

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Een schemagerichte protocollaire behandeling bij een man met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis en recidiverende depressies

Anke Cuijpers<sup>1</sup>, Michiel Van Vreeswijk<sup>2</sup> en Mannea Ebben-Vijftigschild<sup>3</sup>

## SAMENVATTING

In deze casusbeschrijving staat de behandeling centraal van een 46-jarige man met recidiverende depressies en een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. Als behandelmodel is voor schemagerichte therapie gekozen volgens het protocol van Van Vreeswijk & Broersen (2006). Drie schema's zijn het behandelfocus geworden (Emotionele deprivatie, Onderwerping en Zelfopoffering). Deze behandeling heeft als eindresultaat dat patiënt minder depressieve klachten ervaart en hij beter in staat is om met zijn schema's om te gaan. Daarnaast reageert hij vaker vanuit de 'Gezonde volwassene' en het 'Blij kind'. Een discussiepunt is dat er binnen het protocol nauwelijks aandacht wordt besteed aan experiëntiële technieken. Voor de behandeling van het schema Emotionele deprivatie is dit mogelijk een gemis geweest.

## INLEIDING

Schemagerichte therapie (ST) is ontwikkeld door Young (1990; Young, Klosko & Weishaar, 2005) en is vooral geïndiceerd voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Het is een integratieve therapie waarbij elementen van de cognitieve gedragstherapie, hechting, Gestalt, objectrelaties en constructivistische en psychoanalytische scholen zijn samengebracht. Volgens Young (1990; Young et al., 2005) ontstaan schema's als gevolg van schadelijke ervaringen in

1 GZ-psycholoog i.o. klinisch psycholoog, gedragstherapeut, Symfora groep, Hilversum

2 Klinisch psycholoog-psychotherapeut, gedragstherapeut, geregistreerd schematherapeut (Nederlands en internationaal schematherapieregister), G-kracht, psychomedisch centrum, Delft

3 Klinisch psycholoog - psychotherapeut, gedragstherapeut, Rivierduinen, GGZ Leiden

Correspondentieadres: drs. A.T.F. Cuijpers, Spuisluis 60, 2408 PV Alphen aan den Rijn.

E-mailadres: atf\_cuijpers@hotmail.com

de kindertijd. Zijn definitie van een schema is: een breed en hardnekkig thema of patroon, bestaande uit herinneringen, emoties, gedachten en lichamelijke gewaarwordingen ten aanzien van zichzelf en de relatie met anderen. Young, Klosko & Weishaar (2005) hebben 18 schema's gedefinieerd, waarvan 16 gemeenten worden met de schemavragenlijst (sv; Young & Brown, 1990; Young & Pijnakker, 1999; zie Tabel 1 voor de betreffende schema's). Daarnaast wordt in st de term modus gebruikt. Een modus is het geheel van schema's of schema-activiteiten die op dat moment bij het individu in werking zijn (Young et al., 2005). Er worden van origine 10 modi onderscheiden (zie Tabel 2), later zijn dit er 14 geworden (Lobbstaël, 2008).

Het in de onderstaande casusbeschrijving gehanteerde (groeps-)protocol (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) is gebaseerd op de st van Young et al. (2005) en bestaat uit 18 wekelijkse sessies en 2 follow-up bijeenkomsten. Uit onderzoek komt naar voren dat de meeste verandering in de eerste drie maanden plaats vindt (Van der Stel, 2005) en dat (relatief) kortdurende psychotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen effectief kan zijn (Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004), mits gebruik wordt gemaakt van een beperkt focus. Van Vreeswijk en Broersen hebben ervoor gekozen het protocol te beperken tot de cognitief gedragstherapeutische interventies en limited re-parenting<sup>1</sup> uit de st.

De kortdurende st (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) bevat een aantal behandel-fasen. In de eerste vier sessies staat kennismaking en psycho-educatie ten aanzien van schema's, modi en schemaoverlevingsstrategieën (activiteiten die iemand doet die ervoor zorgen dat een schema in stand houdt) centraal. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het werkboek (Broersen & Van Vreeswijk, 2006). Na de psycho-educatie leert patiënt aan de hand van het schemadagboek cognitieve technieken toepassen om schema's uit te dagen (sessie 5-10). De cognitieve technieken die worden behandeld, zijn informatieverzamelen, voor- en nadelenanalyse, meerdimensionaal evalueren en de taartdiagramtechniek (zie ook Bögels & Van Oppen (1999). In sessie 11 is er een tussentijdse evaluatie. In sessie 12 tot en met 18 worden er rollenspelen gedaan, erop gericht om patiënt meer vanuit de modus de 'Gezonde volwassene' te laten reageren. Hierbij wordt een dialoog op gang wordt gebracht tussen schema('s) en de modus 'Gezonde volwassene'. Tevens wordt er gewerkt aan het maken van een terugvalpreventieplan. Herkennen van vroegtijdige signalen en het hanteren van schema-activering staan hierin centraal. In de follow-upsessies wordt samen met de patiënt geëvalueerd hoe de patiënt met zijn schema's is omgegaan. De stappen in de behandeling worden geïllustreerd aan de hand van de volgende casus.

<sup>1</sup> Limited re-parenting (Young et al., 2005) houdt in dat door de houding van de therapeut zoveel mogelijk tegemoet wordt gekomen aan onvervulde behoeften van patiënt uit zijn jeugd en in zijn huidige leven. De bedoeling hiervan is hem een andere, voor hem nieuwe ervaring mee te geven en hem de boodschap te geven dat hij kan vertrouwen op de therapeut / andere mensen.

## CASUS

### *Aanmelding*

Patiënt<sup>2</sup> is een 46-jarige man gediagnosticeerd met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis die 15 jaar in behandeling is vanwege terugkerende depressieve klachten. Volgens de verwijzende psychiater worden de recidiverende depressies voor een belangrijk deel geluxeerd door zijn persoonlijkheidsstoornis. Patiënt geeft moeilijk zijn grenzen aan en offert zich voortdurend op. Dit leidt tot overbelasting en depressie.

### *Klachten en klachtgeschiedenis*

Patiënt is sinds 1994 in zorg vanwege chronisch depressieve klachten. Antidepressiva hebben een reducerend, maar niet blijvend effect. Ten tijde van de st-aanmelding zijn de depressieve klachten in remissie.

### *Levensgeschiedenis en huidige leefsituatie*

Er is bij patiënt sprake van een familiale psychiatrische belasting met betrekking tot depressies. Hij is de een na jongste uit een gezin met 4 kinderen. Patiënt was niet gepland en ook niet gewenst. Zijn ouders waren niet in staat tot het geven van affectie. Hij omschrijft vader als dominant, iemand die manipuleerde, vernederde en sloeg. Op jonge leeftijd is patiënt meerdere keren geconfronteerd met suïcidepogingen van zijn moeder.

Patiënt is op zijn 17<sup>de</sup> uit huis gegaan en op 20-jarige leeftijd getrouwd. Hij heeft twee uitwonende dochters (25 en 23 jaar). Hij beschrijft zijn vrouw als dominant en iemand die weinig keuzevrijheid voor hem laat. Zo heeft zij geëist dat hij zich zou laten steriliseren terwijl hij graag meer kinderen wilde. Patiënt is nooit gescheiden aangezien hij zijn kinderen wilde laten opgroeien in een gezinsituatie. Wat hem iedere keer boos maakt, is dat zijn vrouw in zijn ogen niet naar hem luistert. Dit roept bij hem oud zeer op.

### *Hulpvraag en behandeldoelen van patiënt*

Uit de taxatiefase kwam naar voren dat patiënt een recidiverende depressieve stoornis heeft, maar ook dat hij het moeilijk vindt om nee te zeggen en kritiek te uiten. Verder komt naar voren dat hij moeite heeft zijn emoties te uiten. De drie behandeldoelen zijn; 1) reduceren van recidiverende depressie, 2) leren opkomen voor zichzelf, 3) emoties meer kunnen uiten.

### *DSM-IV diagnose ten tijde van aanmelding:*

As I: 296.36 Depressieve stoornis, recidiverend, in remissie

As II: 301.6 Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis

As III: Rugklachten

<sup>2</sup> Deze casus is om privacyredenen geanonimiseerd. Fictieve elementen zijn toegevoegd en weer andere gegevens zijn weggelaten.

As IV: Problemen binnen primaire steungroep

Werkproblemen

Relatieproblemen

As V: Huidige GAF-score: 60

#### **METINGEN VÓÓR, TIJDENS EN AAN HET EIND VAN DE BEHANDELING**

Zowel voor diagnostiek als effectmeting zijn drie meetinstrumenten gebruikt. De Symptom-Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1973; Arrindell & Ettema, 1986) is een multidimensionele klachtenlijst die een indicatie geeft voor de mate van psychopathologie. De schemavragenlijst (SV; Young & Brown, 1990; Young & Pijnakker, 1999) is een vragenlijst die 16 van de 18 maladaptieve schema's meet. Als laatste wordt de Young Atkinson Modi Vragenlijst (YAMI; Young, Atkinson, Arntz, Weishaar & Weishaar, 2005; Van Vreeswijk & 't Hoen, 2005) afgenomen, die tien modi in kaart brengt. Naast deze vragenlijsten geeft patiënt iedere week per schema een positief veranderingspercentage weer. Het doel van deze meting is patiënt op verbetering te laten focussen.

#### *Taxatiefase en analyses*

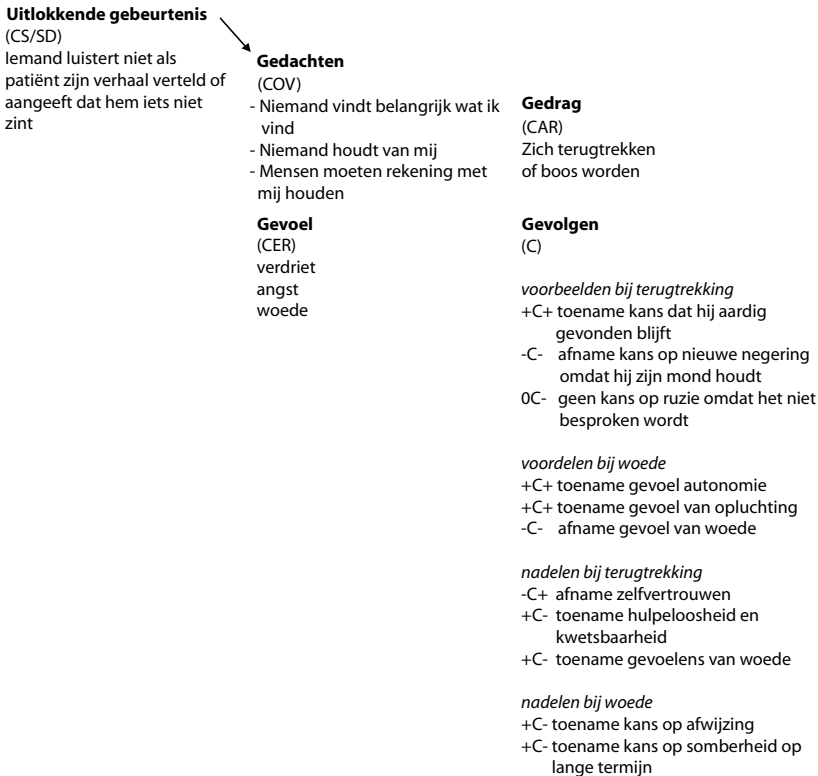
Voorafgaand aan de uitvoering van het behandelprotocol van Van Vreeswijk en Broersen (2006) was er een taxatiefase, die 8 sessies in beslag heeft genomen<sup>3</sup>. Hierin werden de vragenlijsten afgenomen en besproken met patiënt (zie Tabel 1, 2, 3). In het ST-protocol wordt aangeraden om de behandeling te focussen op de drie hoogst scorende schema's. Uit de schemavragenlijst kwamen als drie hoogst scorende schema's Emotionele deprivatie, Onderwerping en Kluwen naar voren. Tijdens het bespreken hiervan bleek dat patiënt de vragen met betrekking tot het schema Kluwen verkeerd begrepen had en is het schema Zelfopoffering ervoor in de plaats gekomen. Daarnaast werden samen met patiënt Functie Analyses (FA; Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Sprey, 2002) en Betekenis Analyses (BA; Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Sprey, 2002) gemaakt, gericht op situaties en gedrag waarin zijn schema's geactiveerd worden (zie Figuur 1 en 2; schema Emotionele deprivatie). Ook is in deze fase samen met patiënt de casusconceptualisatie (Young et al., 2005; Arntz & Bögels, 2000) van de schema's en klachten opgesteld (zie Figuur 3).

#### **PYPOTHESE**

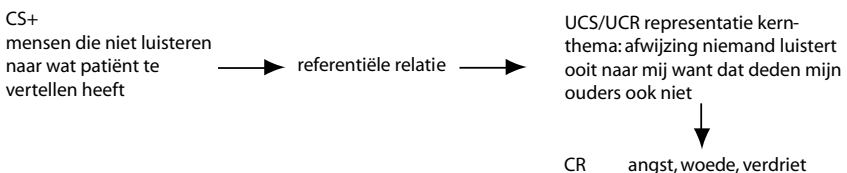
Uit de BA, FA en casusconceptualisatie ontstaat de hypothese dat de depressieve klachten, het onvoldoende voor zichzelf opkomen en het moeite hebben met het uiten van emoties voor een belangrijk deel toenemen / ontstaan

<sup>3</sup> De taxatiefase en behandeling zijn uitgevoerd door de eerste auteur van het artikel, vanaf nu therapeut genoemd.

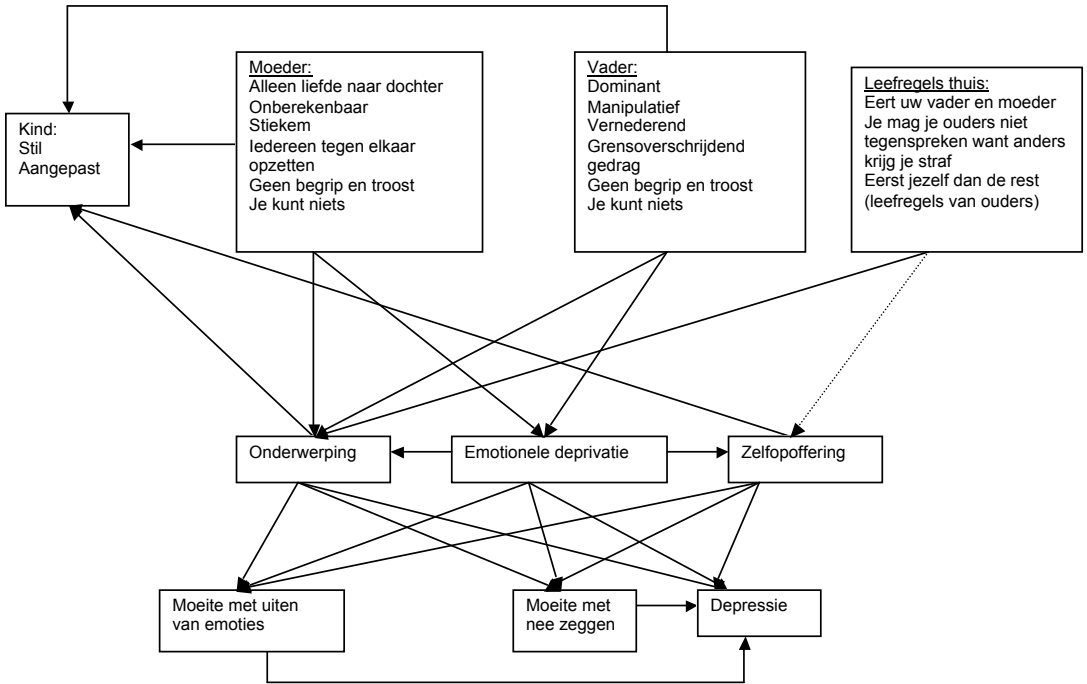
indien er sprake is van de activering van de schema's Emotionele deprivatie, Onderwerping en Zelfopoffering. Het schema Emotionele deprivatie is ontwikkeld door de affectieve verwaarlozing in zijn jeugd. Hierdoor staat hij in de wereld met het beeld dat er niemand voor hem is als hij iemand nodig heeft. Om toch zoveel mogelijk waardering en zo min mogelijk kritiek te ontvangen, heeft patiënt als copingstrategieën de schema's Zelfopoffering en Onderwerping ontwikkeld. Op de lange termijn hebben deze strategieën als nadeel dat patiënt niet meer zijn emoties uit en zijn grenzen aangeeft, uit angst voor afwijzing. Dit vergroot de kans op een depressie. Tenslotte blijft patiënt door zijn verleden verhoogd sensitief voor het gevoel afgewezen te worden (schema Emotionele deprivatie), wat ook samenhangt met depressieve gevoelens. De hypothese is dat wanneer patiënt beter met zijn schema's kan omgaan de depressieve symptomen zullen afnemen.



Figuur 1: Functie analyse van situatie waarin het schema Emotionele deprivatie geactiveerd wordt



Figuur 2: Betekenis analyse van situatie en gedrag waarin het schema Emotionele deprivatie geactiveerd wordt



Figuur 3: Casusconceptualisatie

## BEHANDELPLAN

De behandeling wordt uitgevoerd volgens het protocol zoals beschreven in de inleiding.

## UITVOERING VAN HET BEHANDELPLAN VIA HET PROTOCOL

### *Fase 1: uitleg schema's en modi, schemaregistratie (sessie 1-4)*

Het doel van de eerste sessies is dat patiënt leert herkennen wanneer schema's en modi actief zijn.

Uit de schemaregistratie komt naar voren dat patiënt bij zichzelf het schema Emotionele deprivatie goed kan herkennen. Een voorbeeld is een incident met zijn vrouw, waarbij zij hem had beloofd mee te gaan naar een receptie, die zij op het laatste moment afzei in verband met hoofdpijn. Patiënt werd erg boos, aangezien dit regelmatig gebeurde. Zijn gedachte was: 'mijn vrouw houdt nooit rekening met mij'. Hij heeft toen een week niet met haar gesproken. Vertellend over deze situatie, waarin zijn schema Emotionele deprivatie

werd geactiveerd, wordt hij weer boos. Na doorvragen en begrip tonen, voelt hij zich erg verdrietig en tekort gedaan. In moditermen kan dit als volgt gezien worden: patiënt reageert vanuit de modus het 'Boze kind' om zijn pijn en verdriet (modus het 'Kwetsbare kind') niet te voelen.

Verder wordt in deze sessies duidelijk dat patiënt het moeilijk vindt om de schema's Zelfopoffering en Onderwerping te herkennen. Socratisch doorvragen over gebeurtenissen maakt dat hij zich er meer bewust van wordt. Ook ontdekt hij dat de schema's veelal in stand worden gehouden door zijn eigen gedrag.

Aan het einde van deze sessies merkt patiënt dat hij soms andere keuzes maakt dan voor de behandeling. Zo heeft hij tegen de wil van zijn vrouw een aantal luxe visaccessoires gekocht, terwijl hij dit vóór de behandeling nooit gedaan zou hebben.

Patiënt maakt in deze sessies zeer consciëntieus zijn huiswerk en vraagt bij het bespreken hiervan regelmatig om bevestiging. De houding van de therapeut is begripvol en steunend, waarbij wordt gezegd dat het huiswerk niet perfect hoeft te zijn en dat de therapeut hem waardeert om wie hij is (limited reparenting).

#### *Fase 2: aanleren cognitieve schematechnieken (sessie 5-10)*

Patiënt heeft veel baat bij de technieken informatieverzamelen en meerdimensionaal evalueren; hij merkt dat de geloofwaardigheid van zijn schema's door deze technieken significant afneemt. De taartdiagramtechniek kan patiënt goed uitvoeren.

Patiënt heeft veel moeite met het uitvoeren van de oefening voor- en nadenanalyse. Hij had de uitleg over deze techniek verkeerd begrepen en de oefening volgens de techniek informatieverzamelen gedaan. Als dit wordt besproken, ziet hij dit als kritiek en voelt het voor hem alsof hij dom is omdat hij het niet de eerste keer heeft begrepen. Met patiënt is onderzocht welk schema geactiveerd werd (Strenge normen; een schema dat niet mee was genomen als aandachtspunt). Patiënt herkent dit en ook dat hij dat schema gebruikt als overcompensatie voor het schema Emotionele deprivatie ('als ik het niet perfect doe, word ik afgewezen'). Door dit op deze wijze te bespreken, krijgt patiënt meer inzicht in wat er gebeurt en kan hij vervolgens de informatie wel goed oppakken.



Tijdens de sessies geeft patiënt steeds vaker aan dat het hem lukt om vanuit de modus de 'Gezonde volwassene' te reageren. Hij merkt dat door deze verandering zijn vrouw meer rekening met hem houdt.

De therapeut merkte in deze fase van de behandeling dat zij geconfronteerd werd met haar eigen schema Strenge normen. De therapeut wilde het protocol zo goed mogelijk uitvoeren. Dit thema is in supervisie besproken.

#### *Fase 3: tussentijdse evaluatie (sessie 11)*

Patiënt geeft tijdens de tussentijdse evaluatie aan dat de therapie patronen heeft laten zien, die voor hem eerder nog niet zichtbaar waren. Door schemaregistratie en de verschillende uitdaagtechnieken geeft hij aan steeds beter deze patronen te kunnen doorbreken.

Patiënt vindt wel dat het schema Emotionele deprivatie nog erg op de voorgrond staat. Hij herkent ook in de testuitslagen dat het schema Wantrouwen en Strenge normen is toegenomen (zie Tabel 1).

#### *Fase 4: gedragsverandering en terugvalpreventie (sessie 12-18)*

In deze sessies staat het schema Emotionele deprivatie centraal. Patiënt zegt dat hij gebroken heeft met zijn overburen, omdat de overbuurman had gezegd dat zijn dochters verwende nesten waren. Tijdens de sessie dat hij dit bespreekt, herkent hij dat zijn schema Emotionele deprivatie werd geactiveerd. Patiënt zegt dat hij het niet meer met zijn overbuurman wil bijleggen, omdat hij zijn overbuurman al zo vaak over zich heen heeft laten lopen. Patiënt geeft aan dat hij tevreden is over zijn reactie. In het gesprek heeft de therapeut hem hiervoor gecompimenteerd. Echter in de volgende sessie is de therapeut kritischer naar zijn reactie gaan kijken, aangezien patiënt in bovenstaande situatie zichzelf leek te overschreeuwen. Als hij dit in meer situaties doet, zal hij snel weinig vrienden overhouden en op deze manier zijn schema Emotionele deprivatie in stand houden. Deze overweging heeft de therapeut met patiënt besproken, wat bij patiënt leidde tot activering van het schema Onderwerping en Emotionele deprivatie. Dit uitte zich in stil zwijgen en gevoelens van boosheid. Bij de therapeut leidde dit tot meer uitleg wat de gevoelens van patiënt versterkte. Op de vraag welke schema's geactiveerd werden, kon patiënt de schema's goed aangeven (empathische confrontatie). Door deze wijze van bespreken werd patiënt rustiger en kon hij luisteren naar de argumenten van de therapeut. Echter in de volgende zitting was hij weer boos, wat hij uitte middels een brief die hij geschreven had. De therapeut heeft samen met patiënt zijn gedachten ('therapie heeft geen enkele zin, ik doe alweer iets verkeerd') door middel van informatieverzamelen uitgedaagd. Na de uitdaging was de geloofwaardigheid van de gedachten gezakt van 95% naar 20%. Met hem is besproken dat het juist op deze momenten van belang is dat hij zijn gedachten onder de loep neemt en niet bij de pakken neer gaat zitten. Anders winnen de schema's het van de 'Gezonde volwassene' met als resultaat dat de depressieve klachten verergeren.

Door middel van rollenspelen heeft patiënt geoefend met nee-zeggen en met het weigeren van verzoeken zonder uitgebreid excuses aan te bieden. Tijdens deze sessies is tevens een terugvalpreventieplan gemaakt.

Aan het einde hiervan zegt hij zich in jaren niet meer zo goed gevoeld te hebben. Het lukt patiënt steeds beter om negatieve gedachten uit te dagen. Verder merkt hij dat zijn relatie met zijn vrouw is verbeterd. Er zijn minder vaak spanningen in de relatie en ze maken vaker uitstapjes. Patiënt is wel bang dat hij terug zal vallen als de therapie wordt afgesloten.

#### *Fase 5: follow-up gesprekken (sessies 19 & 20)*

Tijdens de eerste follow-up geeft patiënt aan dat het geen goede maand is geweest. Zijn schema Emotionele deprivatie werd fors geactiveerd omdat zijn vrouw niet naar hem luisterde. Er was een toename van depressieve klachten. Patiënt geeft echter tevens aan, met trots, dat hij niet helemaal is teruggevalen, aangezien hij nog duidelijk zijn grenzen aangeeft. De therapeut heeft dat laatste bekrachtigd en gezegd dat bij therapie het voorkomen van een terugval een normaal verschijnsel is.

In het laatste follow-upcontact zegt patiënt dat hij nog niet helemaal hersteld is van de depressieve klachten, maar dat het wel een stuk beter gaat. Hij vertelt dat hij minder angstig is om helemaal terug te vallen. Patiënt merkt sneller een terugval te boven te komen in vergelijking met de terugvallen vóór de behandeling. Patiënt geeft aan tevreden te zijn over het resultaat van de therapie en gaat akkoord met het afsluiten van de behandeling.

## RESULTATEN

### *Het behandelresultaat volgens de meetinstrumenten*

De schemavragenlijst laat een dalende lijn zien (zie Tabel 1), met uitzondering van de schema's Emotionele deprivatie en Strenge normen.

Tabel 1: Schemavragenlijst

Schema's	eerste meting		tweede meting		derde meting	
	frequentie*	5/6**	frequentie	5/6	frequentie	5/6
Emotionele deprivatie	64%	44%	51%	22%	67%	56%
Verlating/instabiliteit	34%	11%	23%	0%	23%	6%
Wantrouwen	31%	6%	32%	0%	19%	6%
Sociaal isolement/vervreemding	32%	10%	28%	0%	26%	10%
Defect/schaamte	17%	7%	24%	0%	12%	0%
Sociaal niet getalenteerd	36%	11%	27%	0%	16%	0%
Mislukken	27%	0%	22%	0%	11%	0%
Afhankelijkheid/incompetentie	21%	0%	25%	0%	5%	0%
Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	26%	0%	30%	0%	11%	0%
Kluwen	62%	45%	25%	0%	4%	0%
Veeleisendheid/grootheid	27%	0%	22%	0%	18%	0%
Onvoldoende zelfcontrole/zelfdiscipline	35%	7%	25%	0%	17%	7%
Onderwerping	58%	20%	42%	0%	24%	10%
Zelfopoffering	54%	12%	39%	0%	35%	6%
Emotionele inhibitie	42%	11%	24%	0%	11%	0%
Strenge normen	25%	0%	34%	0%	31%	0%

\* frequentie is het percentage per schema die alle scores (1-6) van het betreffende schema meeneemt

\*\* 5/6 is het percentage per schema waar patiënt een 5 of 6 heeft gescoord

Hoe hoger het percentage hoe meer last patiënt van een schema heeft

De YAMI laat verbetering zien (zie Tabel 2). Patiënt reageert meer vanuit de modi de 'Gezonde volwassene' en het 'Blij kind' en minder vanuit de disfunctionele modi, met uitzondering van de 'Afstandelijke beschermer' en de 'Bestraffende ouder'.

Tabel 2: Young Atkinson Mode Inventory

Categorie	Modi	eerste meting		derde meting	
		frequentie*	5/6**	frequentie	5/6
Kindmodi	<b>Kwetsbare kind</b>	37%	9%	23%	0%
	<b>Boze kind</b>	42%	25%	23%	0%
	<b>Impulsieve/ongedisciplineerde kind</b>	6%	0%	8%	0%
	<b>Blij kind</b>	35%	13%	58%	19%
Copingmodi	<b>Afstandelijke beschermer</b>	34%	0%	39%	0%
	<b>Gedwee gehoorzame</b>	31%	7%	27%	0%
Oudermodi	<b>Overcompenseerder</b>	17%	5%	11%	0%
	<b>Bestraffende ouder</b>	13%	4%	22%	0%
	<b>Veeleisende ouder</b>	45%	25%	40%	0%
Gezonde modi	<b>Gezonde volwassene</b>	56%	30%	63%	41%

\* frequentie is het percentage per modus die alle scores (1-6) van de betreffende modus meeneemt

\*\* 5/6 is het percentage per modus waar patiënt een 5 of 6 heeft gescoord

Hoe hoger het percentage hoe vaker patiënt volgens een bepaalde modus reageert

De SCL-90 laat afname van klachten zien in vergelijking met de eerste meting (zie Tabel 3), met uitzondering van de subschaal slapen.

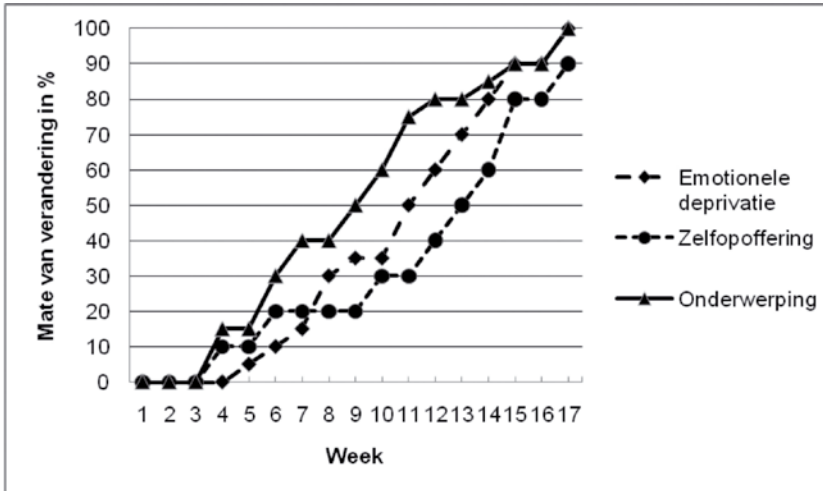
Tabel 3: SCL-90

	eerste meting			tweede meting			derde meting		
	score	normalen	psychiatrie	score	normalen	psychiatrie	score	normalen	psychiatrie
<b>ANG</b>	26	zeer hoog	gemiddeld	22	zeer hoog	gemiddeld	20	hoog	beneden gemiddeld
<b>AGO</b>	9	hoog	beneden gemiddeld	8	gemiddeld	beneden gemiddeld	8	gemiddeld	beneden gemiddeld
<b>DEP</b>	51	zeer hoog	boven gemiddeld	40	zeer hoog	gemiddeld	42	zeer hoog	gemiddeld
<b>SOM</b>	32	zeer hoog	boven gemiddeld	26	hoog	gemiddeld	27	zeer hoog	gemiddeld
<b>IN</b>	29	zeer hoog	hoog	23	zeer hoog	gemiddeld	26	zeer hoog	boven gemiddeld
<b>SEN</b>	47	zeer hoog	boven gemiddeld	48	zeer hoog	boven gemiddeld	25	gemiddeld	beneden gemiddeld
<b>HOS</b>	7	zeer hoog	beneden gemiddeld	7	gemiddeld	beneden gemiddeld	7	gemiddeld	beneden gemiddeld
<b>SLA</b>	10	zeer hoog	boven gemiddeld	8	hoog	gemiddeld	12	zeer hoog	hoog
<b>OVER</b>	20			19			14		
<b>PSNEUR</b>	231	zeer hoog	boven gemiddeld	201	zeer hoog	gemiddeld	181	hoog	beneden gemiddeld

De veranderpercentages (in hoeverre vindt patiënt dat hij beter met zijn schema's kan omgaan) laten een stijgende lijn zien (zie Grafiek 1). Patiënt heeft geen enkele maal 'geen verandering' genoteerd. De stijging houdt in dat patiënt steeds meer controle en inzicht ervaart in zijn schema's.

#### Beoordeling door patiënt

Patiënt geeft aan tevreden te zijn over de behandeling. De depressieve klachten zijn fors verminderd. Daarnaast merkt hij dat hij zich minder snel opoffert en dat hij beter zijn grenzen kan aangeven. De klachten zijn niet geheel verdwenen, maar hij merkt dat zijn schema's minder snel geactiveerd worden en dat anderen positiever reageren, zoals zijn vrouw en vrienden.



Figuur 1: Effectmaat: Mate van verandering

#### *Beoordeling door de therapeut*

Patiënt komt aan het einde van de behandeling meer voor zichzelf op en het lukt hem ook beter om een weigering van een ander niet als een persoonlijke afwijzing te zien. Hij vindt het nog wel moeilijk zijn eigen behoeften op een rustige en adequate manier kenbaar te maken. Aan het eind van de behandeling schiet patiënt minder in de slachtofferrol. In dit opzicht is de behandeling een succes geweest. In de patiënt-therapeutrelatie durfde patiënt gaandeweg meer kritiek te uiten en zich kwetsbaarder op te stellen.

#### **DISCUSSIE**

In het begin van de behandeling is de hypothese geformuleerd dat de klachten voor een belangrijk deel toenemen / ontstaan indien er sprake is van de activering van de schema's Emotionele deprivatie, Onderwerping en Zelfopoffering. De behandeling heeft zich gericht op het verminderen van deze schema's en lijkt hierin voor een groot gedeelte geslaagd te zijn. Patiënt rapporteert minder klachten in vergelijking met het begin van de behandeling. Een verdere bevestiging voor bovenstaande hypothese is, dat het meemaken van een voor hem emotioneel depriverende situatie, kort voor de nameting, leidt tot schema-activering en tot lichte toename van klachten en modi in vergelijking met de tussenmeting. Het lijkt erop dat activering van het schema Emotionele deprivatie het belangrijkste risico is voor een terugval. De vraag is of deze behandeling patiënt voldoende handvatten heeft gegeven om anders met dit schema om te gaan of dat er meer met de affectieve lading door middel van experiëntiële technieken (zoals imaginatie met rescripting) gewerkt had moeten worden

voor het verkrijgen van een beter resultaat. Young et al. (2005) schrijven dat bij de schema's Emotionele deprivatie, Verlating/instabiliteit, Wantrouwen, Sociaal isolement/vervreemding, Defect/schaamte en Sociaal niet getalenteerd, meer met de affectieve lading gewerkt dient te worden. Dit is echter niet wetenschappelijk onderzocht. Er zal verder onderzoek moeten plaatsvinden bij welke patiëntengroepen dit protocol voldoende is en bij welke patiëntengroepen experiëntiële technieken een extra toegevoegde waarde hebben voor het bewerken van (bepaalde) schema's.

De kracht van het protocol (Van Vreeswijk & Broersen, 2006) is dat het handvatten en structuur biedt op basis waarvan een kortdurende ST gegeven kan worden. Het protocol is bruikbaar voor therapeuten die weinig ervaring hebben met ST. Verder biedt het protocol een kortdurende behandeling aan voor patiënten met persoonlijkheidsproblematiek; zowel individueel als in een groep. Dit terwijl de meeste gedocumenteerde behandelingen bij mensen met een persoonlijkheidsprobleem langdurend zijn. Een nadeel is echter dat in het protocol geen tijd wordt uitgetrokken voor het maken van een casusconceptualisatie en automatisch de drie hoogste schema's en modi die uit de vragenlijsten komen, als focus worden genomen. De therapeut heeft echter acht pretherapiesessies gebruikt om tot een casusconceptualisatie te komen. De reden hiervoor was dat de therapeut vrij onbekend was met ST en zij, voordat ze aan de behandeling begon, eerst een goed beeld wilde krijgen van de problematiek van patiënt. Voor patiënt hebben deze pretherapiesessies een positieve invloed gehad op zijn motivatie. Achteraf gezien waren 3-5 sessies echter ook afdoende geweest. Daarnaast is door deze extra sessies afgeweken van de keuze om de drie hoogst scorende schema's mee te nemen, aangezien patiënt zich in een van de drie schema's niet herkende. Een aanbeveling is dan ook om enkele pretherapie sessies te plannen voor de start van het ST-protocol om tot een gedeelde casusconceptualisatie te komen.

Een belangrijke valkuil bij schemagerichte therapie is de interferentie van de schema's van de therapeut met de schema's van de patiënt. Deze valkuil is ook opgetreden in de therapeutische relatie met patiënt. Het schema Strenge normen van de therapeut is ongetwijfeld van invloed geweest op de schema's van patiënt. Het schema Strenge normen van de therapeut zorgde ervoor dat de therapeut het protocol zo goed mogelijk wilde volgen, wat betekende dat zij vond dat patiënt alle oefeningen zelf perfect moest kunnen uitvoeren. De therapeut merkte in de behandeling dat het schema Strenge normen bij patiënt zich uitte in zijn streven zijn huiswerk perfect te willen maken. Zij heeft met hem besproken dat het niet perfect hoeft (limited reparenting). Onduidelijk is echter of de therapeut wellicht, bijvoorbeeld non-verbaal, een andere boodschap uitzond. Er kan onvoldoende beoordeeld worden in hoeverre hierdoor het behandelresultaat is beïnvloed.

Het protocol biedt een kortdurende behandeling voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De kracht van het protocol zit in het feit dat er gestructureerd wordt gewerkt met een werkboek en een vast aantal sessies, wat hoop uitstraalt naar patiënten. De resultaten van deze casus zijn positief, alsmede de eerste onderzoeksresultaten over dit protocol (Van Vreeswijk, Spinhoven, Broersen & Eurelings-Bontekoe, submitted). Er dient echter nog verder follow-uponderzoek plaats te vinden om te bepalen of de veranderingen blijvend zijn. Dit protocol past goed in de huidige visie van stepped care behandeling. Patiënten die onvoldoende baat hebben bij deze behandeling, kunnen indien nodig verder behandeld worden met schemagerichte therapie, waarbij dan bijvoorbeeld meer experiëntiële technieken aan bod kunnen komen.

De schrijvers van dit artikel hopen dat lezers van deze casusbeschrijving zich uitgenodigd voelen om ook kortdurende schemagerichte therapie te gaan geven.

#### SUMMARY

This article discusses the case of a 46-year-old man diagnosed with recurrent depressive disorder and a dependent personality disorder. Treatment consisted of a schema therapy protocol developed by Van Vreeswijk & Broersen (2006). The focus of the treatment was on three schemas: Emotional Deprivation, Subjugation and Self-sacrifice. After the treatment, the patient experienced reduced depressive symptoms and was more able to cope with his schemas, responding more from his 'Healthy adult' and 'Happy child' mode. The protocol did not include many experiential techniques. This was probably lacking in the treatment of the schema Emotional Deprivation.

*Keywords: schema therapy, case study, treatment protocol, dependent personality disorder, depression*

#### LITERATUURLIJST

- Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Praktijkreeks Gedragstherapie, deel 12*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse; Swets & Zeitlinger.
- Bögels, S.M., & Oppen, P., van (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Broersen, J., & Vreeswijk, M. F., van (2006). *Schemagerichte therapie in groepen. Cognitieve groepstherapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Werkboek voor patiënten*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Korrelboom, K., & Broeke, ten, E. (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum; Uitgeverij Coutinho.

- Lobbestaël, J. (2008). Validatie van de Schema Mode Inventory (SMI). In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (eds), *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 283-294). Houten; Bohn Stafleu van Loghum
- Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Stel, J., van der (2005). *Groepspsychotherapie en onderzoek. Handleiding van de praktijk. Serie: Groepspraktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Svartberg, M., Stiles, T.C., & Seltzer, M.H. (2004). Randomized controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, vol. 161 (5), 810-817.
- Vreeswijk, M. F., van, & Hoen, T., 't (2005). *Nederlandse vertaling van Young Atkinson Mode Inventory (YAMI)*. Delft; GGZ Delfland.
- Vreeswijk, M. F., van, & Broersen, J. (2006). *Schemagerichte therapie in groepen. Cognitieve groepstherapie bij persoonlijkheidsproblematiek. Handleiding voor therapeuten*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.
- Vreeswijk, M.F., van, Spinhoven, P., Broersen, J., & Eurelings-Bontekoe, E.H.M. (submitted). The change of schema's, modes and symptom severity in patients following a short term schema group therapy; can change in symptoms be predicted by schema's?
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL; Professional Resources Press.
- Young, J.E., Atkinson, T., Arntz, A., Weishaar, E., & Weishaar, M. (2005). YAMI-PM. Retrieved February 2005, from <http://www.schematherapy.com>.
- Young, J.E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York; Cognitive Center of New York.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum
- Young, J.E., & Pijnakker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten; Bohn Stafleu van Loghum.