

Theoretische beschouwing

- 2.1 Schematherapie voor persoonlijkheidsproblematiek – 6
- 2.2 Overeenkomsten en verschillen tussen schematherapie en cognitieve gedragstherapie voor As II – 8

2.1 Schematherapie voor persoonlijkheidsproblematiek

Voor een uitgebreide beschrijving van de theorie achter schematherapie en de bijbehorende interventies wordt verwezen naar het handboek van Young et al. (2003), het handboek van Van Vreeswijk et al. (2008, 2012), Van Genderen en Arntz (2010), Arntz en Jacob (2012). Hier worden in het kort de belangrijkste elementen van schematherapie beschreven.

Schematherapie is integratieve psychotherapie die ontwikkeld is op basis van theorieën uit de cognitieve gedragstherapie, de hechtingstheorie, de objectrelatietheorie en experiëntiële therapievormen. Schematherapie is ontworpen voor patiënten met diverse, al lange tijd bestaande emotionele problemen, waarbij ervan uit wordt gegaan dat de ontwikkeling hiervan in de kindertijd en adolescentie heeft plaatsgevonden. Langdurige emotionele problemen ontstaan omdat tijdens het ontwikkelingsproces niet voldaan is aan de belangrijkste basisbehoeften van ieder kind. Basisbehoeften die Young (2003) noemt zijn:

1. gevoel van veiligheid;
2. voorspelbaarheid;
3. liefde, verzorging en aandacht;
4. acceptatie en waardering;
5. empathie;
6. begeleiding en bescherming;
7. validatie van emoties en behoeften.

In tab. B.1 (zie bijlage 1: Patiëntenfolder) (Lockwood en Perris 2012) worden de emotionele kernbehoeften weergegeven. In deze tabel wordt bij elk schema een specifieke emotionele kernbehoefte weergegeven waarbij ook aandacht is voor hoe deze behoefte gerelateerd is aan de ander. Hiermee wordt nog scherper duidelijk welke behoefte in de kindertijd onvervuld zijn gebleven.

Wordt aan deze basisbehoeften niet voldaan, dan ontstaan al vroeg maladaptieve schema's. Een schema wordt gedefinieerd als een breed en hardnekkig thema of patroon dat opgebouwd is uit herinneringen, lichamelijke gewaarwordingen, emoties en gedachten ten aanzien van zichzelf en de relatie met anderen. Het ontstaan van de schema's is mede gebaseerd op het temperament van het kind, negatieve levensgebeurtenissen en culturele invloeden.

Voorbeeld schemagroep			
'Het groepsproces vond ik heel belangrijk. De herkenning bij anderen. Horen dat anderen van vergelijkbare dingen last hebben. Dat verzachtte ook veel. Ik kan nu milder naar mezelf kijken. Ik kan nu ook milder naar anderen kijken. Ik ben minder streng geworden voor mezelf en anderen. Ik heb geleerd mezelf te accepteren en te waarderen. Ik heb nu geleerd dat andere mensen mij kunnen waarderen zoals ik ben.'			

Voorbeeld individuele schematherapie		
--------------------------------------	--	--

‘Bij aanvang van de schematherapie liet de schematherapeut mij weten dat ik vanuit het schema Gebrek aan Zelfcontrole en schema Afhankelijkheid/incompetentie mogelijk therapieafspraken kan afzeggen. Deze schema's kunnen ervoor zorgen dat ik geen nieuwe stappen maak in het leven. Ik voelde mij hierdoor wel uitgedaagd. Ik heb de afspraak gemaakt mijn schematherapeut te bellen wanneer de schema's ervoor zorgden dat ik niet op afspraak zou komen. Ik heb het idee dat ik in een individuele schematherapie minder goed kan vermijden. Elke sessie moet ik iets inbrengen en de schematherapeut helpt mij om niet te veel mijn emoties te vermijden en nieuwe stappen in mijn leven te zetten.’

Schema's zijn in belangrijke mate destructief bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek, en daarmee onderscheiden deze mensen zich van goed functionerende mensen, die weliswaar ook schema's hebben, maar daar geen last van hebben omdat de schema's minder sterk aanwezig zijn. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek reageren in het dagelijks leven vaak op basis van schematriggering.

Van Vreeswijk et al. (2008, 2012) beschrijven negentien schema's (zie bijlage 1: Patiëntenfolder). Deze schema's danken hun voortbestaan aan drie algemene schemacopingstijlen die de patiënt geleerd heeft te hanteren: schema-overgave, schemavermijding en schema-overcompensatie. Schema-overgave uit zich in 'bevroezingsgedrag' van de patiënt, die niet meer in staat is om adequaat te handelen en problemen op hun beloop laat. Een veelgehoorde reactie van de patiënt die de schema-overgave copingstijl hanteert is: 'Zie je wel dat dat het zo gebeurt. Ik wist het wel'. De copingstijl schemavermijding uit zich in vluchtgedrag als langdurig televisie kijken, langdurig achter de computer zitten en in het algemeen zich met andere dingen bezighouden die voor afleiding zorgen. Schema-overcompensatie uit zich in vechtdrag. Zo kan een patiënt die deze copingstijl hanteert als compensatie van zijn schema Onderwerping zich plotseling heel dominant gaan opstellen, terwijl hij zich eigenlijk heel klein voelt en bang is voor een confrontatie met de ander.

De 'triggering' van een schema en de manier waarop de patiënt op grond van schemacoping reageert, leidt tot een gemoedstoestand die door Young (2003); Lobbestael et al. (2007) 'modus' wordt genoemd. Een modus is de voornaamste toestand van lichamelijke gewaarwordingen, emoties, herinneringen en cognities waarin een patiënt verkeert nadat een of meer schema's zijn getriggerd. Er wordt verondersteld dat er minimaal veertien modi zijn (Vreeswijk van et al. 2008, 2012; zie voor een beschrijving bijlage 1: Patiëntenfolder).

Het doel van schematherapie is patiënten helpen bij het op een adequate manier voldoen aan hun basisbehoeften/emotionele kernbehoeften. Dit gebeurt door het veranderen van maladaptieve schema's, copingstijlen en modi die naar voren komen als een schema getriggerd wordt. De eerste fase van deze therapie richt zich op onderzoek en psycho-educatie. Samen met de patiënt worden centrale levensthema's opgespoord, en schema's worden gekoppeld aan (zich herhalende) problemen en de levensgeschiedenis van de patiënt. Patiënten worden in contact gebracht met de emoties die ontstaan wanneer een schema getriggerd wordt. Ook worden disfunctionele copingstijlen en de schemamodi in kaart gebracht. Een en ander wordt uiteindelijk door de therapeut visueel voorgesteld en besproken met de patiënt.

In de tweede fase van de veranderingsfase wordt door middel van empathische confrontatie en realiteitstoetsing gewerkt aan het aanpakken van schema's. Het kan hierbij helpen om de schema's voor te stellen als virussen die al lange tijd in het bloed van de patiënt zitten en de patiënt ziek hebben gemaakt. In de therapie zal de patiënt samen met de individuele schematherapeut of met de groepsleden en groepstherapeuten werken aan een middel waardoor de virussen onschadelijk(er) worden gemaakt. Door deze voorstelling worden schema's meer egodystoon. Het is voor de patiënt vervolgens gemakkelijker om de therapeutische interventies toe te laten, omdat die minder als een agressieve daad tegen de persoon van de patiënt worden ervaren (waar patiënten met persoonlijkheidsproblematiek op grond van hun schema's toch al gevoelig voor zijn), maar tegen iets wat buiten de patiënt staat. Technieken die helpen om de schema's aan te pakken komen uit de cognitieve gedragstherapie (cognitieve herstructurering, het creëren van een geïnternaliseerde 'gezonde stem', gedragsoefeningen om maladaptief gedrag te doorbreken), uit de experiëntiële therapie (oefenen met uiten van boosheid en/of verdriet en pijn) en uit de interpersoonlijk gerichte therapieën (aandacht besteden aan relaties met anderen, bijvoorbeeld in het geval van schemagroepstherapie aandacht geven aan de groepsrelatie en therapeutische groepswerkrelatie).

2.2 **Overeenkomsten en verschillen tussen schematherapie en cognitieve gedragstherapie voor As II**

Young en anderen beschrijven in hun therapeutenhandleiding (2003) overeenkomsten en verschillen tussen schematherapie en verschillende andere therapievormen. Hier wordt uitsluitend een beperkte beschrijving gegeven van de overeenkomsten en verschillen tussen cognitieve gedragstherapie van persoonlijkheidsproblematiek en schematherapie, en eventuele accentverschillen in de protocollen SCGT en SEPT.

Zowel in de schematherapie als in de cognitieve gedragstherapie (CGT) voor persoonlijkheidsproblematiek wordt belang gehecht aan een hoge mate van samenwerking tussen therapeut en patiënt (Young et al. 2003). De therapeut wordt geacht een actieve rol te vervullen en sturing te geven aan de therapiesessies en aan het verloop van de behandeling. In beide behandelvormen worden patiënten aangemoedigd om hun kerngedachten uit te dagen en meer in lijn te brengen met de realiteit of feitelijk aangetroffen bewijzen uit het leven van de patiënt. Huiswerk en zelfhulpopdrachten spelen een belangrijke rol, en in beide therapievormen wordt geoefend met praktische strategieën om op een adequate manier in het dagelijks leven te functioneren.

Een belangrijk theoretisch verschil tussen schematherapie en cognitieve gedragstherapie is gelegen in de operationalisering van het concept 'modus'. Beck et al. (2004) lijken modi op te vatten als in de evolutie ontwikkelde overlevingsmechanismen. Young daarentegen gebruikt het concept modi om onderscheid te maken tussen schema's als *traits* (trekken) en copingmechanismen versus schema's en copingmechanismen als *states* (toestanden; Young et al. 2003).

Een ander belangrijk verschil tussen de schematherapie en de cognitieve gedragstherapie is de nadruk op de basisbehoeften in de ontwikkeling van de mens. Young et al. (2003) staan in hun verklaring van de ontwikkeling van schema's en modi bewust stil bij deze basisbehoeften (zie ook Vreeswijk van et al. 2012); Beck et al. (2004) doen dit niet.

Qua interventieniveau verschilt schematherapie van cognitieve gedragstherapie omdat bij schematherapie vanaf het begin gewerkt wordt aan de schema's (de basis van automatische gedachten) in plaats van aan de meer aan de oppervlakte liggende automatische gedachten, waar in de cognitieve gedragstherapie als eerste aan gewerkt wordt (Young et al. 2003). Daarnaast ligt bij schematherapie de nadruk op schema's, copingmechanismen (schemavermijding, schemacompensatie, schemavestiging) en modi, terwijl die in cognitieve gedragstherapie secundair is. De schematherapeut neemt meer vrijheid om te wisselen tussen het kijken naar verleden en heden, de cognitief gedragstherapeutische benadering richt zich meer op de huidige problemen of op symptoomoplossing.

In de behandeling volgens het SCGT-protocol wordt slechts incidenteel stilgestaan bij de ontstaansgeschiedenis van schema's. Bijvoorbeeld bij het geven van psycho-educatie of wanneer er herhalingspatronen door de patiënt zelf, de groepsleden of door de groepstherapeuten benoemd kunnen worden aan de hand van wat bijvoorbeeld in de groep gebeurt. De mate waarin dit gebeurt, past echter meer bij de cognitief gedragstherapeutische behandelmethodes dan bij de schematherapievorm. Overigens valt hierover ook op te merken dat het therapeutisch werken in het hier en nu passend is bij kortdurend werken ongeacht de therapeutische stroming (zie voor een ander voorbeeld IPT-G; Snippe 2009).

Voorbeeld schemagroep

Een patiënt vertelt in de groep dat zijn partner vaak haar eigen gang gaat en hij zich buitengesloten voelt, terwijl hij er wel altijd voor haar is. Op een feestje van zijn partner voelt de patiënt zich opnieuw buitengesloten en zegt dit tegen haar, maar zij trekt zich daar niets van aan. De patiënt vertelt aan de groepsleden dat hij haar de rest van de avond genegeerd heeft. Enkele groepsleden confronteren hun medegroepslid met zijn hoge eisen en bijzondere rechten (schema Meedogenloze normen/overmatig kritisch en schema Zich rechten toe-eigenen). Wanneer de patiënt als reactie hierop wat geringschattend naar de groep kijkt en die sessie niet meer aan de groepsinteracties deelneemt, wordt hij hier de volgende keer op aangesproken door de groep. Gaandeweg herstelt het contact zich.

Een ander verschil tussen schematherapie en cognitieve therapie is het veelvuldig gebruik van experiëntiële technieken zoals imaginatie en schema/modi-dialoog. Deze worden in de cognitieve gedragstherapie in mindere mate toegepast. In de SCGT-protocol is bewust gekozen voor het weglaten van imaginatie en ook de dialoogtechniek blijft beperkt tot dialogen in de vorm van rollenspelen op basis van het hier en nu en toekomstige situaties (bijvoorbeeld op basis van interacties op het werk of met partners). Daarnaast worden er rollenspelen gedaan 'tussen' de schema's en de modus van de Gezonde volwassene. In het SEPT-protocol ligt de focus juist op experiëntiële technieken zoals imaginatie (met rescripting), historisch rollenspel en de meerstoelentechniek.

Het belangrijkste, zeer kenmerkende element van schematherapiegroep is het bevorderen van interacties in de groep, zodat patiënten een corrigerende 'familierelatie' kunnen aangaan en alsnog aan bepaalde basisbehoeften wordt voldaan. De groepstherapeuten worden hierin gezien als 'ouders' die een veilig 'gezinsklimaat' bieden waarin nieuwe ontdekkingen gedaan kunnen worden. In de SCGT-g ligt de focus meer op het hier en nu en het beperkte gebruik van experiëntiële technieken. Waarbij de aanwezigheid in een groepstherapie ook al een 'experiëntiële interventie' kan worden genoemd.

Het beperken tot alleen de CGT-technieken is een bewuste keuze geweest. Het gaat hier om een kortdurend protocol en het toepassen van alle schematherapietechnieken in een protocol van 20 zittingen zou naar de mening van de auteurs te veel van het goede zijn geweest. De auteurs hebben om die reden ervoor gekozen een ander kortdurend schematherapieprotocol voor (groeps)therapie te ontwikkelen, waarbij de focus ligt op de experiëntiële technieken (SEPT).

Voorbeeld schemagroep			
Een patiënt met het schema Minderwaardigheid/schaamte liegt tegen kennissen en vrienden over het werk dat hij doet, omdat het van een veel lager niveau is dan zijn opleidingsniveau. De patiënt denkt dat zijn vrienden hem stom zullen vinden als ze de waarheid horen. In een rollenspel vertelt de patiënt in zijn rol van Gezonde volwassene aan een medegroepslid, die een vriend van hem speelt, dat hij een lagere baan heeft dan waarvoor hij is opgeleid. De steunende en begrijpende reactie van deze gespeelde vriend zijn voor de patiënt aanleiding om zijn vrienden te vertellen wat voor werk hij doet en waarom hij dit nooit heeft durven zeggen.			

Handleiding kortdurende schematherapie
Voor groepstherapie en individuele therapie
van Vreeswijk, M.; Broersen, J.
2017, X, 108 p. With online files/update., Softcover
ISBN: 978-90-368-1546-8