

Schematherapie in de klinische praktijk

*Een complete gids voor individuele, groeps- en
geïntegreerde behandeling met schemamodi*

Joan M. Farrell
Neele Reiss
Ida A. Shaw

Met een voorwoord van Jeffrey Young
en een voorwoord bij de Nederlandstalige editie van Arnoud Arntz
Illustraties: Britta Finkelmeier



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Voorwoord

Het verheugt mij zeer dat ik ben gevraagd om het voorwoord te schrijven voor deze baanbrekende gids, die behandelaars in staat stelt om sessies individuele en groepsschematherapie te integreren tot complete behandelprogramma's voor verschillende patiëntenpopulaties, met verschillende behandelduur en zorgbehoefte.

Toen ik de mooie resultaten onder ogen kreeg van de gerandomiseerde gecontroleerde trial (RCT) die de auteurs in 2008 uitvoerden naar groepsschematherapie (GST) voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS), raakte ik erg enthousiast over de mogelijkheden van het groepsmodel dat schematherapie ruimer beschikbaar en betaalbaarder maakt voor patiënten. Gegeven het verslechterende klimaat voor de vergoeding van geestelijke gezondheidszorg in deze tijd van doelmatigheid en maatwerk in de zorg in de Verenigde Staten en elders in de wereld, kan GST de krachtige behandelstrategieën van de schemabenedering kosteneffectiever uitvoeren dan individuele schematherapie – met vergelijkbare of misschien zelfs betere resultaten. Ik ben vooral benieuwd naar het grootschalige klinische onderzoek dat gaande is op veertien locaties in zes verschillende landen. Arnoud Arntz en Joan Farrell, de hoofdonderzoekers van deze studie, onderzoeken de werkzaamheid en het rendement van het GST-model voor BPS-patiënten in combinatie met twee verschillende aantallen individuele sessies.

Dit boek, geschreven in samenwerking met Neele Reiss, de psycholoog en schematherapeut die GST introduceerde in Duitsland, breidt het geïntegreerde programma voor individuele en groepsschematherapie uit voor toepassing bij uiteenlopende patiëntengroepen – mensen met een persoonlijkheidsstoornis, complex trauma of chronische problemen; mensen die geen baat hebben gehad bij andere behandelingen; en patiënten die intensievere zorg nodig hebben. Het programma introduceert het concept van een 'bankrekening' met individuele ST-sessies waarvan patiënten wanneer nodig kunnen 'opnemen', een concept dat werd ontwikkeld voor het BPS-onderzoek op meerdere locaties.

Sinds de publicatie van het eerste boek over GST (Farrell & Shaw, 2012), is het GST-model internationaal veel toegepast bij andere diagnostische groepen patiënten. Net als ST is GST transdiagnostisch – in die zin dat de interventies gericht zijn op het modusprofiel van de patiënt in plaats van op specifieke symptomen. GST zou dus, net als ST, effectief moeten zijn bij andere stoornissen dan BPS. Natuurlijk vereist elke toepassing empirische evidentie, en het verheugt mij te kunnen melden dat de voorlopige bevindingen veelbelovend zijn. Dit geïntegreerde programma is getest in intramurale en dagbehandelingssettings voor BPS (Reiss e.a., 2013a) en gemengde cluster-B- en C-stoornissen (Muste, 2012; Fuhrhans, 2012). De toepassing in forensische settings wordt momenteel geëvalueerd in het Verenigd Koninkrijk. In Nederland wordt momenteel een RCT uitgevoerd waarin ST wordt vergeleken met cognitieve gedragstherapie (CGT) voor de vermijdende persoonlijkheidsstoornis en sociale fobie. Ook loopt er een reeks experimentele casestudy's voor dissociatieve stoornissen.

De hier gepresenteerde integratie van groeps- en individuele schematherapie is naar mijn indruk volledig verenigbaar met mijn individuele model, wat betreft het conceptuele model, de therapeutische alliantie en de behandelinterventies. Het GST-model helpt groepsleden om een soort gezond gezin te worden waarin zij elkaar weer een gezinsgevoel kunnen geven, onder het wakend oog van twee vakkundige therapeut-ouders. Het gevoel erbij te horen en geaccepteerd te worden, wat deze groepsanalogie van een liefhebbend gezin bewerkstelligt, lijkt zowel bevorderlijk te zijn voor de zogenaamde *limited reparenting* ('beperkt ouderschap'), als voor de emotiegerichte onderdelen van ST. Bovendien biedt GST, door te werken met twee cotherapeuten per groep, de mogelijkheid om één therapeut vrij te maken om zich door de groep heen te bewegen en met deelnemers afzonderlijk te werken. Daardoor ontstaan nieuwe ervaringsgerichte oefeningen die verandering teweeg kunnen brengen. Tegelijkertijd fungeert de tweede therapeut als 'stabiele basis' voor de rest van de groep, die een emotionele band met ieder lid onderhoudt, ieders reacties in de gaten houdt, uitlegt wat er gebeurt en zo nodig intervenueert om de collectieve aandacht te verschuiven naar de behoeften van andere groepsleden.

Ik ben ook onder de indruk van de manier waarop GST veel verder gaat dan de traditionele groepsopzet van CGT/DGT (dialectische gedragstherapie), waarin leden vaardigheden onderwezen krijgen in een cursusachtige setting; en verder dan niet-CGT-groepen, waarin de therapeut individueel werkt met één lid terwijl de rest van de groep voornamelijk toekijkt. In GST zijn de in individuele schematherapie gebruikte technieken zoals imaginaire rescripting en modusrollenspel, aangepast. Zo worden alle deelnemers betrokken in unieke oefeningen die gebruikmaken van de kracht van groepsinteractie en onderlinge steun. Deze groepstherapeutische factoren verklaren misschien, samen met de grote verscheidenheid aan integratieve ST-technieken, de grote behandel-effecten van het eerdergenoemde gecontroleerde uitkomstonderzoek en de voorlopige data uit lopende studies naar GST.

De auteurs beschrijven een systematische aanpak voor ST-behandeling, maar behouden de flexibiliteit die ik altijd zo belangrijk heb gevonden bij de ontwikkeling van individuele schematherapie. Hun behandelingsuggesties zijn specifiek en goed gestructureerd, waarbij ze de verleiding hebben weerstaan om een therapeutisch ‘kookboek’ te schrijven met recepten die therapeuten alleen maar hoeven uit te voeren. De auteurs hebben de kernelementen van ST behouden door interventiestrategieën van limited reparenting te ontwikkelen voor elke modus die zich aandient. Daarbij grijpen ze ‘ervaringsgerichte momenten’ aan om emotiegericht werk te doen dat fundamentele verandering teweegbrengt. Net als individuele ST combineert hun groepsmodel ervaringsgericht, cognitief, interpersoonlijk en gedragswerk.

Het hier gepresenteerde programma deelt ST-interventies in in vier hoofd-categorieën: educatie over schematherapie, modusbewustwording, modusregulatie en ervaringsgericht moduswerk. Voor elke categorie worden sessies beschreven die de belangrijkste schemamodi een voor een aanpakken. De individuele en groepsessies worden per modus ingedeeld en omschreven. De individuele ST-sessies bieden therapeuten de gelegenheid om een cognitieve, ervaringsgerichte of gedragsmatige interventie te plegen. De auteurs geven specifieke voorbeelden van therapeutische scripts die beginners in ST op weg helpen, maar die ook de voor ST essentiële flexibiliteit hebben zodat ze kunnen worden aangepast aan de modus en behoefte van de individuele patiënt. De combinatie van structuur en flexibiliteit maakt dit handboek geschikt voor alle behandelaars ongeacht hun ervaring met ST. Het boek is zo geschreven dat het verschillende GGZ-professionals zal aanspreken, waaronder psychologen, sociotherapeuten, psychiaters, coaches en psychiatrisch verpleegkundigen, alsook co-assistenten en artsen in opleiding.

De ervaring die de auteurs hebben opgedaan tijdens dertig jaar trainen van therapeuten overal ter wereld en het begeleiden van GST-groepen uit allerlei klinische populaties, komt in het hele boek duidelijk tot uiting. Dit boek is het eerste handboek dat individuele en groepschematherapie integreert. Het bevat de belangrijkste informatie die behandelaars nodig hebben om dergelijke programma's te ontwikkelen en uit te voeren. De sessies van het programma kunnen worden aangeboden in een intensieve vorm voor hogere zorgniveaus zoals intramuraal en bij dagbehandeling, of verspreid over een jaar voor ambulante behandeling. Het programma kan ook beginnen met meerdere sessies per week en dan geleidelijk minder intensief verdergaan als ambulante zorg. De gebruikersvriendelijke opzet van het boek blijkt ook uit patiëntvoorbeelden, beschrijvingen van groeps- en individuele sessies en voorbeelden van therapeutenscripts waarmee kernconcepten van ST begrijpelijk kunnen worden uitgelegd aan patiënten, hand-outs, oefeningen en huiswerkopdrachten. Dit materiaal is opgenomen in het handboek zelf, maar voor gebruik door patiënten ook te downloaden van www.nieuwezijds.nl.

Persoonlijk maakte ik kennis met GST als deelnemer aan een training voor

gevorderden die Joan en Ida met Neele op mijn uitnodiging gaven aan senior schematherapeuten van ons instituut in New York. Na deze ervaring werd ik nog enthousiaster over de mogelijkheden van ST in een groep, en ik zou heel graag zelf eens een dergelijke ST-groep begeleiden zodra ik de benodigde vaardigheden onder de knie heb. Joan Farrell is een uitstekende schematherapeut die fungeert als ‘stabiele basis’, emotioneel centrum en ‘leraar’ voor de groep als geheel – een rol waarvan ik me kan voorstellen dat ik die kan leren vervullen, als ik genoeg tijd en ervaring heb. Waar ik echt van onder de indruk was – misschien omdat haar stijl zo anders is dan die van Joan of mijzelf – was het opmerkelijke groepswork van Ida Shaw. Zij brengt zo veel originaliteit, creativiteit en spontaniteit in in de groepservaring. Zij is in staat om elementen van gestalttherapie, psychodrama, rollenspel en haar eigen aanstekelijke manier van spelen perfect in te passen in de intensieve eisen van het schemamoduswerk, waarmee ze patiënten tot diepgaande verandering weet te bewegen. De groepsoefeningen in dit handboek stellen schematherapeuten in staat om haar unieke benadering uit te proberen. Neele Reiss voegt hier het perspectief aan toe van de ‘volgende generatie’ schematherapeuten die zich ten doel stellen om ST te praktiseren en empirisch te valideren. Zij werkte mee aan de intramurale studies naar het geïntegreerde model voor BPS-patiënten (Reiss e.a., 2013a) en momenteel past zij ST-interventies toe op problemen als examenvrees en eetstoornissen.

Ik beveel dit uitstekende handboek van harte aan aan alle GGZ-professionals die werken met meer complexe, chronische en moeilijk te behandelen patiëntenpopulaties – zeker wanneer zij op zoek zijn naar een evidence-based, kosteneffectief alternatief voor bestaande therapieën. Dit boek is verplichte kost voor professionals die geïnteresseerd zijn in BPS en andere persoonlijkheidsstoornissen, schematherapie, groepstherapie en nieuwe benaderingen voor CGT.

Jeffrey Young
Schema Therapy Institute of New York
Columbia University, afdeling psychiatrie

Voorwoord bij de Nederlandstalige editie

Toen Joan Farrell en Ida Shaw tijdens een congres van de International Society of Schema Therapy in Coimbra in 2008 de resultaten van hun RCT naar groepsschematherapie presenteerden, waren de meeste aanwezigen zeer verbaasd. Bijna niemand kende hen, laat staan dat bekend was dat ze een RCT gedaan hadden, en dat ze zulke positieve resultaten hadden bereikt. Hun bijdrage was meer dan welkom. Ook andere klinici en onderzoekers waren de toepassing van schematherapie in groepen al aan het uitproberen, waaronder de Maastrichtse groep waar ik deel van uitmaakte. Het vertalen van een individuele therapie die zo diep op de persoon en diens persoonlijke achtergrond ingaat naar een toepassing in groepen viel ons en anderen niet mee. Op verschillende plaatsen ontstonden varianten die vooral didactisch van aard waren (benoemen en begrijpen van schema's, en uitleg van mogelijke gedragsveranderingen), of combinaties van procesgroep en de didactische variant, of individuele therapie in groepsverband (één deelnemer op de *hot seat*), en andere varianten. Geen van deze varianten overtuigden en ze waren overigens ook niet getest in gecontroleerd onderzoek. Ook onze eigen pogingen, overigens in de wellicht wat gemakkelijkere combinatie van groeps- en individuele schematherapie, overtuigden niet – het bleef lastig om de groepsprocessen zo te hanteren dat daadwerkelijk schematherapie gedaan kon worden in en met de groep.

En toen waren daar opeens Farrell en Shaw die meer dan twintig jaar ervaring hadden met het geven van schematherapie aan groepen borderlinepatiënten. Zij bleken een innovatieve methode voor het gebruikmaken van de groepsdynamiek ontwikkeld te hebben. Daarmee kon schematherapie gegeven worden in een groep van borderline-patiënten – inclusief ervaringsgerichte technieken en 'limited reparenting' – waarbij steeds alle groepsleden betrokken bleven, er een balans was in individuele aandacht voor iedereen, en het evenwicht tussen emotionele arousal en veiligheid bewaakt werd. Nadat onze therapeuten door hen waren getraind, kwam er een omslag in de manier waarop onze therapeuten de groepsdynamiek hanteerden en schematherapie

in de groep toepasten, met positieve gevolgen voor de effectiviteit van de behandeling (zie Dickhaut & Arntz, 2014, voor de documentatie daarvan*).

De jarenlange ervaring die Joan Farrell en Ida Shaw hadden opgedaan en die aan de grote effecten van hun groepsschematherapie ten grondslag lag, bleek echter nog niet zo gemakkelijk te expliciteren. Door workshops en trainingen, en door supervisies – waaronder in de internationale studie naar de (kosten)effectiviteit van groepsschematherapie waar Joan Farrell en ik de hoofdonderzoekers van zijn – zijn Joan Farrell en Ida Shaw echter steeds beter in staat om te specificeren wat nodig is voor succesvolle toepassing van schematherapie in groepen. Ook hun samenwerking met Neele Reiss heeft tot verdere explicitering van het model geleid. Een belangrijk resultaat daarvan is dit boek dat een gedetailleerd behandelprotocol biedt. Groepsschematherapie vormt daarbij het belangrijkste ingrediënt, maar individuele sessies kunnen de noodzakelijke aanvulling bieden. De structuur die het boek biedt en de inbegrepen patiëntmaterialen, maken het een zeer aantrekkelijke handleiding.

Schematherapie is in korte tijd zeer bekend en populair geworden in Nederland. Ik zie in de praktijk echter toepassingen die niet de geteste protocollen volgen – die, met andere woorden, dus niet evidence-based zijn. Nog steeds wordt schematherapie in groepsvorm aangeboden zonder dat de specifieke hantering van de groepsprocessen zoals ontwikkeld door Joan Farrell en Ida Shaw gebruikt wordt. Dat drop-out dan onnodig hoog kan zijn, en de klinische effecten onnodig beperkt zijn, is dan ook niet verbazingwekkend. Op basis van inhoudelijke overwegingen en op basis van de wetenschappelijke evidentie denk ik dat de methode van Farrell en Shaw de meest effectieve is om schematherapie in groepen te geven. Ik kan schematherapeuten dan ook van harte aanbevelen een scholing in groepsschematherapie volgens het model van Joan Farrell en Ida Shaw te volgen, en deze handleiding als richtinggevend te hanteren. De effecten van de behandeling en de bevrediging onder behandelaren zullen groot zijn.

Arnoud Arntz
Hoogleraar klinische psychologie
Universiteit van Amsterdam

* Dickhaut, V. & Arntz, A. (2014). Combined Group and Individual Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: a Pilot Study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 242-251.

Inhoud

Overzicht van figuren en tabellen	xvi
1 Inleiding	1
1.1 Achtergrond	1
1.2 De hoofdstukken	3
2 De grondbeginselen van schematherapie	5
2.1 Het theoretisch model	5
2.2 Doelen en fasen van schematherapie	9
2.3 Limited reparenting	11
2.4 De onderdelen van schematherapie	20
3 Het behandelprogramma voor geïntegreerde schematherapie	21
3.1 De patiënten: wie zijn goede kandidaten?	26
3.2 De sessies van de groepsschematherapie	27
3.2.1 <i>De welkomstsessie</i>	28
3.2.2 <i>Sessies educatie over schematherapie</i>	28
3.2.3 <i>Sessies modusbewustwording</i>	28
3.2.4 <i>Sessies modusregulatie</i>	29
3.2.5 <i>Sessies voor ervaringsgericht moduswerk</i>	29
3.3 De sessies van de individuele schematherapie (IST)	30
3.4 Opties voor de uitvoering van het behandelprogramma	35
3.5 Structurele aspecten van de groepssessies	36
3.6 Beoordeling en oriëntatie	37
3.7 Het milieu van het behandelprogramma	44
3.7.1 <i>Multidisciplinaire teams in intensieve settings</i>	44
3.7.2 <i>De fysieke omgeving</i>	45

4	De sessies van de groepsschematherapie	49
4.1	Tips voor groepsschematherapie voor de therapeut	55
4.2	De Welkomstgroepsessie	62
4.3	De vijf sessies educatie over schematherapie (ED-ST)	73
4.4	De twaalf sessies modusbewustwording	94
4.5	De twaalf sessies modusregulatie	111
4.6	De twaalf sessies ervaringsgericht moduswerk	187
4.6.1	<i>Sessies met de maladaptieve copingmodi (EMW 1 en 7)</i>	187
4.6.2	<i>Sessies met de disfunctionele-oudermodus (EMW 2 en 8)</i>	204
4.6.3	<i>Sessies met de kwetsbare-kindmodus (EMW 3 en 9)</i>	218
4.6.4	<i>Sessies met de boze/impulsieve-kindmodus (EMW-BKM 4 en 10)</i>	230
4.6.5	<i>Sessies met de gelukkige-kindmodus (EMW 5 en 11)</i>	237
4.6.6	<i>Sessies met de gezonde-volwassenenmodus (EMW 6 en 12)</i>	244
5	De sessies van de individuele schematherapie	253
5.1	De schematherapieconceptualisatie en -doelen	256
5.2	De maladaptieve copingmodi (MCM)	258
5.2.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	258
5.2.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies</i>	265
5.2.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	268
5.3	Disfunctionele-oudermodi (DOM's)	271
5.3.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	271
5.3.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies (Hand-out: IST-DOM3)</i>	273
5.3.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	278
5.4	De kwetsbare-kindmodus	281
5.4.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	281
5.4.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies</i>	285
5.4.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	289
5.5	De boze- of impulsieve-kindmodus (BKM, IKM)	292
5.5.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	292
5.5.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies</i>	295
5.5.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	298
5.6	De gelukkige-kindmodus	300
5.6.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	300
5.6.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies</i>	301
5.6.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	304
5.7	De gezonde-volwassenenmodus (GVM)	304
5.7.1	<i>Schematherapeutische gedragsmatige interventies</i>	304
5.7.2	<i>Schematherapeutische cognitieve interventies</i>	306
5.7.3	<i>Schematherapeutische ervaringsgerichte interventies</i>	307

6	Training, supervisie, onderzoek en slotopmerkingen	309
6.1	Training	309
6.2	Supervisie	309
6.3	Onderzoek naar schematherapie	311
6.4	Slotopmerkingen	313
	Literatuur	315
	Index	317
	Over de auteurs	319

Online materialen

Bezitters van de gedrukte versie van dit boek kunnen de materialen uit dit boek voor persoonlijk gebruik downloaden als afzonderlijke bestanden op www.nieuwezijds.nl/downloads.

1 Inleiding

Dit handboek presenteert een geïntegreerd programma voor individuele en groepsschematherapie. Het programma is transdiagnostisch en bedoeld voor diverse behandelsettings en programma's van uiteenlopende duur. Het is geschreven voor psychotherapeuten, praktijkgericht en met een klinische focus. Het bevat voorbeeldscripts voor therapeuten, gedetailleerde instructies voor sessies, en hand-outs voor elke individuele en groepsessie.

1.1 Achtergrond

Schematherapie (ST) is oorspronkelijk ontwikkeld voor individuele psychotherapie door Young (1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003) en is een methode voor de behandeling van een grote verscheidenheid aan psychische stoornissen, waarin cognitieve, ervaringsgerichte of emotiegerichte, en gedragsmatige interventies zijn geïntegreerd. Het is een veelomvattend model dat op strategisch niveau aspecten van andere benaderingen integreert, maar op zichzelf uniek blijft.

Er is een groepsversie van ST ontwikkeld (Farrell & Shaw, 2012; Reiß & Vogel, 2010; Muste, Weertman & Claassen, 2009). De effectiviteit van individuele (IST) en groepstherapie (GST) voor borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) is empirisch gevalideerd (Giesen-Bloo e.a., 2006; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Reiß, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2013a; Nadort e.a., 2009). Het ST-model is transdiagnostisch. De toepassing van ST bij vermijdende persoonlijkheidsstoornis (PS), sociale angststoornis, eetstoornissen, posttraumatische-stressstoornis, narcisme, antisociale PS, middelenmisbruik en psychopathie wordt internationaal onderzocht en geëvalueerd. Het is een aanpak die positief wordt beoordeeld door zowel patiënten als therapeuten (Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, Kooiman & Arntz, 2007). Daarnaast is er groeiend bewijs dat ST in individuele vorm (IST) kosteneffectief is (Giesen-Bloo e.a., 2006; Nadort e.a., 2009). De beperkte beschikbaarheid van gespecialiseerde

individuele psychotherapieën, waaronder ST, in de huidige gezondheidszorg heeft een grootschaliger toepassing van IST in klinische settings echter in de weg gestaan. Een geïntegreerd, gestructureerd programma dat meerdere GST-sessies combineert met een beperkt aantal IST-sessies is met veelbelovende resultaten geëvalueerd (Muste, Weertman, & Claassen, 2009; Reiß e.a., 2013a). De combinatie van frequentere groeps-ST-sessies met strategisch geplande individuele sessies zou deze veelbelovende behandeling breder beschikbaar kunnen maken in een groter aantal settings.

Het concept van een geïntegreerd en gestructureerd programma werd oorspronkelijk ontwikkeld voor toepassing bij patiënten met ernstige klachten in ziekenhuissettings (Reiß e.a., 2013a), maar het kan worden uitgevoerd bij zeer diverse patiëntenpopulaties en behandelsettings en bij uiteenlopende behandelduur. Het programma is ideaal voor patiëntenpopulaties met persoonlijkheidsstoornissen of trekken van een PS, met chronische of complexe psychische problemen, met meervoudige traumageschiedenissen, en die bij wie andere behandelingen niet hebben gewerkt. Over het algemeen zijn dit patiënten die al intensieve zorg hebben gehad en die helaas hun mogelijkheden niet hebben gerealiseerd in hun leven. Een voordeel van schematherapie is dat de behandeling gericht is op maladaptieve schemamodi in plaats van op specifieke symptomen of stoornissen, en dat die dus uitstijgt boven psychiatrische diagnoses en eventuele veranderingen in diagnostische classificatie. Dit programma kan worden uitgevoerd in een intramurale, dagbehandelings- en intensieve ambulante setting, alsook in een algemene ambulante behandeling met verschillende frequentie van sessies. Een programma van intensieve sessies als begin van een ambulante behandeling kan dienen als 'jumpstart' van de behandeling van patiënten met diep verankerde maladaptieve copingstrategieën die leiden tot de ernstige en soms levensbedreigende symptomen van stoornissen als BPS.

Alle hand-outs uit dit boek kunnen gebruikt worden in de context van een individuele ST-behandeling of selectief binnen andere psychotherapeutische modellen. Zo kunnen de ervaringsgerichte interventies cognitieve therapie versterken, doordat zij een hiaat in die benadering vullen waardoor behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen en complexe trauma's mogelijk wordt.

Het programma in dit handboek sluit theoretisch aan bij individuele ST (Young e.a., 2003) en groeps-ST (Farrell & Shaw, 2012). Zoals de meeste psychotherapeutische benaderingen die verdergaan dan vaardigheidstraining, vereist ST gespecialiseerde training om te voldoen aan de standaarden voor modelgetrouwheid en competentie.

Dit handboek maakt IST, GST en de geïntegreerde combinatie daarvan beschikbaar voor een grote verscheidenheid aan psychotherapeuten met uiteenlopende theoretische oriëntaties, waaronder degenen die werken in intensieve settings als intramurale en dagbehandelingsprogramma's. Het handboek biedt

een gedetailleerde stapsgewijze handleiding voor een basis-ST-programma waarin IST- en GST-sessies zijn geïntegreerd. Het programma omvat de kernonderdelen van ST: limited reparenting (beperkt ouderschap of her-ouderen), educatie over het ST-model, modusbewustwording, modusregulatie en cognitief, ervaringsgericht en gedragsmatig veranderingswerk. Het kan worden toegepast bij verschillende diagnostische groepen. Er zijn twaalf individuele sessies en 42 groepsessies. Van elke sessie worden doelen, therapeutische interventies, tips over de organisatie, voorbeeldscripts voor sessies die therapeuten kunnen aanpassen, en bijbehorende instructiehand-outs, ST-oefeningen en huiswerkopdrachten beschreven.

De individuele sessies zijn zo opgezet dat ze een aanvulling zijn op het groepswerk en de schemamodus die centraal staat, terwijl er nog steeds aan individuele behoeften kan worden voldaan. Het evenwicht tussen aandacht voor het individu en de groep wordt het hele boek door besproken. Deze gedetailleerdheid stelt therapeuten voor wie schematherapie nieuw is, in staat om sessies vol vertrouwen uit te voeren en het groepswerk effectief te combineren met individuele therapie. Het stelt meer ervaren individuele schematherapeuten bovendien in staat om ST-groepen effectief te begeleiden.

Het programma is geen rigide protocol, maar eerder een raamwerk waarin flexibiliteit wordt gecombineerd met standaardisering. De gestructureerde maar flexibele opzet dient een aantal doelen. Het handboek kan worden gebruikt als: gedetailleerd plan voor het implementeren van een gestructureerd, geïntegreerd programma van individuele en groeps-ST in settings met hogere zorgniveaus bij meerdere sessies per week; onderzoeksprotocol voor uitkomststudies bij psychotherapie; bron vanwaaruit behandelaars individuele of groepsessies, of de combinatie daarvan, kunnen selecteren om aan specifieke schemamodi te werken.

Therapeuten kunnen ervoor kiezen het programma in zijn geheel uit te voeren, of afzonderlijke individuele sessies, groepsessies of een combinatie van beide selecteren die geschikt is voor hun groep en haar behoeften.

1.2 De hoofdstukken

Hoofdstuk 2 introduceert de basisconcepten van het ST-model zoals dat oorspronkelijk voor individuen is ontwikkeld door Young (Young e.a., 2003) en van de aanpassing voor groepen ontwikkeld door Farrell en Shaw (2012). In dit hoofdstuk worden de doelen van ST, de therapeutische aanpak van limited reparenting en de kernonderdelen van het model beschreven. De benadering van het geïntegreerde ST-programma om individuele en groepsessies te combineren, wordt besproken. Hier wordt ook een overzicht gegeven van het algemene verloop en de fasen van het behandelprogramma.

Hoofdstuk 3 beschrijft een paar essentiële onderdelen van het behandel-

programma: de patiënten, met inclusie- en exclusiecriteria; de therapeuten; de omgeving – zowel de fysieke setting als het multidisciplinaire behandelteam; de duur van de sessies en de behandeling; en de mogelijke therapieoosters en de structuur voor het uitvoeren van het programma in verschillende settings.

Hoofdstuk 4 presenteert de groepsessies per therapieonderdeel, met voorbeelden van therapeutische scripts en de patiëntenmaterialen – hand-outs, groepsoefeningen en huiswerkopdrachten voor de sessie.

Hoofdstuk 5 beschrijft de twaalf individuele sessies – met specifieke inhoud, voorbeeldscripts en hand-outs.

Hoofdstuk 6 geeft weer welke ST-training en -supervisie wordt aanbevolen voor therapeuten. Er wordt een samenvatting gegeven van het verrichte onderzoek, met een korte beschrijving van de studies die ten tijde van dit schrijven liepen.

Dit boek is uniek in de ST-literatuur aangezien het een compleet uitvoerbaar programma biedt. Het is niet gericht op een bepaalde stoornis. Het is niet beperkt tot een van de vormen van de uitvoering van de behandeling; het dekt zowel individuele als groeps-ST. Het literatuuroverzicht bevat publicaties over ST die nader ingaan op de theorie en die zich richten op specifieke stoornissen.