

Scholenstrijd of keuzemogelijkheid?

Behandeling bij cluster C vanuit affectfobietherapie en schematherapie

De effectiviteit van affectfobietherapie (AFT) en schematherapie (ST) is voor de behandeling van patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen in verschillende onderzoeken aangetoond. AFT en ST zijn beide integratieve psychotherapeutische behandelingen die veelal in groepsbehandeling worden toegepast. In dit artikel worden deze behandelingen naast elkaar gezet en vergeleken aan de hand van een fictieve casus.

Door Eelco Muste en
Miriam Saschowa

De DSM-5 Cluster C persoonlijkheidsstoornissen omvat de vermijdende, de afhankelijke en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis. Angst en overmatige remming is kenmerkend voor deze cluster C persoonlijkheidsstoornissen. De problematiek is internaliserend van aard: de patiënt lijdt vaak in stilte en bezorgt de omgeving weinig last. De vermijdende persoonlijkheidsstoornis komt bij een aanzienlijke groep voor, namelijk naar schatting bij 1,4% van de algemene bevolking. De afhankelijke persoonlijkheidsstoornis komt bij 0,8% en de dwangmatige persoonlijkheidsstoornis bij 2,0% voor. Van de mensen die zich aanmelden bij de ggz heeft naar schatting 14,7% een vermijdende, 8,9% een afhankelijke en 11,0% een dwangmatige persoonlijkheidsstoornis (Factsheet Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, 2016). Onderzoek tot nog toe laat zien dat verschillende vormen van psychotherapie effectief zijn en dat deze effecten behouden blijven als de therapie is afgerond. Dit geldt zowel voor vormen van psychodynamische therapie als voor vormen van cognitieve gedragstherapie (Leichsenring en Lieblich, 2003; Svartberg, Stiles en Seltzer 2004). Het doel van dit artikel is het aanzetten tot een discussie over de generieke en specifieke

factoren van twee behandelmodellen die bij behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen worden toegepast. We doen dit door één casus door twee experts in een behandelmethodiek te laten uitschrijven en de gelijkenissen en verschillen te bespreken. De behandeling van een patiënt met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis wordt vanuit de affectfobietherapie (AFT) en schematherapie (ST) beschreven.

Na een korte beschrijving van de methodieken, wordt de casus geïntroduceerd. De casus is gefingeerd. De auteurs hebben beiden een zoveel mogelijk gelijkende casus gekozen, die typerend is voor de problematiek die behandeld wordt, en elementen uit de afzonderlijke casussen bijeengebracht in de beschrijving van Tom.

De beschreven behandelingen zijn gesitueerd in een deeltijdbehandeling, dus in een multidisciplinaire groepssetting. De intensiteit en de multidisciplinaire aanpak in een groep is behulpzaam bij mensen die sterk vastgelopen zijn en al meerdere ambulante behandelingen zonder blijvend effect achter de rug hebben.

Situering behandelmodellen

AFT wordt geschaard onder de kortdurende psychodynamische psychotherapie en ST onder de cognitieve gedragstherapie. In beide gevallen gaat het om integratieve vormen van psychotherapie, waarin elementen uit psychodynamische, experiëntiële, cognitieve en gedragstherapie gecombineerd worden.

Het AFT-behandelmodel is ontwikkeld door McCullough (1997; McCullough, Kuhn, Stuart, Kaplan, Wolf en Hurley, 2003) en voor Nederland beschreven door onder andere

Van Dam (2016; Van Dam en Hamburger, 2014; De Wolf, 2006). AFT gaat ervan uit dat klachten van de patiënt samenhangen met angst voor onderliggende adaptieve activerende gevoelens en behoeften. In de behandeling wordt de angst gedesensitiseerd door de patiënt aan te moedigen de vermijding te doorbreken (responspreventie) en de activerende gevoelens te leren verdragen (exposure).

In beide gevallen gaat het om integratieve vormen van psychotherapie

McCullough (1997) beschrijft dat het AFT-behandelmodel juist geschikt is voor de cluster C persoonlijkheidsstoornissen, omdat AFT gericht is op het doorbreken van de vermijding van gevoelens. Hoewel McCullough dit model ontwikkelde voor individuele kortdurende ambulante psychotherapie, wordt het model ondertussen ook in andere settings toegepast. Van Aken en Gilhuis (2008) beschrijven de toepassing in groepspsychotherapie. AFT in de groep biedt meer nog dan in individuele behandeling de kans om te oefenen in het aangaan van contact met anderen (nabijheid) en het beleven van de gevoelens in deze contacten. De groepscontext biedt de mogelijkheid om middels exposure in vivo de angst daarvoor te desensitiseren.

ST is ontwikkeld door Jeffrey Young (Young, Klosko en Weishaar, 2005). Het betreft een

integratieve vorm van psychotherapie, die uitgaat van de visie dat lang bestaande klachten en (persoonlijkheids)problemen voortkomen uit schema's. Schema's ontstaan als er een tekort is in de vervulling van basisbehoeften. Zij bestaan uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen en hebben betrekking op

*Hij vermijdt contacten,
profileert zich niet
en past zich
overmatig aan*

de patiënt zelf en diens relaties met anderen. De behoeften aan veilige verbinding, autonomie, realistische grenzen, zelfexpressie en spontaniteit en spel, worden als universeel gezien. Door in de behandeling aan te sluiten bij deze onderliggende behoefte en de patiënt hiermee terug in contact te brengen, kan er heling plaatsvinden.

Op het moment dat er een schema of een aantal schema's met bijbehorende copingstijlen geactiveerd wordt, komt de patiënt in een zogenoemde modus. Een modus is een gemoedstoestand die het denken, voelen en handelen op het moment zelf bepaalt.

ST is van oorsprong een individuele ambulante behandeling en werd doorontwikkeld tot klinische en deeltijdvarianten (o.a. Muste, Weertman, & Claassen (red.), 2009; Reiss, Lieb, Arntz, Shaw en Farrell, 2014). Het modusmodel staat tegenwoordig in veel groepsbehandelingen centraal (Farrell en Shaw, 2012; Farrell, Reiss en Shaw, 2015).

Gefingeerde casus Tom

Reden van aanmelding

Tom is een 24-jarige student Engelse taal- en cultuurwetenschappen. Tom meldt zich aan omdat hij onvoldoende opknapt van stemmings- en sociale angstklachten, ondanks meerdere ambulante individuele CGT-behandelingen. Hierdoor stagneert zijn studie. Hij woont sinds anderhalf jaar weer thuis bij zijn ouders en hij is sociaal geïsoleerd. Hij heeft weinig contact met leeftijdsgenoten en durft geen relaties met vrouwen aan te gaan, terwijl hij hiernaar wel sterk verlangt.

Achtergrond

Tom groeide op in een gezin met twee zusjes, een overmatig kritische vader en een overbezorgde moeder, die ook bekend is met angstklachten. Moeder nam Tom veel uit handen. Zij remde de opbouw van een gezond zelfgevoel door haar angstige aard en overbeschermdende reacties, waaruit Tom de conclusie trok het niet zelf te kunnen. Omgekeerd wilde Tom zijn moeder niet belasten omdat hij zag dat zij het zwaar had. Bij vader ervoer Tom teleurstelling over hem en hij miste de gevoelsmatige betrokkenheid van vader. Hij kreeg het gevoel het nooit goed te kunnen doen. In het gezin heerste veel spanning omdat vader onverwacht boos kon worden. Tom, van nature al wat angstig, reageerde hierop door zich aan te passen, zijn best te doen voor vader en zich stil terug te trekken op zijn kamer.

Klachten en problemen

In het contact valt de vriendelijke, aangepaste presentatie van Tom op. Hij toont zich geremd. Er is sprake van een ontwijkende persoonlijkheid. Bij Tom staat vermijding voorop; hij vermijdt contacten, trekt zich

terug, profileert zich niet en past zich overmatig aan. Hij vermijdt gevoelens door afleiding te zoeken in games en series kijken. Hij piekert veel en voelt zich somber. Tom is erg bang om afgekeurd te worden. Hij is bang dat mensen hem niet moeten, als ze hem echt leren kennen. Zijn schaamte over zichzelf en zijn binnenwereld is groot en dit belemmert het aangaan van contacten. Ook is er de neiging bij Tom zich afhankelijk op te stellen, klein te maken en goedkeuring en bevestiging te zoeken, zeker bij vader. Het gevolg van bovenstaande is dat Toms zelfgevoel negatief blijft. Hij gaat zijn behoefte aan verbinding uit de weg en komt niet toe aan het ontwikkelen van gezonde autonomie. Gevoelens van plezier en spontaniteit krijgen onvoldoende ruimte.

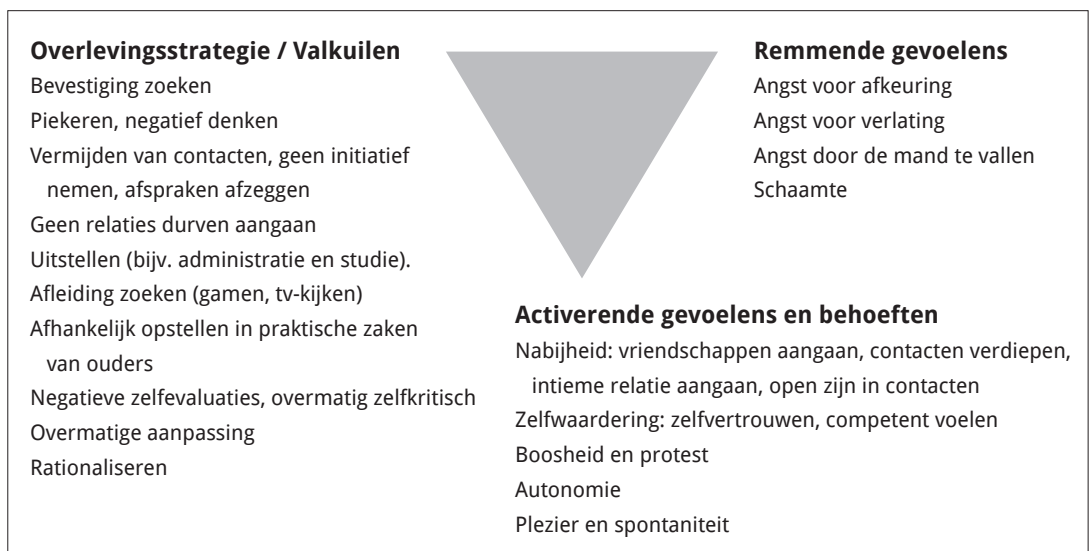
Casusconceptualisaties

De klachten, problemen en onderliggende dynamiek wordt binnen AFT en ST samen-

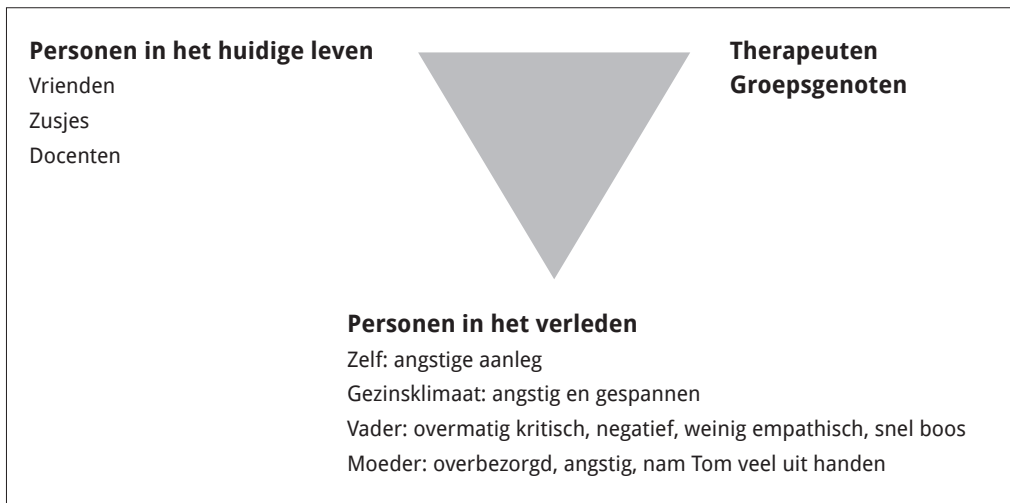
gevat in een casusconceptualisatie.

In AFT wordt gebruikgemaakt van de schematische weergave van de innerlijke dynamiek in de vorm van een Conflictdriehoek en een Personendriehoek. De Conflictdriehoek beschrijft drie elementen: (1) overlevingsstrategieën en valkuilen, (2) remmende gevoelens en (3) activerende gevoelens en behoeften.

Uitgangspunt is dat innerlijke conflicten ontstaan doordat adaptieve activerende gevoelens en behoeften in de ontwikkeling via conditionering gekoppeld zijn geraakt aan remmende gevoelens van angst, schuld en schaamte. Door de koppeling met de remmende gevoelens ontstaat een fobie voor de in oorsprong adaptieve activerende gevoelens en behoeften. De fobie gaat gepaard met vermijdingspatronen die zich vertalen in afweer. Deze vermijdingspatronen geven aanleiding tot klachten. Deze dynamiek tussen activerende gevoelens, remmende gevoelens en afweer wordt in de conflictdriehoek beschreven.



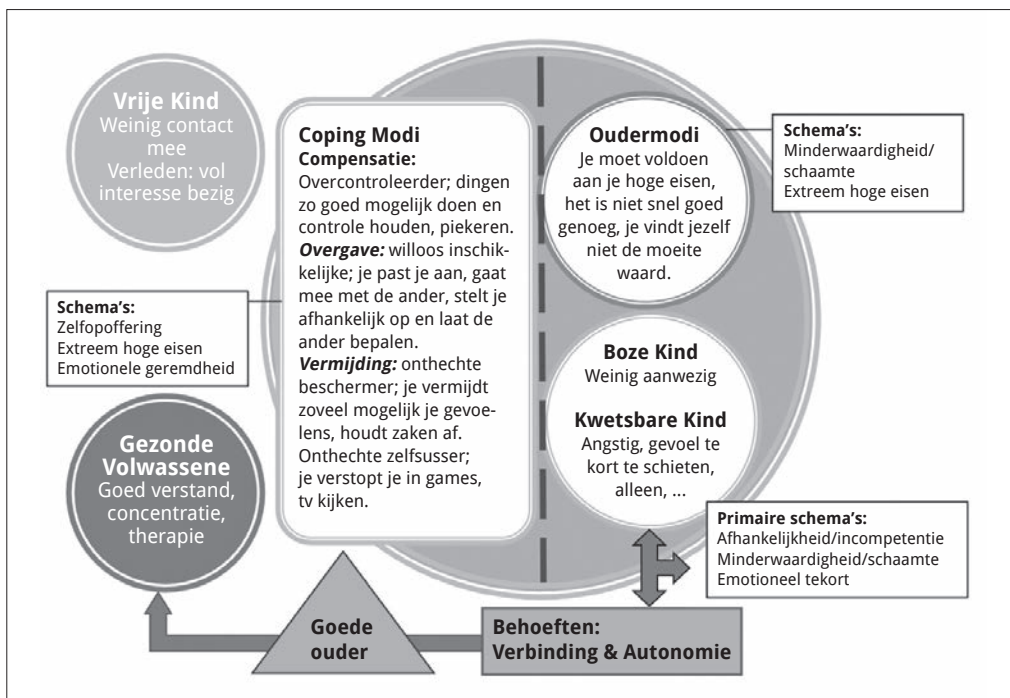
Figuur 1. Conflictdriehoek



Figuur 2. Personendriehoek

In de personendriehoek wordt beschreven hoe de innerlijke conflicten zijn ontstaan in belangrijke relaties in het verleden. De

patronen herhalen zich in actuele relaties en in de therapeutische relatie met therapeuten en groepsgenoten.



Figuur 3. Schema en modus conceptualisatie van Tom

In ST worden de verschillende modi in de casusconceptualisatie weergegeven met de belangrijkste (primaire) schema's, eventueel aangevuld met secundaire schema's bij de coping- en oudermodi.

Het uitgangspunt in dit model is dat het activeren van schema's kan leiden tot verschillende modi. De copingmodi, ook wel 'beschermers' genoemd, leiden op korte termijn tot afname van spanning. In de oudermodi zien we internalisaties van meningen en gedragingen van ouderfiguren. De veeleisende- en bestraffende-oudermodi induceren angst en schaamte. In de kindmodi komt de oude pijn van het verleden terug en hier zien we het tekort in basisbehoeften. Doel is via de goede-ouder de gezonde-volwassene te versterken en zo meer ruimte te maken voor het vrije-kind.

Aangrijpingspunten behandeling

Affectfobietherapie

In het algemeen staat de behoefte aan verbinding met behoud van autonomie centraal in de focus van behandeling binnen AFT.

Mensen worden geleid door een intrinsieke behoefte aan verbondenheid (De Wolf, 2006). Dat betekent dat de behoefte aan nabijheid een belangrijke plaats inneemt. Om hieraan te werken is de therapeutische relatie een belangrijk instrument.

Behandeling is gericht op het stap voor stap loslaten van de vermijdingspatronen om daarmee geleidelijk de adaptieve gevoelens meer te kunnen beleven en hieraan adequaat uiting te kunnen geven. Net als bij een behandeling van een fobie voor een externe stimulus, wordt hier de fobie voor de activerende gevoelens behandeld met responsprentie (van de afweer) en exposure (aan de

activerende gevoelens). In de behandeling wordt actief gewerkt rond alle drie de punten van de conflictdriehoek. Behandeling beslaat dan de volgende onderdelen: bewerken van de afweer, bewerken van het gevoel en bewerken van het zelfbeeld en het beeld van de ander. Deze stappen lopen tijdens de therapie parallel aan elkaar en niet na elkaar. In de behandeling van Tom zien deze stappen er als volgt uit.

Bij AFT staat de behoefte aan verbinding met behoud van autonomie centraal

Bewerken van de afweer

De casusconceptualisatie geeft op cognitief niveau inzicht in de vermijdingspatronen van Tom en hoe deze worden ingegeven door de angst voor onderliggende gevoelens. Middels gedragsanalyses, waarin Tom zijn vermijdingspatronen onderzoekt, en met hulp van de groep, gaat Tom vervolgens steeds beter herkennen wanneer hij vermijdt.

Cognitieve technieken helpen hem om voor- en nadelen van zijn valkuilen af te wegen. Zo lijkt weinig initiatief nemen comfortabel, maar leidt het ook tot eenzaamheid.

De therapeut valideert Toms afweer door te laten zien hoe functioneel deze afweer in het verleden was en hoe hij, door uit het contact te gaan, de negatieve kritiek van vader ontliet. Dit werkt verontschuldigend.

Tom beseft inmiddels dat hij zich beter voelt als hij wel contacten opzoekt wanneer hij zich somber voelt. Dit inzicht helpt hem om

op de moeilijke momenten toch in actie te komen en een vriend te bellen. Het doet Tom goed om compassie van de therapeuten en de groep te ervaren. De groep motiveert hem door te wijzen op zijn goede stappen en sterke kanten. Zij helpen hem zijn angsten te overwinnen door vragen te stellen, zoals:

Wat zou er gebeuren als je minder vermijdt?

Waar ben je zo bang voor?

Is het hier ook angstig voor je om je verdriet te laten zien?

Wat voel je nu in je lichaam?

Het benoemen van zijn angsten en schaamte helpt hem om deze te exploreren en te reguleren. Daarbij leert hij om onderscheid te maken tussen de angsten van vroeger en de angsten van nu.

Bewerken van het gevoel

Om meer in contact te komen met de onderliggende gevoelens en hier uiting aan te geven, worden experiëntiële en imaginaire technieken ingezet, met veel aandacht voor de fysieke beleving. De psychomotorische therapie is hierbij van grote waarde. Hier kan geëxperimenteerd worden met het ervaren en uiten van de activerende gevoelens die zo lang weggestopt zijn.

Tom komt in contact met zijn gevoelens van boosheid. De therapeut en groep helpen hem zijn gevoelens naar een groepsgenoot te herkennen en er meer bij stil te staan.

Merk je dat je fel reageert op Klaas?

Klopt het dat het je boos maakt, Tom, als Klaas zo kritisch is?

Waar voel je die boosheid in je lichaam?

Waar zet de boosheid je toe aan?

Tom ontwikkelt meer autonomie door zaken die hem niet bevallen uit te spreken en ruimte te geven aan zijn boosheid. Hij deelt

zaken uit zijn verleden en vertelt hoe hij geleden heeft onder de kritische en kille houding van zijn vader. Hij uit verdrietig hoezeer hij steun en erkenning gemist heeft. Daarmee laat hij de groep dichterbij komen en de therapeut vraagt hem hoe het is om dit te delen en hoe Tom de reacties ervaart.

ST geeft op een vriendelijke en accepterende manier richting en sturing

Bewerken van het zelfbeeld en het beeld van anderen

Voor het bewerken van het beeld van zichzelf en het beeld van anderen zijn de ervaringen in het contact met de therapeuten en de groep van grote waarde.

Hij ervaart hierin dat zijn mening ertoe doet, dat hij iemand is die gewaardeerd wordt en dat er aandacht voor hem is. Een belangrijk moment is wanneer hij hoort dat de groep hem heeft gemist, toen hij door ziekte afwezig was. Deze ervaring versterkt zijn zelfbeeld. Zijn zelfbeeld wordt vervolgens versterkt doordat hij buiten de therapiegroep zijn vermijding doorbreekt en daarmee in het dagelijks leven nieuwe ervaringen opdoet. Tom gaat opnieuw contacten met vrienden aan, die hem er graag bij willen hebben, en doorbreekt het uitstelgedrag rond zijn studie. Hij versterkt zo zijn gevoel van competentie en gaat zien dat anderen niet altijd zo kritisch zijn als hij van zijn vader gewend is. Hij leert dat hij steun kan ontvangen en dat het uitspreken van zijn

onvrede, anders dan vroeger, niet hoeft te leiden tot boze reacties van anderen, maar juist het contact verbetert.

Schematherapie

Generieke doelen in ST bestaan uit regie krijgen over de copingmodi, het elimineren van de oudermodi, het boze-kind horen en boosheid leren omzetten in assertief gedrag, het kwetsbare-kind helen door aan te sluiten bij de basisbehoeften met als doel de gezonde-volwassene te versterken en ruimte te maken voor het vrije-kind.

Het werken met verschillende modi en accent op behoeften, geeft op een vriendelijke en accepterende manier richting en sturing. De gedeelde casusconceptualisatie geeft Tom cognitief houvast.

Therapeutische houding

Via *limited reparenting* wordt actief aangesloten bij de onderliggende basisbehoeften van Tom. Hij heeft behoefte om zich verbonden te voelen en ook aan autonomie. In eerste instantie heeft de therapeut een uitnodigende, ondersteunende houding.

Als er voldoende verbinding is, wordt Tom gestimuleerd het meer zelf te doen.

Doorbreken copingmodi

Tom moet als eerste zicht krijgen op zijn copingmodi, hoe hij vermijdt, en hoe deze kant zijn kwetsbare kant beschermd, maar zijn behoeften niet vervult. Door psycho-educatie en experiëntiële oefeningen merkt hij dat hij in het contact met groepsgegoten angstig wordt en de ander op afstand houdt. Hij zet dan zijn gevoel 'uit' en laat de ander bepalen. Deze modusbewustwording is een belangrijk onderdeel en eerste stap in het doorbreken van zijn patronen.

Oudermodi elimineren

Voor Tom is het belangrijk dat hij zijn oudermodi als aparte kant van zichzelf gaat zien, dat deze kant egodystoon wordt, en dat hij die niet langer als waarheid over zichzelf accepteert. Mede doordat de therapeuten en de groep dienstdoen als goede-ouder, zijn worsteling zien en hem blijven aanmoedigen, gaat hij herkennen hoe hij zichzelf steeds onder druk zet om alles te kunnen en hoe angstige gedachten hem steeds remmen en hem het idee geven dat hij toch zal falen. Naast bewustwording worden imaginaire oefeningen ingezet om de ontstaansgeschiedenis van zijn bestraffende en veel-eisende stem te onderzoeken. Tom herkent de angstige kant van zijn moeder en de eisende, straffende attitude van zijn vader. De groep helpt hem om kracht te vinden en de Oudermodi telkens opzij en eruit te zetten. Tom gaat voelen wat hij nodig heeft, namelijk dat de ander hem ziet en contact met hem wil, dat hij zelf de moeite waard is om in verbinding met anderen te zijn en dat hij iemand wil zijn die ertoe doet.

Ruimte voor het kwetsbare-kind

Met behulp van experiëntiële interventies (imaginaire technieken, stoelentechniek, de verschillende vaktherapieën) en empathische confrontatie op het moment dat Tom toch zijn muurtje weer optrekt, komen thema's uit het verleden centraal te staan. Tom zoekt bijvoorbeeld in een imaginatie met rescripting zijn vader op. De therapeut mag naast hem komen en hem in bescherming nemen op het moment dat vader plotseling boos wordt. Vader wordt gewezen op de impact die dit op Tom heeft en duidelijk gemaakt dat hij niet ziet wat Tom nodig heeft. Tom is juist een gevoelige jongen en

op zoek naar contact en affectie. Het helpt Tom om te ervaren hoe de therapeut en de groep het voor hem opnemen. Het raakt hem en hij krijgt ruimte om te voelen waar hij behoefte aan heeft, zonder daar kritisch of afkeurend over te zijn. Zijn kwetsbare-kind mag er zo steeds meer zijn en stem krijgen.

Opbouw van gezonde-volwassene en vrije-kind
Tom is inmiddels mild voor zichzelf. Hijervaart in de groep wat een goede-ouder is en maakt zich dit eigen. Hij wordt open en durft in de groep te laten zien dat hij geraakt is, en wat hij voelt. Ook zijn niet zo aardige kant mag er meer zijn, als hij dingen te sloom vindt gaan of niet altijd zin heeft om zich in de ander te verdiepen. Hij krijgt steeds meer kleur en wordt hierom gewaardeerd. Hij krijgt meer ruimte om zich vrij te voelen, te zijn zoals hij zich voelt, en kan weer genieten.

Overeenkomsten en verschillen

In de casusbeschrijving en bij de aangrijpingspunten van behandeling is zichtbaar dat er zowel overeenkomsten als verschillen te onderscheiden zijn tussen de beide modellen.

Casusconceptualisatie

De casusconceptualisaties kunnen in grote lijnen over elkaar heen gelegd worden. Coping kan gezien worden als afweermechanismen (Arntz, 2011, blz. 107) en valt grotendeels samen met de overlevingsstrategieën en valkuilen binnen AFT. De remmende gevoelens komen sterk overeen met de oudermodi in het ST-model, zeker als de angst vertaald wordt tot een innerlijke stem

(‘je doet het niet goed’, ‘anderen moeten je niet’, ‘je bent niet de moeite waard’, ...). De gevoelens van angst en schaamte worden binnen het ST-model echter bij het kwetsbare-kind geplaatst, wat het ook mogelijk maakt de oudermodi eerder te elimineren dan te integreren. Tot slot staan de onderliggende behoeften in beide modellen centraal. Bij AFT gaat het bij activerende gevoelens niet alleen over behoeften en kwetsbare gevoelens, maar ook over behoeften als regie hebben, kracht, trots, vrijheid, interesse, opwinding, enzovoort. Binnen ST worden deze apart benoemd in de modi gezonde-volwassene en vrije-kind.

Bewerken van gevoelens over het verleden

In ST worden gevoelens uit het verleden actief bewerkt, bijvoorbeeld via imaginatie met rescripting. Daarbij wordt actief in het oude beeld gestapt en een ander, corrigerend affect aangereikt, vanuit het idee dat de onderliggende behoefte pas dan ervaren kan worden (o.a. Arntz, 2016). De therapeut is zo de goede-ouder die biedt wat er nodig is. AFT kent een dergelijke techniek niet. In AFT wordt expliciet gekozen voor een hier-en-nu-oriëntatie. Het verleden komt aan bod in dienst van het valideren en begrijpen van de afweer en angst. Het opdoen van corrigerende ervaringen in het contact met therapeut en groep op het moment dat verborgen affecten in het heden en *over* het verleden beleefd worden, staat centraal. Hierdoor kan de patiënt dan zijn gevoelens toelaten en behoeftes erkennen.

Bewerken van de strenge stem

In AFT worden de remmende gevoelens van angst en schaamte, die het contact met de onderliggende activerende gevoelens be-

lemmeren, bewerkt via angst-regulatietechnieken. Door psycho-educatie, exploreren en het bewust ervaren en bespreken van angst, wordt de angst gereduceerd en de patiënt ondersteund en gemotiveerd om in contact te komen met de activerende gevoelens. De strenge stem wordt er niet uitgewerkt, maar

*Anders dan in ST
wordt in AFT expliciet
gekozen voor een
hier-en-nu-oriëntatie*

ontkracht door het opdoen van nieuwe belevingen die een tegenwicht bieden. Binnen ST wordt de bestraffende-ouder er heel directief uitgewerkt en de veeleisende-ouder wordt er óf ook uitgestuurd, óf omgevormd tot een deel van de gezonde-volwassene. Dit kan, omdat gevoelens van angst en schaamte gezien worden als gevolg van de oudermodi en bij het kwetsbare-kind geplaatst worden.

Houding van de therapeut

In beide modellen wordt de houding van de therapeut gekenmerkt door nieuwsgierigheid, betrokkenheid, acceptatie en compassie. Er is echter ook een verschil. Door het expliciteren van de verschillende modi kan de therapeut binnen ST per modus een verschillende attitude aannemen; begrenzend naar oudermodi, validerend naar copingmodi, luisterend oor voor het boze-kind, speelt met het vrije-kind en ondersteunend naar de gezonde-volwassene. Bij de modus van het kwetsbare-kind wordt dan actief aan de onderliggende basisbehoefte tegemoetge-

komen door als therapeut een goede-ouder te zijn.

In AFT is differentiatie in houding van de therapeut minder expliciet. De AFT-therapeut werkt vanuit een actieve, compassievolle houding die meer gericht is op verbinding dan op confrontatie. Binnen AFT wordt de overdracht actief ingezet, waarbij de ene therapeut de gevoelens in de overdracht exploreert en bewerkt en de ander directer aansluit bij de onderliggende basisbehoefte (Van Dam, Kok en Schalkwijk, 2017). Deze laatste manier lijkt meer op de limited repairing-attitude binnen ST. De aandacht voor angstregulatie is daarbij onderscheidend; daarmee stemt de therapeut voortdurend af op wat op de patiënt aan kan.

Conclusie

AFT en ST bieden een integratieve behandeling die goed bruikbaar is voor de behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen. De modellen geven beide cognitief houvast middels een casusconceptualisatie. In de behandeling is er eenzelfde volgorde en worden eerst de valkuilen en de copingmodi bewerkt om vervolgens via de oudermodi en de remmende gevoelens bij de onderliggende affecten uit te komen. Affect staat centraal en in de therapeutische attitude wordt vanuit compassie aangesloten bij wat de patiënt aankan. De corrigerende ervaringen in de therapeutische relatie en de relaties binnen de groep zijn belangrijke werkzame factoren in beide condities. Verschillen zijn er echter ook. ST maakt meer onderscheid tussen de verschillende kanten van de patiënt en is directief in het aanpakken van de oudermodi. AFT is minder sturend en ontkracht de remmende gevoe-

lens via graduele blootstelling om angst voor activerende gevoelens te verminderen. AFT werkt daarbij vooral in het hier-en-nu. De therapeut heeft een begeleidende rol en is voortdurend gericht op angstregulatie om de patiënt te leren zelf zijn adaptieve activerende gevoelens aan te spreken en hiervoor te zorgen. Binnen ST wordt er actief aan de slag gegaan met het bewerken van vroegere ervaringen.

*Het is kostbaar en praktisch
lastig om een doelgroep
meerdere parallelle
behandelingen aan te bieden*

De therapeut neemt in ST de rol van goede-ouder op zich om aan te sluiten bij de onderliggende behoeften. ST is hiermee actief ondersteunend als het kwetsbaarheid betreft. Hierin zien we terug dat dit model in eerste instantie voor borderline persoonlijkheidsstoornissen is ontwikkeld. Deze actieve steun lijkt dan juist bij cluster C patiënten met een kwetsbare persoonlijkheidsstructuur wenselijk. In het aanpakken van de angst voor onderliggende gevoelens zien we in het AFT-model de vasthoudende focus terug op (graduele) exposure aan wat beangstigend is, wat vaak nodig is in de behandeling van cluster C patiënten gezien de hardnekkigheid van de problematiek. Het lijkt vooral het evenwicht te zijn tussen beide aspecten, de steun en de exposure binnen een congruent uitgevoerde behandeling die het resultaat bepalen bij deze doelgroep. Natuurlijk is de meest interessante vraag bij

twee effectieve methodieken wat voor wie werkt. Onderzoek op dit gebied is welkom en past in de lijn van actuele onderzoeksvragen, waarbij een verschuiving te zien is van een pure effectiviteitsvraag (is deze behandeling effectief en, zo ja, effectiever dan een andere behandeling of behandeling zoals gebruikelijk) naar een indicatievraag. Zeker voor de cluster C persoonlijkheidsstoornis zijn daarover nog veel vragen, waarover geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn. Het betreft immers een zeer heterogene groep.

Zo lang er geen evident bewijs is dat het ene model superieur is aan het andere in de behandeling van cluster C persoonlijkheidsstoornissen, is het voor patiënten waardevol dat er meer smaken zijn en er wat te kiezen valt. De multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) omschrijft al dat er voldoende aanwijzingen zijn dat voorkeuren van de patiënt een factor zijn in het slagen van de behandeling en er derhalve bij de indicatiestelling rekening mee gehouden dient te worden. Een gedifferentieerd aanbod voor patiënten met cluster C persoonlijkheidsstoornissen waar AFT en ST naast elkaar een plaats in hebben, geeft de ruimte om op de patiëntvoorkeuren in te spelen. De bereidheid om ruimte te geven aan de patiëntvoorkeuren stuit echter ook op problemen. Veel patiënten hebben zelf niet zo'n duidelijke voorkeur. Zij dienen dan goed geïnformeerd te worden over de verschillende methoden, het doel, de werkwijze en de taak, om uiteindelijk tot een keuze te kunnen komen. Voor patiënten zal dat zeker niet altijd gemakkelijk zijn. De wachttijd, de dagen van de week waarop behandeling plaatsvindt en locatie kunnen zo al snel doorslaggevend worden. Daarbij komt dat voor instellingen de keuzevrijheid voor de

patiënt niet altijd te realiseren is vanuit bedrijfstechnische argumenten. Het is kostbaar en praktisch lastig te organiseren om een doelgroep meerdere parallele behandelingen aan te bieden. Voor een ambulante groepsbehandeling is het eerder haalbaar om parallele behandelgroepen vanuit verschillende methodes aan te bieden dan voor deeltijdbehandeling, waarbij een heel (multidisciplinair) team geschoold dient te zijn. Alleen bij heel grote aantallen is een meer gedifferentieerd aanbod haalbaar. Als een gedifferentieerd aanbod binnen een instelling niet mogelijk is, is het wellicht mogelijk om onder verschillende zorgaanbieders meer variatie te ontwikkelen. Zorgverzekeraars, maar ook een vereniging als de NVGP, kunnen dan een rol spelen in de keuzevrijheid voor patiënten en behandelers of verwijzers door informatie te verschaffen over het aanbod van verschillende groepsbehandelingen van verschillende aanbieders, gespecificeerd naar doelgroep

en methode. Zo zijn er voor de cluster C persoonlijkheidsstoornissen naast de ST-groepen in toenemende mate ook ambulante AFT-groepen bij vrijgevestigde psychotherapiepraktijken. De patiënt die zich wil aanmelden voor groepsbehandeling en verwijzers zouden er zeker bij gebaat zijn als zij een overzicht krijgen welke vorm van groepsbehandeling bij verschillende aanbieders in de regio voorhanden is.

Eelco Muste is zelfstandig interim-klinisch psycholoog en mede-eigenaar van Schematherapie in Bedrijf. Hij is supervisor en trainer (groeps)schematherapie, supervisor en leertherapeut voor de NVGP en lid van de VGCT. Miriam Saschowa is klinisch psycholoog en psychotherapeut. Zij werkt bij Altrecht binnen de Zorgeneid Persoonlijkheidsstoornissen op de afdeling Kortdurende Klinische Psychotherapie (KKP) en deeltijdbehandeling AFT te Zeist. Ze is supervisor voor de NVP en de NVGP en cursusgever voor de NVGP en AFT.

Literatuur

Abbass, A.A., Sheldon, A., Gyra, J. & Kalpin, A. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(3), 211-216.

Abbass, A.A., Town, J. & Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74(1), 58-71.

Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD004687. DOI: 10.1002/14651858.CD004687. pub4.

Aken-van der Meer, M.E. van (2008). *Kort en goed genoeg, praktijkboek kortdurende groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Aken-van der Meer, M.E. van & Gilhuis, H.P. (2008). Over driehoeken, groepen en affectfobieën. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 3(1), 7-17.

Arntz, A. (2016). Schematherapie en de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Gedragstherapie* 49(3), 194-207.

Arntz, A. & Jacob, G. (2011). *Schematherapie, een praktische handleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

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, 305322.

Dam, Q. van & Hamburger, M. (2014). Affectfobietherapie. Een integratie van psychodynamische, cognitief gedragstherapeutische en experiëntiële technieken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 6, 215-229.

Dam, Q. van (2016). *Affectfobietherapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe.

Dam, Q. van, Kok, J. & Schalkwijk, F. (2017). Twee wegen naar Rome. Hoe behandelen een psychodynamisch en een cognitief gedragstherapeut zelf-ander problematiek met Affectfobietherapie? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 43, 17-32.

Factsheet Persoonlijkheidsstoornissen, Cluster C. (2016). Utrecht: Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen.

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. West Sussex, Wiley-Blackwell.

Farrell, J.M., Reiss, N. & Shaw, I.A. (2015). *Schematherapie in de klinische praktijk. Een complete gids voor individuele, groeps- en geïntegreerde behandeling met schemamodi*. Utrecht: Nieuwezijds.

Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, P., Tilburg, W. van, Dirksen, C., Asselt, T. van, Kremers, I., Nadort, M., Arntz, A. (2006). Outpatiënt psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Jacob, G.A. & Arntz, A. (2013). Schematherapy for personality disorders: A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6, 171-185.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling voor de Ggz (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.

- Leichsenring, F. & Lieblich, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Maat, S. de & Berghout, C.C. (2011). Effectiviteit van psychoanalytische behandelvormen. In: Wolf, M.H.M. de. *Psychoanalytische behandelingen. Onderbouwing, uitleg en toepassing van diverse behandelvormen*, pp. 159-175. Bussum: Coutinho.
- McCullough Vaillant, L. (1997). *Changing character: short term anxiety regulating psychotherapy for restructuring defences*. New York: Basic Books.
- McCullough, L., Kuhn, N., Stuart, A., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia, a manual for short-term dynamic psychotherapy*. London/New York: The Guilford Press.
- Muste, E.H., Weertman, A. & Claassen, A.M.T.S. (red.) (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- 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.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. & Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-817.
- Versteeg, C., Bakker, A. & Zutphen, S. van (2015). Depressie en dynamiek. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 10(4), 42-51.
- Wampold, B.E., Baldwin, S.A., Grosse Holtforth, M. & Imel, Z.E. (2017). What characterizes effective therapists? In: L.G. Castonguay & C.E. Hill (Eds.) *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. Washington DC: American Psychological Association.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack, J., Samstag, L.W., McCullough, L. & Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders: 2 year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Wolf, M.H.M. de (2006). Affectfobiebehandeling: kort als het kan, lang als het moet. Uit: W. Roelofsen & J. Dijks. *Tijd en tijdsbesef in kortdurende psychoanalytische psychotherapie*, pp. 30-58. Assen: Van Gorkum.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., Vreeswijk, M.F. & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J.E. & Brown, G. (1994). Young Schema Questionnaire (2nd edition). In J.E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (Rev. Edition), pp. 63-77. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

.....