

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) 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).

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

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheids- stoornissen

ARNOUD ARNTZ

Samenvatting

Schematherapie (ST) is ontwikkeld vanuit de cognitieve therapie, en integreerde technieken en gezichtspunten van andere scholen in een coherent cognitief model. ST is erg populair geworden als behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen en andere chronische problematiek waarbij een karakterologische component verondersteld wordt. In deze bijdrage worden de belangrijkste verschillen met *mainstream* cognitieve (gedrags)therapie besproken, een overzicht van de belangrijkste onderzoeksresultaten gegeven, en gereflecteerd op de toekomst van ST en welk verder onderzoek nodig is. Ook wordt kritisch gereflecteerd op de toepassing in vormen en doses die niet empirisch getest zijn, en op de soms slechte beschikbaarheid van ST voor patiënten die haar het hardste nodig hebben, zoals mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen.

Trefwoorden: schematherapie, cognitieve therapie, cognitieve gedragstherapie, persoonlijkheidsstoornissen, integratieve therapie

INLEIDING

Schematherapie (ST) werd door Jeffrey Young ontwikkeld vanuit de cognitieve (gedrags)therapie (C(G)T). Young was begin jaren tachtig van de vorige eeuw een medewerker van Beck en ontevreden over de effecten van standaard CT bij cliënten die persoonlijkheidsproblematiek vertoonden. De gebruikelijke aanpak om door middel van cognitieve uitdagingen (dagboeken, socratische dialoog), gedragsactivatie en gedragsexperimenten cliënten te helpen zich uit een depressieve of angstige toestand te bevrijden, was in zijn ogen onvoldoende wanneer er sprake was van chronische problema-

tiek die zijn wortels had in de kindertijd. Daarnaast was hij onder de indruk geraakt van de sterke effecten van experiëntiële technieken, die beter dan cognitieve technieken in staat leken om het 'karakterpantser' dat veel mensen met persoonlijkheidsproblematiek vertonen, te doorbreken. Daarom begon hij technieken uit de gestalttherapie en andere experiëntiële therapieën in CT te integreren, in een poging de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek te verbeteren (Young, 1990). Hij was overigens niet de enige in de kring rond Beck die tot deze bevinding kwam: anderen als David Edwards en David M. Clark begonnen in de jaren tachtig ook experiëntiële technieken te integreren in CT.

Young formuleerde een theorie over persoonlijkheidsproblematiek en de behandeling ervan in CT-termen. De oorspronkelijke naam *schema focused therapy* duidde erop dat de focus van de therapie op het onderliggende niveau van schema's ligt, en niet op de oppervlaktefenomenen, zoals automatische gedachten en redeneerfouten. De naam werd echter niet alleen voor zijn model gebruikt, en daarom werd deze veranderd in *schema therapy*.

Zoals gezegd leunt het conceptuele model sterk op het cognitieve model van psychopathologie zoals dat in de vorige eeuw in zwang kwam. Dat wil zeggen: net als in Becks oorspronkelijke formulering van het CT-model (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), stelt Young dat (persoonlijks)psychopathologie voortkomt uit de activatie van disfunctionele (of: maladaptieve) schema's, die hun wortels hebben in de vroege ontwikkeling van het individu. Young breidde het model echter uit met enkele belangrijke toevoegingen (Young, Klosko, & Weishaar, 2003):

- 1 *Emotionele behoeften*. De basis voor de ontwikkeling van functionele, respectievelijk disfunctionele, schema's ligt in de mate waarin aan emotionele behoeften van het kind is tegemoetgekomen. Is dit in voldoende mate het geval, dan zullen zich functionele schema's ontwikkelen. Is er sprake van grove frustratie van de emotionele behoeften van het kind, dan is er een grote kans dat disfunctionele schema's ontstaan. In het grijze gebied hiertussen speelt het temperament van het kind een belangrijke rol (sommige kinderen hebben meer behoefte aan veiligheid dan anderen, enzovoort).
- 2 *De aard van het schemaconstruct*. Waar Beck aanvankelijk schema's definieerde zoals dat in de (niet-klinische) cognitieve psychologie werd gedaan, gingen hij en zijn medewerkers zich later steeds meer focussen op wat *core beliefs* werden genoemd: kernovertuigingen die centraal zouden staan in de disfunctionele schema's. Terwijl een schema een kennisrepresentatie weerspiegelt die stuurt waar mensen aandacht aan besteden, hoe ze inkomende informatie interpreteren, wat ze verwachten, enzovoort, en niet noodzakelijk (alleen) verbale kennis in zich bergt, werd een core belief steeds meer gezien als een verbale assumptie die in therapie aan

logisch en empirisch onderzoek onderworpen kon worden. Young keert terug naar Becks startpunt door het bredere schemaconstruct centraal te stellen. Dit is mede van belang omdat bij veel vroeg ontstane schema's er bij het kind nog geen of weinig verbale vermogens zijn ontwikkeld, en de activatie van een schema zich veel meer uit in gevoelens dan in aan logische inspectie of empirische toetsing te onderwerpen hypothesen.

- 3 *Early maladaptive schemas versus core beliefs per DSM-stoornis*. Zonder te pretenderen volledig te willen zijn, formuleerde Young vijf emotionele basisbehoeften (Young et al., 2003). Op basis van een theoretische analyse en klinische waarnemingen formuleerde hij de belangrijkste wijzen waarop emotionele behoeften van het kind gefrustreerd kunnen raken, die hij vervolgens in verband bracht met schema's die op basis van deze vroege ervaringen kunnen ontstaan. Zo ontstond de bekende lijst van schemadomeinen met ieder diverse *early maladaptive schemas* (EMS's), waarvan er nu achttien beschreven zijn. De school van Beck daarentegen focuste op pogingen core beliefs te formuleren die specifiek voor diverse persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM zouden zijn. Er blijkt dan ook geen duidelijke relatie te zijn tussen enerzijds EMS's en anderzijds persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM. Men zou kunnen zeggen dat Young een alternatieve taxonomie voor persoonlijkheidsstoornissen heeft ontworpen.
- 4 *Coping*. Om de link tussen oppervlaktefenomenen (wat een cliënt doet, voelt en denkt) en de EMS's te begrijpen, maakte Young gebruik van het idee dat elke cliënt moet zien om te gaan met de (dreigende) activatie van een EMS. Hij groepeerde de verschillende manieren van omgaan met activatie van EMS's analoog aan basale stressresponsen: *fight, flight or freeze*. De *fight-copingstijl* kenmerkt zich door actief verzet tegen activatie van het EMS, vaak door het tegendeel van het EMS ten toon te spreiden. Bij de dreigende activatie van een minderwaardigheidsschema bijvoorbeeld gaat de persoon superioriteit vertonen en anderen kleineren. Dit idee van 'overcompensatie' was mede geïnspireerd door psychoanalytische theorieën (bijvoorbeeld die van Adler) en oorspronkelijk erg omstreden in CGT-kringen, maar lijkt thans algemeen geaccepteerd. De *flight-copingstijl* wordt gekenmerkt door pogingen activatie van een EMS te vermijden en is de meeste gedragstherapeuten bekend, bijvoorbeeld in de vorm van situationele vermijding, cognitieve vermijding en affectieve vermijding. De *freeze-copingstijl* wordt gekenmerkt door het onvermogen enige actie te ondernemen tegen de activatie van het EMS en door onderwerping eraan. De zeer verschillende vormen van coping verklaren waarom de problematiek van cliënten zo anders kan ogen, terwijl hetzelfde EMS eraan ten grondslag kan liggen.
- 5 *Modi*. Hoewel ook Beck al beschreef dat het functioneren van mensen begrepen kan worden in termen van verschillende toestanden, ofwel 'modi', en dit al in de jaren tachtig klinisch toepaste (bijvoorbeeld: Arntz,

2015), werkte Young dit idee verder uit. In Youngs theorie leidt de combinatie van een (dreiging van) activatie van een EMS en een bepaalde copingstijl tot een momentane toestand van voelen, denken en gedragen, die hij 'schemamodus' noemt. Naast de gelijkenis met ideeën van Beck, is de overeenkomst met het meer psychoanalytische concept van *ego state* frappant. Omdat bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen er veel overheersing is van bepaalde modi, en er sprake kan zijn van plotselinge switches in de toestand van de cliënt, is het schemamodus-concept erg belangrijk om ernstige problematiek te begrijpen en om aangrijpingspunten in therapie te vinden.

- 6 *Ervaren als veranderingsmechanisme.* Young voegt aan de gebruikelijke veranderingskanalen van gedrag en (bewuste, verbale) cognitie, het experiëntiële kanaal toe. Deze technieken worden vaak toegepast bij ervaringen die we als kind hebben meegemaakt (bijvoorbeeld wel of niet geliefd geweest te zijn) die hebben bijgedragen aan een schema over onszelf. Het correctief ervaren van geliefd te zijn is voor veel cliënten een belangrijkere bijdrage aan verandering dan het logisch onderzoeken van de houdbaarheid van het idee ongeliefd te zijn.
- 7 *De therapeutische relatie en het begrip limited reparenting.* In C(G)T staat een vorm van samenwerking tussen cliënt en therapeut centraal die door Beck werd omschreven als *collaborative empiricism*. Client en therapeut vormen als het ware een team van onderzoekers die de houdbaarheid van de ideeën kritisch onderzoekt, en ze bij onvoldoende houdbaarheid vervangt door ideeën die beter met de logica en de empirie kloppen. Om minstens twee redenen meende Young dat een dergelijke samenwerking niet voldoet, of op zijn minst suboptimaal is, bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. (1) In de eerste plaats doet een dergelijke samenwerkingsrelatie een groot beroep op een gezond deel van de cliënt dat in staat moet zijn om kritisch de eigen ideeën te onderzoeken en te profiteren van nieuwe inzichten. Ook moet cliënt, gebruikmakend van dit gezonde deel, in staat zijn de kritische onderzoekende houding van de therapeut te verdragen. Volgens Young is er bij veel mensen met persoonlijkheidsproblematiek te weinig gezondheid om dit te kunnen doen. (2) In de tweede plaats is er volgens Young, zoals reeds gesteld, bij cliënten met deze problematiek sprake van dusdanige tekorten in het tegemoetkomen aan emotionele basisbehoeften in de jeugd, dat, teneinde een gezonde ontwikkeling alsnog tot stand te brengen, de therapeutische relatie zelf daar aanvankelijk de bron voor moet vormen. Het type therapeutische relatie waar Young op doelt, biedt een correctieve ervaring voor wat in de jeugd niet goed is gelopen. De therapeut biedt als het ware in beperkte mate, binnen professionele grenzen, een herkansing aan: limited reparenting. Denk aan cliënten met een onveilige hechting: bij deze cliënten biedt de therapeut zelf een veilige hechting, een proces dat meer door ervaren dan door redeneren wordt bewerkstelligd (het is

immers een preverbaal mechanisme), en waarbij een veilige gehechtheidsrepresentatie niet ontstaat door logische toetsing en gedragsexperimenten, maar door het langdurig ervaren van veiligheid bij het delen van kwetsbare gevoelens met een ander.

- 8 *Aandacht voor ervaringen uit de jeugd.* Hoewel in het geheel niet strijdig met de leertheorie of de cognitieve theorie, is er lange tijd een aversie geweest bij CGT-therapeuten tegen het idee dat ervaringen uit de kindertijd effecten zouden kunnen hebben tot in de volwassenheid. Waarschijnlijk hangt dit samen met antipathie tegen het psychoanalytisch denken, dat bijvoorbeeld in fobieën standaard een uiting zag van een psychisch conflict met zijn wortels in de kindertijd, en uitgebreide bankanalyses voorstelde, ook voor recent ontstane fobische klachten bij volwassenen. Los van de theoretische overweging dat vroege ervaringen juist aan het fundament liggen van de leergeschiedenis, is er thans zoveel empirische evidentie, ook vanuit longitudinale studies (bijvoorbeeld: Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006), dat ongunstige omgevingsfactoren een rol spelen in de ontwikkeling van latere persoonlijkheidsgebonden psychische problemen, dat dit standpunt niet meer houdbaar is. Dat neemt niet weg dat er niet veel CGT-modellen zijn die standaard aandacht besteden aan deze vroege ervaringen en die over technieken beschikken om deze ervaringen therapeutisch te bewerken. Ook bij de CGT-modellen die wel aandacht besteden aan vroege ervaringen, zoals betekenisanalyse en CT voor persoonlijkheidsstoornissen, is hiervoor in het algemeen geen ruim repertoire aan therapeutische technieken beschikbaar. ST vormt daarop een uitzondering.

TOEPASSINGEN EN ONDERZOEK

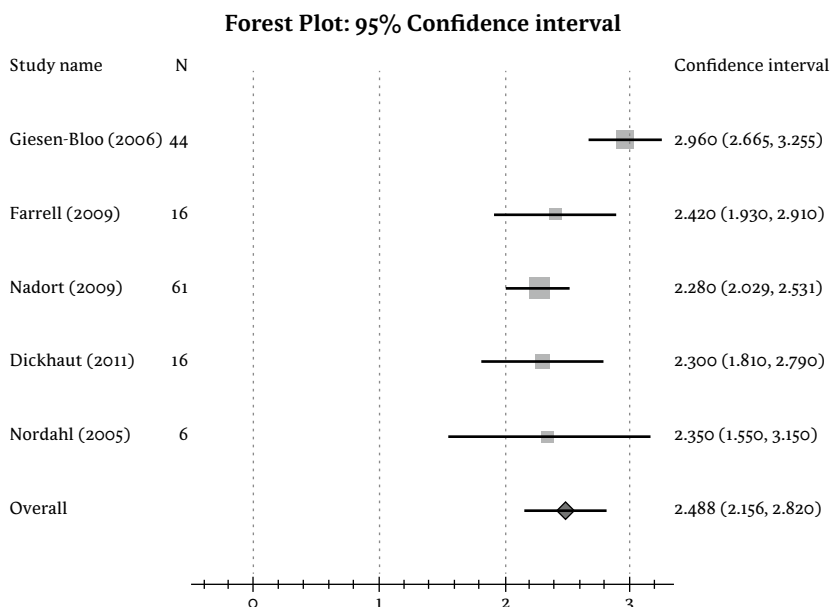
.....

ST heeft specifiek toepassing gekregen in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen, chronische depressie en (andere) behandelingsresistente syndroomstoornissen als eetstoornissen, complexe PTSD en OCD.

De eerste onderzoeken richtten zich op de behandeling van borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). *Case series studies*, RCT's en een open *pilot* in drie verschillende landen gaven aan dat met ST grote veranderingen in borderline-kenmerken teweeggebracht konden worden, met zeer grote *effect sizes* (zie figuur 1 voor een meta-analyse). De verschillen tussen studies bleken sterk samen te hangen met de duur van de behandeling (figuur 2). Deze dosis-effect-relatie is een verdere aanwijzing voor de causale relatie tussen de therapie en verbetering. De sterkste causaliteitstest wordt door RCT's geleverd: in een Nederlandse RCT bleek ST superieur aan *transference focused psychotherapy* (TFP) in herstel van BPS, op reductie van de ernst van BPS en op secundaire uitkomstmaten. Bovendien was de behandelingsdrop-out

significant lager in ST. Ten slotte was ST superieur aan TFP in kosteneffectiviteit, omdat ze zowel goedkoper op maatschappelijk niveau als effectiever was. In een Amerikaanse RCT werd groeps-ST vergeleken met gebruikelijke behandeling, en effectiever bevonden in drop-out en uitkomstmaten (Farrell, Shaw, & Webber, 2009). Open pilotstudies gaven evidentie voor de effectiviteit van klinische ST voor BPS (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2014). Een meta-*survival*-analyse liet verder zien dat ST vergeleken met andere behandelingen voor BPS slechts weinig behandelingsdropout laat zien (Arntz et al., in voorbereiding). Ten slotte liet een Nederlandse studie zien dat ST goed implementeerbaar is in de reguliere praktijk, waarbij opgemerkt moet worden dat de therapeuten goed getraind werden en regelmatig supervisie kregen (Nadort et al., 2009). Deze studie gaf bovendien geen ondersteuning voor het belang van telefonische bereikbaarheid van therapeuten door BPS-patiënten in geval van crisis, wat ertoe leidde dat dit element uit het behandelingsprotocol – dat een zekere barrière vormde voor de implementeerbaarheid – geschrapt werd.

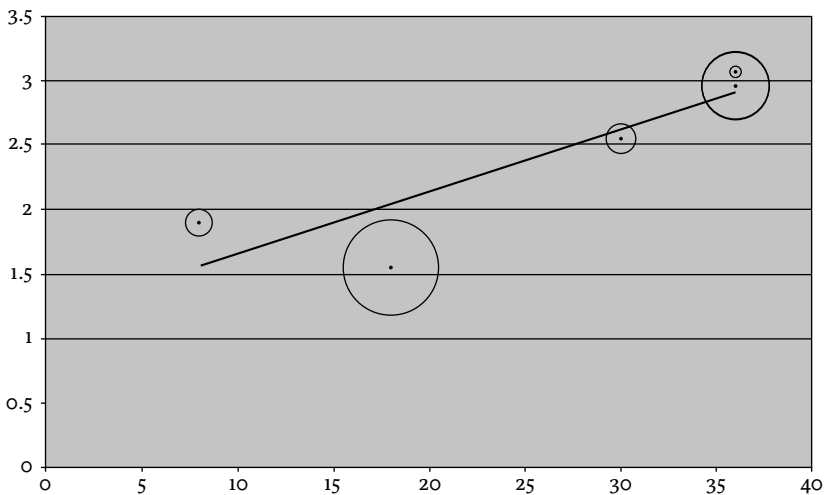
De succesvolle toepassing van ST in de behandeling van BPS riep de vraag op in hoeverre ST gebaseerd op het modusmodel ook effectief zou zijn voor andere persoonlijkheidsstoornissen. De eerste (multicenter) RCT richtte zich op de behandeling van zes persoonlijkheidsstoornissen: ontwijkende, afhankelijke, obsessieve-compulsieve, paranoïde, narcistische en afhankelijk-



FIGUUR 1 Meta-analyse van studies naar ambulante schematherapie voor borderline-persoonlijkheidsstoornis: pre-post-changes (uit: Jacob & Arntz, 2013)

ke-persoonlijkheidsstoornis. Een protocol van maximaal vijftig sessies (met in het eerste jaar veertig wekelijkse sessies en in het tweede jaar tien booster-sessies) werd in een RCT vergeleken met de optimale gebruikelijke psychologische behandeling die in de deelnemende centra beschikbaar was, en met een andere experimentele behandeling: *clarification-oriented* psychotherapie (COP), een aanpassing van *client-centered* therapie volgens Sachse (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014). In zo'n 74% van de gevallen bleek dat de lokale intakestaf als optimale gebruikelijke behandeling een vorm van psychoanalytische psychotherapie geïndiceerd had, terwijl dit in zo'n 21% van de gevallen een vorm van traditionele CGT was. ST bleek superieur aan de gebruikelijke behandeling in termen van herstel van persoonlijkheidsstoornisdiagnose, GAF- en SOFAS-scores (over sociaal en maatschappelijk functioneren), en comorbide diagnoses van depressie. Bovendien was de behandelingsdrop-out lager in ST dan in de gebruikelijke behandeling, maar niet significant lager dan in COP. Opvallend was dat terwijl de objectieveerbare uitkomsten wezen op superioriteit van ST, de subjectieve maten daar geen aanwijzingen voor gaven. Ten slotte was ST superieur aan beide andere condities in termen van kosteneffectiviteit: minder kostbaar op maatschappelijk niveau, terwijl de klinische effecten groter waren (Bamelis, Arntz, Wetzelaer, Verdoorn, & Evers, 2015). De lagere kosten waren vooral toe te schrijven aan snellere en omvangrijkere deelname aan het arbeidsproces

Association of maximum treatment duration and effect size



FIGUUR 2 Meta-regressie van de relatie tussen behandelingsduur (in weken, x-as) en effect size (Cohens d, pre-post-verandering, y-as) over verschillende studies naar ST voor BPS (Jacob & Arntz, 2013). De steekproefgrootte van de studie wordt gerepresenteerd door de grootte van de cirkels.

door ST-deelnemers dan door deelnemers uit de andere condities. Voor de zorgverstrekkers en verzekeraars is een interessante bevinding dat significant minder ST-deelnemers nog ggz-hulp ontvingen op de follow-up na drie jaar dan in de andere twee condities. Ten slotte maakte deze studie duidelijk dat de wijze waarop behandelaren waren ingetraind een effect had op de kans op drop-out en op herstel van deelnemers. Bij een training met veel rollenspe- len, waarin behandelaren de ST-technieken probeerden en feedback kregen, waren de behandelingsresultaten aanmerkelijk beter dan bij een training waarin meer verbale instructies gegeven werden dan dat er geoefend werd. De eerste groep therapeuten gebruikte ook daadwerkelijk meer ST-technie- ken dan de tweede groep, zo lieten de scores van onafhankelijke beoordelaars van opnames van sessies zien.

Daarnaast is een specifieke vorm van ST ontwikkeld voor forensische toepassing bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De eerste resul- taten van een multicenter RCT in Nederlandse tbs-instellingen, waarbij ST vergeleken werd met de gebruikelijke behandeling, laten betere effecten van ST zien op de primaire uitkomstmaten (begeleid en onbegeleid verlot, waarbij de aanvragen daartoe door een onafhankelijke commissie worden beoordeeld op basis van uitgebreide risico-taxaties, en indices van persoon- lijkheidsstoornissen), alsmede op enkele secundaire maten. Wederom wer- den aanwijzingen gevonden voor een hoge acceptatiegraad van ST, gezien de lagere behandelingsdrop-out uit ST (Bernstein, 2016).

Bij chronische depressie, een notoir behandelingsresistente conditie, waarbij persoonlijkheidsproblematiek vaak prominent is, en er vaak een geschiedenis is van trauma's en verwaarlozing in de jeugd, zijn twee case- series-studies gedaan met positieve bevindingen voor de effectiviteit van ST (Malogiannis et al., 2014; Renner, Arntz, Peeters, Lobbestael, & Huibers, 2016). In een RCT waarin ST met CBT werd vergeleken als behandeling voor depressie werd echter geen verschil gevonden tussen de behandelingscon- dities, ook niet in de subgroep van chronisch depressieven, maar opgemerkt moet worden dat de geplande N niet gehaald werd en dat de vergelijking in de subgroep van chronisch depressieven *underpowered* was (Carter et al., 2013).

Hiermee vergelijkbaar waren de resultaten van een RCT naar behandeling van eetstoornissen (zonder anorexia nervosa), waarbij ST, CGT à la Fairburn (McIntosh et al., 2016) en *appetite-focused* CBT werden vergeleken. Ook deze studie werd afgerond voordat de geplande steekproefgrootte gehaald werd, en vond geen significante verschillen tussen de drie condities, wellicht sa- menhangend met gebrek aan *power*. In beide onderzoeken deed ST het zeker niet slechter dan CGT, en zou ST een alternatief voor CGT kunnen zijn.

Voor zover bekend is ST bij behandelingsresistente OCD alleen nog maar in een *open trial* getest, waarbij ST gecombineerd werd met CGT. Hierbij werden goede effecten gerapporteerd. Een van de verklaringen die geopperd wordt, is dat de ST de ontvankelijkheid van deelnemers voor *exposure* met responspreventie vergroot.

Ongecontroleerde pilotstudies zijn verder gedaan naar kortdurende groeps-ST (met 20 groepsessies, aangevuld met 5 uur individuele ST) voor eetstoornissen en voor persoonlijkheidsstoornissen (Simpson, Morrow, van Vreeswijk, & Reid, 2010; Skewes, Samson, Simpson, & van Vreeswijk, 2014). Deze studies laten goede effectiviteit zien, waarbij de effecten verder verbeteren na afronding van de therapie, een verschijnsel dat ook in de RCT van Bamelis et al. (2014) werd waargenomen. Gecontroleerde studies zijn nodig om deze behandelingsmodellen verder te testen.

LOPEND ONDERZOEK EN DE TOEKOMST VAN ST

.....

De opvallend goede resultaten van de (kleine) RCT naar groeps-ST voor BPS van Farrell et al. (2009) riepen de vraag op of de effecten ook te repliceren zijn door anderen dan de ontwikkelaars, en hoe groeps-ST zich tot (optimale) gebruikelijke behandeling verhoudt wat betreft kosteneffectiviteit. De discussie of groeps-ST beter in de vorm van (bijna) alleen groep, of in combinatie van groeps- en individuele ST kan worden aangeboden, kon niet op theoretische gronden worden beslecht, en werd een andere empirische vraag van deze grootschalige internationale RCT (Wetzelaer et al., 2014). Ook wordt in deze lopende studie de hypothese getoetst dat specifieke groepsfactoren, die volgens het model van Farrell en Shaw (2012) centraal staan in groeps-ST, de veranderingen ‘katalyseren’.

Ook voor de behandeling van cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen heeft groeps-ST de aandacht getrokken als een mogelijk zeer effectief en kosteneffectief behandelingsmodel. Momenteel wordt onderzocht of groeps-ST voor de diagnosecombinatie van sociale-angststoornis en ontwijkende-persoonlijkheidsstoornis een alternatief is voor de bij deze groep meer gebruikelijke CGT-aanpak (Greeven, 2013). Ook voor andere cluster-C-persoonlijkheidsstoornissen zijn groepsmodellen in ontwikkeling en staan empirische tests gepland.

Terugkerend naar de behandeling van BPS, die vaak langdurig en kostbaar is, ligt er het probleem dat er geen empirische basis is voor de differentiële indicatiestelling tussen verschillende specialistische behandelingen voor BPS. Recent is hiernaar een onderzoek gestart, waarbij in de context van een RCT, en mede gebruikmakend van ideeën hierover van klinische experts, gezocht wordt naar voorspellers van cliëntgebonden factoren die voorspellen wie meer baat heeft bij ST en wie meer baat heeft bij MBT (Wibbelink, Kamphuis, & Arntz, 2016). Optimalisering van indicatiestelling, gebruikmakend van recent ontwikkelde statistische methoden, kan grote winst geven van de behandelings-effectiviteit (Huibers et al., 2015).

Het zal geen verbazing wekken dat de focus van ST op de ontwikkelingsachtergrond van volwassen cliënten de aandacht trok van kinder- en jeugdtherapeuten. Vormen van ST voor kinderen en jeugdigen zijn in ontwikkeling,

en de eerste pilotstudies zijn onderweg, met name voor persoonlijkheidsproblematiek in ontwikkeling, zowel in de ggz als in forensische *samples*. Vooral bij jongere kinderen is er nog veel potentieel om de ontwikkeling gunstig te beïnvloeden via de ouders, die vaak hun eigen problematische schema's en schemamodi hebben, die hun gedrag tegenover het kind beïnvloeden. ST voor kinderen en jeugdigen is ook vaak therapie voor de ouders. Bij oudere adolescenten kan het juist aangewezen zijn de cliënt wat meer afstand te laten nemen van de ouders, vooral als deze niet bereid of in staat zijn hun aandeel onder ogen te zien. Een heel andere leeftijdsgroep zijn ouderen, van wie lang is gedacht dat ze niet zouden kunnen veranderen en dat psychotherapie voor persoonlijkheidsproblematiek een zinloze onderneming zou zijn. Een eerste case-seriesstudie laat echter goede effecten zien van ST bij ouderen met persoonlijkheidsstoornissen (Videler et al., 2016). Ten slotte zijn ook vormen van relatie-ST ontwikkeld, waarbij een Duitse groep de eerste schreden heeft gezet in het effectiviteitsonderzoek (Frank-Noyon, Zarbock, Roediger, & Arntz, 2015).

Hoewel ST het goed lijkt te doen bij de ernstiger vormen van psychopathologie, zijn in de meeste effectiviteitsonderzoeken zeer problematische stoornissen ofwel geëxcludeerd, ofwel laagfrequent aanwezig. Te denken valt aan dissociatieve identiteitsstoornis (DIS), en bij persoonlijkheidsstoornissen aan comorbide psychose, autisme en ernstige verslaving. Om de mogelijkheden van ST bij deze problematische groepen te exploreren, zijn diverse pilotstudies lopende, meestal in de vorm van *multiple baseline case-series* studies. Bij DIS wordt getest of het helpt om cliënten de *alters* als extreme vormen van schemamodi te zien, en eerder dan gebruikelijk met traumaverwerking te starten (Huntjens, 2014). Bij de combinatiediagnose autisme-persoonlijkheidsstoornis wordt op persoonlijkheidsproblematiek gerichte ST getest, en in het bijzonder getest of experiëntiële technieken bij deze groep werkzaam zijn, of dat de therapie zich beter tot de meer traditionele CGT-technieken kan beperken (Vuijk & Arntz, 2015). Andere pilotstudies vinden plaats of zijn gepland bij cliënten met de dubbeldiagnose alcoholverslaving-BPS (Boog, 2015), en bij cliënten met chronisch psychose en persoonlijkheidsstoornissen (Taylor, 2016). Deze onderzoeken zijn erg belangrijk, omdat juist voor deze cliënten er weinig behandelingsopties zijn en ze vaak uitgesloten worden van veranderingsgerichte behandeling.

CONCLUSIES

.....

Hoewel ST ontwikkeld is uit CGT, zijn er opvallende verschillen, zoals de grote focus op de ontwikkelingsgeschiedenis van de cliënt, de typische aard van de therapeutische relatie en het uitgebreide gebruik van experiëntiële technieken. Daarmee is ST een integratieve behandeling geworden, maar nog steeds gebaseerd op een cognitief model. ST is in korte tijd zeker in

Nederland populair geworden, en lijkt in een behoefte van cliënten en therapeuten te voldoen om een behandeling voor complexe persoonlijkheidsproblematiek te bieden. Er zijn ook goede empirische redenen die voor de (kosten)effectiviteit en de acceptatie van ST pleiten. De ontwikkeling van ST en het onderzoek naar ST is echter nog verre van afgerond. Er is behoefte aan methoden voor specifieke groepen, en dan vooral aan methoden die empirisch gevalideerd zijn. Daar is nog veel onderzoek naar nodig. Maar ook puur replicatieonderzoek is gewenst om de noodzakelijke *evidence base* op te bouwen. Ten slotte is er behoefte aan (experimenteel) onderzoek naar belangrijke ingrediënten van ST, waarvan wel de klinische indruk bestaat dat ze zeer effectief zijn, maar waarvoor wetenschappelijke evidentie versterkt moet worden. Om een voorbeeld te geven: terwijl de evidentie voor de effectiviteit van *imagery rescripting* snel groeiende is, is er weinig bekend over andere experiëntiële technieken, zoals de *multiple-chair*-techniek en de *empty-chair*-techniek. Deze kennis zal helpen om behandelingen effectiever te maken en te verkorten, door meer te focussen op de meest effectieve ingrediënten.

De populariteit van ST roept ook zorgen op. ST wordt ook voor complexe cliënten soms aangeboden in vormen of doseringen die nooit zijn getest, en soms door beperkt geschoolde therapeuten. Hoewel er een register is dat de kwaliteitscontrole van opleidingen borgt, is er geen *incentive* voor therapeuten om zich te laten registreren en is er geen wettelijke bescherming van ST. Ook voor instellingen geldt dat ze kunnen stellen ST aan te bieden zonder dat er enige kwaliteitsborging is. Hier ligt een uitdaging voor de komende tijd, die overigens niet tot ST beperkt is. Een ander zorgelijk fenomeen is dat er enerzijds duizenden therapeuten cursussen in ST hebben gevolgd, terwijl anderzijds de beschikbaarheid van ST voor mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek vaak beperkt is. Blijkbaar stellen instellingen niet de benodigde therapeuten aan en zijn er veel therapeuten die de behandeling van complexe persoonlijkheidsstoornissen mijden, ondanks hun opleiding. Ik hoop dat we kunnen voorkomen dat ST slecht beschikbaar blijft voor mensen die een dergelijke specialistische therapie het hardste nodig hebben, terwijl anderen met lichtere problematiek voor wie (andere) CGT geïndiceerd is een onnodig complexe behandeling als ST krijgen.

Arnoud Arntz is hoogleraar klinische psychologie verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15933, 1001 NK Amsterdam. Email: a.r.arntz@uva.nl

Summary Schema therapy (ST) was developed from cognitive therapy, and integrated techniques and viewpoints from other schools in a coherent cognitive model. ST has become quite popular as a treatment of personality disorders and

other chronic mental health problems that have an assumed characterological component. In this paper the most important differences with 'mainstream' cognitive (behavior) therapy are discussed, an overview of the most important research results is presented, and a reflection is given about the future of ST and about additional research that is needed. Next, a critical reflection is offered about application of ST in formats and dosages that have not been empirically tested and about the sometimes limited availability of ST for those patients that need it the most, like those with severe personality disorders.

Keywords: *schema therapy, cognitive therapy, cognitive behavior therapy, personality disorders, integrative therapy*

Literatuur

- Arntz, A. (2015). Borderline personality disorder. In A. T. Beck, D. D. Davis, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy of personality disorders, Third edition* (pp. 366-390). New York: Guilford Press.
- Arntz, A., Mensink, K., Verhoef, R., Cox, W., Emmerik, A., Cuijpers, P., & Grasmann, R. (in voorbereiding). Dropout from psychological treatments for borderline personality disorder: a mixed models survival meta-analysis.
- Bamelis, L. L. M., Arntz, A., Wetzelaer, P., Verdoorn, R., & Evers, S. M. A. A. (2015). Economic evaluation of schema therapy and clarification-oriented psychotherapy for personality disorders: A multicenter, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, e1432-40. doi: 10.4088/JCP.14m09412
- Bamelis, 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.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. P. (2016). Can You Turn a Cat into a Mouse? Results of a Randomized Clinical Trial of Schema Therapy for Forensic Patients with Personality Disorders. Keynote presented at the ISSST conference at Wien, Austria: June 30 – July 2, 2016.
- Boog, M. (2015). Are there indications for the effectiveness of Schema Therapy for patients suffering from borderline personality disorder and alcohol dependency? Netherlands Trial Register NTR5218. <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=5218> (Accessed May 15, 2016).
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 500-505.
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. John Wiley & Sons.
- 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.
- Frank-Noyon, E., Zarbock, G., Roediger, E., & Arntz, A. (2015). Forschungsdesign Wirksamkeit von schematherapeutischer Imagination in der Paarberatung. Internal Document.
- Greeven, A. (2013). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder. Netherlands Trial Register NTR3921.
- Huibers, M. J. H., Cohen, Z. D., Lemmens, L. H. J. M., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Cuijpers, P., & DeRubeis, R. J. (2015). Predicting optimal outcomes in cognitive therapy or interpersonal psychotherapy for depressed individuals using the personalized advantage index approach. *PLoS ONE*, 10: e0140771.
- Huntjens, R. J. C. (2014). Innovation in the treatment of dissociative identity disorder: The application of schema therapy. Netherlands Trial Register NTR5218. <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=4496> (Accessed May 15, 2016).
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63, 579-587.
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggel, A., Karveli, S., ... 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.
- McIntosh, V. V., Jordan, J., Carter, J. D., Frampton, C. M., McKenzie, J. M., Latner, J. D., & Joyce, P. R. (2016). Psychotherapy for transdiagnostic binge eating: A randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy, appetite-focused cognitive-behavioural therapy, and schema therapy. *Psychiatry Research*, 240, 412-420.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, Ph., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973. doi:10.1016/j.brat.2009.07.013
- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., Lobbstaël, J., & Huibers, M. J. H. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 66-73. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.12.001
- Simpson, S. G., Morrow, E., van Vreeswijk, M., & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182.
- Skewes, S. A., Samson, R. A., Simpson, S. G., & van Vreeswijk, M. (2014). Short-term group schema therapy for mixed personality disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 5, 1592. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01592
- Taylor, C. (2016). Personal communication.
- Videler, A. C., van Alphen, S. P. J., van Royen, R. J. J., van der Feltz-Cornelis, C. M., Rossi, G., & Arntz, A. (2016). Schema therapy for personality disorders in older adults: A multiple baseline case series study. Submitted for publication.

- Vuijk, R. & Arntz, A. (2015). *Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: a multiple baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions*. Internal Document / trial registration: <http://www.trialregister.nl/trialreg/admin/rctview.asp?TC=5788>
- Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand, O., ... Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14, 319.
- Wibbelink, C., Kamphuis, J. H., & Arntz, A. (2016). A multi-site randomized controlled trial comparing Schema Therapy and Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder: A framework for the study of (differential) change processes and the empirical search for treatment selection criteria. Internal document.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioners guide*. New York: Guilford Press.