders in dit artikel een korte casus worden gepresenteerd. Het programma duurt zes maanden, met een uitloop tot maximaal negen maanden. Opname is geïndiceerd als ambulante behandeling onvoldoende resultaat biedt. Dit kan verschillende redenen hebben: de ernst van de klachten, meervoudige as- I-problematiek, of een ontoereikend sociaal netwerk van de cliënt. Maar meestal verhindert een combinatie van as- I- en as- II-problematiek dat de ambulante, klachtgerichte behandeling van de grond komt.

De klachtgerichte aanpak van angst- en eetstoornissen

In het hoofddoel van de therapie (gedragsverandering op het gebied van de hoofdklacht) en in de klachtgerichte aanpak onderscheidt de hier geschetste behandelvorm zich niet van de ambulante, gedragstherapeutische praktijk. Bij de start van de behandeling wordt samen met de cliënt een behandelplan opgesteld, waarin concrete doelen met betrekking tot gedragsverandering geformuleerd worden.

Zowel voor cliënten met een angststoornis als voor mensen met een eetstoornis zijn de blootstelling aan angstwekkende stimuli en het doorbreken van vermijdingsgedrag centrale onderdelen van de behandeling. Middels exposure-oefeningen gaan de cliënten 'door de angst heen'. Mensen met een paniekstoornis oefenen met hyperventilatieprovocatie en breiden hun territorium stapje voor stapje steeds verder uit. Cliënten met smetvrees oefenen met het aanraken van angstwekkende objecten. Mensen met sociale angst doen 'schaamte-oefeningen'. De cliënten met een eetstoornis oefenen met het eten van 'verboden' voedsel, of confronteren zichzelf met voedsel zonder hiervan te eten. Het effect van deze exposure, oefeningen en activiteiten wordt nagegaan door middel van registraties: vermijdingsgedrag wordt geïnventariseerd, het te veranderen gedrag wordt gemeten (van frequentie van handen wassen tot de gewichtstoename per pond, die in een grafiek wordt bijgehouden). Voor de start van de behandeling worden afspraken gemaakt over de minimumeisen en voorwaarden voor de behandeling, die vaak in een contract worden vastgelegd.

Hoewel directe gedragsverandering het belangrijkste element van de therapie is, wordt ook aandacht besteed aan factoren die ongezond gedrag instandhouden. Angst is doorgaans de belangrijkste oorzaak van de neiging om te vermijden. Als de angst te hoog oploopt, is de cliënt moeilijk voor exposure te motiveren. Er zijn verschillende manieren om het angstniveau te verminderen, waardoor exposure een grotere kans van slagen heeft. De belangrijkste techniek om angst te bestrijden die cliënten in het programma leren, is het uitdagen van irrationele cognities. Deze cognitieve benadering is in de ambulante praktijk eveneens gangbaar en effectief gebleken (Bögels & Van Oppen, 1999). In ons geval is het een voordeel dat dezelfde principes goed bruikbaar zijn wanneer in een later stadium van de behandeling op de persoonlijkheidsproblematiek van de cliënt wordt ingegaan. Voor verdere uitwerkingen van rampscenario's en uitdaagtechnieken op de verschillende klachtgebieden, verwijzen wij voor de dwang naar Salkovskis en Kirk (1994, 1997), voor paniek naar Clark (1994, 1997), voor de eetstoornissen naar Fairburn en Cooper (1994) en naar Fairburn (1997), en voor verschillende as- I-stoornissen naar Bögels en Van Oppen (1999).

Stap één binnen de cognitieve benadering is het leren onderscheiden van situatie, emotie, gedachten en gedrag. De volgende stap is het leren vinden van de centrale angstwekkende gedachten. Samen met de cliënt wordt via de zogenaamde neerwaartse-pijltechniek (Bögels & Van Oppen, 1999; Burns, 1980) het volledige rampscenario besproken. Hierbij wordt uitgegaan van de automatische gedachten. Een rampscenario van iemand met een controledwang zou kunnen zijn: 'Als ik niet x keer de gaskraan controleer, ontsnapt er gas. Dit leidt uiteindelijk tot een explosie, zodat mensen door mijn schuld doodgaan.' Bij iemand met een paniekstoornis kan het rampscenario er zo uitzien: 'Als ik mijn hart voel kloppen, het benauwd heb en een druk op de borst voel, dan krijg ik een hartaanval en ga ik dood.' Een anorexiacliënte kan denken: 'Als ik een koekje eet bovenop het voorgeschreven menu, zal ik morgen merken dat ik een kilo ben aangekomen.' De cliënt leert om deze gedachten een geloofwaardigheidscijfer toe te kennen (op een schaal van 0 tot 100). Door deze cognities hierna uit te dagen, dus op hun waarheid te toetsen, kan de geloofwaardigheid afnemen, waardoor de angst afneemt, waardoor de exposure-oefeningen minder moeilijk worden.

Hoe gaat dit uitdagen in zijn werk? De cliënt gaat op zoek naar alle bewijzen die hij voor deze stelling kan vinden. Is de gedachte ontstaan op grond van eigen ervaring, ervaringen van anderen, berichten uit de media? Wanneer dit uitputtend gebeurd is, gaat hij over tot het zoeken van zo veel mogelijk bewijzen tégen de stelling. Ook hier kan geput worden uit eigen ervaring of die van anderen. Soms moeten de denkfouten die de cliënt maakt, besproken worden. In andere gevallen moeten deskundigen of de literatuur worden geraadpleegd. Soms moet de informatie door middel van een zogenaamd gedragsexperiment (Clark, 1994; Fennell, 1994; Reinders & Visser, 1997; Wells, 1999) verkregen worden. In het voorbeeld van de anorectische cliënt ligt het voor de hand om een koekje te eten en de volgende dag te checken of de voorspelling is uitgekomen.

De aanpak gericht op de persoonlijkheid

De beschreven technieken zouden voldoende moeten zijn om de hoofdklacht adequaat te behandelen. Maar een standaard klachtgerichte therapie vergt van de cliënt een aantal basisvaardigheden. Hij moet bereid en in staat zijn om vertrouwen in de

therapeut te stellen, een werkrelatie aan te gaan, en enige afstand te nemen van zijn problematiek, om cognities te kunnen verwoorden en uitdagen. Bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen zijn deze eigenschappen vaak onvoldoende aanwezig. Een wantrouwige cliënt heeft moeite met de samenwerking met een therapeut. Een emotioneel gedepriveerde cliënt vraagt weinig steun en aandacht van de therapeut en profiteert hierdoor minder van de behandeling, of verwacht juist veel aandacht en is teleurgesteld wanneer hij alleen moet oefenen. Een zichzelf opofferende cliënt is geneigd zijn problematiek te bagatelliseren. En zo zijn er talloze voorbeelden denkbaar van cliënten met persoonlijkheidsproblemen, bij wie de as-I-behandeling minder rechtlijnig verloopt dan wij zouden wensen. Een uitbreiding van de behandeling met technieken die gericht zijn op de persoonlijkheidsproblematiek, is dan noodzakelijk.

De werktheorie en het therapiemodel van Jeffrey Young bieden een mogelijkheid om binnen het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader persoonlijkheidsproblemen te behandelen (Young, 1994; Young & Pijnaker, 1999). Richt men zich in de behandeling van as-I-klachten vooral op automatische gedachten en cognitieve vervormingen, Young legt in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen de nadruk op het diepste cognitieve niveau, het vroege onaangepaste schema. Vroege onaangepaste schema's zijn disfunctionele 'overtuigingen en gevoelens over zichzelf in relatie tot de omgeving'. Wanneer deze schema's getriggerd worden door belangrijke gebeurtenissen, leiden ze meestal tot heftige, negatieve emoties. Vroege schema's zijn moeilijk te veranderen, omdat er verschillende processen werkzaam zijn die de schema's instandhouden. Waarschijnlijk ontstaan de schema's in de interactie tussen aangeboren temperament en ervaringen met belangrijke anderen in de vroege kindertijd en daarna. Zij dienen als mallen voor de verwerking van latere ervaringen, waardoor de overtuigingen worden bevestigd. Voor een nadere uitwerking van deze principes verwijzen wij naar Young (1994) en Young en Pijnaker (1999).

De behandeling van persoonlijkheidsproblematiek gaat in stappen, waarbij steeds verschillende technieken worden gebruikt. Allereerst is het zaak disfunctionele schema's te identificeren. Vaak zijn de schema's door de therapeut gemakkelijker te herkennen dan door de cliënt zelf, vanwege het egosyntone karakter ervan. In de beginfase van de therapie is het belangrijk dat de cliënt gaat zien welke schema's centraal staan. De problemen op het gebied van contacten en relaties die de cliënt in de therapie naar voren brengt, vormen het belangrijkste materiaal bij het ontdekken van de cognitieve schema's. Hoe de cliënt zich in de relatie met de therapeut opstelt, is ook een belangrijke bron van informatie. Het lezen van de recent uitgekomen vertaling *Leven in je Leven* (Young & Klosko, 1994, 1999), met als huiswerk het beantwoorden van de vraag 'Welke valkuilen herken ik?', zet de cliënt op het spoor. Ter aanvulling kan de schema-vragenlijst (in het Nederlands vertaald door Pijnaker, 1999) worden gebruikt. Wanneer het duidelijk is geworden welke schema's centraal staan, ligt het voor de hand om te kijken in hoeverre deze een rol spelen in het dagelijks leven. Aan de hand van een schema-dagboek (figuur 1), waarin de cliënt dagelijkse situaties die negatieve emoties oproepen noteert, analyseert hij zijn reactiepatroon. Hij probeert te achterhalen welke gevoelige snaar werd geraakt en te bekijken of zijn reactie in een dergelijke situatie adequaat was.

Figuur 1 Schema-dagboek.

Datum	Tijdstip
Situatie	
Waar ben ik? Met wie? Wat doe ik?	
Gevoel	Sterkte van het gevoel (0-100)
Emotie, bijv. angst, woede, verdriet	
Automatische gedachten en beelden:	Geloofwaardigheid (0-100)
Welke gedachten of beelden gingen aan het gevoel vooraf? Welke gedachten liggen ten grondslag aan het gevoel?	
Gedrag:	
Wat deed ik in die situatie? (bijv. hulp vragen, wegluchten, afleiding zoeken)	
Uitdaging:	
Welke gevoeligheden of schema's werden mogelijk geraakt (zie lijst)?	
Welk deel van gevoel/gedachten is gerechtvaardigd?	
In welk opzicht overdreef ik, was mijn gevoel of gedachten te sterk?	
Welke feiten kan ik bedenken tegen de gedachten?	
Rationele gedachten:	Geloofwaardigheid (0-100)
Welke gedachten zouden beter bij de realiteit passen? Wat zou iemand denken die geen last heeft van genoemde gevoeligheden/valkuilen/schema's?	
Nieuw gedrag:	
Hoe had ik situatie beter kunnen aanpakken als ik uitging van de rationele gedachten?	

* N = 8

Wanneer de cliënt enig zicht heeft gekregen op het schema-patroon, is het zaak om samen na te gaan welke bronnen hebben bijgedragen aan het ontstaan en de verdere ontwikkeling van het schema. Ook wanneer men niet de intentie heeft om ervaringen uit het verleden verder uit te diepen, is het belangrijk om de cliënt tenminste op cognitief niveau de oorsprong van de schema's te laten doorgronden. Aangezien de cognitieve schema's meestal hun oorsprong vinden in de interacties met belangrijke anderen in de vroege jeugd, is het wenselijk dat de cliënt in discussie gaat met het verleden. Hierbij zijn verschillende technieken bruikbaar. Hij kan bijvoorbeeld een (niet te versturen) brief schrijven naar zijn ouders, over alles wat hij te kort is gekomen in het verleden (zie voor een overzicht van schrijftechnieken Lange, 2000). Om schema's op te sporen en de bijbehorende emotionele beleving op te roepen, zijn experiëntiële technieken (zoals imaginatie- en dialoogoefeningen) behulpzaam. Bij imaginatieoefeningen confronteert de cliënt zichzelf met pijnlijke situaties uit het verleden. In deze situaties leert hij door zich imaginair anders op te stellen de emotie te veranderen. In de dialoogoefeningen leert de cliënt in verbeelding een gesprek met zijn ouders aan te gaan of een herinnerde scène opnieuw te beleven. Ook hierbij is het leren uiten van emoties belangrijk. Zie voor een overzicht van technieken Young en Pijnaker (1999) en Schacht en Peeters (2000). Soms is het zinvol om de cliënt ook daadwerkelijk een gesprek met de ouders te laten aangaan, al dan niet onder begeleiding van de therapeut.

Het wordt vervolgens tijd om de uitdaagtechnieken die men geleerd heeft bij de behandeling van de as- I-klachten, toe te passen op de centrale cognities die bij de geïdentificeerde schema's passen. (Bögels & Arntz, 1991). De geloofwaardigheid van

hardnekkige overtuigingen zal hoog zijn, omdat zij door de cliënt als waarheid worden ervaren. Nu moeten vraagtekens worden gezet bij deze overtuigingen. Is het werkelijk zo dat 'ik geen enkel talent heb' (het schema *mislukking*), dat 'niemand echt in mij geïnteresseerd is' (*emotionele deprivatie*), dat 'ik alleen mag genieten als ik dit verdiend heb' (*meedogenloze normen*)? Allereerst wordt het bewijsmateriaal (vroegere ervaringen) dat de cliënt gebruikt ter onderbouwing van het schema, geïnventariseerd. Vervolgens wordt elk bewijs dat de cliënt aanvoert, onderzocht en uitgedaagd. Geprobeerd wordt om de cliënt afstand te laten nemen van de ervaringen die geleid hebben tot het ontstaan van het schema. Wanneer de 'bewijzen voor' voldoende ontkracht zijn, wordt actief gezocht naar ervaringen die het schema tegenspreken. Voor het laatste worden gedragsexperimenten bedacht (bijvoorbeeld in het kader van het schema *zelfopoffering*: nee-zeggen op een verzoek van een ander en nagaan of deze persoon je nu waardeloos vindt).

Aangezien schema's vaak gepaard gaan met dichotoom denken (Wells, 1999), wordt de continuüm-techniek (Padesky, 1994; Wells, 1999) toegepast om meer nuance aan te brengen in het beoordelingssysteem van de cliënt. Zie voor voorbeelden van schema's en praktische oefeningen Greenberger en Padesky (1999).

Uiteindelijk worden alle bewijzen tegen het schema samengevat en op een *flash-card* gezet, die de cliënt bij zich kan dragen op moeilijke momenten. Regelmatig wordt bekeken hoe het staat met de geloofwaardigheid van de centrale gedachte. Om andere ervaringen op te doen moet er worden geoefend met ander gedrag. Er worden werkpunten geformuleerd en de cliënt wordt gestimuleerd om het voorgenomen gedrag te gaan toepassen. Veel oefenen met nieuw gedrag is nodig, want het vergt tijd en een hoop nieuwe ervaringen om een schema te laten veranderen. Van belang is het om de cliënt hierin aan te moedigen en zich bij iedere nieuwe ervaring te laten afvragen: wat betekent dit voor mijn oude overtuiging?

De extra mogelijkheden van intensieve behandeling

In sommige gevallen is het mogelijk om in een ambulante gedragstherapie de klachtgerichte en de persoonlijkheidsgerichte behandeling gefaseerd, dus na elkaar toe te passen. Dit kan alleen wanneer de persoonlijkheidsproblematiek de werkrelatie niet ernstig verstoort en de cliënt in staat is om zich in eerste instantie op de as- I-klacht te richten. Maar meestal dienen de as- I- en de as- II-problematiek zich gelijktijdig aan in de therapie. In de ambulante behandeling is de beperkte tijd dan een probleem. Het zal niet mogelijk zijn om in drie kwartier per week of per twee weken op beide gebieden een consequente therapielijn te volgen. Een intensieve behandeling biedt deze mogelijkheid in ruimere mate.

De voordelen van een intensieve behandeling bij as- I-klachten

Ook bij een opname in de kliniek zal in eerste instantie het accent zwaar liggen op de hoofdklacht. Dit was tenslotte de reden waarom de cliënten zich aanmeldden en waarvoor zij het meest gemotiveerd zijn om te worden behandeld. Voor de behandeling van de as- I-klacht zorgt het verblijf in de kliniek door zijn structuur al voor de eerste gedragsveranderingen. Vermijdingsgedrag wordt misschien in de eerste dagen van de

opname nog getolereerd, maar al snel wordt toegewerkt naar aanpassing aan de regels en gewoonten binnen de kliniek. De druk vanuit de groep om zich aan deze regels en gewoonten te conformeren, is hierbij een krachtig middel. Dit betekent voor veel cliënten een snelle en drastische doorbreking van diep ingesleten vermijdingsgedrag. Cliënten met dwangklachten worden tijdens hun verblijf in de kliniek geconfronteerd met angstwekkende stimuli, zoals deurknoppen, kranen, wc's, stoelen waar andere mensen op hebben gezeten, en het eten van borden en bestek waarmee anderen gegeten hebben. Cliënten met sociale angst, die gewend zijn aan een leven alleen, brengen de dag door met hun groepsgenoten. Voor de cliënten met een eetstoornis betekent het voorgeschreven, vaste menu al een breuk met oude gewoonten. Sommige cliënten hebben al jaren geen warme maaltijd meer gezien. Deze snelle gedragsveranderingen, onmogelijk in een ambulante therapie bij deze populatie, zijn voor de cliënten sterk motiverend. De steun die de cliënt van de groep lotgenoten ontvangt, maakt het doorstaan van de hoge angstniveaus draaglijker.

Hoewel in de ambulante praktijk de combinatie van cognitieve therapie en exposure doorgaans voldoende wordt geacht (Wells, 1999), is de problematiek van de in de kliniek opgenomen populatie zo ernstig of zo divers, dat een intensievere behandeling noodzakelijk is. Een van de grote voordelen van een klinische of dagklinische behandeling is de factor *tijd*. Ten eerste wordt in een intensieve behandeling veel meer tijd besteed aan directe exposure dan verwacht kan worden in de ambulante setting. Daarbij is in de klinische setting ook sprake van een ruimere mogelijkheid voor begeleiding tijdens de exposure. Ten tweede blijft nog ruimte over in het programma om aanvullende technieken te leren, zoals adem- en ontspanningstraining, sociale vaardigheidstraining of het hanteren van zelfcontroletechnieken.

De voordelen van een klinische opname voor de behandeling van as-II-stoornissen

Hoewel het accent in de behandeling ligt op de as- I-klacht, is binnen het programma meer tijd dan in de ambulante praktijk om de behandeling van de as- I- en de as-II-klachten met elkaar te verbinden. Ook in dit programma wordt gestreefd naar een gefaseerd model, waarin eerst alle aandacht naar as- I en later meer aandacht naar as-II gaat. Toch blijft er voldoende tijd om de relatie met de cliënt te bespreken en de problemen daarbinnen voor hem inzichtelijk te maken. Het verblijf in de kliniek en het deel uitmaken van een groep zijn hierbij van essentieel belang: het leven van alledag in de kliniek levert een belangrijke bron van ervaringen, waardoor cognitieve schema's getriggerd, geïdentificeerd en gecorrigeerd kunnen worden. Zowel de sociotherapeuten als de groepsgenoten kunnen van invloed zijn op het herkennen van de schema's en alternatief gedrag aangeven. Vanwege de grote mate van herkenning betekent de groep een belangrijke steun voor de cliënten. De groep helpt met het identificeren van de schema's, geeft feedback over hoe het schema zichtbaar wordt in het gedrag en de opstelling van de cliënt in de groep, en draagt gedragsalternatieven aan. De groep biedt de cliënt ook een veilig oefenterrein voor experimenten met het nieuwe gedrag.

In de praktijk blijken sommige combinaties van as- I-klachten en cognitieve schema's veel voor te komen. Zo hebben vrijwel alle cliënten met een eetstoornis last van perfectionisme, schaamtegevoelens en de neiging om zichzelf op te offeren (in Young-termen: de schema's *meedogenloze normen*, *defect* en *zelfopoffering*). Mensen met

dwangproblemen scoren hoog op het schema *meedogenloze normen*, mensen met een paniekstoornis kampen vaak met *kwetsbaarheid* en *verlating* en bij mensen met sociale angst komt men nogal eens *sociale isolatie* tegen. Vrijwel allen hebben last van een negatief zelfbeeld, dat zich laat samenvatten in de gedachte: 'Ik ben waardeloos.'

In het programma vindt bespreking en beïnvloeding van persoonlijkheidsproblematiek niet alleen in de sociotherapeutische bespreking van het groepsproces plaats. Er is ook in andere therapieonderdelen ruimte voor technieken die gericht zijn op persoonlijkheidsproblematiek. In de *persoonlijkheidsgroep*, een cognitieve-therapiegroep gericht op persoonlijkheidsproblematiek, staat het leren invullen en uitwerken van de schema-dagboeken centraal. Doelen zijn het ontdekken, benoemen en uitdagen van schema's die zijn geraakt in het dagelijks leven. In de *zelfwaarderingsgroep* wordt de negatieve zelfbeoordeling bestreden, doordat cliënten leren hun positieve eigenschappen te onderkennen, te benoemen en uit te spreken. In de *training sociale vaardigheden* oefenen cliënten met sociale basisvaardigheden, en zij doen oefeningen waarmee zij gedragspatronen leren doorbreken. De experimentiële technieken imaginatie en dialoog vinden vooral plaats in de *individuele therapiezittingen*.

Twee gevalsbeschrijvingen

De moeder met smetvrees

Mevrouw Parel is een 33-jarige moeder van drie kinderen. Zij werd opgenomen in de angststoornisgroep in verband met ernstige smetvrees, die geleid had tot een extreme handenwasdwang en een scala aan reinigingsrituelen die haar leven volledig bepaalden. Ambulante gedragstherapie was onvoldoende van de grond gekomen, omdat zij er niet toe kwam om thuis te oefenen met de responspreventie-opdrachten. Het rampscenario van mevrouw Parel zag er als volgt uit: als zij in aanraking zou komen met lichamelijke uitscheidingsproducten, zou zij anderen – met name haar kinderen – besmetten, waardoor zij ziek zouden worden en mogelijk zouden doodgaan. De meest onverdraaglijke gedachte was dat zij uiteindelijk verantwoordelijk zou zijn voor de dood van haar eigen kinderen. Met uitgebreide reinigingsrituelen probeerde zij dit rampscenario te voorkómen. Aangezien deze cognities voor haar geloofwaardig waren en zij nooit het leven van haar kinderen op het spel zou willen zetten, was het begrijpelijk dat de responspreventie nooit was gelukt. Het uitdagen van de rampcognities was dan ook van essentieel belang om haar zover te krijgen dat zij daadwerkelijk zou proberen haar reinigingsrituelen te minderen.

De opname in de kliniek betekende voor haar een drastische doorbreking van haar vermijdingsgedrag: zij moest zitten op stoelen waarop anderen gezeten hadden en eten van bestek dat zij niet eigenhandig en volgens bepaalde rituelen had afgewassen. Het was onvermijdelijk dat zij het door vreemden gebruikte toilet in de kliniek moest bezoeken, waardoor zij kranen en deurkrukken moest aanraken, die in contact waren geweest met andere toiletbezoekers. Kortom: het leven in de kliniek was vanaf de allereerste dag één grote exposureoefening. De responspreventie bestond uit het geleidelijk, maar gestaag verminderen van het maximale aantal keren handen wassen.

Hoewel mevrouw Parel gemotiveerd was om van haar dwangklachten af te komen en zij enthousiast aan de behandeling begon, lukte het haar steeds minder om

gedisciplineerd aan de opdrachten te werken. Zij kwam er eenvoudigweg niet aan toe. Haar overmatige verantwoordelijkheidsgevoel zorgde ervoor dat zij voortdurend bezig was met het helpen van de andere cliënten, het zorgen voor de sfeer in de groep. Aangezien zij de problemen van anderen belangrijker vond dan haar eigen problemen, liet zij iedereen voorgaan en cijferde zij zichzelf weg. Zij kwam onvoldoende aan oefenen en het maken van huiswerk toe. Op de schema-vragenlijst scoorde zij extreem hoog op het schema *zelfopoffering*. In eerste instantie kon mevrouw Parel zich hier weinig bij voorstellen: haar zelfopofferende gedrag was dermate ego-syntoon, dat zij haar gedrag niet als probleemgedrag kon herkennen. De eerste stap was dan ook om haar, door middel van feedback op haar gedrag door de therapeuten en door haar medegroepsleden, te wijzen op haar gedrag en te laten zien waar haar gedrag de voortgang in de therapie belemmerde. Via gedragsexperimenten werd haar centrale cognitie 'Als ik mij niet aanpas aan de wensen van een ander, dan ben ik verantwoordelijk voor, c.q. schuldig aan het feit dat de ander zich niet goed voelt en dat is onverdraaglijk', uitgedaagd. Hoe de valkuil (Young & Klosko, 1999) van de zelfopoffering was ontstaan, werd duidelijk toen zij vertelde hoe zij in haar jeugd al vroeg de ouderrol had moeten overnemen, toen haar vader ernstig ziek werd. Mevrouw Parel kwam er langzaam achter dat haar verantwoordelijkheidsgevoel overmatig was. De eye-opener was het inzicht dat haar verantwoordelijkheidsgevoel ertoe leidde dat zij tekortschoot ten opzichte van haar man en kinderen, doordat zij nooit ontspannen kon zijn. In de therapie oefende zij met tijd voor zichzelf in te ruimen, zodat zij beter aan het oefenen en huiswerk toekwam. Zij vroeg in de therapie aandacht voor zichzelf en stelde zich minder helpend op ten opzichte van anderen. Zij merkte dat haar veranderde gedrag niet tot de gevreesde rampen leidde. Zo wist zij steeds meer ruimte voor zichzelf te creëren om gericht en intensiever aan haar dwangklachten te werken.

De perfectionistische vrouw met anorexia

Mevrouw Haver werd opgenomen in de eetstoornisgroep in verband met anorexia nervosa. Haar gewicht was veel te laag. In eerste instantie lag het accent in de behandeling op gewichtsherstel, leren eten, en het uitdagen van irrationele cognities over voedsel, uiterlijk en gewicht. Hoewel zij wel vooruitging, liet haar gewichtsgrafiek regelmatig een stagnatie zien. Tot twee keer toe was een time-out nodig om mevrouw Haver te laten nadenken over haar motivatie. Deze bleek ernstig ondermijnd te worden door het schema *meedogenloze normen* en het hiermee vaak samenhangende schema *defect/schaamte*. Het schema *meedogenloze normen* maakte dat zij zichzelf niets mocht gunnen zonder dat zij dit verdiend had. Dit maakte het voor haar bijzonder moeilijk om te eten, terwijl zij het rustprogramma volgde (weinig beweging, extra rusten op bed). Zij had het gevoel het eten niet verdiend te hebben. Zonder prestaties voelde zij zich waardeloos en stond zij zichzelf niet toe te genieten. Dit patroon beperkte zich overigens niet tot het eten, maar strekte zich uit over alle plezierige zaken in het leven. Het schema *defect/schaamte* hing samen met de *meedogenloze normen*: aangezien zij zichzelf onmogelijke eisen stelde waaraan zij nooit kon voldoen, werd zij steeds bevestigd in de overtuiging dat er iets met haar mis was. Zij kon zich niet voorstellen dat de buitenwereld er niet hetzelfde over dacht en ging er dan ook van uit dat zij door anderen ook als minderwaardig beoordeeld en vervolgens afgewezen zou worden. De gedachte dat zij overmatig strenge eisen aan zichzelf zou stellen was voor mevrouw Haver in eerste instantie niet herkenbaar. Zij zag zichzelf juist als iemand die faalde,

slap was, te toegeeflijk voor zichzelf. Zij moest er keer op keer op gewezen worden door de therapeuten en de groep. Langzamerhand begon het te dagen. Voorzichtig oefende zij met zichzelf iets extra's gunnen (op het gebied van eten en op andere terreinen) en met het minder perfectionistisch bezig zijn met haar huiswerkopdrachten. Zij kwam erachter dat zij deze strenge normen in haar opvoeding had meegekregen. Van haar dominante en strenge vader had zij geleerd dat zij het nooit goed ge-noeg kon doen, hoezeer zij ook haar best deed om een compliment van hem te krijgen. In een brief aan haar ouders uitte zij haar verdriet en woede over het gebrek aan warmte en waardering in haar opvoeding. Het was voor het eerst dat zij zichzelf deze emoties kon toestaan. Het werd duidelijk voor haar hoezeer zij zichzelf voortdurend te kort had gedaan. Deze wetenschap sterkte haar in haar motivatie om van haar eetstoornis af te komen en de voor haar zo moeilijke behandeling vol te houden.

Beschouwing

Na deze summiere schets van onze werkwijze staan we stil bij de vraag waarom wij hebben gekozen voor een behandelvorm waarin de as- I-problematiek centraal staat, maar waarbij ook aandacht wordt besteed aan persoonlijkheidsproblematiek. Is zo'n uitgebreide aanpak noodzakelijk? Is het wenselijk? Is het de behoefte van de cliënt? Of vooral interessant voor de therapeuten?

Vooralsnog zijn er onvoldoende onderzoeksgegevens om de noodzakelijkheid van onze aanpak aan te tonen. Maar het is een feit dat eerdere behandelingen van as- I-klachten van onze cliënten geen succes hadden en dat de cliënten elders vaak in een vroeg stadium hadden afgehaakt. Daarbij constateren wij dat het uitvalspercentage in de begindagen van het programma (dat toen nog puur klachtgericht was) hoger lag dan in het huidige programma. Dit schrijven wij niet uitsluitend toe aan de hiervoor beschreven technieken, maar vooral aan de *verbeterde relatie* tussen cliënten en therapeuten. Allereerst biedt het benoemen en voor de cliënt inzichtelijk maken van het schema dat de therapie ondermijnt, een verklaring voor zijn tegenstrijdige gevoelens en neigingen. Wanneer de cliënt kan begrijpen waarom hij enerzijds geholpen wil worden, maar anderzijds allerlei gedrag vertoont dat dit streven onmogelijk maakt, kan dit een belangrijke verbetering van de relatie tot gevolg hebben. De cliënt strijdt immers minder tegen de therapeut en meer tegen zijn eigen therapieondermijnende gedrag.

Maar minstens even belangrijk, zo niet belangrijker, is het feit dat het inzicht in de cognitieve schema's van cliënten *bij de therapeuten* een beter begrip voor het moeilijke en ogenschijnlijk dwarse of ongemotiveerde gedrag van cliënten bewerkstelligt. Dit heeft gevolgen voor de houding van de therapeut ten opzichte van de cliënt. Het maakt nogal wat uit of je de cliënt als onwillig en ongemotiveerd beschouwt, of dat je zijn gedrag kunt verklaren en begrijpen vanuit diens cognitieve schema's en vroegere ervaringen. In het laatste geval steekt de therapeut meer energie in het motiveren van de cliënt en het verbeteren van de relatie. In de praktijk heeft dit binnen ons programma bijvoorbeeld tot gevolg gehad dat de cliënt vaker een herkansing aangeboden krijgt, waarbij aandacht wordt besteed aan de schema's die aan het therapieondermijnende gedrag ten grondslag liggen. Wel blijven overigens de regels en voorwaarden die voor de behandeling gelden, onverkort gehandhaafd. Waar de beide in de vignetten beschreven cliënten in het verleden waarschijnlijk met vervroegd ontslag zouden zijn

gestuurd, kregen zij nu binnen de behandeling uitgebreider de mogelijkheid om hun motivatie te onderzoeken en te versterken.

In veel gevallen zijn deze twee aspecten voldoende om de relatie zodanig te beïnvloeden dat de cliënt in staat is om zijn as- I-klachten te veranderen. Het blijft de vraag of de uitwerking van de as- II-problematiek altijd noodzakelijk is voor een goede klachtgerichte behandeling.

Is het *wenselijk* om binnen een klachtgerichte aanpak ook aandacht te besteden aan persoonlijkheidsproblemen? Anders gezegd: als je de tijd en de mogelijkheden hebt om een uitgebreidere therapie aan te bieden, is het dan niet zonde om die kans te laten liggen? Wij denken van wel.

In de praktijk komt bij de uitvoering van de neerwaartse-pijltechniek vaak al snel de schema-inhoud in de vorm van kerngedachten (Beck, 1999) naar voren. Bij sociale angst komt de angst voor afwijzing en uitstoting als vanzelf uit het rampscenario rollen. Bij de eetstoornissen is de koppeling tussen eten, uiterlijk en zelfwaardering vanzelfsprekend en liggen as- I en as- II in elkaars verlengde. Bij dwangstoornissen treft men overmatig strenge normen en verantwoordelijkheidsbesef aan. Ook in recente literatuur wordt al meer gepleit voor het hanteren van schema-focused technieken na symptom-focused interventies in de ambulante praktijk (Wells, 1999). De kans op terugval wordt minder, naarmate naast de klachtgerichte behandeling meer aandacht wordt besteed aan overige stressfactoren. Daaronder vallen persoonlijkheidsproblematiek, maar ook sociale omstandigheden, zoals wonen, werken en dagbesteding. Het feit dat cliënten hun cognitieve schema's kunnen herkennen, maakt hen minder kwetsbaar. In elk geval hebben ze een keuze om het in de toekomst anders te gaan doen. De klinische setting biedt ruime mogelijkheden voor cliënten om te experimenteren met ander gedrag, en zij kunnen nieuwe sociale ervaringen opdoen in een veilige omgeving.

Hebben *cliënten* behoefte aan een uitgebreidere behandeling? Afgaande op hun eigen uitspraken, zeggen wij hierop volmondig 'ja'. Cliënten vinden het feit dat aandacht wordt besteed aan hun persoonlijkheidsproblematiek een belangrijke aanvulling op de klachtgerichte behandeling. Zij leren zichzelf beter begrijpen en hun gevoel van controle over zichzelf wordt vergroot, doordat zij concrete aanwijzingen krijgen om aan hun persoonlijkheid te schaven. De therapeut én de cliënt moeten wel goed in de gaten houden dat dit 'schaven' ten dienste staat van de behandeling van de hoofdklacht, en niet verwordt tot subtiel vermijdingsgedrag. De klachtgerichte behandeling blijft te allen tijde de hoofdlijn in de behandeling. Als de klachtgerichte behandeling veel behandeltijd vergt, is het dan ook verstandig om de uitwerking van de as- II-problematiek – in de vorm van deelname aan de persoonlijkheidsgroep – uit te stellen?

De gepresenteerde aanpak is, ten slotte, *interessant voor de therapeut*. Het spreekt vanzelf dat dit nooit een doorslaggevend argument mag zijn, maar het is wel een feit dat het gedragstherapeutische team met enthousiasme de beschreven technieken toepast. Moeilijke cliënten zijn beter te verdragen wanneer we inzicht hebben in hun achtergronden en hun centrale cognitieve schema's. Inzicht in de eigen cognitieve schema's en de reacties op cliënten onder invloed van deze schema's, is belangrijk bij het bewaren van de nodige distantie. Dat geldt vooral voor de sociotherapeuten, die

in het dagelijkse contact met de cliënten het meest worden geconfronteerd met heftige emoties en interacties.

Wellicht ten overvloede benadrukken wij dat we niet de pretentie hebben om in deze kortdurende, intensieve behandeling de persoonlijkheidsproblematiek te verhelpen. Er is doorgaans meer tijd nodig om voldoende materiaal – nieuwe ervaringen om de cognitieve schema's overtuigend tegen te spreken – te verzamelen. Onze inspanningen zijn voornamelijk gericht op een adequate behandeling van de as- I-problematiek. Er wordt alleen een start gemaakt met het identificeren en uitwerken van de centrale persoonlijkheidsthema's. Of deze in de ambulante vervolgbehandeling nog aandacht behoeven, hangt in grote mate af van de ernst van de persoonlijkheidsproblematiek, de wens van de cliënt en de mate waarin de as- I-problematiek nog aandacht behoeft.

Abstract

Symptom-focused therapy is often hampered by the presence of a personality disorder. This article describes a clinical behavioural program for anxiety- and eating-disorders of the Centre for Psychotherapy (Mentrum, Amsterdam). Symptom-focused treatment is combined with schema-focused interventions, directed at the personality. Interventions in cognitive schemes (based on Jeffrey Young's model) are described. The position of schema-focused therapy in proportion to symptom-focused treatment is discussed

Referenties

- Beck, A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J.S. (1999). *Basisboek Cognitieve Therapie*. Baarn: Intro.
- Bögels, S.M., & Arntz, A. (1991) Persoonlijkheidsstoornissen. In W. Vandereycken, K. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp, *Handboek Psychopathologie, deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bögels, S.M., & Oppen, P. van (1999). *Cognitieve Therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Burns, D. (1980). *Feeling good*. New York: Morrow.
- Clark, D.M. (1994). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D.M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D.M. Clark & C.G. Fairburn, *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Dyck, R. van (1980). Timing en motivering. In K. van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Dyck, R. van, Oppen, P van, & Balkom, A. van (1996). Beslisbomen en behandelingsstrategieën. In R. van Dyck, A.J.L.M. van Balkom & P. van Oppen, *Behandelingsstrategieën bij angststoornissen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Fairburn, C.G. (1997). Eating disorders. In D.M. Clark & C.G. Fairburn, *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., & Cooper, P. (1994). Eating disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Fennell, M.J.V. (1994). Depression. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Greenberger, D., & Padesky, C.A. (1999). *Je gevoel de baas: leer je negatieve denkpatronen veranderen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Jansen, A., & Meijboom, A. (1998). Beslisbomen en richtlijnen. In A. Jansen & A. Meyboom, *Behandelingsstrategieën bij bulimia nervosa*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Lange, A. (2000). *Gedragsverandering in Gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*/Jeffrey E. Young. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. Vertaling van: *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (1990) (3rd ed.). Sarasota, FL : Professional Resource Exchange.
- Reinders, M.J., & Visser, S. (1997). Gedragsexperimenten binnen de cognitieve therapie. Praktische toepassingen bij hypochondrie. *Directieve Therapie*, 15, 13-30.
- Salkovskis, P.M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D.M. Clark & C.G. Fairburn, *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M., & Kirk, J. (1994) Obsessional disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk & D.M. Clark, *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Schacht, R., & Peeters, R. (2000). *Schemagerichte therapie voor 'moeilijke mensen'. Een nieuwe uitdaging voor de cognitieve gedragstherapie*. Leuven: Garant.
- Velden, K. van der, & Dyck, R. van (1977). Hindernissen in de beginfase van een directieve therapie. In K.van der Velden e.a. (red.), *Directieve therapie, 1*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wells, A. (1999). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: a schema-focused approach*. Sarasota (FL): Professional Resource Press.
- Young, J.E., & Klosko, J. (1994) *Reinventing Your Life*. New York: Penguin Group.
- Young, J.E., & Klosko, J. (1999). *Leven in je Leven: leer de valkuilen in je leven herkennen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Young, J.E., & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.