



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

Borderlinecliënten behandelen met schematherapie is leuk

Hannie van Genderen

SAMENVATTING Maakt schematherapie het behandelen van een cliënt met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis echt leuker? Uit onderzoek (Giesen-Bloo et al., 2006) blijkt in ieder geval wel dat drie jaar intensieve schematherapie in 45% van de gevallen leidt tot volledig herstel en in nog eens 20% tot aanzienlijke verbetering. Na vier jaar is het percentage herstelde cliënten gestegen tot 52%. Dat geldt zowel voor lichtere gevallen als voor cliënten met ernstige symptomen. De therapie vereist een speciale hantering van de therapeutische relatie (limited reparenting) en een afwisseling van experiëntiële, cognitieve en gedragsmatige technieken. In dit artikel wordt schematherapie in het algemeen en de limited reparenting en de experiëntiële technieken in het bijzonder, toegelicht aan de hand van een casus. De vragen over de meest controversiële elementen in de therapie, zoals het modusmodel, limited reparenting en experiëntiële technieken worden in de discussie besproken. Geconcludeerd kan worden dat schematherapie niet alleen werkzaam is, maar gaandeweg de behandeling voor zowel cliënten als therapeuten ook steeds leuker wordt.

Inleiding

Borderlinecliënten zijn te genezen, bleek uit onderzoek van Giesen-Bloo et al., (2006). Dit betekent dat de problematiek bij cliënten met een borderlinepersoonlijkeitsstoornis, zoals beschreven in de DSM-IV (APA, 1994), tot een zodanig niveau afneemt dat er geen sprake meer is van een borderlinepersoonlijkeitsstoornis. De publicatie van deze resultaten heeft veel stof doen opwaaien in de therapeutische wereld. Tot dan toe werden borderlinecliënten immers beschouwd als lastige mensen en onbehandelbaar. Met schemathera-

DRS. H. VAN GENDEREN, klinisch psycholoog en psychotherapeut, teamleider team angst-, eet-, somatoforme- en seksuologische stoornissen en coördinator academisering RIAGG-Maastricht. E-mail: h.vangenderen@home.nl.

pie (ST)¹ bleken veel cliënten geheel of grotendeels genezen na een behandeling van drie jaar. Tot dan toe was alleen van dialectische gedragstherapie (DGT) van Linehan bekend dat de borderlinepersoonlijkheidsstoornis tot op zekere hoogte te behandelen zou zijn, maar de resultaten beperkten zich tot afname van suïcidaliteit en automutilatie en een sterke verlaging van de drop-out (Linehan, 1993; Linehan et al., 2006).

Dat was zeker een hele verbetering vergeleken bij de resultaten van andere therapieën, maar van een echt herstel van de persoonlijkheidsstoornis was nog geen sprake (Arntz, 2003). Schematherapie heeft dat effect wel. Uit de studie van Giesen-Bloo et al. (2006) bleek dat er in 52% van de gevallen sprake was van herstel van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en dat er bij nog eens 20% van de gevallen een aanzienlijke verbetering van de borderlinesymptomen te zien was. In een studie van Nordahl en Nysæter (2005) werden vergelijkbare resultaten gevonden. Schemagerichte cognitieve therapie was niet alleen effectiever, maar ook kosteneffectiever dan de transference focused therapie (TFP; Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002) waarmee hij vergeleken werd (Van Asselt et al., 2008). Als vervolg op dit onderzoek is inmiddels een onderzoek gestart om na te gaan hoe deze methode geïmplementeerd kan worden in de reguliere GGZ (Nadort & Giesen-Bloo, 2005; Nadort et al., 2007).

Aan de hand van de casus van Marian, die als een rode draad door het artikel loopt, wordt uitgelegd wat schematherapie is, welke cliënten ermee behandeld kunnen worden en hoe een aantal relevante technieken kan worden toegepast. In dit artikel is voor patiënten de vrouwelijke vorm gekozen, omdat de meerderheid van de borderlinecliënten van het vrouwelijk geslacht is. De therapeut is een 'hij' voor de leesbaarheid.

Casus Marian

Marian is 23 jaar en woont alleen op kamers. Zij heeft een jaar kunstacademie gedaan, heeft daarna een tijd in het buitenland gewoond en is sinds kort begonnen met de studie psychologie. Zij heeft sinds drie maanden een relatie. Marian meldt zich aan met depressieve klachten, die steeds weer

¹ In de literatuur worden de termen schemagerichte cognitieve therapie, schema focused therapie en schematherapie door elkaar gebruikt. Ik kies voor de term schematherapie, omdat deze steeds vaker in Nederlandstalige literatuur wordt gebruikt.

terugkomen en nu weer zo ernstig zijn dat zij aan zelfmoord denkt. Op momenten dat zij wanhopig is, doet zij zichzelf soms pijn. Zij noemt verder problemen in relaties en met de studie. Marian heeft al heel wat hulpverleners gezien en voelt zich door niemand echt geholpen. Na haar laatste zelfmoordpoging wil zij het toch nog maar een keer proberen. Er is eerder al eens de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis gesteld, maar daar is zij het niet mee eens, want ze heeft ook hele periodes nergens last van – misschien valt het dus wel mee. Uit haar jeugd herinnert zij zich niet zoveel vervelende gebeurtenissen. Zij had wel vaak ruzie met haar oudere broer en ze is op haar 17^{de} van huis weggelopen. Haar vader was veel afwezig en haar moeder was regelmatig depressief en werd soms opgenomen. Als haar ouders er niet waren, speelde haar broer de baas over Marian en haar zusje, en dan vielen er wel eens klappen.

De therapeut besluit tot een uitgebreide intake om de diagnose helder te krijgen. In de volgende gesprekken blijkt dat Marian ernstig verwaarloosd is en dat moeder niet alleen depressief, maar ook kritisch en dwangmatig was. Vader was veel afwezig, maar als hij er was kon hij onverwacht boos worden en kregen de kinderen straf en werden geslagen. Marian werd vaak ingeperkt en speelde niet vaak met andere kinderen. Zij werd regelmatig alleen gelaten met haar agressieve broer, die haar comandeerde en mishandelde. Haar ouders geloofden haar niet als zij hier iets over vertelde. Marian blijkt op de Young Schema Questionnaire (Rijkeboer, 2005; Young & Brown, 1994) zeer hoog te scoren op verlating, wantrouwen en/of misbruik, emotionele verwaarlozing, minderwaardigheid/schaamte, onderwerping en meedogenloze normen/overdreven kritisch. Uit de Borderline Disorder Severity Index (Arntz et al., 2003) komt een score van 28. Zij scoort met name hoog op verlating, stemming, leegte en parasuïcide.

De conclusie na deze intake is dat Marian een borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft met dwangmatige en ontwijkende trekken. Verder is er sprake van een recidiverende depressie, een eetstoornis n.a.o. en relatieproblemen. Er wordt een schematherapie geadviseerd.

Wat is schematherapie?

Schematherapie is sinds de jaren negentig van de vorige eeuw ontwikkeld door Young (1990, 1994, 2005), omdat bleek dat de reguliere

cognitieve gedragstherapie onvoldoende effect had bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Hij ontwikkelde een nieuw behandelmodel door de traditionele cognitieve therapie uit te breiden met een aantal werkzame methoden en technieken uit andere therapierichtingen. Schematherapie gaat ervan uit dat iedereen in zijn jeugd schema's ontwikkelt, waarmee hij de wereld probeert te begrijpen. Een schema is een kennisstructuur, die ontstaat door de wisselwerking tussen de aanleg van de cliënte en de ervaringen in haar jeugd. Alles wat iemand vanaf zijn geboorte meemaakt wordt opgeslagen in schema's, die bestaan uit zintuiglijke waarnemingen, emoties en cognities. Vroegkinderlijke ervaringen worden op niet-verbale wijze opgeslagen en latere ervaringen worden tevens in verbale vorm opgeslagen. Schema's zijn te vergelijken met filters waarmee men de gebeurtenissen om zich heen ordent en interpreteert. Als iemand opgroeit in moeilijke omstandigheden zullen zich veelal disfunctionele schema's ontwikkelen, die kunnen leiden tot disfunctionele cognities, vervorming van de waarnemingen en daarmee gepaard gaande heftige gevoelens. Aan ernstige persoonlijkheidspathologie kunnen steeds terugkerende patronen van afwijzing, inperking en verwaarlozing in de opvoeding ten grondslag liggen. Regelmatig is er ook sprake van mishandeling en seksueel misbruik (Cicchetti, Toth, & Maughan, 2000; Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005; Shiner, 2005; Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005; Shiner & Caspi, 2003). Om met deze moeilijke ervaringen om te kunnen gaan, ontwikkelt iemand in zijn jeugd verschillende strategieën. Young, Klosko en Weishaar (2005) beschrijven drie soorten copingstrategieën: overgave, ontwijken en overcompenseren.

Bij cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis bleek er sprake van zoveel schema's en copingstrategieën en snelle wisselingen tussen schema's en copingstrategieën binnen een korte periode, dat er een zogenaamd schemamodusmodel is ontwikkeld. Een schemamodus of modus is een set van bij elkaar horende schema's en copingstrategieën, die samen in bepaalde situaties het denken, voelen en handelen van de cliënt overheersen (Van Genderen & Arntz, 2005; Lobbestael, Van Vreeswijk, & Arntz, 2007; Young et al., 2005). Dit maakt de beschrijving van de problematiek, zowel voor de cliënt als de therapeut, overzichtelijker en de snelle wisselingen tussen het toestandsbeeld beter te begrijpen. Young et al. (2005) beschrijven bij cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis vier disfunctionele en een gezonde modus:

- de onthechte beschermer;
- het verlaten/misbruikte kind;
- het boze/impulsieve kind;
- de straffende ouder;

– de gezonde volwassene.

Het geven van namen aan de modi is een hulpmiddel en heeft slechts een overdrachtelijke betekenis; er worden geen identiteiten of personen mee bedoeld (Arntz & Kuipers, 1998). Het is ook niet zo dat de schemamodi los van elkaar staan en dat er sprake zou zijn van een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (zie hoofdstuk 10 in Van Genderen & Arntz, 2005).

*Beschrijving van de schemamodi bij de
borderlinepersoonlijkheidsstoornis*

Bij de meeste cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis volstaat een beschrijving van de problematiek in vijf modi (Arntz, Klokman, & Sieswerda, 2005). Uit recent onderzoek van Lobbestael, Van Vreeswijk en Arntz (aangeboden ter publicatie) blijkt dat er mogelijk meer modi aan het model kunnen worden toegevoegd, maar uit praktische overwegingen wordt hier nu niet verder op ingegaan.

De onthechte beschermer

De modus van de onthechte beschermer (verder kortweg de beschermer genoemd) beschermt de cliënte tegen te heftige gevoelens en daden. Een borderlinecliënte heeft in haar jeugd geleerd dat je je gevoelens niet mag tonen en dat voelen gevaarlijk is, omdat het afkeuring of straf oplevert. Als de beschermer aanwezig is, worden uitingen van gevoel onderdrukt en de cliënte lijkt ogenschijnlijk rustig of afwezig. De therapeut kan moeilijk contact krijgen met de cliënte als de beschermer de overhand heeft.

Bij Marian uit de beschermer zich onder andere in vermoeid en wazig gedrag en het veel afzeggen van de sessies.

Het verlaten/misbruikte kind

De modus van het verlaten/misbruikte kind leidt ertoe dat de cliënte zich bang, verdrietig en hulpeloos voelt. Zij gedraagt zich als een klein kind dat haar problemen niet kan oplossen en klampt zich aan de therapeut vast om hulp. Deze kant wordt ook wel 'kleine ... (naam cliënte)' genoemd, omdat de kindmodus kenmerken heeft van de

cliënte toen zij echt een kind was, dat niet wist hoe zij moest omgaan met misstanden in haar omgeving, zoals mishandeling, misbruik of verwaarlozing. De therapeut kan de aanwezigheid van deze modus ervaren als dwingend en voelt zich daardoor wel eens overvraagd. Vakanties van de therapeut of zelfs het verzetten van een afspraak kunnen bij de cliënte leiden tot paniek, angst voor verlaten en een steeds groter appel van de cliënte op de therapeut.

Voorals als Marian in crisis is, heeft de therapeut te maken met het verlaten kind. De eerste keer dat de therapeut hiermee geconfronteerd wordt, is als Marian met een zelfmoordpoging reageert op een ruzie met haar vriendje. Zij dacht dat hij haar voorgoed zou verlaten en dus 'had haar leven geen zin meer'.

Het boze/impulsieve kind

Een cliënte bij wie de boze/impulsieve kindmodus overheerst, gedraagt zich als een gefrustreerd boos kind, dat haar woede luid en duidelijk laat horen. Dit is de kant die cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis zo'n slechte naam bezorgt, want in haar woede kan de cliënte soms echt geweld gebruiken en stoot zij veel hulpverleners van zich af. Het is echter geen doelgerichte actie om de therapeut te kwetsen, het is onmacht en onvermogen om met ongenoegens om te gaan. De modus wordt ook wel 'boze ... (naam cliënte)' genoemd. Als de therapeut zich echt kan voorstellen dat het is alsof hij met een stampvoetende 4-jarige te maken heeft, lukt het hem veel beter om de woede te verdragen en in goede banen te leiden.

Boze Marian vertoont zich de eerste helft van de therapie niet zo vaak tijdens de sessies, maar wel daarbuiten in ruzies tussen Marian en haar vriend. Zij gaat dan erg tegen hem tekeer en gooit hem soms haar huis uit.

De straffende ouder

Wanneer de cliënte zichzelf straft (bijvoorbeeld met automutilatie) of heel negatief over zichzelf praat, dan heeft zij last van de modus van de straffende ouder. Deze modus is een weergave van wat (een van)

de ouders of andere opvoeders altijd tegen de cliënte zeiden om haar te straffen of om (seksueel) misbruik goed te praten. De cliënte heeft deze boodschappen geïnternaliseerd en gelooft dat zij absoluut waar zijn. Het gaat bij deze modus niet om normale correcties, maar om buitensporige straffen voor kleine fouten of voor het uiten van normale emoties. Op momenten dat cliënte overheerst wordt door deze modus, probeert zij – zonder het te beseffen – soms ook straf door de therapeut uit te lokken of doet dingen om de therapie moeilijk te maken (zoals veel wegblijven).

Marian straft zichzelf door negatief over zichzelf te denken en te praten. Wanneer zij haar gevoelens laat zien aan de therapeut, is het risico groot dat zij later die dag zichzelf straft, omdat haar straffendeoudermodus vindt dat zij moet boeten voor haar te grote openhartigheid.

De gezonde volwassene

Dat is het deel van de cliënte dat nauwelijks ontwikkeld is, maar als dit deel op de voorgrond staat, kan de cliënte wel dingen doen en laten die goed voor haar zijn. Dit deel heeft bijvoorbeeld besloten om in therapie te gaan en deze keer ook te blijven. In de loop van de therapie zal deze modus zich ontwikkelen tot een sterke gezonde volwassene, die gezonde doelstellingen zal nastreven en genuanceerd kan omgaan met gevoelens.

Doel van de schemagerichte behandeling

Het doel van schematherapie is om de persoonlijkheidsstoornis te genezen. Dit betekent dat er een zodanige afname van de problematiek kan worden geconstateerd dat er geen sprake meer is van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, zoals beschreven in APA (1994). Om dit te bewerkstelligen zal de therapeut het verlaten/misbruikte kind steunen en het boze/impulsieve kind leren om op een gezonde manier met boosheid en frustraties om te gaan. De beschermer moet steeds minder op de voorgrond treden en de straffende ouder wordt bestreden en vervangen door adequatere regels en normen. Tegelijkertijd probeert de therapeut samen met de cliënte een gezonde volwassene te ontwikkelen met gezonde schema's.

Centraal in de therapie staat 'limited reparenting', wat betekent dat

de therapeut een relatie met de cliënte aangaat alsof hij een soort ouder van haar is. Dat impliceert dat hij een betrokken, accepterende houding heeft en zo nodig wat extra aandacht aan haar geeft. Het betekent echter niet dat hij alles wat de cliënte doet accepteert, want een goede ouder moet ook grenzen kunnen stellen. Een ander aspect van limited reparenting is uitleg over normale regels, normen en omgangsvormen, zonder te moraliseren of straffend te zijn.

Limited reparenting alleen is niet voldoende. Daarom worden zowel experiëntiële, cognitieve als gedragsmatige technieken toegepast, die speciaal zijn afgestemd op de behandeling van cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. De therapie richt zich daarbij niet alleen op actuele thema's in het leven van de cliënte, maar ook op het herinterpreteren van gebeurtenissen uit het verleden.

Schemagerichte cognitieve therapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis start met een uitgebreide casusconceptualisatie. Daarna volgt gedurende een periode van twee tot drie jaar intensieve therapie, waarbij, zeker in het eerste jaar, een frequentie van twee sessies per week wordt aanbevolen (Young et al., 2005). Uit onderzoek van Giesen-Bloo (2006) blijkt dat sommige symptomen – bijvoorbeeld automutilatie of suïcidaal en impulsief gedrag – weliswaar al na een jaar behandeling sterk afnemen, maar andere symptomen nemen pas na een paar jaar af. Na drie jaar zijn bij 45% van de cliënten alle symptomen voldoende gedaald om te kunnen spreken van herstel en bij follow-up van een jaar (waarin sommige mensen verder werden behandeld) is dit bij 52% van de cliënten het geval.

Tijdens de behandeling ligt het accent aanvankelijk op experiëntiële en cognitieve technieken. In de laatste fase van de therapie wordt het accent verlegd naar gedragsmatige technieken en wordt zo nodig ook aandacht besteed aan traumaverwerking (Van Genderen & Arntz, 2005; Young et al. 2005).

Welke cliënten zijn geschikt voor schematherapie?

Om aan de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis te voldoen moet een cliënte op vijf van de negen criteria uit de DSM-IV scoren (APA, 1994). Dat schetst al meteen een probleem, namelijk dat de ene borderliner de andere niet is, omdat elke cliënte een andere combinatie van ten minste vijf van die negen factoren scoort. Cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis hebben de volgende factoren gemeenschappelijk, waardoor zij over het algemeen grote maatschappelijke problemen ondervinden:

- wisselende stemmingen;

- problemen met relaties;
- onduidelijkheid over hun identiteit.

De uitingsvormen van de maatschappelijke problemen lopen sterk uiteen: van cliënten die vrijwel permanent in crisis zijn en amper ambulantly te behandelen lijken, tot cliënten die zelden echte crises hebben, maar wel grote delen van de tijd in bed liggen en nauwelijks contact maken met de rest van de wereld.

Veelal is sprake van een grote comorbiditeit, waardoor het zicht op de diagnose ernstig vertroebeld kan worden en behandeling bemoeilijkt wordt. In het onderzoek van Giesen-Bloo et al. (2006) werden alle cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis geïnccludeerd die een score van 20 of hoger hadden op de 'Borderline Personality Disorder Severity Index' (BPDSI; Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz, A., ingediend voor publicatie).

De BPDSI is een gestructureerd interview dat speciaal is ontwikkeld om de aard en de ernst van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis bij cliënten te meten. De vragenlijst heeft een range van 0 tot 90. Een score onder de 15 betekent dat betrokkene geen borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft. De gemiddelde score in het onderzoek van Giesen-Bloo et al. (2006) was 33,5. Dat wil zeggen dat het om een groep met relatief zware problematiek ging.

Om de behandeling te schetsen volgt een beschrijving van delen van de behandeling van Marian. Deze behandeling is min of meer standaard verlopen, maar daar moet wel de kanttekening bij geplaatst worden dat dit lang niet altijd mogelijk is. Als de behandeling anders verloopt, bijvoorbeeld omdat er veel vaker crisis is aan het begin van de behandeling of als de cliënte vaak sessies mist, dan is behandeling met schematherapie zeer wel mogelijk, maar zal de therapeut zijn strategie moeten aanpassen aan die andere omstandigheden.

Verloop van de schemagerichte behandeling

Eerste fase van de therapie

De therapeut start met het opbouwen van een veilige therapeutische relatie en het verzamelen van informatie over de huidige problemen en de levensgeschiedenis van de cliënte. Het is niet altijd mogelijk om dit rustig en systematisch te doen, want er zijn soms onderwerpen die acute aandacht vragen en crisis veroorzaken.

Tijdens de eerste gesprekken stelt Marian zich vriendelijk doch afstandelijk op. Zij zegt afspraken af en is vaak moe en reageert dan wazig. Pas als Marian onverwacht op het crisiscentrum

blijkt te zitten en de therapeut haar vriend een keer spreekt, blijkt dat er veel meer aan de hand is dan Marian verteld heeft. Zij blijkt zichzelf te branden met sigaretten en heeft eetbuien, waarna zij alles weer uitbraakt. Zij wil plotseling stoppen met haar studie en heeft schulden gemaakt. Zij ligt dagenlang in bed of kijkt hele dagen televisie. De therapeut krijgt moeilijk contact met haar.

Opbouw therapeutische relatie

De therapeut begint met het opbouwen van de therapeutische relatie door vanaf de eerste sessie een coöperatieve houding aan te nemen en meteen al uitleg te geven over zijn werkwijze en het modusmodel. Hij geeft de cliënte een folder over de therapie mee (zie bijlage 1 in Van Genderen & Arntz, 2005) en legt uit dat dit een langdurige therapie gaat worden. Als er in het begin al sprake is van crisis ziet de therapeut de cliënte een paar keer extra om te proberen haar zoveel mogelijk te steunen en gerust te stellen.

Gesprek na een crisis van Marian

Therapeut: 'Ik kan heel goed begrijpen dat jij in paniek raakt als je ruzie hebt met Erik. Als hij zegt dat hij even naar zijn eigen kamer gaat om na te denken, staat voor jou de conclusie al vast dat hij jou gaat verlaten. Dat heeft te maken met jouw ervaring dat je moeder vroeger ook wel eens echt onverwacht verdween na een ruzie met vader.' [Moeder was manisch depressief en werd soms opgenomen.]

Marian: 'Ja, maar dat weet ik toch ook nooit zeker? Ik ken hem pas drie maanden en al mijn vorige vriendjes zijn ook weggelopen.'

Therapeut: 'Ja dat is ook moeilijk. Als zoiets gebeurt, is het niet raar dat je in paniek raakt, maar dat is geen reden om een zelfmoordpoging te doen. Als weer eens zoiets gebeurt, mag je mij bellen en help ik je door zo'n moeilijk moment heen, want jij hebt steun nodig en geen straf als iets in je leven dreigt mis te lopen.'

In een van de eerste sessies, maar zeker naar aanleiding van een crisis, geeft de therapeut een telefoonnummer aan de cliënte, waarop hij altijd bereikbaar is als zij in crisis raakt of als zij zichzelf dreigt te automutilleren of te suïcideren.

Marian is hier verbaasd over (dat deden vorige therapeuten niet)

en blij. Zij neemt zich echter voor om nooit te bellen, want ze wil haar therapeut niet lastigvallen.

Casusconceptualisatie

De therapeut verzamelt informatie over de actuele problemen en de levensgeschiedenis van Marian, met als doel de schema's en copingstrategieën in kaart te brengen. Vervolgens probeert hij verbanden te leggen tussen relevante gebeurtenissen uit het verleden, de schema's, copingstrategieën en de huidige problematiek. Op grond daarvan maakt de therapeut samen met de cliënte een modusmodel dat past bij haar situatie en in haar bewoordingen (zie figuur 1). Het tekenen van het modusmodel heeft onder andere tot doel om de modus een voor de cliënte passende naam te geven en om voor de cliënte inzichtelijk te maken dat het gaat om verschillende stukken in haar, waartussen zij heen en weer geslingerd kan worden, zonder dat zij daar controle over heeft. Bij elke modus wordt beschreven om welke specifieke gevoelens, gedachten en gedragingen het bij deze cliënte gaat. De grootte van de bolletjes kan illustreren hoeveel invloed een bepaalde modus volgens de cliënte heeft op haar dagelijks leven. Voor elke cliënte wordt zo een modusmodel gemaakt, waarin zij zich zo goed mogelijk kan herkennen.

De straffendeoudermodus van Marian is ontleend aan bepaalde, veelvoorkomende uitspraken van haar ouders en broer. Haar ouders hadden altijd kritiek op haar, en haar broer schold haar uit en werd daarin niet gecorrigeerd door de (afwezige) ouders. Ten gevolge hiervan voelt Marian zich meestal waardeloos. Vader was niet vaak thuis en moeder was, door haar eigen problematiek, ook niet echt stabiel aanwezig. Marian heeft zo geleerd haar behoeften ondergeschikt te maken aan de anderen en hen niet lastig te vallen met haar gevoelens.

De modus van het verlaten/misbruikte kind (kleine Marian) bestaat uit de volgende elementen:

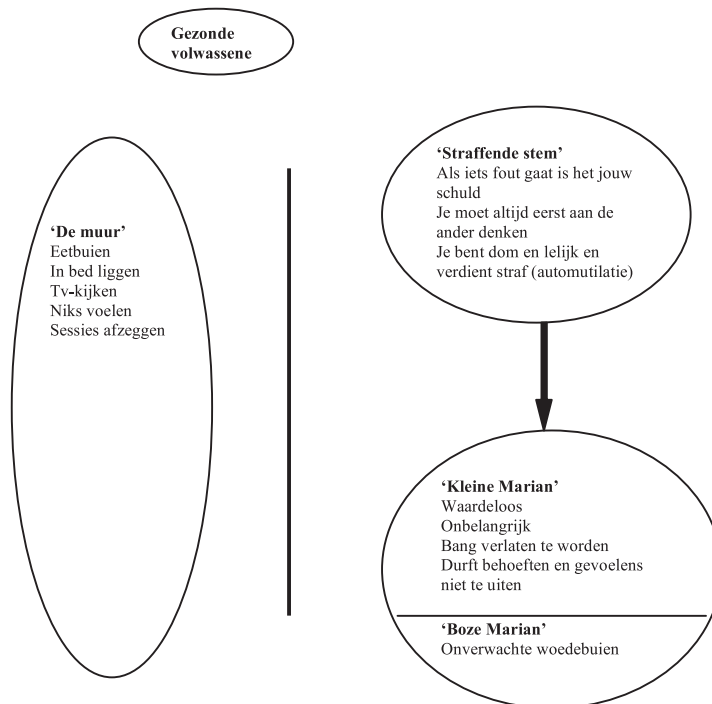
- waardeloos en onbelangrijk voelen;
- bang zijn dat mensen om wie ze geeft, haar zullen verlaten;
- angst om gevoelens en behoeften te uiten.

Als kind begon zij zich al terug te trekken op haar eigen kamer en haar gevoelens te negeren. Dat heeft geleid tot een beschermer, die leidt tot vaak in bed liggen, veel tv-kijken en snoepen als een soort 'troost'.

Als de beschermer niet effectief genoeg is en Marian zich gekwetst voelt, kan zij onverwacht heel boos worden en uitvallen tegen anderen. Dat is de modus van het boze/impulsieve kind,

oftewel boze Marian. Meestal is zij boos op zichzelf als zij haar gevoelens heeft geuit of anderen heeft 'lastiggevallen' door iets voor zichzelf te vragen. Zij straft zichzelf door in haar armen te krassen of te branden met een sigaret. In haar modusmodel (figuur 1) tekent zij de beschermer heel groot, omdat die het meeste voorkomt. De verticale streep symboliseert de sterkte van de scheiding tussen 'de muur', zoals zij het zelf noemt (dus het niet-voelen) en de heftige emoties en daden van de modi aan de rechterkant. De kindmodus is onderverdeeld in een groter deel voor kleine Marian en een kleiner voor boze Marian, want zij heeft niet zo vaak woedebuien. De straffende ouder noemt zij de straffende stem. De pijl van de straffende stem naar beneden laat zien dat die stem de kindmodi onderdrukt.

De gezonde volwassene is klein, omdat hij slecht ontwikkeld is. Deze staat een beetje aan de zijlijn.



Figuur 1. Modusmodel van Marian.

Tweede fase van de therapie

Nadat er in de eerste fase een voldoende goede therapeutische relatie is opgebouwd en de casusconceptualisatie gemaakt is, werken de therapeut en cliënte met cognitieve en experiëntiële technieken (en incidenteel met gedragsmatige technieken) minstens één tot twee jaar samen aan alle relevante thema's in het heden en uit het verleden. De duur van de behandeling varieert van één tot drie jaar.

Elke modus vereist een andere aanpak, maar de meeste technieken zijn te gebruiken bij verschillende modi. De therapeut kijkt elke sessie welke modus op de voorgrond staat en past daar zijn interventies op aan. Binnen één sessie kan de cliënte een paar keer van modus wisselen en dat vergt dan ook een wisseling van techniek van de therapeut. Dit lijkt nog het meest op simultaan schaken in een flipperkast (Van Genderen & Arntz, 2005).

Vooral in het eerste jaar wordt naast de tweestoelentechniek veelvuldig gebruik gemaakt van imaginatie met rescripting en het historisch rollenspel. Hoewel alle genoemde technieken even belangrijk zijn binnen schematherapie, worden de experiëntiële technieken hier wat uitvoeriger beschreven dan de – voor gedragstherapeuten – meer bekende cognitieve en gedragsmatige technieken. Voor meer uitleg over laatstgenoemde technieken verwijs ik naar Young et al. (2005) en Van Genderen en Arntz (2005).

Experiëntiële technieken

De experiëntiële technieken bij schematherapie zijn:

- tweestoelentechniek;
- imaginatie met rescripting;
- historisch rollenspel;
- empathische confrontatie.

Deze technieken zijn er in hoofdzaak op gericht om de schema's te veranderen op belevingsniveau (de emoties), maar er wordt tevens een koppeling gemaakt naar verandering op cognitief niveau (gedachten).

De tweestoelentechniek. De tweestoelentechniek is een techniek waarin twee verschillende modi van de cliënte letterlijk op twee verschillende stoelen worden gezet (Kellogg, 2004; Van Genderen & Arntz, 2005; Young et al., 2005). Door een disfunctionele modus op een andere stoel te zetten, wordt de cliënte zich meer bewust van de aanwezigheid en de rol van die modus. Zo wordt het mogelijk om de invloed van die modus te verkleinen of voor enige tijd uit te schakelen.

Toepassing van de tweestoelentechniek op de beschermer. Een cliënte

met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis heeft zelf niet door wanneer zij overheerst wordt door de beschermer. Daarom zal de therapeut zich in de eerste maanden steeds weer richten op het bewust maken van de beschermer, en proberen de invloed hiervan te verminderen, zodat de cliënte meer contact krijgt met haar gevoelens en behoeften. Enerzijds toont hij begrip voor het optreden van de beschermer, want die heeft de cliënte in moeilijke periodes van haar leven geholpen om te overleven. Anderzijds geeft hij aan dat de beschermer nu in de weg staat als de cliënte geholpen wil worden, want de beschermer houdt de therapeut op afstand en staat de ontwikkeling van de gezonde volwassene in de weg.

De therapeut kan de tweestoelentechnieken toepassen en daarnaast de voor- en nadelen van de beschermer met de cliënte exploreren of een imaginatie doen om het ontstaan van de beschermer in de jeugd van de cliënte te bewerken.

De tweestoelentechniek toepassen bij de beschermer van Marian

Marian komt gapend binnen en zegt dat zij te moe is om te praten.

Therapeut: 'Ik merk dat je weer achter de muur lijkt te zitten, klopt dat? Is er iets vervelends gebeurd?'

Marian: 'Hoezo? Ik ben gewoon moe.'

Therapeut: 'Ik stel voor dat wij die kant van jou eens in een andere stoel zetten' (wijst naar een lege stoel).

Marian (zuchtend): 'Oké, als je denkt dat het helpt.'

Therapeut: 'Ja, ik wil graag weten waarom de muur er nu is.' (Richt zich tot de lege stoel.) 'Waar probeer je kleine Marian tegen te beschermen?' (Richt zich weer tot Marian.) 'Wat geeft de muur voor antwoord?'

Marian: 'Dat hij nu geen toestanden wil, want ik heb morgen een tentamen.'

Therapeut (weer tegen de lege stoel): 'Maar als jij er de hele tijd bent, kan ik niet met kleine Marian praten over dat tentamen en vragen waar ze bang voor is. Vroeger was het misschien wel nodig voor haar om zich af te sluiten voor haar gevoel, maar dat is nu niet nodig, want ik ben er om haar te helpen...'

Enzovoort.

De therapeut voert net zo lang een gesprek met de beschermer in de lege stoel tot die het goed vindt om even weg te gaan, zodat de therapeut met kleine Marian kan praten over haar angsten en zorgen. Op dat moment richt de therapeut zich weer tot de cliënte en vraagt haar waar zij bang voor is (met andere woorden waar de modus van het

verlaten/misbruikte kind bang voor is). Dit geeft hem de kans het kleine kind met limited reparenting te steunen en de gezonde volwassene verder te ontwikkelen.

Imaginatie met rescripting. Imaginatie met rescripting kan worden toegepast om schema's te veranderen, maar ook bij traumaverwerking en andere psychische problemen (Arntz & Weertman, 1999; Holmes, Arntz, & Smucker, 2007; Smucker & Niederee, 1995). Imaginatie met rescripting is een techniek waarbij de cliënte gevraagd wordt om met gesloten ogen een vervelende situatie uit het verleden op te roepen. Vervolgens wordt geprobeerd om in te grijpen in die situatie, en het kind te helpen en in bescherming te nemen. Dit laatste heet rescripting en is gericht op het corrigeren van de conclusies die de cliënte als kind heeft getrokken.

In de eerste imaginaties is het vooral de therapeut die ingrijpt en de kritische of mishandelende ouder corrigeert en het kind helpt en troost. Later zal gestimuleerd worden dat de gezonde volwassene kant van de cliënte ingrijpt als het verlaten/misbruikte kind bedreigd wordt. Om de cliënte bij deze oefening een veilig houvast te geven, wordt meestal gestart met een imaginatie van een veilige plek. Daarna wordt pas de vervelende situatie in heden of verleden opgeroepen.

Imaginatie met rescripting met de straffende kant. Als de straffende ouder de overhand heeft, dan durft de cliënte weinig nieuwe dingen uit te proberen ('dat kun jij toch niet') en straft zij zichzelf als zij iets 'fout' doet ('fouten maken is stom en onvergeeflijk'). Bij Marian leidt dat in zulke gevallen tot krassen op haar armen. De therapeut kan de straffende ouder bewerken met behulp van de tweestoelentechniek of met technieken die teruggaan naar het verleden om te onderzoeken hoe het komt dat de cliënte zichzelf zo straft voor relatief kleine fouten. Het doel is dat het gedrag van de opvoeders op die punten gecorrigeerd wordt en dat de cliënte de disfunctionele schema's die in die periode ontstaan zijn, kan veranderen.

Voorbeeldimaginatie met rescripting met de straffende kant van Marian

Marian is gezakt voor haar tentamen, omdat zij door relatieproblemen in een crisis was geraakt en tijdens het tentamen een black-out had. Het volgende fragment is uit de sessie die daarop volgt.

Marian: 'Ik had het kunnen weten, ik kan het gewoon niet. Ik heb gisteravond weer met een mes mijn arm bewerkt.'

Therapeut: 'Daar schrik ik van. Wat is er gebeurd?'

Marian: 'Ik ben gezakt voor dat tentamen en ik denk dat ik maar met die studie ga stoppen, want het lukt mij toch nooit.'

Therapeut: 'Ik geloof dat ik hier de straffende stem hoor, die jou zit af te kraken. Klopt dat?'

Marian: 'Ik denk het wel, maar deze keer klopt het echt wel.'

De therapeut bespreekt vervolgens met Marian of zij dit soort gevoelens herkent en ze komen uit bij de kritiek die vader vroeger altijd had als zij iets niet meteen snapte. De therapeut stelt voor hier een imaginatie over te doen. Marian is akkoord en via een imaginatie met de veilige plek, komen zij uit bij een situatie dat kleine Marian 8 jaar oud is en vader met haar woordjes voor een dictee aan het oefenen is. Hij is ongeduldig en zij gaat steeds meer fouten maken. Vader geeft keer op keer kritiek en noemt haar stom.

Marian: 'Hij zegt dat ik te stom ben om het ooit te leren.'

Therapeut: 'Mag ik erbij komen?'

(Marian knikt ja.)

Therapeut: 'Ik kom naast je staan en zeg tegen vader: "U moet niet zo kritisch en straffend doen tegen Marian. Ziet u niet dat ze heel erg haar best doet, maar door u steeds zenuwachtiger wordt?" Wat zegt vader nu?'

Marian: 'Dat jij je er niet mee moet bemoeien, want dat ik gewoon niet wil leren.'

Therapeut: 'Mijnheer Fransen, daar ben ik het niet mee eens. U weet dat zij dyslexie heeft en dan is woordjes leren heel moeilijk, en wat zij geleerd heeft raakt zij weer snel kwijt. U moet ophouden met haar zo onder druk te zetten, want dat helpt niet. Wat zegt-ie nou?'

Marian: 'Hij wordt steeds kwader en komt op je af.'

Therapeut: 'Ik sta op en ga tegenover hem staan en zeg dat hij de kamer uit moet als hij nou ook nog agressief wordt.'

Het kost flinke inspanning om vader de kamer uit en dus uit beeld te krijgen, maar de therapeut zorgt ervoor dat het lukt en daarna richt hij zich opnieuw tot kleine Marian.

Therapeut: 'Hoe voel je je nou?'

Marian: 'Opgelucht, want ik kan er echt niet tegen als hij zo doet. Hij gaat altijd uren door met mij woordjes laten stampen.'

Therapeut: 'Dat helpt helemaal niet, want hij legt het ook helemaal niet uit en leert je geen manier aan om met je dyslexie om te gaan. Weet je wat ik doe, ik ga met de school praten en zorgen dat jij bijles krijgt van een aardig iemand die er verstand van heeft. Jij bent helemaal niet dom, maar door dat gedram ga je je wel dom voelen.'

Marian: 'Denk je echt dat zij mij wel willen helpen?'

Therapeut: 'Natuurlijk. Ik zorg dat jij goeie hulp krijgt van een aardig persoon. En nu gaan wij eerst maar eens iets leuks doen, want je hebt echt wel genoeg gedaan vandaag.'

Marian is zichtbaar opgelucht en de therapeut gaat net zo lang door met geruststellen tot zij zich rustig en veilig voelt.

Historisch rollenspel. Naast de imaginatie met rescripting wordt ook het historisch rollenspel gebruikt als experiëntiële techniek om situaties uit het verleden te gebruiken om schema's te veranderen. Met name situaties die voor velerlei uitleg vatbaar zijn, maar die door de cliënte als kind eenzijdig en negatief zijn geïnterpreteerd, zijn geschikt om een historisch rollenspel mee te doen. De aanleiding tot het spelen van een historisch rollenspel is vaak een herhaald voorkomend patroon in het denken en handelen van de cliënte.

Het historisch rollenspel bestaat uit drie onderdelen:

- Het naspelen van een vervelende situatie: de cliënte speelt zichzelf en de therapeut de ander (vaak een ouder).
- Rollen omkeren: de therapeut speelt de rol van de cliënte en de cliënte speelt de ander.
- Nieuw gedrag uitproberen: de therapeut speelt weer de ander en de cliënte probeert nieuw gedrag uit.

De therapeut moet een actieve opstelling aan de dag leggen, net als bij andere soorten rollenspel, zoals een vaardigheidstraining. In elke fase vraagt de therapeut na hoe de cliënte de situatie interpreteert en schrijft dat samen met haar op. Besproken wordt wat de cliënte over zichzelf en over de ander heeft geconcludeerd. Na het naspelen van de oorspronkelijke situatie uit het verleden wordt de disfunctionele interpretatie van de cliënte geformuleerd, die (mede) heeft geleid tot de vorming van een disfunctioneel schema.

Voorbeeld historisch rollenspel van Marian fase 1

Marian had het idee dat het toch geen zin had om te proberen nieuwe vriendinnen te maken, omdat die toch niet op haar zaten te wachten. De therapeut denkt dat dit samenhangt met haar verlatenkindmodus, die denkt dat zij waardeloos en onbelangrijk is. Hij vraagt haar situaties te bedenken uit haar jeugd, die dat volgens haar 'bewijzen'. Zij vertelt dat moeder meestal in bed lag als zij uit school kwam.

Therapeut: 'Je noemde vorige keer een situatie die vaker voorkwam bij jou thuis en waardoor je het gevoel hebt gekregen dat je niet belangrijk was. Zullen we die eens naspelen om te

kijken hoe dat heeft bijgedragen aan jouw gevoel van waarde-loosheid?

Marian: 'Je bedoelt dat mijn moeder heel vaak in bed bleek te liggen als ik thuiskwam uit school?'

Therapeut (staat op): 'Ja, we moeten dan wel een soort slaapkamer maken hier.' (Schuift twee stoelen naast elkaar.) 'Wil je mij helpen de situatie zo echt mogelijk te laten lijken?'

Marian: 'Ja, het bed stond aan de ene kant en de deur was daar (wijst). De gordijnen waren ook altijd dicht.'

Therapeut (schuift de gordijnen dicht): 'Zo ongeveer? Wij gaan die situatie nu naspelen. Jij bent kleine Marian van 9 jaar en ik ben moeder. Zullen we spelen dat jij de slaapkamer binnenkomt en dat ik wakker lig en meteen begin te klagen?'

De situatie wordt zo voorbesproken dat het voldoende duidelijk is, maar dat het ook weer niet te veel tijd in beslag neemt.

Therapeut (gaat als moeder 'in bed' liggen en wenkt dat Marian kan binnenkomen): 'Ssssst, zachtjes, ik voel me niet goed. Is het alweer 3 uur?'

Marian: 'Ik ga wel zachtjes naar beneden en blijf jij maar liggen. Ik ga wel boodschappen doen.'

(Therapeut/moeder zucht en draait zich om in bed.)

Therapeut (staat op en zegt als zichzelf): 'Oké, tot hier. Zullen we nabespreken?'

Ze gaan weer in hun stoelen zitten en het rollenspel wordt ge-evalueerd.

De conclusies van Marian zijn:

- Ik doe er niet toe.
- Mijn moeder vindt mij onbelangrijk.

Merk op dat het rollenspel maar een paar minuten hoeft te duren en dat er niet altijd veel gesproken wordt. In de nabespreking gaat de therapeut niet alleen na wat het effect is op cognitief niveau, maar ook op gevoelsmatig niveau, en hij steunt de cliënte zoveel mogelijk.

De tweede fase is erop gericht dat de cliënte zich probeert te verplaatsen in de ander. Zij doet het gedrag van de ander (in dit geval moeder) na en leeft zich zo goed mogelijk in. Het doel is dat de cliënte het gedrag van de ander gaat nuanceren of herdefiniëren, en daardoor de betekenis voor zichzelf kan bijstellen. De therapeut helpt hierbij door de omstandigheden waarin een en ander plaatsvond, goed in te kleuren.

Voorbeeld historisch rollenspel van Marian fase 2

Bij de voorbespreking van het rollenspel komen Marian en de therapeut tot de conclusie dat de vorige situatie speelde in een periode dat moeder depressief was en vader voor het werk in het buitenland verbleef. De therapeut speelt zelf het gedrag van de cliënte zo goed mogelijk na. Het rollenspel verloopt goed en als beiden weer in hun stoel zitten vervolgt de therapeut: 'Marian hoe was het om even je moeder te zijn?'

Marian: 'Heel raar en verwarrend.'

Therapeut: 'Blijf nog even een beetje in die rol, want ik wil je vragen hoe jij de situatie vindt als moeder.'

Marian als haar moeder: 'Ik voel mij er heel slecht over dat ik niet uit bed kan komen. Ik ben zo depressief dat ik overal tegenop zie.'

Therapeut: 'Merk je dan niet dat Marian er is?'

Marian/moeder: 'Jawel, ik vind het wel fijn dat zij even langskomt, want ik heb de hele dag nog niemand gezien.'

Therapeut: 'Maar je zegt niks tegen haar of vraagt niks.'

Marian/moeder: 'Ze is mij voor en zegt al dat ze boodschappen gaat doen.'

Therapeut: 'Wat vind je daarvan?'

Marian/moeder: 'Heel fijn, want anders krijgen wij die dag niks te eten en de andere kinderen zijn niet in staat om boodschappen te doen.'

Zij maken dit gesprek af en samen komen ze tot andere conclusies:

- Mijn moeder waardeert het wel dat ik haar zo goed help.
- Ik doe er *meestal* niet toe.

Het derde rollenspel is bedoeld om, vanuit het nieuwe, meer functionele perspectief – in dit geval dat Marian er wel toe doet – de cliënte aan te moedigen nieuw gedrag uit te proberen. Mogelijk levert dit ook nieuwe inzichten op. Het doel is hier niet een nieuwe vaardigheid te trainen of te suggereren dat Marian het destijds beter had moeten doen, maar wel het verder bijstellen van de disfunctionele interpretaties.

Voorbeeld historisch rollenspel van Marian fase 3

Het rollenspel begint op het moment dat moeder (therapeut) in fase 1 zegt: 'Is het alweer 3 uur?'

Marian: 'Ja ik ben alweer uit school en ik heb iets meegemaakt dat ik wil vertellen.'

Therapeut/moeder: 'Ja, maar praat niet zo hard; ik heb hoofdpijn.'

Marian: 'Dat is elke dag zo en ik wil ook wel eens iets vertellen. En pappie is er ook nooit.'

Therapeut/moeder (gaat iets meer rechtop zitten): 'Vertel maar. Als je niet zo hard praat, gaat het wel.'

Marian: 'Ik mocht vandaag met een vriendinnetje dat jarig was, mee uitdelen.'

Therapeut/moeder: 'Wat leuk voor je. Hoe heet dat vriendinnetje?'

Marian: 'Irene. En ik mocht ook een keer bij haar komen spelen.'

Therapeut/moeder: 'Natuurlijk mag dat, maar pas volgende week als mama zich wat beter voelt.'

Na afronding komen zij samen tot de volgende conclusies:

- Ik doe er wel toe.
- Mijn moeder stond er alleen voor en was vaak depressief, maar zij gaf wel om mij, ook al liet zij dat niet vaak genoeg merken.

Na deze derde fase van het rollenspel kunnen, op grond van de nieuwe conclusies, afspraken worden gemaakt over het uitproberen van nieuw gedrag in de nabije toekomst. In het geval van Marjan kan dat zijn dat zij probeert nieuwe vrienden te maken.

Cognitieve technieken

Experiëntiële technieken worden afgewisseld met cognitieve dagboeken voor modi. Niet alleen de socratische dialoog, maar ook complexere uitdaagtechnieken kunnen worden toegepast om de schema's te veranderen. Hierbij kan men denken aan:

- meerdimensionaal evalueren;
- tweedimensionaal onderzoek van een verondersteld verband;
- het taartdiagram;
- een historische toets.

Therapeutische relatie en andere relaties

De manier waarop de therapeutische relatie binnen de schematherapie (limited reparenting) wordt gehanteerd, is cruciaal voor het bereiken

van veranderingen (Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, & Arntz, 2007). De therapeut moet in staat zijn tot een warm en steunend contact, maar moet ook het vermogen hebben de cliënte (empathisch) te confronteren en grenzen te stellen.

Marian had het telefoonnummer van de therapeut gekregen om te kunnen bellen in geval van crisis. In een periode van grote onzekerheid over de relatie met haar vriend belde Marian bijna elke dag naar de therapeut, zowel tijdens werktijden als buiten werktijd. Dit werd voor de therapeut na een week te belastend en hij besprak met haar dat hij wel begreep dat zij nu extra steun nodig had, maar dat het voor hem beter was als hij wist wanneer zij zou bellen. Dan hoefde hij de telefoontjes niet gehaast tussen twee andere bezigheden in af te handelen. Ze spraken voor de komende dagen een vast tijdstip af om te bellen en het lukte Marian om zich daaraan te houden. Op deze manier was deze extra aandacht voor de therapeut gemakkelijker vol te houden.

De relaties met anderen zijn regelmatig onderwerp van gesprek. De therapeut probeert de cliënte te helpen ontdekken welke relaties schemabevestigend en dus niet goed voor haar zijn, en welke relaties haar goed doen. Hij geeft actief psycho-educatie over wat 'normaal' is en wat niet. De relatie met familie is daarbij de moeilijkste, omdat de cliënte in die omgeving haar disfunctionele schema's heeft opgedaan, maar zich ondanks dat verbonden voelt met haar familie.

Bij Marian bleken haar dagelijkse telefoontjes met thuis zo'n negatieve invloed te hebben, dat de therapeut haar voorstelde te onderzoeken of zij een periode minder of helemaal geen contact kon hebben met haar familie. Dat vond zij heel moeilijk, maar toen het haar eenmaal lukte om de frequentie van het contact te verminderen, merkte Marian dat zij zich minder vaak somber voelde en dat de kritische houding van haar ouders meermaals de oorzaak was geweest van haar sombere gevoel. Zij schreef haar ouders daarop een brief waarin zij uitlegde dat zij hen een tijdje niet wilde zien om aan haar problemen te werken; zij zou weer contact met hen opnemen als het beter met haar ging. De therapie raakte hierdoor in een stroomversnelling. Pas toen zij, aan het eind van de therapie, wist wie zij was en wat zij wilde, kon ze een vorm van omgang met haar familie vinden, die voor haar goed was.

Ook op het gebied van werk, studie of hobby's is de therapeut actief in het bespreken van de voor- en nadelen van bepaalde keuzes.

Na ongeveer een jaar besloot Marian te stoppen met haar studie, niet omdat zij zichzelf dom vond, maar omdat de studie helemaal niet bij haar paste. Zij besloot eerst te onderzoeken wie ze werkelijk was en wat bij haar paste, voordat zij iets nieuws ging doen. Via vrijwilligerswerk op een kinderboerderij ontdekte zij dat zij veel liever iets met dieren deed.

Derde fase van de therapie

De derde en laatste fase van de therapie wordt gekenmerkt door een accent op gedragsverandering en vermindering van de frequentie van contacten. Dat gaat geleidelijk en in samenspraak met de cliënte.

In het derde jaar van de therapie had Marian minder last van haar kritische kant en was de beschermer in de gesprekken met de therapeut bijna nooit meer aanwezig. Zij had inmiddels een wat genuanceerder beeld van haar ouders en had besloten het contact sterk te verminderen, omdat zij zich veel bewuster was van de deprimerende invloed die zij op haar konden hebben. Zij had een paar gesprekken met haar broer, waardoor zij ontdekte dat hij haar weliswaar flink had dwarsgezet, maar dat zij in feite beiden de dupe waren geweest van de gezinsomstandigheden in hun jeugd.

Gedragspatronen veranderen

In de eerste helft van de therapie ligt het accent vooral op het afleren van schadelijke gedragingen, zoals automutilatie of misbruik van middelen. In de laatste fase ligt de nadruk op het aanleren van nieuw gedrag. Als de oude schema's zwakker worden, moet de cliënte ook nieuwe schema's kunnen vormen en daar horen nieuwe contacten en activiteiten bij. De veranderingen op belevingsniveau en in de cognities moeten omgezet worden in ander gedrag.

Op het gebied van een opleiding zoeken en nieuwe vrienden maken, maakte Marian niet zoveel ontwikkeling door, totdat de therapeut besloot samen met haar een programma van gedragsveranderingen op te stellen.

De therapeut moet in deze fase zijn opstelling veranderen van een

zorgzame ouder voor een klein kind dat veel tekort is gekomen naar een ouder, die meer van zijn (puberende) kind mag verwachten en haar stimuleert om zelfstandiger te worden. De therapeut maakt nu met name gebruik van gedragsmatige technieken en huiswerkopdrachten. Het kan bijvoorbeeld nodig blijken dat de cliënte vaardigheden bijleert, die zij in haar jeugd nooit geleerd heeft. Het betreft hier ogenschijnlijk eenvoudige vaardigheden, zoals probleemoplossen, complexe sociale vaardigheden en financiën beheren. In een eerder stadium van de therapie kunnen cliënten zulke vaardigheden in veel gevallen nog niet bijleren vanwege het feit dat gezonde schema's grotendeels afwezig zijn. In dit laatste stadium van de therapie lukt dat bijleren veel beter en dat draagt ook weer bij aan de verdere ontwikkeling van de gezonde volwassene.

Ook relatietherapie kan in deze fase van belang zijn. In een bestaande relatie levert de verandering van de cliënte waarschijnlijk spanningen op – of de cliënte krijgt een nieuwe relatie die veel gezonder is, maar waar zij soms geen raad mee weet.

De frequentie van de sessies wordt in deze fase geleidelijk teruggebracht. Het is niet ongebruikelijk dat de therapeut na de afronding van de intensieve fase van de therapie nog een paar jaar lang af en toe contact heeft met de cliënte. Pas als zij een voldoende sterk sociaal netwerk heeft, kan de cliënte de therapeut loslaten. Maar zelfs als die tijd is aangebroken, is het goed om de cliënte aan te bieden dat zij altijd nog een keer kan bellen als er nieuwe moeilijkheden ontstaan. In de praktijk heeft de cliënte wel eens hulp nodig bij moeilijke gebeurtenissen en dan is zij veel meer gebaat bij een paar gesprekken met haar vertrouwde therapeut dan dat zij een ander alles weer opnieuw moet gaan uitleggen.

Discussie

Het feit dat de meeste cliënten na een schematherapie voor borderlineproblematiek sterk verbeterd zijn, betekent niet dat het hier gaat om mensen die hun hele verleden kunnen vergeten en net zo gezond worden als mensen met een normale opvoeding. Cliënten beschrijven dat zij, ook jaren na een geslaagde therapie, nog last hebben van hun 'littkens' en 'het gat' dat zij vanbinnen voelen. Daarbij hebben zij het over het gemis aan liefde en zorg in hun jeugd. Zij zijn echter wel in staat om steunende relaties aan te gaan en de meeste problemen zelf op te lossen. Ook bij ernstige gebeurtenissen in hun leven weten zij zichzelf (al dan niet met tijdelijke steun van hun therapeut) staande te houden en vallen zij niet terug in hun oude problematiek.

Een follow-upmeting na een jaar toonde aan dat er geen sprake was van terugval (Giesen-Bloo, 2006). In de meeste gevallen was sprake van verdere verbetering. Een follow-upmeting na een nog veel langere periode zou heel informatief zijn, maar daar was in de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken geen geld voor.

Het is in ieder geval niet zo dat alleen de cliënten met lichtere borderlineproblematiek waren hersteld of verbeterd. Nadere bestudering van de gegevens toont geen enkel verband aan tussen de cliëntkenmerken en de uitkomst van de therapie (Arntz, 2007; Giesen-Bloo, 2006). De ernst van de borderlineproblematiek was evenmin als zelfbeschadigend of suïcidaal gedrag een voorspeller voor de uitkomst. De enige voorspeller die tot nu toe gevonden is, blijkt medicatiegebruik. Cliënten die geen medicatie gebruikten, hadden een significant grotere kans op herstel. De cliënten waren in dit onderzoek op dat punt niet gerandomiseerd, dus een nieuw onderzoek zal moeten uitwijzen of medicatie al dan niet een negatieve invloed heeft op het behandelresultaat.

Het modusmodel en met name de kindmodi roepen de vraag op of de cliënten hierdoor niet te veel geïnfantiliseerd worden en zo afhankelijk worden van hun therapeut dat ze niet meer kunnen stoppen met de therapie. Dat risico zou mogelijk aanwezig zijn als de therapie zou blijven steken in de eerste fase of als de therapeut limited reparenting opvat als alleen maar zorgen en niet stimuleren naar zelfstandigheid. De ervaring tot nu toe is dat het in de meeste gevallen gelukt is de therapie af te sluiten na drie tot vier jaar. Uit het onderzoek van Giesen-Bloo et al. (2006) blijkt immers dat 52% van de cliënten genezen was na vier jaar. Sommige cliënten kregen echter nog wel therapie voor de resterende problemen. Van de cliënten die geen drop-out waren, werden er meer succesvol afgesloten in de ST-conditie dan in de TFP-conditie, waarin uiteraard geen modusmodel werd gehanteerd (Arntz, 2007). Dit ondanks het feit dat de TFP-clieënten in het vierde jaar meer sessies kregen dan de ST-clieënten.

Borderlinecliënten behandelen met schematherapie is leuk, maar ook inspannend. Met name limited reparenting roept bij sommige therapeuten vragen op: Is het echt nodig om zoveel tijd en energie te steken in je borderlinecliënte? In de studie van Spinhoven et al. (2007) is de rol van de therapeutische relatie onderzocht. Daaruit bleek dat de therapeuten en cliënten in de ST-conditie de therapeutische relatie positiever beoordeelden dan in de TFP-conditie, en dat dit positief correleerde met het resultaat van de therapie. De waardering van de therapeutische relatie nam gedurende de therapie toe bij de schematherapeuten en af bij de TFP-therapeuten. Je zou dus kunnen conclu-

deren dat schematherapie een flinke investering was, maar dat velen er steeds meer plezier in kregen.

Dat was niet de enige reden waarom de therapeuten die deelnamen aan het borderlineonderzoek, de behandeling leuk vonden. De belangrijkste reden was dat zij merkten dat de geleerde methoden en technieken ook echt resultaat bleken te hebben. Natuurlijk vond vrijwel iedereen het aanvankelijk raar om tegen lege stoelen te praten en straffende kanten op magische wijze te laten verdwijnen in de imaginatie, maar toen de therapeuten merkten dat de cliënten, mede hierdoor, echt veranderden en velen van hen na ongeveer drie jaar zelfs geen borderlinepersoonlijkheidsstoornis meer bleken te hebben, namen de bedenkingen snel af.

Dat wil niet zeggen dat het voor de therapeuten altijd even gemakkelijk was om de schematherapie vol te houden. Wekelijkse interventie en regelmatige bijscholing zijn absoluut noodzakelijk om deze therapie te kunnen doen. Ook is het een groot voordeel als de therapeuten al een ruime therapeutische ervaring hebben, tegen een stootje kunnen en grenzen kunnen stellen, want borderlinecliënten behandelen kan ook wel eens niet leuk zijn (Spinhoven et al., 2007). Het is niet verstandig om te veel cliënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis tegelijk met ST te behandelen. Een beginnende schematherapeut kan zich het beste beperken tot twee of drie cliënten. Ervaren therapeuten kunnen na verloop van tijd wat meer cliënten in verschillende fasen van de behandeling hebben, maar meer dan ongeveer zes cliënten is ook dan niet aan te raden, omdat deze behandeling veel energie vraagt.

De vraag of schematherapie wellicht korter zou kunnen duren en of de therapie overbodige elementen bevat, is moeilijk te beantwoorden. DGT (Linehan et al., 2006) heeft slechts een duur van één jaar, maar leidt alleen tot afname van zelfbeschadigend gedrag en een grotere therapietrouw. DGT kent een tweede fase, die gericht is op traumaverwerking en verbetering van het algemene functioneren, maar daar is nog geen uitgebreid protocol van en de werkzaamheid is niet onderzocht. Borderlineproblematiek wordt onder andere gekenmerkt door een ernstige verstoring van de hechting. Schematherapie richt zich op een reparatie van de hechting, met name via de limited reparatie en het lijkt niet waarschijnlijk dat zo'n proces versneld kan worden (Arntz, 2003).

Schematherapie is een relatief nieuwe vorm van therapie, die veel elementen van al lang bestaande therapieën tegelijkertijd gebruikt. Er is nog veel discussie mogelijk over de werkzame factoren en de toepasbaarheid op alle cliënten met een borderlinepersoonlijkheids-

stoornis of op cliënten met andere persoonlijkheidsstoornissen. Onderzoek op tal van gebieden zal nog nodig zijn om deze vragen te beantwoorden en schematherapie zal er over een aantal jaren op een aantal punten misschien alweer anders uitzien dan het hier geschetste model. Dat neemt niet weg dat schematherapie op dit moment een van de meest werkzame therapieën blijkt voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en dat deze methode enerzijds ingewikkeld en inspannend, en anderzijds leuk en inspirerend kan zijn.

ABSTRACT Does Schema Therapy really increase the fun of treating patients with a Borderline Personality Disorder? Research (Giesen-Bloo et al., 2006) has demonstrated that three years of Schema Therapy leads in 45% of the cases to recovery from the Borderline Personality Disorder, and in another 20% of the cases to significant improvement. After four years the proportion of recovered patients had increased to 52%. This held both for the more and the less severe patients.

The treatment requires a special way of dealing with the therapeutic relationship (limited reparenting) and a mixture of experiential-, cognitive- and behavioural techniques. This paper offers a general introduction to Schema Therapy and specifically elucidates limited reparenting and experiential techniques with the help of a case example. Issues related to the most controversial elements of Schema Therapy, such as the schema mode model, limited reparenting and the experiential techniques are reviewed in the discussion. It is concluded that Schema Therapy is not only effective, but also increases the fun of the treatment both for patients and therapists.

Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Arntz, A. (2003). Borderline personality disorder. In: A.T. Beck, A. Freeman, & D.D. Davis. *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2nd. edition). New York: The Guilford Press.
- Arntz, A. (2007). *New insights from therapy Borderline trial*. Delft: Paper presented at the 2nd congress of the International Society of Schema Therapy, 15-16 september 2007.
- Arntz, A., Hoorn, M. van den, Cornelis, J., Verheul, R., Bosch, W. van den,

- & Bie, A. de (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders, 17*(1), 45-59.
- Arntz, A., Klokman, J., & Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology, 36*, 229-239.
- Arntz, A., & Kuipers, H. (1998). Cognitieve gedragstherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In: W. van Tilburg, W. van den Brink & A. Arntz (red.). *Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis*, (pp. 42-64). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Arntz, A., & Weertman A. (1999). Treatment of Childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research and Therapy 37*, 715-740.
- Asselt, A.D.I van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R. van, Spinhoven, Ph., Tilburg, W. van, Kremers, I.P., Nadort, M., & Severens, J.L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, accepted for publication.
- Cicchetti, D., Toth, S.L., & Maughan, A. (2000). An ecological-transactional model of child maltreatment. In: A.J. Sameroff, M. Lewis, & S.M. Miller (eds.). *Handbook of developmental psychopathology* (second edition) (pp. 689-722). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Cohen, P., Crawford, Th.N., Johnson, J.G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 466-486.
- Genderen, H. van, & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, Ph., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, Th. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy versus transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.
- Giesen-Bloo, J., Wachters, L.M., Schouten, E., & Arntz, A. (ingediend voor publicatie). Assessment of borderline personality disorder with the Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: psychometric evaluation and dimensional structure.
- Holmes, E.A., Arntz, A., & Smucker M.R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38*, 297-305.
- Kellogg, S.H. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on 'chairwork' in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice & Training, 41*, 310-320.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guildford Press.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dia-

- lectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Lobbestaal, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 36, 240-253.
- Lobbestaal, J., Vreeswijk, M.F. van, & Arntz, A. An empirical test of mode conceptualisations in personality disorders. Aangeboden ter publicatie.
- Lobbestaal, J., Vreeswijk, M.F. van, & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, juni 2007, 76-85.
- Nadort, M., & Giesen-Bloo, J., (2005). *Pilot implementation study of SFT for borderline patients*. Eindrapportage college voor Zorgverzekeraars.
- Nadort, M., Dyck, R. van, Smit, J.H., Arntz, A., Spinhoven, Ph., Wensing, M., Giesen-Bloo, J., & Asselt, T. van (2007). *Implementation of out-patient schema-focused therapy for borderline personality disorder in general psychiatry*. Ongoing study.
- Nordahl, H.M., & Nysæter, T.E. (2005). Schema Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder: A Single Case Series, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264.
- Rijkeboer, M.M. (2005). *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Young Schema Questionnaire*. Universiteit Utrecht: Academisch proefschrift.
- Shiner, R.L. (2005). A developmental perspective on personality disorders: Lessons from research on normal personality development in childhood and adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 19, 202-210.
- Shiner, R.L., & Caspi, A. (2003). Personality differences in childhood and adolescence: Measurement, development, and consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 2-32.
- Smucker, M.R., & Niederee, J. (1995). Treating Incest-Related PTSD and Pathogenic Schemas Through Imaginal Exposure and Rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice* 2, 63-93.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, & Arntz, A. (2007). The Therapeutic Alliance in Schema-Focused Therapy and Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- Yeomans, F., Clarkin, J.F., & Kernberg, O.F. (2002). *A Primer for Transference Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale NJ: Jason Aronson.
- Young, J.E. (1990, 1994, 1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., & Brown, G. (1994). Young Schema-Questionnaire (2nd edition). In: J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, (Rev. edition, pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.