Schemagerichte therapie

Voor Debbie, Sarah en Jacob.

J.E.Y.

Voor mijn mentor, dr. David H. Barlow.

Al deze woorden zijn ontoereikend voor mijn dankbaarheid.

J.S.K.

Voor mijn ouders.

M.E.W.

Schemagerichte therapie

Handboek voor therapeuten

Jeffrey E. Young
Janet S. Klosko
Marjorie E. Weishaar

Vertaling: Peter van der Kaaij

Bohn Stafleu van Loghum
Houten 2005

© 2005 Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag 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 artikel 16b Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

ISBN 90 313 4335 8

NUR 777

Oorspronkelijke titel: Schema therapy. A practitioner's guide. Vertaling in het Nederlands: Peter van der Kaaij, Kerkdriel

Ontwerp omslag: Studio Bassa

Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten

Distributeur in België:
Standaard Uitgeverij
Belgiëlei 147a
2018 Antwerpen

www.bsl.nl

www.standaarduitgeverij.be

Voorwoord

Het is bijna niet te geloven, maar het is al negen jaar geleden dat wij ons laatste grote boek over schemagerichte therapie hebben geschreven. Gedurende dit decennium waarin de belangstelling voor deze therapeutische benadering is opgebloeid, heeft men ons voortdurend gevraagd: 'Wanneer gaan jullie nou eens een uitgebreide handleiding voor behandeling schrijven die helemaal up-to-date is?' Enigszins verlegen moesten we dan toegeven dat we nog niet de tijd hadden gevonden om zo'n groot project aan te pakken.

Maar eindelijk, na drie jaar hard werken, hebben we nu een boek geschreven dat, naar wij hopen, de 'bijbel' voor de praktijk van schemagerichte therapie zal worden. We hebben getracht om in dit boek alle aanvullingen en verbeteringen van de laatste tien jaar op te nemen, zoals ons herziene conceptuele model, uitvoerige behandelprotocollen, praktijkvoorbeelden en therapiefragmenten. Met name hebben we uitgebreide hoofdstukken geschreven waarin de toepassing van schemagerichte therapie zich ook uitstrekt tot de borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis.

De afgelopen tien jaar hebben vele veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg hun effect gehad op schemagerichte therapie. Terwijl hulpverleners uit vele richtingen ontevreden zijn geworden over de beperkingen van traditionele therapieën, is er tegelijkertijd meer belangstelling ontstaan voor psychotherapeutische integratie. Als een van de eerste alles omvattende, integratieve benaderingen heeft de schemagerichte therapie vele klinici en onderzoekers naar zich toe getrokken die 'toestemming' en een leidraad zochten om de grenzen van bestaande modellen te overschrijden.

Een duidelijk teken van deze verhoogde belangstelling voor schemagerichte therapie is het wijd verspreide gebruik van de Young Schema Questionnaire (YSQ) door klinici en onderzoekers over de hele wereld. De YSQ is intussen vertaald naar het Spaans, Grieks, Nederlands,¹ Frans, Japans, Noors, Duits en Fins, om slechts enkele landen te noemen die elementen uit dit model hebben overgenomen. Het uitgebreide onderzoek naar de YSQ levert aanzienlijke ondersteuning voor het schemamodel.

Nog een aanwijzing voor de aantrekkingskracht van schemagerichte therapie is het succes van onze twee eerdere boeken over schemagerichte therapie, zelfs tien jaar nadat ze zijn verschenen: *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-*

¹ De Schema-Vragenlijst. Verkrijgbaar bij het Ambulatorium van de Universiteit Utrecht, tel. 030-2534462.

Focused Approach beleeft intussen zijn derde druk en *Reinventing Your Life*, waarvan meer dan 125.000 exemplaren zijn verkocht, is nog steeds in de meeste grote boekhandels verkrijgbaar en is in verschillende talen vertaald.²

In het afgelopen decennium hebben we ook gezien dat schemagerichte therapie verder is gaan reiken dan persoonlijkheidsstoornissen. Deze benadering wordt nu toegepast op een breed scala van klinische problemen, populaties en stoornissen, waaronder chronische depressie, trauma bij kinderen, delinquenten, eetstoornissen, relatietherapie en voorkoming van recidive bij verslaafden. Vaak wordt schemagerichte therapie gebruikt om, zodra de acute symptomen zijn afgenomen, karakterologische problemen bij patiënten met as-I-stoornissen te behandelen die hen kwetsbaar maken.

Een andere belangrijke ontwikkeling is het combineren van schemagerichte therapie met spiritualiteit. Er zijn al drie boeken gepubliceerd waarin een vermenging plaatsvindt tussen schemagerichte therapie en bewustzijnsmeditatie of een traditionele religieuze praktijk (*Emotional Alchemy* van Tara Bennett-Goleman, *Praying through Our Lifetraps: A Psycho-Spiritual Path to Freedom* van John Cecero en *The Myth of More* van Joseph Novello).

Een teleurstellende ontwikkeling die, naar wij hopen, de komende tien jaar zal ombuigen, is de invloed van zorg- en kostenbeheersing op de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in de Verenigde Staten. Het wordt voor klinici steeds moeilijker om een behandeling door de verzekering vergoed te krijgen, terwijl het ook steeds moeilijker wordt om subsidies van de federale overheid voor onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen te krijgen omdat een as-II-behandeling over het algemeen langer duurt en daardoor niet past in een kortetermijnmodel van beheerste zorg. Het gevolg is dat de Verenigde Staten bij veel andere landen achterop zijn geraakt bij het ondersteunen van onderzoek naar persoonlijkheidsstoornissen.

Het gevolg van deze afnemende subsidies is dat er gebrek is aan goed opgezette uitkomststudies naar persoonlijkheidsstoornissen. (Een opmerkelijke uitzondering is de dialectische-gedragstherapeutische benadering van de borderline persoonlijkheidsstoornis door Marsha Linehan.) Hierdoor is het voor ons bijzonder lastig om financiële middelen te krijgen voor studies die een empirische bevestiging van schemagerichte therapie zouden kunnen leveren.

Vandaar dat wij ons tegenwoordig tot andere landen wenden om dit belangrijke onderzoeksgebied te subsidiëren. We vinden het vooral erg spannend dat een groot uitkomstonderzoek in Nederland onder leiding van Arnoud Arntz nu zijn voltooiing nadert. In dit grootschalige onderzoek op meerdere locaties wordt schemagerichte therapie vergeleken met de benadering van Otto Kernberg bij de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen. Wij zijn erg benieuwd naar de resultaten.

² Beide boeken zijn in het Nederlands vertaald (zie literatuurlijst).

Voor lezers die niet vertrouwd zijn met schemagerichte therapie zullen we een overzicht geven van de, naar onze mening, grote voordelen van schemagerichte therapie boven andere veel toegepaste therapieën. In vergelijking met de meeste andere therapeutische benaderingen is schemagerichte therapie integratiever doordat elementen uit cognitieve, gedragstherapeutische, psychodynamische (met name objectrelaties), hechting- en Gestalt-modellen met elkaar gecombineerd worden. In de schemagerichte therapie zijn cognitieve en gedragscomponenten essentieel voor de behandeling, maar wordt ook evenveel gewicht toegekend aan emotionele verandering, experiëntiële technieken en de therapeutische relatie.

Een ander belangrijk voordeel van het schemamodel is enerzijds zijn spaarzaamheid en ogenschijnlijke eenvoud, die anderzijds gecombineerd worden met diepgang en complexiteit. Het is gemakkelijk te begrijpen voor zowel therapeuten als patiënten. Het schemamodel omvat complexe ideeën, die vaak ondoorzichtig en verwarrend lijken voor patiënten die andere vormen van therapie krijgen, en presenteert die in een eenvoudige, ongecompliceerde vorm. Zodoende doet schemagerichte therapie evenals de cognitieve gedragstherapie (CGT) een beroep op het gezonde verstand, maar combineert dat met de diepgang van psychodynamische en aanverwante benaderingen.

Schemagerichte therapie behoudt twee essentiële kenmerken van CGT: ze is gestructureerd én systematisch. De therapeut volgt een reeks procedures voor diagnostiek en behandeling. De diagnostische fase omvat het afnemen van een aantal vragenlijsten waarmee schema's en coping-stijlen worden gemeten. De behandeling is actief en directief en streeft behalve inzicht ook cognitieve, emotieve, interpersoonlijke en gedragsverandering na. Schemagerichte therapie is ook waardevol voor de behandeling van paren omdat beide partners dan beter hun schema's kunnen begrijpen en daarvan kunnen genezen.

Een verder voordeel van het schemamodel is zijn specificiteit. Het model bakent concrete schema's, coping-stijlen en modi af. Daarnaast staat schemagerichte therapie bekend om de specificiteit van zijn behandelstrategieën, inclusief richtlijnen voor het aanbieden van de juiste vorm van beperkte reparenting voor iedere patiënt. Schemagerichte therapie biedt een al even toegankelijke methode om de therapeutische relatie te begrijpen en gebruiken. Therapeuten bewaken hun eigen schema's, coping-stijlen en modi terwijl zij hun patiënten behandelen.

Ten slotte, en misschien het belangrijkste, menen wij dat de schemabenadering bijzonder begaan en menselijk is in vergelijking met een 'gewone' behandeling. Schemagerichte therapie betekent veeleer normalisering dan pathologisering van psychische stoornissen. Iedereen heeft schema's, coping-stijlen en modi – ze zijn alleen extremer en rigider bij de patiënten die wij behandelen. Het is ook een sympathieke en respectvolle benadering, met name voor de zwaarst getroffen patiënten, die in andere therapieën vaak met een minimum aan medeleven en sterk beschuldigend worden bejegend. Met de begrippen 'empathische confrontatie' en 'beperkte

reparenting' is de therapeut stevig verankerd in een zorgzame houding naar de patiënt. Door modi te gebruiken wordt confronteren gemakkelijker en kan de therapeut op een stevige manier de confrontatie met star, onaangepast gedrag aangaan en tegelijkertijd een alliantie met de patiënt instandhouden.

Afsluitend belichten we enkele nieuwe ontwikkelingen in schemagerichte therapie van de laatste tien jaar. In de eerste plaats is er een herziene, veel uitvoeriger lijst van 18 schema's in vijf domeinen. Ten tweede hebben we nieuwe, gedetailleerde protocollen ontwikkeld voor de behandeling van borderline en narcistische patiënten. Deze protocollen hebben het bereik van schemagerichte therapie vergroot, voornamelijk door toevoeging van het begrip schemamodus. Ten derde ligt de nadruk veel meer op coping-stijlen, met name vermijding en overcompensatie, en op het veranderen van coping-stijlen door patronen te doorbreken. Ons doel is om onaangepaste coping-stijlen te vervangen door een gezondere stijl die de patiënt in staat stelt eigen emotionele basisbehoeften te vervullen.

Naarmate de schemagerichte therapie zich heeft ontwikkeld en is gerijpt, hebben we veel meer de nadruk gelegd op beperkte reparenting bij alle patiënten, maar vooral bij patiënten met ernstige stoornissen. Binnen de juiste grenzen van de therapeutische relatie tracht de therapeut de onvervulde behoeften van de patiënt uit de kindertijd te vervullen. Ten slotte is er meer aandacht voor de eigen schema's en coping-stijlen van de therapeut, met name met betrekking tot de therapeutische relatie.

We hopen dat therapeuten met dit boek een nieuwe manier zullen vinden om patiënten met chronische, langdurige thema's en patronen tegemoet te treden en dat schemagerichte therapie belangrijke voordelen biedt voor het behandelen van die bijzonder moeilijke, behoeftige patiënten voor wie onze behandelingsmethode bedoeld is.

Woord van dank

Van de auteurs gezamenlijk

We willen de mensen bij The Guilford Press bedanken die ons tijdens dit lange, moeilijke project steeds hebben gesteund: Kitty Moore, hoofd bureauredactie, die ons waardevolle redactionele adviezen gaf en het boek mede vorm gaf; Anna Nelson, productieredacteur, die met zoveel toewijding toezicht hield op de totstandkoming van het boek en met wie het zo'n genoegen was om samen te werken; Elaine Kehoe, die het boek zo prachtig heeft geredigeerd; en alle andere medewerkers die met ons hebben samengewerkt.

Speciaal willen we dr. George Lockwood bedanken, die ons zoveel waardevolle ideeën en historische anekdotes over psychoanalytische methoden aan de hand

heeft gedaan en een groot deel van het materiaal in Hoofdstuk 1 over integratieve therapieën heeft geleverd. Het is een genot om met je te werken en we zien uit naar andere, toekomstige samenwerkingsprojecten.

Verder gaat onze dank uit naar de medewerkers van het Schema Therapy Institute in Manhattan, met name Nancy Ribeiro en Sylvia Tamm. Hartelijk dank voor al het werk waarmee jullie onze inspanningen hebben gesteund. Jullie zijn een warme en betrouwbare haven om te schuilen.

Ten slotte danken we onze patiënten, die ons hebben geleerd wat het is om een tragedie om te zetten in hoop en genezing.

Jeffrey E. Young

Er zijn verschillende mensen die ik wil bedanken omdat zij zo'n belangrijke rol hebben gespeeld bij het ontwikkelen van schemagerichte therapie, bij het schrijven van dit boek of bij het geven van steun om mij door dit slopende karwei te helpen.

Mijn goede vrienden, voor hun liefde en zorgzaamheid in al die jaren en voor hun hulp bij het ontwikkelen van deze benadering. Jullie zijn als familie voor mij geweest: Wendy Behary, Pierre Cousineau, Cathy Flanagan, Vivian Francesco, George Lockwood, Marty Sloane, Bob Sternberg, Will Swift, Dick en Diane Wattenmaker en William Zangwill.

Mijn collega's die de schemagerichte therapie op allerlei manieren hebben uitgedragen, zowel in de Verenigde Staten als daarbuiten: Arnoud Arntz, Sam Ball, Jordi Cid, Michael First, Vartouhi Ohanian, Bill Sanderson, Glenn Waller en David Weinberger.

Nancy Ribeiro, mijn Hoofd Administratie, voor haar toegewijde hulp bij elk project, hoewel ze dagelijks mijn nukken het hoofd moest bieden.

Mijn vader, die mij met zijn onvoorwaardelijke liefde het voorbeeld heeft gegeven voor '(re)parenting'.

En mijn mentor Tim Beck, die mijn hele carrière zowel een persoonlijke vriend als een leidsman is geweest.

Janet S. Klosko

Naast bovengenoemden wil ik graag mijn collega's bedanken voor hun steun, met name dr. Jayne Rygh, dr. Ken Appelbaum, dr. David Bricker, dr. William Sanderson en Jenna Smith, CM. Ook wil ik graag mijn familie en vrienden bedanken, speciaal Michael en Molly, omdat zij mij de veilige basis hebben gegeven waarop ik mijn carrière heb gebouwd.

Marjorie E. Weishaar

Ik dank mijn leraren, in het bijzonder Aaron T. Beck, MD, voor hun raad en wijsheid. Ik dank mijn collega's en studenten voor hun enorme hulp en ik dank mijn familie – alle vier generaties – voor hun humor, optimisme, oprechtheid en onwankelbare liefde.

Inhoud

1	Schemagerichte therapie: conceptueel model	1
	De evolutie van cognitieve naar schemagerichte therapie	1
	De ontwikkeling van schemagerichte therapie	5
	Oude onaangepaste schema's	6
	Kenmerken van oude onaangepaste schema's	8
	De oorsprong van schema's	10
	Schemadomeinen en oude onaangepaste schema's	13
	Empirische steun voor oude onaangepaste schema's	25
	De biologie van oude onaangepaste schema's	28
	Schemaprocessen	32
	Onaangepaste coping-stijlen en -reacties	34
	Schemamodi	42
	Schema's: diagnostiek en verandering	47
	Vergelijking tussen schemagerichte therapie en andere modellen	50
	Samenvatting	65
2	Schema's: diagnostiek en voorlichting	67
	Schemagerichte casusconceptualisering	68
	Diagnostiek en voorlichting in detail	74
	Schemavragenlijsten	79
	Diagnostische imaginatie	84
	Het emotionele temperament beoordelen	92
	Overige diagnostische methoden	93
	De patiënt voorlichten over schema's	94
	De afgeronde schemagerichte casusformulering	95
	Samenvatting	95
3	Cognitieve strategieën	97
	Overzicht van cognitieve strategieën	97
	Therapeutische stijl	98
	Cognitieve technieken	100
	De geldigheid van schema's toetsen	100
	Samenvatting	115

4	Experiëntiële strategieën	117
	Imaginatie en dialoog voor diagnostische doeleinden	117
	Experiëntiële strategieën voor verandering	129
	Belemmeringen voor experiëntiële behandeling overwinnen: schemavermijding	149
	Samenvatting	153
5	Gedragspatronen doorbreken	155
	Coping-stijlen	156
	Onaangepaste coping-stijlen in verband met specifieke schema's	158
	Bereidheid om gedragspatronen te doorbreken	161
	Concreet gedrag omschrijven als mogelijk doelwit van verandering	161
	Prioriteiten aanbrengen in gedrag dat voor patroondoorbreking in aanmerking komt	169
	Motivatie voor gedragsverandering opbouwen	170
	Het gezonde gedrag oefenen in imaginatie en rollenspel	172
	Huiswerk afspreken	173
	Het huiswerk bespreken	173
	Gedragspatronen doorbreken: een praktijkvoorbeeld	174
	Hindernissen overwinnen die gedragsverandering belemmeren	179
	Belangrijke veranderingen in je leven aanbrengen	184
	Samenvatting	185
6	De therapeutische relatie	187
	De therapeutische relatie in de fase van diagnostiek en voorlichting	187
	De therapeutische relatie in de veranderingsfase	208
	Samenvatting	217
7	Uitvoerige behandelstrategieën voor schema's	219
	Het domein Onverbondenheid en afwijzing	219
	Het domein Verzwakte autonomie en verzwakt functioneren	238
	Het domein Verzwakte grenzen	251
	Het domein Gerichtheid op anderen	257
	Het domein Overmatige waakzaamheid n inhibitie	271
8	Werken met schemamodi	287
	Wanneer kunnen we een aanpak in termen van modi gebruiken?	287
	Veelvoorkomende schemamodi	288
	Kindmodi	289
	De zeven algemene stappen in het werken met schemamodi	294

Praktijkvoorbeeld	295
Samenvatting	321
9 Schemagerichte therapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis	323
Schemagerichte conceptualisering van de borderline persoonlijkheidsstoornis	323
De behandeling van patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis	339
Conclusie	392
10 Schemagerichte therapie voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis	393
Schemamodi bij patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis	393
De DSM-IV-criteria voor de narcistische persoonlijkheidsstoornis	399
Narcistische persoonlijkheidsstoornis versus zuivere veeleisendheid	400
De oorsprong van narcisme in de kindertijd	401
De patiënt met een narcistische persoonlijkheidsstoornis in intieme relaties	404
De diagnostiek van narcisme	408
Praktijkvoorbeeld	411
De behandeling van narcisme	415
Samenvatting	443
Literatuur	445
Register	451
Over de auteurs	457