

# Schematherapie bij ouderen

321

SILVIA VAN DIJK & MARTINE VEENSTRA

## Samenvatting

Schematherapie biedt een geïntegreerd behandelmodel dat technieken uit de cognitieve gedragstherapie combineert met elementen uit de psychodynamische psychotherapie, gestalttherapie en hechtingstheorie. Schematherapie werd initieel ontwikkeld als behandeling voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis om de tegenvallende (langetermijn)effectiviteit van cognitieve gedragstherapie te verbeteren. Vastgestelde effectiviteit in een *randomized controlled trial* bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis zorgde voor meer onderzoek en een toename van de toepassingen in de klinische praktijk. Schematherapie werd al snel breder geïmplementeerd bij andere persoonlijkheids- en chronische psychiatrische problematiek. De eerste resultaten van onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij ouderen zijn positief.

In deze bijdrage wordt een overzicht gegeven van de effectiviteit en aanpassingen van schematherapie bij ouderen. Ter illustratie wordt een casus beschreven van een 76-jarige vrouw die kampt met een recidiverende depressieve stoornis en een comorbide afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis, en die behandeld wordt in een schematherapiegroep voor ouderen.

*Trefwoorden: schematherapie, ouderen, persoonlijkheidspathologie, onderzoek*

### Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Ouderen kunnen profiteren van een veranderingsgerichte psychotherapie, zoals schematherapie.
- ▶ Ouderen profiteren minder van cognitieve technieken, maak bij schematherapie bij ouderen gebruik van experiëntiële technieken.
- ▶ Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of schematherapie bij ouderen (kosten-)effectief is.

## INLEIDING

322

Schematherapie werd in 1990 door Jeffrey Young ontwikkeld (Young, 1999) voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Young had gemerkt dat de langetermijneffecten van cognitieve gedragstherapie tegenvielen bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. In een poging de langetermijneffecten van de behandeling voor persoonlijkheidsproblematiek te verbeteren, begon Young experiëntiële technieken vanuit andere therapievormen in de cognitieve gedragstherapie te implementeren (Young, 1999). Schematherapie bevat elementen uit de cognitieve gedragstherapie, psychodynamische psychotherapie, de hechtingstheorie en de gestalttherapie. In aanvulling op het cognitieve model van Beck richt het schemamodel zich op de schemapresentaties en daarmee geassocieerde kernovertuigingen, die behandeld worden in een samenhangend geheel met emoties, gedrag, coping en interpersoonlijk gedrag. De invloed van ervaringen en affectieve tekorten uit de jeugd en de impact hiervan op het dagelijks leven staan in de schematherapie meer centraal dan in de klassieke cognitieve gedragstherapie.

Young stelt dat (persoonlijkheids)psychopathologie voortkomt uit de activatie van disfunctionele (of: maladaptieve) schema's. Disfunctionele schema's zijn basale thema's die ontstaan zijn door onvervulde emotionele behoeften in de kindertijd en adolescentie, en die zich uiten in maladaptieve patronen van denken, voelen en doen. Schema's beïnvloeden hoe een persoon zichzelf, anderen en de wereld ziet. Schema's worden onderzocht met de zelfrapportagevragenlijst van Young (Rijkeboer et al., 2005; Young, 1999). Naast schema's introduceerde Young in zijn uitgebreide model de schemamodus (meervoud: modi). Modi zijn gemoedstoestanden waarin een patiënt terecht komt naar aanleiding van een gebeurtenis of herinnering (Young et al., 2003). Modi worden onderzocht met de Schema Mode Inventory (Lobbstaël et al., 2005). Het doel van schematherapie is om disfunctionele schema's en modi te herkennen, en deze vervolgens te doorbreken en te vervangen door nieuw (functioneel) gedrag.

In schematherapie is de houding van de therapeut gericht op *limited re-parenting*: een warme en zorgzame houding, die waar nodig confronterend en begrenzend is. De therapeutische relatie is een belangrijk onderdeel van schematherapie. De therapeut zorgt ervoor dat de patiënt binnen de veiligheid van de opgebouwde vertrouwensrelatie nieuwe schemacorrigerende ervaringen op kan doen (Young et al., 2003).

Schematherapie is oorspronkelijk ontwikkeld als individuele psychotherapie voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis, waarbij de behandeling van langere duur was (2 à 3 jaar) (Young, 1999). Tegenwoordig bestaan er ook geprotocolleerde kortdurende schematherapiebehandelingen (20 sessies), die ook worden toegepast bij andere psychiatrische aandoeningen (Malogiannis et al., 2014; Renner et al., 2016; van Vreeswijk et al., 2014). Van-

wege de kortere duur moet een keuze gemaakt worden in de interventies, bijvoorbeeld meer cognitieve schematherapie waarin geen experiëntiële technieken worden toegepast (van Vreeswijk & Broersen, 2013, 2017).

Reviewstudies naar schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen tonen aan dat schematherapie de kwaliteit van leven verbetert (Masley et al., 2012; Taylor & Arntz, 2016) en in vergelijking met de reguliere zorg kosteneffectief is (van Asselt et al., 2008). Uit een in Nederland verrichte randomized controlled trial (RCT) onder volwassenen bleek schematherapie superieur aan *transference focused psychotherapy* (TFP), zowel wat betreft herstel van de borderline-persoonlijkheidsstoornis als wat betreft secundaire uitkomstmaten (Giesen-Bloo et al., 2006). Naast het bewezen effect van schematherapie bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Farrell et al., 2009), is de effectiviteit ervan bij volwassenen tevens aangetoond bij de vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (Bamelis et al., 2014), de gemengde persoonlijkheidsstoornis (Skewes et al., 2015), en bij chronische stemmings- en angststoornissen (Malogiannis et al., 2014; Renner et al., 2016).

#### SCHEMATHERAPIE BIJ OUDEREN

.....

In de ouderenpsychiatrie ligt de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen tussen 5 en 33% in een poliklinische setting en deze loopt op tot mogelijk 80% in een klinische setting (van Alphen et al., 2015; Videler, Ouwens et al., 2020). In de verpleeghuissector is de prevalentie van comorbide persoonlijkheidsstoornissen binnen gerontopsychiatrische afdelingen 23% (van Alphen, 2019). Internationale multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen adviseren psychotherapie als behandeling van voorkeur (American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2001; GGZ Standaarden, 2017; Grenyer et al., 2015; Videler, Ouwens et al., 2020). Het wetenschappelijk onderzoek waarop dit advies is gebaseerd, betreft echter hoofdzakelijk volwassenen van gemiddeld 25 tot 35 jaar oud, en deze richtlijnen zijn niet zonder meer van toepassing op ouderen (Hutsebaut et al., 2017).

Over het algemeen worden ouderen met persoonlijkheidspathologie minder vaak behandeld met psychotherapie dan jongere volwassenen met dezelfde problematiek (Cooper et al., 2010). Een specifieke behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen is klinisch vaak minder beschikbaar en wordt daarmee weinig aangeboden in de ouderenpsychiatrie. Oudere patiënten met een persoonlijkheidsstoornis krijgen vaker dan volwassenen farmacotherapie (met of zonder ondersteunende zorg van een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige), terwijl psychotherapie de voorkeur heeft (Hetlevik et al., 2019; Mohlman, 2012). Dit komt onder andere door de nog beperkte wetenschappelijke evidentie voor het effect van psychotherapie bij ouderen. Verder zijn er minder ouderenpsychotherapeuten geschoold

in bijvoorbeeld schematherapie dan psychotherapeuten in de volwassenenggz. Daarnaast is er sprake van enig therapeutisch nihilisme, waarin zowel patiënten als therapeuten zich afvragen of ouderen nog wel kunnen profiteren van een veranderingsgerichte psychotherapie (Videler, Ouwens et al., 2020). Bovendien kan er bij ouderen sprake zijn van specifieke somatische, neurocognitieve en psychosociale problematiek, waardoor voor volwassenen ontwikkelde psychotherapieën minder aansluiten bij de mogelijkheden en behoeften van ouderen (Videler & Van Alphen, 2018).

In een studie naar de leeftijdsneutraliteit van de Young Schema Questionnaire – Long Form 2 (YSQ-L2) (Pauwels et al., 2014) werd slechts 3% differentiërend itemfunctionering (DIF) gevonden, wat leeftijdsneutraliteit van de YSQ-L2 suggereert. Phillips en collega's hebben onderzoek gedaan naar de verkorte versie van de YSQ (YSQ-S3), die uit 90 items bestaat, en vonden voldoende interne consistente betrouwbaarheid voor 13 van de 18 schema's (Phillips et al., 2019). De test-hertestbetrouwbaarheid was voldoende voor 17 van de 18 schema's. Er is tot op heden geen onderzoek verricht naar de betrouwbaarheid van de schemamodivragenlijst (SMI) bij ouderen. Desalniettemin leert de klinische ervaring dat de SMI (118 items) goed bruikbaar is bij ouderen.

Een *proof of concept study (pre-mid-post design)* was het eerste empirische onderzoek naar schematherapie bij ouderen waarin werd gemeten wat het effect is van kortdurende groepsschematherapie op psychologische symptomen, schema's en schemamodi bij 31 ouderen met kenmerken van een persoonlijkheidsstoornis en/of een aanhoudende stemmingsstoornis (Videler et al., 2014). Er werden kleine tot medium effectgrootten gevonden op psychologische symptomen. De effectgrootten waren bij ouderen minder groot dan die bij jongere volwassenen op dezelfde uitkomstmaten. De auteurs adviseerden om de groepsschematherapie aan te passen voor ouderen, met meer individuele sessies voorafgaand aan de groepsschematherapie, en om meer experiëntiële en minder cognitieve technieken te gebruiken, om zo de effectiviteit te vergroten. Ouderen kunnen zich hierdoor de schemataal meer eigen maken en hun schema's en modi beter leren herkennen in het dagelijks leven.

Naar de effectiviteit van individuele schematherapie bij ouderen zijn tot op heden twee *multiple baseline case series* studies verschenen. Het multiple baseline design wordt geregeld voor persoonlijkheidsonderzoek gebruikt en kan net zoals RCT's aantonen (1) dat er een gedragsverandering heeft plaatsgevonden, (2) dat de verandering het gevolg is van de interventie, en (3) dat de verandering significant is. Daarnaast vereist dit design minder deelnemers en fungeren die als hun eigen controle (Hawkins et al., 2007). De eerste studie werd verricht onder acht patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis (gemiddelde leeftijd 69 jaar) (Videler et al., 2018). Er werd na een willekeurige baseline één jaar individuele schematherapie gegeven (maximaal 40 sessies), gevolgd door 6 maanden follow-upsessies

(maximaal 10 sessies). De resultaten lieten sterke positieve effecten zien op alle uitkomstmaten, te weten negatieve kerncognities, de YSQ, de Symptom Checklist-90 (Arrindell & Ettema, 2003) en kwaliteit van leven (Trompenaars et al., 2005). Bij de follow-up voldeed geen enkele deelnemer nog aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis volgens de Structured Clinical Interview for DSM Axis 2 (SCID-II; First et al., 1997). De tweede studie betreft een multiple baseline studie, verricht bij drie ouderen woonachtig in een Frans verzorgingshuis, die positieve effecten liet zien bij twee van de drie deelnemers op depressie en een afname van disfunctionele schema's (Lapp et al., 2019). Resultaten vanuit randomized controlled trials verricht onder ouderen zijn tot op heden niet beschikbaar.

#### LOPEND ONDERZOEK

.....

Schematherapie krijgt in toenemende mate een plek in de behandeling van ouderen, wat ook terug te zien is in het aantal lopende studies. Een drietal belangrijke studies zijn:

- 1 In 2019 publiceerden Khasho en collega's een onderzoeksprotocol met een multiple baseline design, waarin tien patiënten (ouder dan 60 jaar) met een borderline-persoonlijkheidsstoornis geïncludeerd worden. De primaire uitkomstmaat is de geloofwaardigheid van de kerncognities. De secundaire uitkomstmaten bestaan uit kwaliteit van leven, psychologische stress, schema's, modi en de ernst van borderline symptomen en de borderline-persoonlijkheidsstoornis en het alternatieve dimensionale model voor persoonlijkheidsstoornissen (Sectie III van de DSM-5) (Khasho et al., 2019).
- 2 In 2017 werd gestart met een multicenter RCT naar de (kosten)effectiviteit van de combinatie van groepsschematherapie aangevuld met psychomotore therapie (PMT), in vergelijking met de gangbare behandeling van ouderen met cluster B- en C-persoonlijkheidsstoornissen (van Dijk et al., 2019). De onderzochte interventie bestaat uit wekelijkse groepsessies voor een periode van 18 weken, met twee follow-up sessies, respectievelijk 1 en 2 maanden na de achttiende sessie. Uitkomsten op het gebied van kosteneffectiviteit, psychologische symptomen en een brede range aan secundaire uitkomstmaten worden gemeten voorafgaand aan de behandeling, na de behandeling en bij twee follow-upmomenten 6 en 12 maanden na afronding van de behandeling.
- 3 Een Nederlandse vertaling van de Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) wordt momenteel gevalideerd voor de oudere populatie (Videler, van Royen et al., 2020).

Deze lopende onderzoeken dragen bij aan het vergroten van de kennis over schematherapie bij ouderen en verstrekken daarnaast ook kwalitatieve informatie voor aanpassingen bij de behandeling van ouderen. Een suggestie voor nader onderzoek betreft de schema- en/of modivragenlijsten die onderzocht en mogelijk aangepast kunnen worden voor de oudere doelgroep. Er staan nu bijvoorbeeld enkele vragen in die uitgaan van een actief gezinsleven en werksituatie. Deze vragen sluiten vaak niet aan bij de belevingswereld van ouderen en zouden onbedoeld bepaalde schema's kunnen triggeren, zoals het schema Emotioneel tekort ('Dit gaat niet over mij').

#### CASUS TER ILLUSTRATIE

.....

Hoe schematherapie er bij ouderen uit kan zien, en welke keuzes en aanpassingen er ten aanzien van oudere patiënten gemaakt worden, illustreren we in de rest van dit artikel met een casus. De casus is om privacyredenen geanonimiseerd. Bepaalde feiten en gegevens zijn weggelaten en waar nodig vervangen door fictieve elementen.

#### *Aanmelding*

.....

Patiënte is een 76-jarige vrouw, die 10 jaar in behandeling is vanwege terugkerende depressieve klachten gesuperponeerd op een afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis. Patiënte durft nauwelijks dingen alleen te doen en offert zich vaak op voor anderen. Dit leidt tot depressieve klachten en tot overbelasting van haar man en kinderen.

#### *Klachten en klachtgeschiedenis*

.....

Patiënte is sinds 2010 in behandeling vanwege chronisch depressieve klachten. Antidepressiva hebben enig effect, maar dit effect is niet blijvend. Ten tijde van de aanmelding voor de schematherapie zijn de depressieve klachten aanwezig.

#### *Levensgeschiedenis en huidige leefsituatie*

.....

Patiënte is familiair belast met depressies. Zij is de oudste uit een gezin van acht kinderen en is opgegroeid op een boerderij met melkvee. Beide ouders waren harde werkers en gaven weinig blijk van affectie. Materieel kwam ze echter niets tekort. Ze omschrijft haar vader als een harde, dominante man, die onvoorspelbaar was wanneer hij te veel dronk. Haar moeder was daarentegen een lieve en warme vrouw. Zij had het echter vaak te druk met het huishouden en het meehelpen op de boerderij om emotioneel betrokken te zijn bij de kinderen. Patiënte kreeg, als oudste dochter, van haar moeder de

zorg over de jongere kinderen. Patiënte is op haar twintigste het huis uitgegaan, toen ze trouwde met een boerenzoon van drie boerderijen verderop. In de huidige situatie heeft patiënte drie uitwonende kinderen, twee zoons (51 en 49 jaar) en één dochter (47 jaar). Haar man heeft één jaar geleden een beroerte gehad, waarna hij geheugenklachten ervaart en soms woede-uitbarstingen heeft. Ze beschrijft haar man als iemand die alles voor haar regelde. Patiënte kan na diens beroerte minder leunen op haar man.

#### *Hulpvraag en behandeldoelen van patiënt*

Patiënte vindt het moeilijk om dingen alleen te doen. Verder komt naar voren dat ze moeite heeft om haar grenzen aan te geven. De drie behandeldoelen zijn: (1) het reduceren van depressieve gevoelens, (2) leren meer zelfstandig te zijn en op zichzelf te vertrouwen, en (3) leren om grenzen beter aan te geven.

#### *Diagnostische omschrijving en DSM-5-classificatie na intake*

- ▶ 296.32 Depressieve stoornis (matig)
- ▶ 301.6 Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis
- ▶ Somatische comorbiditeit: diabetes mellitus type 2
- ▶ Onderhoudende factoren: er bestaan problemen binnen de primaire steungroep van patiënte; haar man heeft verleden jaar een beroerte gehad, met blijvende gedragsveranderingen tot gevolg

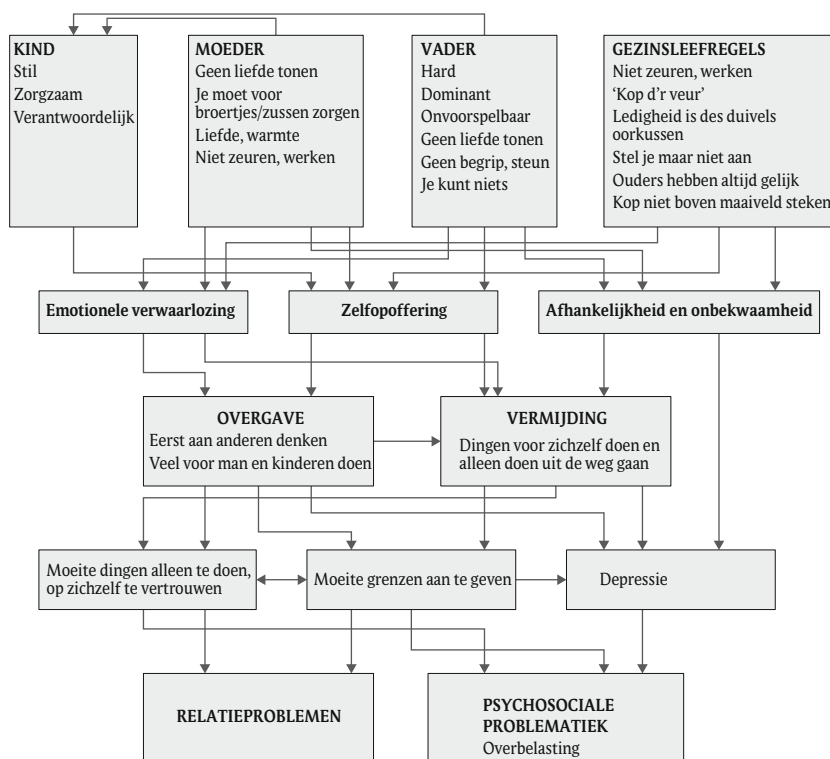
#### *Metingen voor, tijdens en aan het eind van de behandeling*

Zowel voor de diagnostiek als de effectmeting zijn drie meetinstrumenten gebruikt, die voor aanvang, tussentijds en bij afronden van de therapie afgenomen werden: de Young Schema Questionnaire versie L2 (YSQ-L2), de schemamodivragenlijst (SMI; 118 items; Lobbestael et al., 2005) en de Symptom Checklist (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003). De SCL-90 is een zelfrapportageklachtenlijst die een indicatie geeft van de mate van psychopathologie. Naast het invullen van deze vragenlijsten, gaf patiënte iedere week een ernstscore aan op de drie hoogst scorende schema's en modi. Het doel van het invullen van deze ernstscores is de verandering per week te visualiseren.

#### *Taxatiefase en analyses*

De taxatiefase voorafgaand aan de start van de groepsbehandeling bestond uit zes sessies. Hierin werden de schemavragenlijsten afgenomen en nabesproken met patiënte (zie tabel 1). De Nederlandse schemavragenlijst

YSQ-L2 heeft een goede betrouwbaarheid, en convergente en discriminante validiteit (Rijkeboer et al., 2005). Deze vragenlijst meet 16 van de 18 mal-adaptieve schema's. Schemamodi worden in kaart gebracht met behulp van de Nederlandse SMI, die met 118 items 16 modi meet en een goede test-her-testbetrouwbaarheid heeft (Lobbestael et al., 2005). Tijdens de behandeling werd er gefocust op de drie hoogst scorende schema's en modi. Uit de schemavragenlijst kwamen als drie hoogst scorende schema's naar voren: Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. Op de schemamodivragenlijst kwamen als drie hoogst scorende disfunctionele modi naar voren: Willoze inschikkelijke, Veeleisende ouder en Onthechte beschermer. Tot slot werd in deze fase samen met patiënte de casusconceptualisatie (Arntz & Bögels, 2000; Young et al., 2006) van de schema's en klachten opgesteld (figuur 1).



FIGUUR 1 Casusconceptualisatie

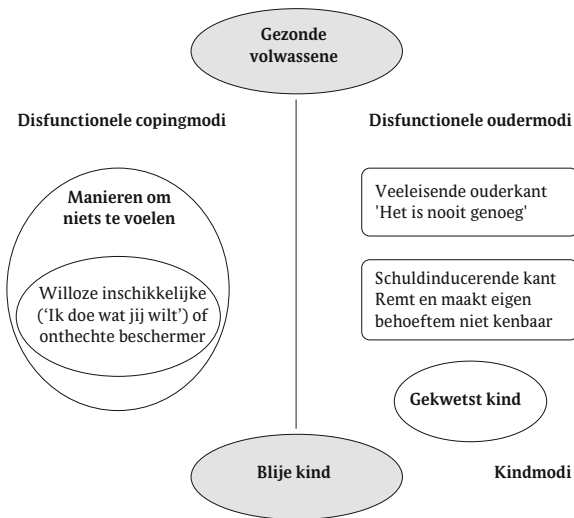
### Hypothese

Uit de casusconceptualisatie ontstaat de hypothese dat de depressieve klachten en het onvermogen om grenzen aan te geven manifest worden wanneer



er sprake is van activering van de schema's Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. Het schema Emotionele verwaarlozing lijkt te zijn ontstaan door de affectieve tekorten in haar jeugd.

In de perceptie van patiënte staat er niemand voor haar klaar als ze iemand nodig heeft. Om toch zoveel mogelijk waardering en zo min mogelijk kritiek te ontvangen, heeft patiënte de schema's Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid als copingstrategie ontwikkeld. Op de lange termijn heeft dit copingmechanisme ertoe geleid dat patiënte steeds minder haar emoties uitte en steeds minder haar grenzen aangaf, uit angst voor afwijzing. Hierdoor werden de depressogene cognities bevestigd. Zo vertoonde patiënte de volgende opvatting: 'Zie je wel, ik doe er alleen toe als ik iets voor een ander doe.' Patiënte is vanuit haar verleden sensitief voor het gevoel afgewezen te worden (schema Emotionele verwaarlozing), wat ook samenhangt met depressieve gevoelens. Onze hypothese is dat de depressieve symptomen zullen afnemen wanneer ze haar schema's en disfunctionele modi meer kan herkennen en er op een andere (gezondere) manier mee kan omgaan.



FIGUUR 2 Schemamodusmodel

### Behandeling

De patiënte uit de casus werd behandeld aan de hand van de *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (van Vreeswijk & Broersen, 2017).

### *Aanpassingen voor schematherapie bij ouderen*

Het protocol van van Vreeswijk en Broersen (2017) werd aangepast voor de oudere doelgroep, onder andere door meer voorbereidende sessies te plannen voorafgaand aan de start van de schemagroep. Daarin konden de ouderen zich de 'schemataal' meer eigen maken, en hun schema's en modi gaan herkennen. Omdat cognitieve technieken minder effectief zijn op latere leeftijd (Gould et al., 2012), werden enkele cognitieve uitdaagtechnieken weggelaten en werden experiëntiële technieken als imaginatie en rescriptie toegevoegd. Tijdens de imaginatie en rescriptie moet er rekening mee gehouden worden dat ouderen zich beschroomd kunnen voelen om aan te geven wat ze in hun jeugd graag anders hadden gewild. Dit is vaak afkomstig uit leefregels als: 'Daar praten we buitenshuis niet over.' Het recent verschenen *Casusboek schematherapie* (Hornsveld et al., 2021) adviseert daarnaast om bij voorkeur geen diagnostische imaginatie te doen bij ouderen, omdat daarin een negatieve herinnering wordt opgeroepen zonder dat eraan gewerkt wordt.

Daarnaast werden er in het protocol leeftijdsspecifieke thema's voor de oudere doelgroep toegevoegd die schema's en modi kunnen triggeren. Dit zijn thema's als rolverandering, ouder worden, omgaan met verlies en verminderd (fysiek) functioneren. Bij schematherapie voor ouderen moet er verder genoeg aandacht zijn voor het opmaken van de levensbalans en ruimte voor rouw om wat patiënten in hun leven hebben gemist.

Omdat ouderen (verbaal) minder vaardig zijn in het spreken en ervaren van hun emoties dan jongeren (Lenze & Wetherell, 2011), werd PMT toegevoegd als additionele therapievorm naast het verbale gedeelte. Door het principe van 'leren door te doen' komt de theorie tot leven. Hoewel schematherapie nog weinig wordt toegepast bij ouderen, sluit ze juist goed aan bij de oudere doelgroep, omdat schematherapie de klachten plaatst in een levensloopperspectief.

### *Groepsbehandeling*

De groepsbehandeling bestaat uit 18 wekelijkse sessies van elk 3 uur: één uur en drie kwartier verbale groepschematherapie en één uur PMT, met een kwartier pauze daartussen. Afrondend zijn er twee follow-upsessies, respectievelijk 1 en 2 maanden na de laatste wekelijkse sessie. Er is in de groep plaats voor acht deelnemers. Er zijn twee schematherapeuten en één psychomotorische therapeut betrokken bij de groepsbehandeling. De twee schematherapeuten zijn altijd beiden aanwezig bij het verbale gedeelte. Een van de schematherapeuten gaat als cotherapeut mee naar het psychomotorische gedeelte, ten eerste om de veiligheid van de groep te bewaren (*limited re-parenting*), ten tweede om de verbinding te leggen tussen het verbale en het PMT-gedeelte. PMT werd toegevoegd met het doel door ervaringssoe-

feningen een verbinding te leggen tussen gedrag – letterlijk zichtbaar in de PMT-zaal – en de disfunctionele schema's en modi. Door ervaren en oefenen wordt de oudere patiënt steeds vertrouwder met zijn of haar schema's en modi. De naasten van de patiënt zijn nadrukkelijk betrokken bij de intake, de tussentijdse evaluatie en het eindgesprek. Hiervoor wordt gekozen omdat juist bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen levensfaspecifieke veranderingen kunnen leiden tot conflicten binnen families (van de Ven & Videler, 2018). Naasten psycho-educatie geven over het schematherapiemodel kan het effect van de therapie vergroten. De uitvoering van het behandelplan vindt plaats aan de hand van het groepsschemaprotocol voor ouderen.

*Fase 1: Uitleg schema's en modi, ernstscores en cognitieve technieken (sessie 1-5)*

.....

Het doel van de eerste fase is dat patiënte meer inzicht krijgt in wanneer haar schema's en modi actief zijn. In de PMT worden de schema's symbolisch weergegeven door materialen. Daarnaast worden ervaringsgericht de emoties, schema's en modi onderzocht. Er wordt een veilige plek gecreëerd. Het introduceren van de functionele modi Gezonde volwassene en Blij kind staan in deze fase centraal. Er wordt ook voorzichtig gekeken naar de modus Kwetsbaar kind. Verder worden de emotionele kernbehoeften onderzocht.

Uit de ernstscores komt naar voren dat patiënte bij zichzelf het schema Afhankelijkheid al snel beter kan herkennen. Het schemadagboek (G-schema, aangevuld met schema's, modi en schemacoping) vindt patiënte best lastig om thuis in haar eentje in te vullen. Patiënte heeft veel baat bij de visuele uitdaagtechniek door middel van het taartdiagram. Ze merkt dat ze zich hierdoor minder verantwoordelijk voor bepaalde gebeurtenissen hoeft te voelen. Een helpende geloofwaardige cognitie formuleren vindt ze moeilijk. Ze vraagt veel om steun van de groep en de therapeuten. Als deze gegeven wordt, ziet ze dit als kritiek en voelt het voor haar alsof ze dom en mislukt is. Met patiënte is onderzocht welk schema hier geactiveerd werd, namelijk Mislukking. Dit is een schema dat niet was meegenomen als aandachtspunt (niet een van de drie hoogst scorende schema's op de vragenlijst). Patiënte herkent dit schema wel bij zichzelf en ook dat ze dat schema gebruikt als overcompensatie voor het schema Emotionele verwaarlozing en Zelfopoffering. Dat vertaalde zich in de houding: 'Als ik het niet perfect doe, word ik afgewezen.' Door hierop in te gaan, krijgt patiënte meer inzicht in wat er gebeurt en kan ze vervolgens de oefening beter zelfstandig oppakken.

*Fase 2: Experimentiële technieken (sessie 6-10)*

.....

Patiënte komt binnen in de achtste sessie en gaat met een bedrukt gezicht zitten. Als de groepsleden vragen wat er is, geeft ze aan dat een herinnering waar ze nauwelijks meer aan dacht opeens vaak opkomt. Patiënte was vóór de therapiesessie bij haar dochter, die haar wilde spreken. Patiënte vroeg

aan haar dochter waar ze haar over wilde spreken, maar die wilde niets zeggen en richtte zich op haar kinderen. Patiënte voelde zich toen plotseling heel verdrietig worden en is vroeg naar de schematherapie gegaan (schema Emotionele verwaarlozing).

Om meer grip te krijgen en om erkenning te geven, doet patiënte een imaginatieoefening met rescriptie, waarin ze zich vanuit haar huidige gevoel verplaatst naar een oude situatie waarin ze datzelfde gevoel had. Ze komt terug bij een beeld waarin ze als kind van 9 jaar op de boerderij de hele dag hard had gewerkt. Om haar moeder te helpen, had ze toen ook de keuken uit zichzelf schoongemaakt. Toen moeder binnenkwam, zei ze niets over de keuken, maar vroeg waarom ze nog niet begonnen was met aardappels schillen.

In de oefening stapt een therapeut als Gezonde volwassene in het beeld, stelt onder andere op een veilige manier grenzen en vraagt wat ze nodig heeft. Verder geeft de therapeut aan 'jonge' patiënte aan dat ze niet verantwoordelijk is voor het huishouden, want ze is nog maar 9 jaar oud, heeft heel hard gewerkt en dat heel erg goed gedaan. Er wordt stilgestaan bij hoe ze zich als 'kind' voelt, nu de Gezonde volwassene dit zo zegt. De oefening wordt afgerond. Naast erkenning krijgen voor de pijnlijke gebeurtenissen van vroeger, is het in de ervaring van patiënte ook belangrijk dat zij alsnog gezien wordt in de emotionele basisbehoeften die zij als kind had. De emotionele basisbehoeften die passen bij haar schema Emotionele verwaarlozing zijn dat zij als kind gezien en gehoord wordt en liefde getoond krijgt. De therapeut let er in de rescriptie op aan te sluiten bij deze basisbehoefte.

#### *Tussentijdse evaluatie (individuele sessie)*

Patiënte geeft tijdens de tussentijdse evaluatie aan dat de groepsleden patronen hebben teruggegeven die voor haar onbekend waren. Door de ernstscores en de verschillende uitdaagtechnieken geeft ze aan deze patronen steeds beter te kunnen doorbreken. Patiënte wil in de komende fase meer aandacht besteden aan het schema Zelfopoffering, dat nog erg op de voorgrond staat. Ze wil leren ervaren dat ze zich niet altijd weg hoeft te cijferen om aardig gevonden te worden.

#### *Fase 3: Gedragsverandering en terugvalpreventie (sessie 11-15)*

In de derde fase staan de modi op de voorgrond en hoe deze het contact bepalen. Daarbij worden steeds de emotionele kernbehoeften centraal gezet. Er wordt geoefend met rollenspelen en een start gemaakt met het invullen van haar persoonlijke terugvalpreventieplan.

In rollenspelen heeft patiënte geoefend met nee zeggen en met verzoeken weigeren zonder daarvoor uitgebreid haar excuses aan te bieden. Tijdens deze sessies is een terugvalpreventieplan gemaakt. Aan het einde hiervan zegt ze zich in jaren niet meer zo goed gevoeld te hebben. Het lukt patiënte steeds

beter om negatieve gedachten uit te dagen met het schemadagboek en ze vertrouwt daarin ook meer op zichzelf (het schema Afhankelijkheid/onbekwaamheid is minder actief). Ze merkt verder op dat haar relaties met haar dochter en een vriendin zijn verbeterd. Haar dochter geeft aan dat ze trots op haar is en blij is te zien dat ze meer alleen durft te doen. Patiënte ziet op tegen het einde van de groepstherapie. Ze voelt zich veilig en gesteund door de groep.

#### *Fase 4: Afronden therapie (sessie 16-18)*

.....

In de vierde fase ligt de nadruk op het terugkijken en verwerken van wat patiënte geleerd heeft. Er wordt gekeken naar relaties in het nu en naar wensen voor de toekomst. Het terugvalpreventieplan wordt afgerond om oude patronen sneller te herkennen en waar mogelijk te voorkomen. In de laatste twee PMT-sessies wordt teruggekeken naar hoe het geweest is om samen met deze groepsleden in een groep te zitten.

Patiënte gaf aan bij een afscheid nooit aandacht te vragen voor zichzelf. In de PMT wordt er tijd gemaakt om afscheid te nemen van patiënte. Patiënte gaat even naar de gang en de rest van de patiënten verdeelt zich in twee groepen, terwijl de drie therapeuten de laatste groep vormen. Per groep wordt stilgestaan bij het persoonlijke proces van patiënte. De bevindingen worden met behulp van materialen tot een symbolisch beeld gemaakt. Er liggen drie beelden in de zaal voor patiënte die kracht en zelfstandigheid uitstralen. Patiënte geeft aan dat het haar raakt dat haar groepsleden haar zo hebben gezien en haar zo positief hebben zien veranderen. Ze is zichtbaar geraakt door de beelden.

#### *Fase 5: Follow-upgesprekken (sessies 19 en 20)*

.....

Tijdens de eerste follow-upsessie geeft patiënte aan dat ze een slechte maand achter de rug heeft. Nadat haar man met COVID-19 op de intensive care terecht kwam, werd haar schema Afhankelijkheid/onbekwaamheid steeds actiever. Daarnaast was er een toename van depressieve klachten. Patiënte geeft aan dat ze dit na een week herkende en daardoor niet helemaal is teruggevallen. De therapeuten geven aan dat een kleine tijdelijke terugval vaker voorkomt na het afronden van een therapie. De therapeuten geven haar een compliment dat ze ondanks deze grote stressor de draad na een week al zo goed heeft kunnen oppakken. De man van patiënte is overigens na drie weken in relatief goede gezondheid ontslagen uit het ziekenhuis. In het laatste follow-upcontact geeft patiënte aan dat ze nog niet helemaal is hersteld van de depressieve klachten, maar dat het wel een stuk beter gaat en dat ze de toekomst rooskleuriger voor zich ziet. Ze vertrouwt erop sneller een terugval te boven te komen, in vergelijking met de terugvallen vóór de behandeling. Patiënte geeft aan tevreden te zijn over het resultaat van de therapie en geeft aan het afsluiten van de behandeling met vertrouwen tegemoet te zien.

*Meetinstrumenten*

De schematherapievragenlijst laat over de metingen een dalende lijn zien (zie tabel 1), met uitzondering van de schema's Sociaal isolement/vervreemding en Verlating/instabiliteit. De schema's Zich rechten toe-eigenen en Wantrouwen/misbruik zijn onveranderd bij de eindmeting.

Ook de schemamodi laten een verbetering zien (zie tabel 2). Patiënte reageert meer vanuit de modi Gezonde volwassene en Blij kind, en minder vanuit de disfunctionele modi, met uitzondering van Onthechte beschermer en Veeleisende ouder.

TABEL 1 Resultaten schemavragenlijst van de patiënte uit de casus

Schema's	Frequentie* bij de eerste meting	Frequentie* bij de tweede meting	Frequentie* bij de derde meting
Emotionele verwaarlozing	75%	80%	50%
Zelfopoffering	66%	53%	42%
Afhankelijkheid/onbekwaamheid	52%	44%	32%
Verlating/instabiliteit	31%	25%	36%
Sociaal isolement/vervreemding	44%	41%	48%
Emotionele geremdheid	32%	22%	25%
Mislukken	25%	40%	22%
Verstrengeling/kluwen	31%	15%	28%
Onderwerping	40%	54%	35%
Meedogenloze normen/overmatig kritisch	22%	35%	20%
Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	15%	15%	10%
Minderwaardigheid/schaamte	24%	28%	20%
Wantrouwen/misbruik	31%	25%	31%
Sociale ongewenstheid	50%	52%	35%
Zich rechten toe-eigenen	11%	14%	11%
Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline	19%	25%	18%

\* De frequentie is het percentage per schema dat alle scores (1-6) van het schema meeneemt.

TABEL 2 Resultaten schemamodivragenlijst van de patiënte uit de casus

Modus	Frequentie* bij de eerste meting	Frequentie* bij de tweede meting	Frequentie* bij de derde meting
Willoze inschikkelijke	53%	49%	35%
Veeleisende ouder	44%	50%	32%
Onthechte zelfsusser	39%	28%	21%
Gezonde volwassene	40%	52%	65%
Blij kind	30%	44%	50%

\* De frequentie is het percentage per schema dat alle scores (1-6) van het schema meeneemt.

De SCL-90 (zie tabel 3) laat op alle subschalen een afname van klachten zien in vergelijking met de eerste meting.

TABEL 3 SCL-90 resultaten van de patiënte uit de casus

	Score eerste meting		Score tweede meting		Score derde meting	
ANG	25	Benedengemiddeld	18	Laag	16	Laag
AGO	15	Gemiddeld	10	Benedengemiddeld	9	Laag
DEP	59	Hoog	52	Bovengemiddeld	32	Benedengemiddeld
SOM	26	Gemiddeld	18	Laag	16	Zeer laag
IN	23	Gemiddeld	17	Benedengemiddeld	14	Laag
SEN	40	Gemiddeld	32	Benedengemiddeld	28	Laag
HOS	12	Bovengemiddeld	8	Benedengemiddeld	8	Benedengemiddeld
SLA	8	Gemiddeld	7	Gemiddeld	5	Laag
PSSY-NEUR	242	Bovengemiddeld	228	Gemiddeld	191	Benedengemiddeld

*Noot.* AGO = Agorafobie; ANG = Angst; DEP = Depressie; HOS = Hostiliteit; IN = Insufficiëntie van denken en handelen; PSYNEUR = Psychoneuroticisme; SEN = Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit; SLA = Slapeloosheid; SOM = Somatische klachten.

*Evaluatie door patiënt*

Patiënte geeft in het eindgesprek aan tevreden te zijn over haar verbeterde stemming en de groepsbehandeling. De depressieve klachten zijn duidelijk verminderd. De klachten zijn niet geheel in remissie, maar ze merkt dat ze meer onderneemt en dat anderen haar complimenten geven, zoals haar dochter. Haar man gaat nu één dag in de week naar de dagbehandeling, zodat zij naast de mantelzorgtaken wat meer voor zichzelf kan ondernemen.

*Evaluatie door de therapeut*

Patiënte komt aan het einde van de behandeling meer voor zichzelf op. Ze heeft aangegeven dat ze de zorg voor haar man zwaar vindt, waarna één dag in de week dagbehandeling voor hem werd opgestart. Ze vond dit in het begin erg moeilijk en had het gevoel te falen, maar kan inmiddels een beetje genieten van de middagen, zich opladen en iets voor zichzelf doen. Aan het eind van de behandeling durfde patiënte zich meer te uiten in de groep en zich kwetsbaarder op te stellen.

## KWALITATIEF ONDERZOEK

Deze schemagroepsbehandeling is onderdeel van meerdere promotietrajecten, waaronder een kwalitatief onderzoek naar PMT bij ouderen waarin middels kwalitatieve interviews en focusgroepen gekeken wordt naar de beleving van patiënt en therapeut over de behandeling. In een interview met patiënte kwam de volgende kenmerkende uitspraak naar voren: 'Had ik deze inzichten en handvatten maar vele jaren eerder gehad.' Patiënte benoemde herhaaldelijk de meerwaarde van de PMT: 'Door in de zaal met opdrachten automatisch in mijn valkuilen te belanden, kreeg ik inzicht in hoe dit bij mij werkt en de kans het eens op een andere manier te proberen.' Ook de therapeuten benoemden de meerwaarde van de PMT voor patiënte. Zij merkten geregeld een worsteling van patiënte op tijdens het verbale gedeelte: zij kon bijvoorbeeld niet zo goed duidelijk maken in welke modus ze zat. Door de PMT werd voor patiënte, groepsleden en therapeuten zichtbaar hoe het modusgedrag er bij patiënte uitzag, waardoor ze beter konden aansluiten bij haar.

## DISCUSSIE

Vanuit therapeutisch nihilisme werd lange tijd gedacht dat behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen niet goed mogelijk was. Het eerste empirische onderzoek naar psychologische behandeling voor persoonlijk-



heidsstoornissen bij ouderen dateert uit 2007 (Lynch et al., 2007). Hoewel schematherapie goed werkzaam lijkt te zijn bij ouderen, zijn in de meeste effectiviteitsonderzoeken ouderen niet geïncludeerd of laagfrequent aanwezig. De casus uit dit artikel illustreert hoe een op ouderen gerichte (kortdurende) groepsschematherapie mogelijk van meerwaarde kan zijn. Omdat (oudere) ouderen vaak minder bekend zijn met therapie, en met het spreken over emoties en gedachten, is het aan te raden om tijdens de startfase van therapie voor ouderen meer tijd te besteden aan psycho-educatie over emoties en oefening in het spreken daarover.

In het begin van de gepresenteerde casus is de hypothese geformuleerd dat de klachten van de betreffende patiënte voor een belangrijk deel ontstaan en/of toenemen indien er sprake is van de activering van de schema's Emotionele verwaarlozing, Zelfopoffering en Afhankelijkheid/onbekwaamheid. De behandeling heeft zich gericht op het verminderen van die schema's en lijkt hierin voor een groot gedeelte geslaagd te zijn, gezien de afname op disfunctionele schema's en modi, en de toename op de modi Gezonde volwassene en Blij kind. Verder rapporteert patiënte minder klachten op de symptoomvragenlijst dan aan het begin van de behandeling.

Ondanks deze positieve resultaten zijn enkele kritische aandachtspunten eveneens op hun plaats. Het feit dat het een casestudie betreft ( $n = 1$ ), maakt dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn. Het lijkt erop dat activering van de schema's Emotionele verwaarlozing en Afhankelijkheid/onbekwaamheid voor patiënte het belangrijkste risico zijn op terugval. De vraag is of deze behandeling patiënte voldoende handvatten heeft gegeven om op lange termijn anders met deze schema's om te gaan. Patiënte heeft een mooie ontwikkeling kunnen doormaken, echter wel met de holding van een groep en therapeuten bij wie ze voor haar gevoel veilig kon oefenen.

Vanwege de beperkte belastbaarheid van haar echtgenoot, hadden we de kinderen of vriendin nog nadrukkelijker kunnen uitnodigen bij de gesprekken. Dit om de therapie ook in het dagelijks leven van patiënte beter te bestendigen.

Als laatste connotatie van deze casusbeschrijving merken we op dat de tevredenheid van patiënte en therapeut uitsluitend in kaart is gebracht op een kwalitatieve manier, namelijk door middel van kwalitatieve interviews. Voor eventueel vervolgonderzoek is aan te raden dit ook middels patiënttevredenheidslijsten te meten, om zo de resultaten te kunnen repliceren. Het kwalitatieve onderzoek bracht echter pakkende uitspraken naar voren, die de kern van de schematherapie ook op oudere leeftijd omvatten: 'Dat ik op mijn leeftijd toch nog nieuwe dingen kan leren, dat had ik nooit gedacht.'

#### CONCLUSIE

.....

Schematherapie blijkt een waardevolle behandeling te zijn voor ouderen met persoonlijkheidsproblematiek of met chronische affectieve stoornis-

sen. Helaas is de wetenschappelijke onderbouwing hiervan nog beperkt, omdat in de meeste effectiviteitsonderzoeken ouderen niet zijn meegenomen.

Gegeven het contrast tussen de praktijk (waar de oudere patiënt nog dikwijls uitsluitend farmacologische interventies en begeleiding krijgt) en de groeiende behoefte bij ouderen aan psychologische interventies, bevelen wij aan om ook de oudere patiënt, mits geïndiceerd, te behandelen met schematherapie.

**Silvia van Dijk** is klinisch psycholoog, psychotherapeut (supervisor VGcT, schematherapeut) en promovenda, werkzaam bij het UMCG, afdeling Ouderenpsychiatrie.

**Martine Veenstra** is als gz-psycholoog in opleiding werkzaam bij het UMCG en als promovenda bij de multicenter RCT groepsschematherapie verrijkt met PMT voor ouderen.

*Correspondentieadres:* Silvia van Dijk, UMCG, afdeling Ouderenpsychiatrie, Hanzeplein 1, 9700 RB Groningen. E-mail: s.d.m.van.dijk@umcg.nl.

#### **Summary** *Schema therapy for older adults*

Schema therapy offers an integrated therapy model consisting of cognitive therapy combined with experiential techniques and elements from the psychodynamic, gestalt and attachment theory. Schema therapy has initially been developed for the borderline personality disorder to improve disappointing long-term results of cognitive behavioral therapy. Established effectiveness in a randomized controlled trial conducted on borderline personality disorders resulted in an increase in research as well as in clinical practice. Due to its popularity, schema therapy has now been implemented for the treatment of a variety of personality disorders and chronic psychiatric disorders. The first schema therapy studies conducted in older adults are promising.

In this article, we give an overview of the current state of schema therapy in older adults and shine a light on adaptations for conducting schema therapy in an older population. This article presents a case study of a 76-year old woman who suffers from a recurrent depressive disorder and a comorbid personality disorder who was treated in a schema group therapy for older adults.

**Keywords** *schema therapy, older adults, personality disorder, psychotherapy, research*

#### **Literatuur**

American Psychiatric Association Practice Guidelines. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. American Psychiatric Association.

*American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.

Arntz, A., & Bögels, S. (2000). *Schema-gerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Bohn Stafleu van Loghum.

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90: Symptom Checklist*. Swets Test Publishers.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 305-322.
- Cooper, C., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Stewart, R., Farrell, M., King, M., Jenkins, R., & Livingston, G. (2010). The treatment of common mental disorders across age groups: Results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *127*, 96-101.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 317-328.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-I)*. American Psychiatric Press.
- GGZ Standaarden. (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen*. [www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project\\_6bde951a-37d4-4ec0-b271-ce2a1c8f7f46\\_persoonlijkheidstoornissen\\_\\_authorized-at\\_20-11-2017.pdf](http://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_6bde951a-37d4-4ec0-b271-ce2a1c8f7f46_persoonlijkheidstoornissen__authorized-at_20-11-2017.pdf)
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 649-658.
- Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, *60*, 218-229.
- Grenyer, B. F. S., Jenner, B. A., Jarman, H. L., Carter, P., Bailey, R. C., & Lewis, K. L. (2015). *Treatment guidelines for personality disorders*. University of Wollongong.
- Hawkins, N. G., Sanson-Fisher, R. W., Shakeshaft, A., D'Este, C., & Green, L. W. (2007). The multiple baseline design for evaluating population-based research. *American Journal of Preventive Medicine*, *33*, 162-168.
- Hetlevik, Ø., Garre-Fivelsdal, G., Bjorvatn, B., Hjørleifsson, S., & Ruths, S. (2019). Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: An observational study in general practice. *Family Practice*, *36*, 771-777.
- Hornsveld, H., Bögels, H., & Grandia, H. (2021). *Casusboek schematherapie: 21 voorbeelden uit de praktijk*. Springer Nature.
- Hutsebaut, J., Videler, A. C., Schoutrop, M. J. A., van Amelsvoort, T. A. M. J., & van Alphen, S. P. J. (2017). Persoonlijkheidsstoornissen: Levensloopbenadering zinvol. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *59*, 52-55.
- Khasho, D. A., van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*, *14*, 100330.
- Lapp, M., Quaderi, A., & Corveleyn, X. (2019). Schema therapy in depression of elderly in homecare: Three AB single case experimental design in multiple baseline. *Pratiques Psychologiques*, *25*, 183-204.

- Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2011). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *13*, 381.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Arntz, A., Spinhoven, P., & 't Hoen, T. (2005). *Dutch translation of the Young Atkinson Mode Inventory (YAMI)*. Maastricht University.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 131-143.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, G. N., & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *45*, 319-329.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A systematic review of the evidence base for schema therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *41*, 185-202.
- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and Aging*, *27*, 1182.
- Pauwels, E., Claes, L., Dierckx, E., Debast, I., van Alphen, S. P. J., Rossi, G., Schotte, C., Santens, E., & Peuskens, H. (2014). Age neutrality of the Young Schema Questionnaire in patients with a substance use disorder. *International Psychogeriatrics*, *26*, 1317-1326.
- Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2019). Young Schema Questionnaire – Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging & Mental Health*, *23*, 140-147.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *51*, 66-73.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H., & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*, 129-144.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2015). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, *5*, 1592.
- Taylor, C. D. J., & Arntz, A. (2016). Schema therapy. In A. M. Wood & J. Johnson (Eds.), *The Wiley handbook of positive clinical psychology* (pp. 461-476). Wiley Blackwell.
- Trompenaars, F. J., Masthoff, E. D., van Heck, G. L., Hodiament, P. P., & de Vries, J. (2005). Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Quality of Life Research*, *14*, 151-160.
- van Alphen, S. P. J. (2019). *Een persoonlijke kwestie: Inaugurale rede leerstoel beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog*. Tilburg University.
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D. M., Videler, A. C., Rossi, G., Dierckx, E., Bouckaert, F., & Oude Voshaar, R. C. (2015). Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 538.
- van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Kremers, I. P., Nadort, M., & Sevens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transfer-

- ence-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- van de Ven, L., & Videler, A. (2018). Systeemtherapie. In S. P. J. van Alphen, A. C. Videler, F. Bouckaert, & R. C. Oude Voshaar (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 149-158). De Tijdstroom.
- van Dijk, S. D. M., Veenstra, M. S., Bouman, R., Peekel, J., Veenstra, D. H., van Dalen, P. J., van Asselt, A. D. I., Boshuisen, M. L., van Alphen, S. P. J., van den Brink, R. H. S., & Oude Voshaar, R. C. (2019). Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: A randomized trial. *BMC Psychiatry*, 19, 26.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2013). *Handleiding kortdurende schemagroepstherapie: Cognitief gedrags-therapeutische technieken*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- van Vreeswijk, M. F., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. H., & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 29-38.
- Videler, A. C., Ouwens, M. A., van Dijk, S. D. M., & van Alphen, S. P. J. (2020). Psychological treatment of personality disorders in older adults: A review. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 51. <https://doi.org/10.36613/tgg.1875-6832/2020.02.05>
- Videler, A. C., Rossi, G., Schoevaars, M., van der Feltz-Cornelis, C. M., & van Alphen, S. P. J. (2014). Effects of schema group therapy in older outpatients: A proof of concept study. *International Psychogeriatrics*, 26, 1709-1717.
- Videler, A. C., & van Alphen, S. P. J. (2018). Indicatiestelling. In S. P. J. van Alphen, A. C. Videler, F. Bouckaert, & R. C. Oude Voshaar (Eds.), *Handboek persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen* (pp. 67-80). De Tijdstroom.
- Videler, A. C., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple-baseline study. *Aging & Mental Health*, 22, 738-747.
- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: Clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48, 481-491.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. Guilford.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.