

# Schematherapie voor cluster C- persoonlijkheids- stoornissen

Behandeling van afhankelijke,  
vermijdende en dwangmatige  
cliënten

Remco van der Wijngaart  
Hannie van Genderen

## Schematherapie voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen

Remco van der Wijngaart  
Hannie van Genderen

# Schematherapie voor cluster C- persoonlijkheids- stoornissen

Behandeling van afhankelijke, vermijdende en dwangmatige  
cliënten

**Remco van der Wijngaart**  
Maastricht, Nederland

**Hannie van Genderen**  
Maastricht, Nederland

ISBN 978-90-368-2987-8      ISBN 978-90-368-2988-5 (eBook)  
<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2988-5>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2024  
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 of opnamen, hetzij op enige 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  
j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en  
artikel 17 Auteurswet, 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) dient men  
zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen.  
Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden  
die eventueel in deze uitgave voorkomen. De uitgever blijft onpartijdig met betrekking tot juridische  
aanspraken op geografische aanwijzingen en gebiedsbeschrijvingen in de gepubliceerde landkaarten en  
institutionele adressen.

NUR 777

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg  
Omslagbeeld: Daphne Philippen grafisch ontwerp  
Automatische opmaak: Straive, Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum  
Walmolen 1  
Postbus 246  
3990 GA Houten

[www.bsl.nl](http://www.bsl.nl)

## Voorwoord

---

Hoewel cluster C-problematiek erg veel voorkomt en aanleiding geeft tot een lage kwaliteit van leven en hoge maatschappelijke kosten, is er naar deze groep van persoonlijkheidsstoornissen relatief weinig onderzoek gedaan. Dit wordt vaak verklaard door het feit dat deze groep relatief weinig acute levensbedreigende crises veroorzaakt, en omdat vaak alleen de angst-, stemmings- of burn-outproblematiek gezien wordt. Dat is problematisch, omdat dit bijdraagt aan het ofwel negeren van de persoonlijkheidsproblematiek – wat vaak leidt tot ‘draaideurbehandelingen’ van oppervlakkige angst- of stemmingsklachten, ofwel tot behandelen zonder theoretisch kader om de problemen te begrijpen, de therapeutische relatie op te funderen en de therapeutische technieken op te baseren. Dergelijke ‘vrije’ behandelingen geven geen houvast over de effecten en de maatschappelijke kosten, omdat ze ongedefinieerd zijn en in schier oneindige variaties toegepast kunnen worden. Gelukkig bleek uit een grootschalig onderzoek dat een schematherapeutisch protocol van maximaal vijftig individuele sessies zeer effectief was en bovendien voor de meeste deelnemers aanvaardbaar was. Net als schematherapie voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis was dit protocol gebaseerd op het modusmodel van psychopathologie, dat de grondslag vormde voor de casusconceptualisatie en de keuze van de technieken, alsmede de timing van de toepassing daarvan. We mogen ons gelukkig prijzen dat de auteurs van dit boek dit protocol verder hebben uitgewerkt, daarbij gebruikmakend van de nieuwste theoretische en klinische inzichten. Zo is de theorie ingebed in het geherformuleerde model van schematherapie, dat helpt om de relatie tussen schema's en schemamodi beter te begrijpen, en een raamwerk biedt om de verschillende modi te begrijpen – juist ook die modi die van belang zijn bij cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Ook zijn in dit boek de nieuwste inzichten in de toepassing van experiëntiële technieken te vinden. De duidelijke opbouw en het heldere taalgebruik getuigen van de grote onderwijservaring van de auteurs. Voorbeelden en samenvattingen helpen verder om het boek zeer toegankelijk te maken. Met andere woorden, dit boek had er eigenlijk al veel eerder moeten zijn, omdat het voorziet in een grote behoefte aan een heldere methodiek om deze vaak weerbarstige problematiek effectief te kunnen behandelen, zonder dat de behandelaar zich laat verleiden tot het onnodig oprekken van de behandelduur.

**Arnoud Arntz**

## Dankwoord Remco en Hannie

---

Voor u ligt het resultaat van een proces dat tien jaar geleden begon. Guido Sijbers en Remco reisden in die tijd een paar keer naar Oekraïne waar ze lesgaven in schematherapie. Tijdens die reizen besloten zij samen een boek te schrijven over schematherapie bij cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Dat bleek een grotere en ingewikkelder onderneming dan zij hadden gedacht en daarmee is het plan in de koelkast gezet. In 2018 maakten zij nog wel samen een audiovisuele productie over het onderwerp: ‘Schema therapy for the Avoidant-, Dependent- and Obsessive-Compulsive Personality Disorder’. Het idee om het boek te schrijven bleef bestaan en in een nieuwe poging om tot dit resultaat te komen spraken wij af dit project op te pakken. Het duurde echter nog tot eind 2022 voordat we daadwerkelijk een begin maakten. Wij zijn blij dat wij Arnoud Arntz bereid vonden om een overzicht te schrijven over het ontstaan van schematherapie voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen en van de stand van de wetenschap op dit gebied.

Wij zijn erg veel dank verschuldigd aan de Hélène Bögels, Julie Krans en Marjolein van Wijk-Herbrink die enorm waardevolle feedback hebben gegeven in het meelezen van het manuscript. Jullie blijken maar weer een enorme expertise en scherp oog te hebben, gecombineerd met een fijne, opbouwende manier van feedback geven. Dank!

Wij willen natuurlijk ook andere mensen bedanken die het schrijven van dit boek mogelijk hebben gemaakt. BSL en dan met name Yulma Perk en Hester Presburg. Dank weer voor jullie vertrouwen dat wij deze klus geklaard zouden kunnen krijgen in de tien maanden die we daarvoor nodig dachten te hebben.

Als laatste willen wij onze cliënten danken. Zij hebben zich ingezet tijdens de therapie en alle technieken die zij misschien soms raar of moeilijk vonden toch uitgetoet. In dat samenwerken hebben zij ons veel geleerd en daar zijn wij enorm dankbaar voor. Dit boek is bedoeld om in de toekomst de hulp voor hen te verbeteren.

## Dankwoord Remco

---

Hannie, we hebben al bijna dertig jaar samengewerkt in allerlei kaders en projecten. Het samen schrijven van een boek was daar tot dusver nog niet een van. Opnieuw heb ik ervaren dat samenwerken met jou ontzettend fijn is; we weten wat we aan elkaar hebben, we kunnen eerlijk en open met elkaar zijn en onze inhoudelijke ideeën komen bijna naadloos overeen. Ik ben ontzettend blij dat ik dit samen met je heb kunnen doen!

Arnoud, natuurlijk wil ik jou ook danken, voor jouw deel van hoofdstuk 2 en het voorwoord. Maar ook wil ik je danken voor de jarenlange samenwerking waarin ik heel veel van je heb geleerd en enorm veel mooie kansen heb gekregen, zoals de deelname als therapeut aan de Cluster C-studie die als basis geldt voor dit boek.

Ik wil nog expliciet mijn kinderen noemen; ze zijn het mooiste wat er is in mijn leven en het enige nadeel van dit boek is geweest dat ik veel te veel tijd heb gewerkt in plaats van tijd met hen door te brengen...

## Dankwoord Hannie

---

Ik ben blij dat Remco en ik, na een lange aanloop, erin geslaagd zijn om dit boek over de behandeling van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen te voltooien. Door onze jarenlange goede samenwerking op het gebied van schematherapie zijn wij goed op elkaar ingespeeld en waren wij het snel eens over de inhoud van dit boek. Ik ben altijd weer blij verrast door de creativiteit van Remco bij het ontwikkelen van nieuwe inzichten over de behandeling van cliënten met schematherapie en het integreren van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk.

Ik ben dank verschuldigd aan mijn collega's en vrienden Marleen Rijkeboer en Arnoud Arntz, die beiden een grote bijdrage hadden aan de introductie van Schematherapie in Nederland. Arnoud ken ik al bijna veertig jaar, doordat wij ooit samen begonnen te werken aan behandeling, onderzoek en onderwijs bij de Riagg Maastricht. Door zijn gedrevenheid op het gebied van onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van cliënten met tal van stoornissen en het ontwikkelen van onderwijs op dit gebied, heeft hij bijgedragen aan een aanzienlijke verbetering van psychotherapie voor cliënten. Mede daarom is hij altijd een grote inspiratiebron voor mij geweest.

Marleen leerde ik kennen vanaf de eerste scholing op het gebied van schematherapie door J. Young in 1996. Met name onze samenwerking op het gebied van onderwijs in de schematherapie was inspirerend en innoverend. Ook zij is een gedreven therapeut en onderzoeker die steeds nieuwe inzichten ontwikkelt die de behandeling van cliënten verbeteren.

Zij zijn tevens de (mede)ontwikkelaar van de innovaties in de schematherapie, die wij in dit boek hebben verwerkt.

Verder wil ik mijn kinderen Sacha en Zoë Scheffer bedanken, die als kind al geduld hadden als mama weer eens tijd nodig had om een boek te schrijven en als volwassene hun ideeën over schematherapie naar aanleiding van mijn boek *Patronen doorbreken* met mij deelden. Mijn partner Jos Halfens wil ik ook bedanken omdat hij mij stimuleerde door te gaan met schrijven ook al ging dat wel eens ten koste van de tijd die wij samen konden doorbrengen.

# Inhoud

---

1	<b>Inleiding</b> .....	1
1.1	Verschil tussen cliënten met een cluster C- en een cluster B-persoonlijkheidsstoornis .....	4
1.2	Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis .....	6
1.3	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis .....	7
1.4	Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis .....	8
1.5	Tot slot .....	10
2	<b>Ontwikkelingen in schematherapie: Concepten en begrippen</b> .....	11
2.1	Inleiding .....	13
2.2	Ontstaan van schematherapie voor de cluster C-persoonlijkheidsstoornis .....	13
2.3	Onderzoeksbevindingen .....	13
2.4	Concepten en begrippen .....	17
2.5	De therapeutische relatie .....	30
2.6	Methoden en technieken .....	37
2.7	Fasering en doelstellingen .....	40
2.8	Samenvatting .....	42
3	<b>Casusconceptualisatie voor cluster C-stoornissen</b> .....	43
3.1	Inleiding: opbouw en werkwijze casusconceptualisatie .....	45
3.2	De Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis .....	56
3.3	Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis .....	69
3.4	Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis .....	84
3.5	Modusmodellen voor angst- en stemmingsstoornissen .....	100
3.6	Samenvatting .....	101
4	<b>Van casusconceptualisatie naar behandeling</b> .....	103
4.1	Inleiding .....	104
4.2	Doel van de behandeling .....	104
4.3	Limited reparenting .....	104
4.4	Methoden en technieken .....	106
4.5	Fasering .....	106
4.6	Samenvatting .....	113
5	<b>De Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis</b> .....	115
5.1	Inleiding .....	117
5.2	Imaginaire rescripting bij de Straffende Kant .....	117
5.3	Historisch rollenspel bij de Pleaser .....	129
5.4	Afhankelijke/Incompetente kind: hoe ziet limited reparenting er in dat geval uit? .....	146
5.5	Afhankelijke Kindmodus: stimuleren van boosheid .....	146
5.6	Samenvatting .....	151



6	<b>De Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis</b> .....	153
6.1	Inleiding .....	154
6.2	Imaginaire rescripting bij de Beschuldigende kant .....	154
6.3	Empathische confrontatie bij de Vermijdende Beschermer in de beginfase .....	162
6.4	Samenvatting .....	169
7	<b>De Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis</b> .....	171
7.1	Inleiding .....	173
7.2	Stoelentechniek bij de Veeleisende kant .....	174
7.3	De Perfectionistische Overcontroleerder .....	182
7.4	Het 'besmetten' van de stoel van de Kwetsbare Kant met emoties als variant van de stoelentechniek .....	188
7.5	Onderhandelen met de Perfectionistische Overcontroleerder tijdens een imaginatie .....	192
7.6	Het Teleurgestelde/Tekortschietende, Overijverige Kind – hoe ziet limited reparenting eruit? .....	196
7.7	Samenvatting .....	197
8	<b>De middenfase van de behandeling</b> .....	199
8.1	Inleiding .....	200
8.2	De Gezonde Volwassene .....	200
8.3	Imaginaire rescripting in de middenfase .....	217
8.4	De stoelentechniek in de middenfase .....	227
8.5	Samenvatting .....	229
9	<b>De eindfase van de behandeling: gedragspatronen veranderen</b> .....	231
9.1	Inleiding .....	233
9.2	Historisch rollenspel .....	235
9.3	Imaginatie gericht op de toekomst .....	247
9.4	Stoelentechniek waarbij de therapeut de Copingkant speelt .....	251
9.5	Rollenspel met rolomkering .....	254
9.6	Empathische confrontatie .....	255
9.7	Beëindiging van de therapie .....	258
9.8	Samenvatting .....	260
10	<b>Tot slot</b> .....	261
	<b>Bijlagen</b>	
	Bijlage 1 Modi .....	264
	Literatuur .....	274



# Inleiding

- 1.1 **Verschil tussen cliënten met een cluster C- en een cluster B-persoonlijkeidsstoornis – 4**
- 1.2 **Afhankelijke-persoonlijkeidsstoornis – 6**
- 1.3 **Vermijdende-persoonlijkeidsstoornis – 7**
- 1.4 **Dwangmatige-persoonlijkeidsstoornis – 8**
- 1.5 **Tot slot – 10**

Het aantal publicaties en boeken over schematherapie is de afgelopen kwart eeuw sterk toegenomen. Er zijn zowel algemene als meer stoornisgerichte boeken verschenen, maar voor zover wij weten nog geen boek over de toepassing van schematherapie op cluster C-persoonlijkheidsstoornissen in een individuele setting. Er is recent wel de *Handleiding groeps-schematherapie voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen* verschenen (Tjoa & Muste 2021). Dat boek gaat wel over cluster C-persoonlijkheidsstoornissen maar is grotendeels gericht op behandeling in een groepssetting. De auteurs geven aan dat het boek ook bruikbaar is voor een individuele behandeling van een cluster C-persoonlijkheidsstoornis, maar door het accent op de groepsbehandeling in dertig sessies, is er logischerwijs minder ruimte voor de specifieke uitdagingen die je tegenkomt in een individuele behandeling van vijftig sessies voor een van de drie cluster C-persoonlijkheidsstoornissen afzonderlijk.

Arnoud Arntz nam het initiatief tot het eerste onderzoek naar specifieke toepassing van schematherapie voor cliënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Dit startte in 2009 en resulteerde in een nieuw behandelprotocol (Bamelis et al., 2014). Tijdens deze behandelstudie werd geconstateerd dat er een aantal aanpassingen nodig is in de schematherapeutische behandeling van cluster C-stoornissen ten opzichte van de behandeling van cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (zie ook ► par. 2.2 Onderzoeksbevindingen).

Deze ervaringen en inzichten worden sinds 2011 door ons uitgedragen in cursussen en trainingen ('Schematherapie voor Cluster C', Van Genderen Opleidingen B.V.). Daarnaast is er een specialistische audiovisuele productie ontwikkeld over deze aangepaste vorm van schematherapie (Van der Wijngaart en Sijbers, 2018: 'Schema therapy for the Avoidant-, Dependent-, and Obsessive-Compulsive personality disorder'). Maar een boek waarin deze aangepaste vorm van schematherapie in individuele behandeling van cluster C-clients wordt beschreven was er echter tot op heden niet.

In dit boek willen we eerst ingaan op de kenmerkende verschillen tussen cluster B- en cluster C-clients. Zo is er tussen beide cliëntgroepen een duidelijk verschil in de aard en oorsprong van de problematiek. Deze verschillen hebben gevolgen voor zowel het hanteren van de therapeutische relatie als voor de toepassing van alle technieken en de duur van de behandeling. In dit boek wordt beschreven hoe je die therapeutische relatie iets anders vormgeeft en hoe de methoden en technieken aangepast kunnen worden. Verder wordt beschreven hoe je het therapeutisch proces vormgeeft in een schematherapie met gelimiteerde tijd. Daarmee denken we dat dit boek een waardevolle aanvulling is op de bestaande literatuur over schematherapie.

De voorbeelden in dit boek zijn cliënten die alle drie maar één specifieke persoonlijkheidsstoornis hebben. In de klinische praktijk zal er vaak sprake zijn van meer comorbide persoonlijkheidsstoornissen. Zo kan een cliënt met een Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis ook een Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis of vermijdende trekken hebben.

Daarnaast bestaat er een hoge comorbiditeit tussen persoonlijkheidsstoornissen en angst- (Friborg et al., 2013) of stemmingsstoornissen (Friborg et al., 2014). Je cliënt met een Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis kan bijvoorbeeld ook een sociale-angststoornis en een recidiverende depressieve stoornis hebben. Je cliënt met een Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis heeft soms ook een angststoornis. Je cliënt met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis kan ook recidiverende depressieve episodes hebben, waarin de uitputting van het harde werken gepaard gaat met periodes van somberheid.

De behandeling van deze angst- of stemmingsstoornissen kan een geïntegreerd onderdeel zijn van de behandeling van de persoonlijkheidsstoornissen. Zonder dat de schematherapie aangepast wordt voor die stemmingsstoornissen bleken cliënten in de schematherapie-conditie na afloop van de behandeling minder depressief te zijn (Bamelis et al., 2014).

Dit boek biedt daarmee ook inzicht en handvatten voor de behandeling van cliënten die naast een cluster C-persoonlijkheidsstoornis ook een comorbide angst- of stemmingsstoornis hebben.

Schematherapie kan echter ook specifiek op de angst- of stemmingsstoornis toegepast worden wanneer er geen sprake is van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Op de eerste plaats moet geprobeerd worden de depressie te behandelen met een richtlijn-behandeling zoals cognitieve gedragstherapie. Wanneer die behandeling onvoldoende effect heeft, kan schematherapie overwogen worden. Schematherapie specifiek gericht op de behandeling van recidiverende depressieve stoornissen is effectief gebleken (Renner et al., 2013, 2016). Schematherapie lijkt ook een veelbelovende, effectieve vorm van behandeling voor chronische angst, de obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en post-traumatische-stressstoornis (PTSS) (Peeters et al., 2021). In de review van de bestaande studies naar de effectiviteit van schematherapie bij angststoornissen van Peeters en collega's bleek helaas dat er in veel van de studies tot dusver ernstige methodologische tekortkomingen werden gevonden. Er wordt dan ook gepleit voor meer onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij chronische angst, OCS en PTSS (Peeters et al., 2021).

In ► H. 2 worden de uitgangspunten van de behandeling voor cluster C-stoornissen beschreven. Hierbij wordt uitgegaan van het behandelprotocol dat in de studie naar cluster C-stoornissen is gebruikt (Bamelis et al., 2014). Ook wordt uitgegaan van de recentste inzichten in de taal en de concepten binnen schematherapie (Arntz et al., 2021). Vervolgens wordt de casusconceptualisatie van de drie cluster C-stoornissen beschreven (► H. 3). Aan het eind van ► H. 3 wordt kort ingegaan op de conceptualisatie van angst- en stemmingsstoornissen in termen van modi.

In ► H. 4 wordt vervolgens beschreven hoe een behandelplan kan worden gemaakt voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen. Vervolgens wordt de behandeling aan de hand van drie personen verder uitgewerkt (► H. 5, 6 en 7).

Hoewel cliënten vaak meer dan één specifieke stoornis hebben, hebben wij er toch voor gekozen de Afhankelijke, Vermijdende en Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis afzonderlijk te beschrijven. Op deze manier kunnen de specifieke uitdagingen en aanpassingen in de behandeling overzichtelijk weergegeven worden. In de klinische praktijk zijn er uiteraard ook cliënten die een combinatie van cluster C-persoonlijkheidsstoornissen hebben of cliënten die zowel een cluster B- als een cluster C-persoonlijkheidsstoornis hebben. In dat laatste geval raden wij aan het accent van de behandeling eerst te leggen op methoden en technieken die geschikt zijn voor de cluster B-problematiek (Van Genderen & Arntz, 2021). Vaak neemt de cluster C-problematiek dan al af. Zo nodig kan daarna nog een voortgezette behandeling voor de resterende cluster C-problematiek plaatsvinden.

Imaginaire rescripting, stoelentechniek en empathische confrontatie zijn voorbeelden van methoden en technieken die bij iedere persoonlijkheidsstoornis zullen worden toegepast. Voor de leesbaarheid van dit boek hebben we ervoor gekozen om niet bij iedere persoonlijkheidsstoornis alle methoden en technieken te beschrijven. We zullen ons bij iedere stoornis beperken tot de specifieke aanpassingen en variaties. We hebben de methoden en technieken zo verdeeld over de hoofdstukken dat het boek als geheel

■ Tabel 1.1 Verdeling methoden en technieken over de verschillende hoofdstukken

	H5: Afhankelijke PS	H6: Vermijdende PS	H7: Dwangmatige PS
Kindkanten	Afhankelijk Kind: Stimuleren van boosheid	Minderwaardig/ Schaamtevol Kind: Stimuleren van zelfexpressie	Geremd kind: Stimuleren van spontaniteit en spel
Copingkanten	De Willoze Inschikkelijke: Historisch rollenspel	Vermijdende Beschermer: Empathische confrontatie	Perfectionistische Overcontroleerder: Stoelentechniek
Kritische kanten	Straffende kant: Imaginaire rescripting	Beschuldigende kant: Imaginaire rescripting	Veeleisende kant: Stoelentechniek
Gezonde Volwassenen	H 8: Middenfase H 9: Eindfase	H 8: Middenfase H 9: Eindfase	H 8: Middenfase H 9: Eindfase

wel een totaaloverzicht geeft van wat schematherapie bij de behandeling van cluster C-stoornissen te bieden heeft (zie ■ tab. 1.1).

We hebben er verder voor gekozen om in dit boek vooral de ervaringsgerichte technieken te beschrijven en niet ook de cognitieve en gedragsmatige technieken. De reden is dat deze laatste technieken al goed beschreven staan in de overige literatuur over schematherapie (Van Genderen & Arntz, 2021; Brockman et al., 2023). De toepassing van deze cognitieve technieken bij cluster C-persoonlijkheidsstoornissen wijkt niet sterk af van de toepassing van diezelfde technieken bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen. Voor een beschrijving van deze technieken verwijzen we dan ook naar de eerdergenoemde literatuur.

## 1.1 Verschil tussen cliënten met een cluster C- en een cluster B-persoonlijkheidsstoornis

In grote lijnen kun je zeggen dat cliënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis in hun jeugd vooral tekortgekomen zijn op het gebied van autonomie, competentie, identiteitsontwikkeling, zelfexpressie, spontaniteit en spel. Bij cliënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis ligt de oorzaak van de problematiek daarentegen op het gebied van acceptatie, verbondenheid, veiligheid en voorspelbaarheid en soms ook te weinig begrenzing en zelfcontrole. De verschillen in achtergrond van beide cliëntgroepen staan kort toegelicht in ■ tab. 1.2.

Er is waarschijnlijk ook een verschil in temperament, waardoor boosheid bij cluster B-clieënten meer aanwezig en zichtbaar is dan bij cluster C-clieënten, die soms ontkennen ooit boos te zijn.

Er was meestal geen sprake van mishandeling (fysiek misbruik) of seksueel misbruik. Er was veelal wel sprake van emotioneel misbruik. De ouders waren bijvoorbeeld streng of beperkend, maar niet op een heel grove manier. Zij lieten hun teleurstelling of afkeuring wel merken, maar op een veel subtielere manier dan ouders van cliënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Of (een van de) ouders

**Tabel 1.2** Verschillen tussen cliënten met een cluster C- en cluster B-persoonlijkheidsstoornis\*

Cluster C	Cluster B
te veel bescherming	onvoldoende bescherming
emotioneel misbruik	seksueel, fysiek en emotioneel misbruik
te veel regels	te weinig regels
tekorten bij ouder 'subtieler'	tekorten bij ouders 'duidelijker'
ouders streng en schuldinducerend	ouders zeer grof
grotere loyaliteit t.o.v. ouders	loyaliteit t.o.v. ouders minder sterk
cliënt coöperatief	cliënt niet coöperatief
vrijwel geen boosheid	te veel boosheid

*\*Toelichting*

Cliënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis zijn vaak té beschermd opgevoed. Het heeft hun niet zozeer ontbroken aan een basale veiligheid, maar ze hebben minder ruimte gekregen voor zelfexpressie, autonomie of spontaniteit en spel.

leunde(n) te veel op cliënten voor steun, hulp of het waarmaken van eigen dromen, waardoor de cliënten zich veel te vroeg in hun leven verantwoordelijk gingen voelen voor het welzijn van de ander, veel te veel hun best gingen doen en onvoldoende toekwamen aan hun eigen behoeften.

De subtielere, indirectere manier waarop basisbehoeften onvervuld bleven maakt het voor cluster C-clieënten vaak moeilijk om de rol van hun ouders te herkennen in de ontwikkeling van hun persoonlijkheidsstoornis. Deze cliënten hebben hun ouders in veel opzichten ervaren als zorgzaam en liefdevol, dus blijven zij loyaal aan hun ouders. Loyaliteit en schuld is daarmee een thema dat meer voorkomt in de behandeling van deze cliënten. Gecombineerd met een minder temperamentvol karakter betekent dat dat deze cliënten niet gauw boos zullen worden, zelfs niet als zij slecht behandeld worden. Het enige 'voordeel' van dit alles is dat deze cliënten in eerste instantie heel goed meewerken aan de behandeling. Wanneer er echt iets veranderd moet worden, schrikken zij daar echter voor terug. De copingstijlen van vermijding en omkering zijn op korte termijn steeds zo effectief dat deze persoonlijkheidsproblematiek bijzonder persistent is.

Samenvattend zijn de belangrijkste kenmerkende verschillen van cluster C-stoornissen ten opzichte van cluster B-stoornissen:

- Bij cluster C-stoornissen zijn andere basisbehoeften relevant dan bij cluster B-stoornissen. Het gaat niet zozeer om veiligheid of verbondenheid, maar meer om zelfexpressie, autonomie, spontaniteit en spel.
- De kern van de problematiek bij cliënten met een cluster C-stoornis ligt bij de copingmodi. De stoornissen heten niet voor niets de Afhankelijke, Vermijdende en Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Die namen typeren de dominante persisterende copingmodi. Dat maakt het vervullen van de basisbehoeften van het Kwetsbare Kind en het versterken van de Gezonde Volwassene niet makkelijk, maar dat is uiteindelijk wel het hoofddoel van de behandeling.

In de rest van het boek zullen we dieper ingaan op de specifieke kenmerken van iedere cluster C-stoornis en hoe schematherapie aangepast kan worden aan iedere specifieke vorm van problematiek. Hierna willen we eerst iedere cluster C-persoonlijkheidsstoornis typeren. Hoewel we deze diagnostische kennis als bekend kunnen veronderstellen, is het noodzakelijk met deze omschrijving de kaders van de rest van het boek te schetsen.

## 1.2 Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis

Iemand met een Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis is niet in staat om zelfstandig beslissingen te nemen. Dat onvermogen betreft niet alleen belangrijke, maar ook alledaagse zaken. Zij maken hun eigen behoeften ondergeschikt aan die van anderen. Dat betekent dat zij anderen veelvuldig om advies vragen en niet zelf keuzes kunnen of durven maken. Het resultaat is meestal dat zij doen wat anderen hun aanraden zonder na te gaan of dit is wat zij zelf willen. Dat kan vergaande gevolgen hebben voor keuzes op het gebied van opleiding of werk, maar ook op het gebied van sociale contacten.

Zij durven niet op te komen voor hun mening uit angst dat anderen hen dan niet meer aardig zullen vinden en daarom niet meer willen helpen. Zij zijn zelfs bereid om vervelende taken op zich te nemen of dingen te doen die schadelijk voor zichzelf zouden kunnen zijn om de steun van de ander niet te verliezen.

Zelfstandig dingen ondernemen doen zij niet, omdat zij bang zijn dat zij het niet kunnen en/of anderen het afkeuren. Omdat ze denken dat ze niet voor zichzelf zouden kunnen zorgen, zijn ze het liefst in gezelschap van anderen en doen ze er alles aan om niet alleen te zijn. Sommigen gaan daarin zo ver dat zij hun partner of een andere belangrijke persoon verhinderen langere tijd weg te gaan. Of zij gaan bijvoorbeeld bij hun ouders logeren als hun partner in verband met werk een paar dagen weg moet.

In geval van een relatiebreuk of overlijden van een partner zoeken zij onmiddellijk een ander die voor hen moet zorgen. Zij piekeren veel over alleen achterblijven, zelfs als die dreiging helemaal niet aanwezig is.

### Kenmerken Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis

- heeft moeite met het nemen van alledaagse beslissingen;
- laat belangrijke beslissingen aan anderen over;
- durft niet met anderen van mening te verschillen, zelfs als die ongelijk hebben;
- onderneemt niet zelfstandig initiatieven uit angst het niet te kunnen of fout te doen;
- onderwerpt zich aan de behoeften van anderen;
- doet desnoods vervelende dingen om steun en zorg van anderen te krijgen;
- kan niet alleen zijn omdat hij of zij denkt niet voor zichzelf te kunnen zorgen;
- zoekt meteen een ander na verlies van een partner;
- maakt zich onrealistische zorgen over alleen achter te blijven.

*Als iemand op minstens vijf van de hier beschreven kenmerken bevestigend antwoordt en er is sprake van een duurzaam patroon gedurende een groot deel van het leven, dan is er sprake van een Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis.*

### 1.3 Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

---

De DSM-5 omschrijft de Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis als een langdurig patroon van sociale geremdheid dat gepaard gaat met gevoelens van tekortschieten en een overgevoeligheid voor het negatieve oordeel van anderen. Cliënten met een Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis zijn geneigd werk of beroepsmatige taken te vermijden uit angst voor de sociale contacten die dit werk met zich meebrengt. Die vermindering kan zo ver gaan dat ze daardoor promotiekansen of ontwikkelingskansen op het werk laten liggen. Ook op andere levensgebieden vermijden ze contact met andere mensen, zeker als ze nog niet de zekerheid hebben dat anderen hen wel waarderen. Zo zullen mensen met een Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis vrijwel nooit de eerste stap zetten in het maken van contact met iemand die ze niet kennen. Ook in relaties met mensen die ze wel beter kennen speelt vermindering een grote rol. In dergelijke intieme relaties vermijden ze bijvoorbeeld iets te delen over hun diepe gevoelens, gedachten, fantasieën en verlangens, uit angst daarom raar gevonden te worden, of belachelijk gemaakt te worden. Die bezorgdheid om het negatieve oordeel van anderen houdt deze cliënten zo sterk bezig dat ze hierover blijven piekeren, lang voorafgaand aan een sociale situatie of nadat die situatie geweest is. Tijdens ontmoetingen met mensen die ze nog niet of nauwelijks kennen, zullen deze cliënten vaak stilvallen en de kat uit de boom kijken uit angst niet goed genoeg te zijn. Ze voelen zich vaak niet zo goed, slim of aantrekkelijk als de meeste mensen. Tot slot kan de angst fouten te maken en daardoor negatief beoordeeld te worden zo groot zijn dat ze daardoor nieuwe activiteiten vermijden.

De Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis heeft veel overlap met de sociale angststoornis, gegeneraliseerde vorm. Ook bij die stoornis is er sprake van een aanhoudend patroon van angst voor het negatieve oordeel van anderen, wat leidt tot het vermijden van sociale interacties op diverse levensgebieden. Deze vermindering uit angst voor het negatieve oordeel van anderen bestaat net als bij persoonlijkheidsproblematiek ook bij de sociale-angststoornis vaak vanaf de vroege volwassenheid. In de praktijk is het dan ook vaak lastig om tussen beide stoornissen te differentiëren. Het is natuurlijk mogelijk dat beide stoornissen elkaar overlappen en deels dezelfde fenomenen beschrijven. Ook is het mogelijk dat een cliënt beide stoornissen heeft.

Hierna worden enkele differentiaaldiagnostische overwegingen beschreven.

De Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis betreft persoonlijkheidskenmerken die door de cliënten als 'eigen' worden beschouwd. De vermindering is een dermate normaal onderdeel van hun bestaan dat ze de onderliggende angst voor het negatieve oordeel van anderen vaak niet meer zo scherp ervaren. Sociale interacties worden vermeden 'omdat ze er geen zin in hebben' of 'zich niet op hun gemak voelen'. Cliënten met een sociale-angststoornis ervaren vaker nog wel de fobische angst voor het negatieve oordeel van anderen. Zij voelen zich vaker echt angstig en niet slechts 'ongemakkelijk'. Cliënten met een sociale-angststoornis vermijden die sociale situaties ook bewust, omdat ze bang zijn en niet omdat ze het 'ongemakkelijk' vinden of omdat ze 'geen zin hebben'.

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat de vermindering bij de Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis ook betrekking heeft op andere activiteiten en ervaringen dan sociale interacties (Taylor et al., 2004).



### Kenmerken Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis

- vermijden van taken of posities op het werk uit angst voor kritiek of afwijzing;
- vermijden van onbekende anderen tenzij ze de zekerheid hebben dat die anderen aardig vindt;
- gesloten in intieme relaties uit angst belachelijk gemaakt of bekritiseerd te worden wanneer ze hun gevoelens of behoeften delen;
- overmatig piekeren over sociale situaties en het mogelijk negatieve oordeel door anderen;
- teruggetrokken in nieuwe sociale situaties uit de angst niet goed genoeg te zijn;
- zelfbeeld is gekleurd door het gevoel niet goed, slim of aantrekkelijk genoeg te zijn;
- vermijden van nieuwe activiteiten uit angst zichzelf daarmee belachelijk te maken.

*Als iemand op minstens vier van de hier beschreven kenmerken bevestigend antwoordt en er is sprake van een duurzaam patroon gedurende een groot deel van het leven, dan is er sprake van een Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis.*

## 1.4 Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

De Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis wordt in de DSM-5 beschreven als een persistent patroon van belevingen en gedragingen van dwangmatigheid op diverse levensgebieden.

Cliënten met deze persoonlijkheidsstoornis hebben vaak overdreven veel aandacht voor details, orde en organisatie, waardoor ze zo in beslag genomen kunnen worden dat zij daarmee het grotere geheel of doel uit het oog verliezen. Ze hebben een sterke neiging tot perfectionisme, waardoor ze voor taken meer tijd nodig hebben dan anderen. Ze halen vaak deadlines niet, omdat ze zo hard bezig zijn hun werk helemaal goed te doen. Ze zijn erg gericht op productiviteit en efficiëntie. Cliënten met deze Dwangmatige-persoonlijkheidsproblematiek werken dan ook hard en veel, en andere activiteiten moeten vaak wijken voor het werk. Ook op andere gebieden van het leven houden ze er hoge normen op na over wat goed en fout is, waardoor ze zich kunnen ergeren aan mensen die niet volgens die normen en regels leven. Zo is het verkeer een belangrijke bron van irritaties, doordat anderen zich niet altijd houden aan de verkeersregels. Deze hoge normen over 'hoe het hoort' maakt dat deze cliënten moeite hebben met het delegeren van taken, omdat ze er niet zeker van zijn dat de ander het goed zal doen. Ze hebben dan ook de neiging om het werk van anderen achteraf alsnog te controleren. Anderen zien hen dan ook vaak als koppig of star. Een specifieke vorm van hun moeite met loslaten is de neiging van sommige cliënten tot gierigheid, waardoor het kan zijn dat ze het lastig vinden geld aan anderen en/of zichzelf uit te geven.

### Kenmerken Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis

- verliest zich in details, orde en organisatie, en verliest daardoor het grote geheel uit oog;
- perfectionistisch, waardoor deadlines niet worden gehaald of taken meer tijd kosten;

- workaholisme waardoor er geen ruimte is voor andere activiteiten of mensen;
- overmatig strenge normen, en als anderen zich daar niet aan houden roept dat vaak irritatie op;
- patroon van gierigheid en daardoor geen geld aan zichzelf of anderen uitgeven;
- moeite met het delegeren van taken als er geen zekerheid is dat de ander het doet volgens de strenge normen;
- vaak zo zeker van het eigen gelijk, en door anderen vaak als koppig en star ervaren worden.

*Als iemand op minstens vier van de hier beschreven kenmerken bevestigend antwoordt en er is sprake van een duurzaam patroon gedurende een groot deel van het leven, dan is er sprake van een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis.*

De autismespectrumstoornis (ASS) en de Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis kunnen erg op elkaar lijken in de manier hoe deze beelden zich presenteren. Toch zijn er duidelijke verschillen in de onderliggende mechanismen (Spek et al., z.j.).

De meeste overlap tussen beide beelden heeft te maken met het vasthouden aan hetzelfde, routines en rituelen. Anders dan bij ASS is de moeite die cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis hebben om die rituelen en routines los te laten vaak wat later in de ontwikkeling ontstaan. Die rigiditeit was in de kindertijd nog niet zo sterk aanwezig. Verder is het vasthouden aan routines en rituelen voor cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis vaak gevoed door een behoefte aan efficiëntie. Bij mensen met ASS is de drijfveer om vast te blijven houden aan routines vaker 'het moet kloppen' en het voorspelbaar houden van dingen.

Een ander overlappend kenmerk tussen beide beelden kan zijn dat cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis zich, net als die met ASS, kunnen verliezen in activiteiten en interesses. Dwangmatige cliënten streven hierbij vooral naar perfectie en niet zozeer naar volledigheid, zoals die met ASS. Bij cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis speelt verder de behoefte aan waardering of goedkeuring door anderen een rol bij dit perfectionisme, in tegenstelling tot mensen met ASS.

Een kenmerk van ASS is de beperkte sociaal-emotionele wederkerigheid. Deze beperkte wederkerigheid is niet passend bij cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Zij zijn wel in staat om andere mensen aan te voelen en te troosten. Ook hebben dwangmatige cliënten, anders dan die bij ASS, geen beperkingen in de non-verbale communicatie. Cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis kunnen daarom adequaat oogcontact maken en kunnen doorgaans ook de non-verbale signalen van anderen goed lezen. Hoewel zij soms hoge eisen kunnen stellen aan anderen, zijn ze in principe wel in staat om wederkerige vriendschappen op te bouwen. Dat is minder goed mogelijk voor mensen met ASS. ASS kan zich verder kenmerken door stereotiepe motoriek, taal en gedrag. Dat is niet kenmerkend voor cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Ten slotte is er bij de laatste groep geen sprake van sensorische ondergevoeligheid voor honger, dorst, warmte en kou. Wel kunnen cliënten met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis soms zo in beslag genomen worden door de hoge eisen die ze aan zichzelf stellen dat ze zich wat minder goed bewust zijn van die lichaamssignalen.

## 1.5 Tot slot

---

In het theoretische deel (► H. 2) gebruiken wij de meer ‘formele taal’ die in de meeste artikelen en handboeken over schematherapie gebruikt wordt. Zo wordt er in ► H. 2 gesproken over modi, bijvoorbeeld Copingmodi en Kritische modi. In de hoofdstukken die gaan over de praktische uitwerking gebruiken wij veelal begrippen zoals die door veel therapeuten in de praktijk gebruikt worden. Zo gebruiken wij dan bijvoorbeeld de term ‘Kritische kant’ in plaats van ‘Kritische modus’. In verband met de leesbaarheid en gezien het feit dat de meeste cliënten vrouw zijn (Ten Have et al., 2022), gebruiken wij voor de cliënt ‘zij’.



# Ontwikkelingen in schematherapie: Concepten en begrippen

Dit hoofdstuk werd geschreven door Arnaud Arntz \*, Hannie van Genderen en Remco van der Wijngaart

- 2.1 Inleiding – 13**
- 2.2 Ontstaan van schematherapie voor de cluster C-persoonlijkheidsstoornis – 13**
- 2.3 Onderzoeksbevindingen – 13**
  - 2.3.1 Speciale populaties – 15
  - 2.3.2 Groeps-schematherapie – 16
- 2.4 Concepten en begrippen – 17**
  - 2.4.1 Relatie tussen basisbehoeften, schema's, copingstijlen en modi – 18
- 2.5 De therapeutische relatie – 30**
  - 2.5.1 Hanteren van de therapeutische relatie – 30
- 2.6 Methoden en technieken – 37**
  - 2.6.1 Ervaringsgerichte technieken – 37
  - 2.6.2 Cognitieve technieken – 39
  - 2.6.3 Gedragmatige technieken – 39
  - 2.6.4 Versterken van de Gezonde Volwassene – 40
  - 2.6.5 Stimuleren van het Gelukkige Kind en leren uiteten van boosheid – 40

\* Arnaud Arntz is emeritus hoogleraar Klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij actief als klinisch psycholoog bij het Academisch Centrum voor Trauma en Persoonlijkheid (ACTP). Hij droeg (en draagt nog steeds) bij aan de ontwikkeling van schematherapie en de empirische validering ervan.

- 2.7 Fasering en doelstellingen – 40**
- 2.7.1 Introductie en casusconceptualisatie – 41
- 2.7.2 Behandeling in drie fasen – 41
- 2.8 Samenvatting – 42**

## 2.1 Inleiding

---

In dit hoofdstuk worden de *theoretische uitgangspunten* voor dit boek uiteengezet. Daarbij is gebruikgemaakt van de nieuwe theoretische inzichten die beschreven staan in het artikel ‘Towards a reformulated theory underlying schema therapy’ (Arntz et al., 2021). Er worden daarin drie *nieuwe schema’s* voorgesteld en de formulering van *copingstijlen en Copingmodi* is gewijzigd. Op grond van de nieuwe inzichten in de *relatie tussen de schema’s, copingstijlen en modi*, is er een groter aantal, meer gedifferentieerde modi beschreven.

Na de beschrijving van de gebruikte concepten (2.3) zal in het tweede deel van dit hoofdstuk een kort overzicht van de gebruikte methoden en technieken volgen (2.4).

## 2.2 Ontstaan van schematherapie voor de cluster C-persoonlijkheidsstoornis

---

Traditioneel werd cluster C-problematiek vaak niet herkend en werden cliënten voor syndroomstoornissen als depressie, angststoornissen of verslaving behandeld. Bij ‘persoonsgerichte psychotherapie’, zoals psychodynamische psychotherapie en cliëntgerichte therapie, werd natuurlijk wel ingegaan op achterliggende persoonlijkheidsproblematiek. Toen er meer aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen als officiële diagnose kwam, waren deze persoonsgerichte behandelingen dan ook vaak eerste keuze voor cliënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Overigens werd ook vaak verondersteld dat persoonlijkheidsstoornissen niet te behandelen waren, met als gevolg dat er bij deze diagnose niks anders restte dan laagfrequente steunende contacten. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw werden ook cognitief gedragstherapeutische (CGT) behandelingen ontwikkeld, vooral voor de Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis – wellicht vanwege het feit dat exposure en assertiviteitstraining voor de hand liggende behandelingen leken. In de eerste toepassingen van CGT werd echter ook gevonden dat de effecten in het intimiteitsdomein achterbleven (Alden, 1989). Een overzicht van de vroege studies naar behandeling van cluster C wordt gegeven in Simon (2009). Met de validering van schematherapie voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis (Giesen-Bloo et al., 2006) kwam ook de onderzoeksvraag op of schematherapie een effectieve behandeling kon bieden voor cluster C-persoonlijkheidsproblematiek. Daartoe werden speciale schemamodusmodellen voor cluster C ontwikkeld en gevalideerd (Bamelis et al., 2011). Met de conceptualisatie van cluster C-problematiek in termen van schemamodi kon een aan deze problematiek aangepaste vorm van schematherapie voorgesteld en getoetst worden (Arntz, 2012). De studies hiernaar worden in de volgende paragraaf besproken.

## 2.3 Onderzoeksbevindingen

---

Er zijn slechts enkele studies gedaan naar de effectiviteit van schematherapie voor cluster C-persoonlijkheidsproblematiek. Voor zover ons bekend, werd de eerste gerandomiseerde klinische trial (RCT) uitgevoerd door Bamelis et al. (2012, 2014). In deze studie werd individuele schematherapie vergeleken met een aangepaste vorm van *client centered therapy* (CCT), geheten *clarification oriented psychotherapy* (COP; Sachse, 2001), en

met de voor de individuele cliënt optimale vorm van gebruikelijke behandeling ('*treatment as usual*', TAU). Aan deze multicenterstudie, die uitgevoerd werd in twaalf ggz-instellingen in Nederland, namen 320 cliënten deel, met ofwel een Cluster C-, ofwel een paranoïde-, theatrale- of narcistische-persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose. Het overgrote deel van de deelnemers (90 %) had een cluster C-persoonlijkheidsstoornis als primaire diagnose, met 51 % een Vermijdende-, 11 % een Afhankelijke- en 28 % een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis. Omdat de cluster C-persoonlijkheidsstoornissen domineerden, en omdat de primaire diagnose geen invloed had op de effecten, kunnen we de resultaten als geldend voor cluster C beschouwen. Als een deelnemer gerandomiseerd werd naar TAU, bepaalde de intakestaf wat de optimale behandeling zou zijn voor deze specifieke deelnemer. Na afloop bleek dat dit in 74 % van de gevallen een vorm van psychodynamische psychotherapie geweest was, met 32 % steunende en 42 % openleggende psychodynamische psychotherapie. CGT werd in 19 % van de gevallen aangeboden, en 5 % kreeg (aanvankelijk) geen behandeling. Het schematherapieprotocol bestond uit veertig individuele sessies in het eerste jaar, gevolgd door maximaal tien individuele boostersessies in jaar twee. Drie jaar na de start, dus een jaar na de laatste boostersessie in het geval van schematherapie, namen onafhankelijke beoordelaars, die onbekend waren met de behandelconditie, opnieuw SCID's af om de diagnoses vast te stellen. Uit de resultaten bleek dat een jaar na beëindiging van de behandeling 82 % van degenen die schematherapie hadden gekregen niet meer aan een persoonlijkheidsdiagnose voldeed. Dit was een significant beter resultaat dan de 55 % die met TAU werd behaald en de 61 % die met COP werd behaald. Ook het algemeen functioneren (GAF-score) en het sociaal en maatschappelijk functioneren (SOFAS) verbeterden significant meer met schematherapie dan met TAU en COP. Comorbide depressie, in 45 % van de steekproef op baseline aanwezig, verdween significant vaker bij schematherapie dan bij TAU (13,5 vs. 25,2 % een depressieve stoornis op 3 jaar). Opvallend was echter dat in tegenstelling tot de op interviews gebaseerde resultaten, de zelfrapportages geen verschillen tussen de behandelingen lieten zien. De auteurs voeren als mogelijke verklaring aan dat er met geobjectiveerde indicatoren meer verbetering kan optreden dan in de beleving van de cliënt. In lijn hiermee bleek de drop-out uit schematherapie veel lager te zijn dan uit TAU (15,4 vs. 40,5 %), met andere woorden: schematherapie was voor deelnemers veel acceptabeler en beter te verdragen dan TAU. Er was geen significant verschil met COP (20,8 % drop-out).

Een onverwachte bevinding was dat de manier van trainen van schematherapie een fors effect had op de uitkomsten. Terwijl het eerste cohort van therapeuten vooral getraind werd middels verbale instructie en het bekijken van video's, werd het tweede cohort getraind met een focus op het oefenen van specifieke schematherapeutische technieken. Naar schatting werd bij het eerste cohort 25 % van de trainingstijd aan oefenen besteed, tegenover 75 % bij het tweede cohort. Uit onafhankelijke beoordelingen van opnames van sessies bleek vooral in de middenfase het tweede cohort schematherapeuten meer schematherapeutische technieken toe te passen dan het eerste cohort. Het tweede cohort therapeuten had een veel lagere drop-out en veel betere klinische effecten dan het eerste cohort. De superieure effecten van schematherapie werden vooral bewerkstelligd door het tweede cohort. Daarmee was de studie van Bamelis et al. (2014) een van de weinige die de relatie tussen manier van trainen en effecten op patiëntniveau onderzocht, en bovendien een klinisch relevant effect vond.

De RCT van Bamelis et al. (2014) omvatte ook een economisch onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de behandelingen. Uit dit onderzoek bleek dat schematherapie

kosteneffectiever was dan TAU en COP: betere effecten én lagere kosten in de gehele onderzoeksperiode van drie jaar bij schematherapie dan bij de andere behandelingen (Bamelis et al., 2015). De hogere drop-out bij TAU leidde niet tot lagere zorgkosten, omdat deelnemers vervolgens weer andere behandelingen ontvingen. Grosso modo waren de zorgkosten van schematherapie en TAU vergelijkbaar, en van COP aanmerkelijk hoger – samenhangend met het feit dat dit een openeindebehandeling was. De lagere totale kosten van schematherapie hingen vooral samen met meer en eerdere terugkeer naar het arbeidsproces. Samengevat: hoewel vijftig sessies schematherapie kostbaar lijken te zijn, is deze behandeling qua zorgkosten niet duurder dan TAU en levert die de maatschappij bovendien meer op.

In kwalitatieve studies werden de ervaringen van patiënten en therapeuten onderzocht (De Klerk et al., 2017; Ten Napel-Schutz et al., 2011, 2017). Uit de therapeutenstudie bleek onder meer dat het schematherapiemodel en de technieken erg aanspraken en in een behoefte voorzagen, maar dat men kritisch was over de beperkte duur van de behandeling (maximaal vijftig sessies) en over de (eerste) training: er was meer behoefte aan zelf oefenen van technieken en aan het veilig bespreken van ervaringen met het oefenen en van eventuele ervaren weerstand tegen bepaalde technieken. Deze feedback heeft (als het goed is) de wijze van trainen van schematherapie beïnvloed. Therapeuten gaven verder aan dat intervisie essentieel was en dat ze frequente supervisie door een expert misten. Uit de feedback van cliënten kwam naar voren dat het modusmodel als erg nuttig werd gezien, dat de therapeutische relatie werd gewaardeerd en dat experiëntiele technieken als emotioneel belastend maar uiteindelijk zeer belangrijk werden gezien. Verder kwam naar voren dat er behoefte was aan meer uitleg over de experiëntiële technieken. Ook cliënten gaven aan moeite te hebben met de begrenzing van de duur van de therapie. Vanwege de zeer goede resultaten van het protocol met vijftig sessies besloten de onderzoekers in plaats van een openeinde therapie te adviseren, een goede uitleg aan en geruststelling van cliënten in het protocol in te bouwen. Het bleek namelijk dat veel deelnemers na de behandeling ook zonder therapie nog verder verbeterd waren en in hun ervaren vermogen om (al dan niet zelf gebruikmakend van schematherapeutische technieken) het leven zonder hulp aan te kunnen. We kunnen nu aan cliënten uitleggen hoe waardevol het is om het eerst een jaar zonder therapie te proberen, omdat dit de gelegenheid geeft om in zelfvertrouwen te groeien. Bovendien helpt het hen om af te komen van het zelf-stigma van de chronische patiënt, die voor het hele leven van de zorg afhankelijk zal blijven (onder de deelnemers waren veel cliënten die langdurig in zorg waren en/of veel behandelingen hadden gehad).

### 2.3.1 Speciale populaties

---

Een veelgehoord idee onder klinici is dat autisme een contra-indicatie is voor schematherapie. Nu is autisme uiteraard niet te behandelen (hoogstens is psycho-educatie en vaardigheidstraining te geven), doch de combinatie van autisme en persoonlijkheidsstoornissen komt wel veel voor en cluster C-persoonlijkheidsstoornissen zijn daarin sterk vertegenwoordigd (Vuijk et al., 2018). Merk op dat het huidige inzicht niet is dat er óf een diagnose autismespectrumstoornis (ASS) is, óf een persoonlijkheidsstoornis, maar dat deze stoornissen comorbide kunnen zijn. Vuijk et al. (2023) testten in een multiple-case-series-studie of schematherapie werkzaam is bij dergelijke comorbide condities en of CGT-technieken verschilden in (kortetermijn-)effecten van ervaringsgerichte



technieken. Onder de 12 deelnemers werden op grond van de SCID-II meestal meerdere persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd, waarbij de dwangmatige (10) en de vermijdende (8) het meest voorkwamen. Bij de meeste deelnemers waren er positieve effecten van schematherapie, maar bij ongeveer een derde van de deelnemers was er totaal geen effect. We weten niet wat nu precies de kenmerken zijn van deze subgroep van non-responders, dus we kunnen zeker niet zeggen dat ASS een contra-indicatie is voor schematherapie. Opmerkelijk was verder dat de ervaringsgerichte technieken het zeker niet slechter deden dan de CGT-technieken, wat opnieuw een veel bestaand idee ontkrachtte.

Een tweede klinisch idee dat aan het verdwijnen is, is dat ouderen niet te behandelen zouden zijn met schematherapie. Videler et al. (2018) testten met een multiple-baseline-case-series-design de effecten van schematherapie in een steekproef van ouderen met een gemiddelde leeftijd van 69 jaar, allen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Terwijl tijdens baseline geen veranderingen in idiosyncratische kernovertuigingen optraden, waren de veranderingen tijdens schematherapie groot. De effecten bleven behouden tijdens een follow-upperiode na therapie. Zeven van de acht deelnemers hadden na behandeling niet langer een diagnose van een persoonlijkheidsstoornis. Deze studie geeft dus aan dat een hogere leeftijd geen contra-indicatie is voor schematherapie.

### 2.3.2 Groeps-schematherapie

---

De belangstelling voor groeps-schematherapie (GST) à la Farrell en Shaw (Farrell et al., 2016) heeft ook geleid tot de ontwikkeling van vormen van GST voor cluster C. In een vroege pilotstudie door Skewes et al. (2015) werden grote effecten gevonden van een GST-protocol van 20 sessies, aangevuld met 5 individuele sessies. Dit ging aanvankelijk om een gemengde groep, maar de twee deelnemers met een borderline-persoonlijkheidsstoornis trokken zich terug, omdat ze hun sterkere emotionele uitingen als te belastend voor de andere (allen cluster C-) deelnemers ervoeren. Dit is een aanwijzing dat het beter is om de groepsbehandeling van cluster C gescheiden aan te bieden van die voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis. Bij groepsbehandelingen is de roep om een semigesloten format groot, omdat de tussentijdse momenten van uit- en instroom de klinische implementatie vergemakkelijken. Immers, het is dan niet nodig om grote cohorten op te bouwen met cliënten die (soms lang) wachten op de start van de behandeling, en eventuele drop-outs kunnen vrij snel vervangen worden. Tjoa (zie Tjoa en Muste, 2021) heeft daartoe een protocol ontwikkeld, dat vergeleken werd met groeps-CGT in een RCT naar de behandeling van de dubbeldiagnose van sociale-angststoornis en Vermijdende-persoonlijkheidsstoornis (Baljé et al., 2016). Het GST-protocol bestond uit dertig sessies groepstherapie en maximaal 180 minuten individuele schematherapie; het groeps-CGT protocol volgde Heimberg (Heimberg et al., 1990) en focuste vooral op cognitief uitdagen van disfunctionele gedachten en exposure in vivo. In deze studie werden geen significante verschillen in klinische effectiviteit gevonden, maar de behandelings-drop-out was bij GST veel lager dan bij groeps-CGT (35 % vs. 62 %). De studie geeft niet alleen aan dat schematherapie voor meer deelnemers een aanvaardbare en te tolereren behandeling is, maar ook dat bij sterk vermijdingsgedrag de inzet van exposure overwogen moet worden, omdat de groeps-CGT wel naar sterkere effecten op sommige maten tenderde.

Dit protocol van Tjoa werd in enigszins aangepaste vorm (zie Tjoa en Muste, 2021) verder in een grote multicenter-open-trial getest als behandeling voor cluster C (Wibbelink et al., 2023). Van de 137 deelnemers had 78 % een Vermijdende-, 8 % een Afhankelijke- en 14 % een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis als eerste diagnose. Er werden grote effecten gevonden, waarbij opnieuw de verbetering zich in het jaar na einde van therapie voortzette. Bij de Afhankelijke-persoonlijkheidsstoornis was dit effect zelfs zo sterk, dat verbetering pas optrad ná de beëindiging van de therapie (wat suggereert dat een behandeling met gelimiteerde tijd een therapeutisch effect heeft). Deelnemers met een Dwangmatige-persoonlijkheidsstoornis leken minder te profiteren dan de andere deelnemers, maar ze hadden op baseline ook relatief minder ernstige problemen, wat de ruimte om te verbeteren verkleint. Het kan ook zo zijn dat GST minder geïndiceerd is voor de dwangmatige problematiek. De drop-out gedurende de 30 GST-sessies was laag: 12 %, wat opnieuw op grote aanvaardbaarheid van de behandeling wijst. Op basis van feedback van deelnemende therapeuten werd besloten om het aantal individuele minuten te verhogen tot driehonderd en het aantal boostersessies te verminderen tot vier. Dit aangepaste protocol wordt op dit moment getest op (kosten)effectiviteit in een groot multicenter-onderzoek, waarbij GST wordt vergeleken met individuele schematherapie en met TAU (Groot et al., 2022). Een belangrijke vraag is of er bepaalde kenmerken van de cliënt zijn, zoals autistische trekken, introversie of veel trauma's in de kindertijd, die voorspellen of IST of GST meer geïndiceerd is. Die bevindingen kunnen in de toekomst helpen bij indicatiestelling.

## 2.4 Concepten en begrippen

---

De concepten basisbehoeften, schema's, copingstijlen en modi zijn bekend in de schematherapeutische literatuur. Voor meer achtergrondinformatie daarover verwijzen wij daarom naar de al aanwezige literatuur (Arntz & Jacob, 2012; Brockman et al., 2023; Van Genderen & Arntz, 2021; Young et al., 2005).

Er is in de internationale gemeenschap van schematherapeuten al enige tijd discussie over het gebruik van deze begrippen. In het begin van de ontwikkeling van schematherapie lag het accent tijdens de behandeling op het gebruik van schema's, maar geleidelijk aan verschoof het accent steeds meer naar modi. Beide concepten werden naast elkaar gebruikt en dat kon voor verwarring zorgen, omdat het verband tussen schema's, copingstijlen en modi niet uitgewerkt was. Ook de termen copingstijlen en Copingmodi leidden nogal eens tot spraakverwarring. Kortom, er was behoefte aan meer duidelijkheid over de verbanden tussen de verschillende concepten. Het eerste onderzoek naar de relatie tussen schema's, copingstijlen en modi (Rijkeboer & Lobbstaël, 2012) maakte het verband tussen de concepten, schema's, copingstijlen en modi duidelijker. Vervolgens is een internationale werkgroep zich over de theoretische uitgangspunten gaan buigen. Een werkgroep onder leiding van prof. dr. Arnoud Arntz en prof. dr. Marleen Rijkeboer streefde naar het verkrijgen van meer inzicht in de theoretische fundamenteën van schematherapie en de concepten die daarbij gebruikt worden. Zij kwamen met een aantal nieuwe inzichten in de theorie over de samenhang tussen basisbehoeften, schema's, copingstijlen en modi (Arntz et al., 2021). Hoewel het onderzoek naar deze nieuwe concepten, waar meer dan 60 onderzoekers uit 32 landen aan meedoen, nog gaande is, vinden wij deze nieuwe inzichten nu al relevant genoeg om in dit boek te gaan gebruiken. Wij gaan ervan uit dat de bestaande begrippen voldoende bekend zijn en zullen alleen de nieuwe inzichten hierna kort toelichten.

## 2.4.1 Relatie tussen basisbehoeften, schema's, copingstijlen en modi

### 2

#### Basisbehoeften en schema's

Schematherapie gaat ervan uit dat persoonlijkheidsstoornissen ontstaan doordat in de jeugd van de cliënt een aantal basisbehoeften niet zijn vervuld. Jeffrey Young (1990) formuleerde vijf (universele) basisbehoeften die vervuld moeten worden om je als kind te kunnen ontwikkelen tot een Gezonde Volwassene. Daar worden, mede op grond van onderzoek van Dweck (2017), twee basisbehoeften aan toegevoegd: rechtvaardigheid en zelfcoherentie.

Hierna geven wij de definities van deze basisbehoeften en hiermee corresponderende schema's, zoals ontleend aan het artikel van de internationale werkgroep (Arntz et al., 2021) en persoonlijke communicatie met Arnaud Arntz (2023).

- **Rechtvaardigheid** is de behoefte dat jijzelf en anderen rechtvaardig en eerlijk worden behandeld. Als deze behoefte onvoldoende wordt vervuld, kan dit leiden tot het schema *onrechtvaardigheid*: Je ervaart de wereld als oneerlijk en onrechtvaardig, het ontbreekt de samenleving aan rechtvaardigheid en jij voelt je het slachtoffer van oneerlijkheid. Dit schema leidt tot sterke gevoelens van verontwaardiging, boosheid en machteloosheid.
- **Zelfcoherentie: een begrijpelijk zelfbeeld en beeld van de wereld** heeft betrekking op de behoefte om jezelf psychologisch intact en geworteld te voelen, zowel door de tijd heen als in verschillende contexten. Het is de behoefte om het zelf te ervaren als geïntegreerd (identiteit) en de wereld als een begrijpelijke en voorspelbare plek (betekenisvol wereldbeeld). Dus de behoefte aan antwoord op de vragen 'wie ben ik?' en 'hoe werkt de wereld of zou hij moeten werken op een manier die ik begrijp?' Deze basisbehoefte is als het ware van een hogere orde en wordt vervuld door de succesvolle integratie van de zes overige basisbehoeften. Als de behoefte aan een begrijpelijk zelfbeeld en beeld van de wereld niet wordt vervuld, kan dit leiden tot twee schema's:
- **Ontbreken van een geïntegreerd zelf (identiteit)**: Je ervaart jezelf als diffuus of bestaande uit volledig losgekoppelde delen (gedissocieerd). Dit leidt tot verwarring, vervreemding en existentiële angst.
- **Gebrek aan een begrijpelijke wereld**: Je ervaart de wereld als zinloos of onvoorspelbaar en hebt het gevoel dat je losgekoppeld bent van de processen die in de wereld plaatsvinden. Dit leidt tot het gevoel verloren te zijn en nergens meer grip op te hebben.

Eerst wordt in [tab. 2.1](#) aangegeven hoe het onvoldoende vervullen van alle zes de basisbehoeften kan leiden tot verschillende schema's en wordt kort weergegeven wat elk schema inhoudt. Daarna zal toegelicht worden hoe deze schema's in combinatie met copingstijlen kunnen leiden tot modi.

#### Copingstijlen

Jeffrey Young (1990) stelde dat er drie manieren zijn om met de activatie van schema's om te gaan:

- **Overgave**: Je voelt, denkt en gedraagt je alsof het schema waar is.
- **Vermijding**: Vermijden dat de gevoelens die door het schema worden opgeroepen worden geactiveerd en ervaren.
- **Overcompensatie**: Je voelt, denkt en doet alsof juist het tegenovergestelde van het schema waar is, en je gedraagt je dus alsof het tegenovergestelde waar is.

■ **Tabel 2.1** Relatie tussen (tekort aan vervullen van) basisbehoeften en schema's

Onvervulde basisbehoefte	Kan leiden tot een schema	Denkbeelden
Acceptatie, verbondenheid, veiligheid en voorspelbaarheid	1. Wantrouwen en misbruik	Niemand is te vertrouwen. Anderen zullen misbruik van mij maken, mij bedriegen, manipuleren of vernedern.
	2. Verlating en instabiliteit	Iedereen laat mij vroeg of laat in de steek. Ik kan er niet van uitgaan dat anderen mij echt zullen steunen of voor mij klaarstaan als dat nodig is.
	3. Sociaal isolement	Ik hoor er niet bij. Ik ben heel anders dan andere mensen. In groepen val ik er altijd buiten.
	4. Emotionele verwaarlozing	Niemand houdt van mij of begrijpt mij. Anderen zullen mij geen aandacht, warmte of goede raad geven. Zij luisteren niet naar mij en ik kan mijn gevoelens niet met hen delen. Ik sta er alleen voor.
	5. Minderwaardigheid en schaamte	Ik ben innerlijk slecht en waardeloos. Ik ben onaantrekkelijk. Als anderen mij echt leren kennen, zullen zij daar ook achter komen en mij afwijzen. Ik schaam me voor mezelf.
Bekwaamheid (competentie) en autonomie	6. Afhankelijkheid/incompetentie	Ik ben hulpeloos en afhankelijk van anderen. Ik kan dagelijkse dingen niet aan. Anderen moeten mij helpen in dagelijkse situaties of als ik iets nieuws moet doen.
	7. Mislukking	Ik kan niks. Ik ben dom en heb nergens talent voor. Ik ben niet in staat om hetzelfde te presteren als mijn leeftijdsgenoten op het gebied van opleiding, werk of sport.
	8. Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	Overall dreigt gevaar. Er kan elk moment iets vreselijks gebeuren met mij of de mensen waar ik om geef. Ik ben bang om ziek te worden of dat er een (natuur)ramp gebeurt. Als het misgaat, weet ik niet hoe ik mijzelf en anderen moet helpen.
	9. Verstrengeling	Ik ben overdreven betrokken bij mijn ouders en familie. Ik doe alles hetzelfde als zij en weet niet wie ik ben of wat ik wil. Als er niemand in de buurt is, voel ik mij alleen en doelloos.

(vervolg)