

PSYCHIATER EN SCHEMATHERAPIE:

OOK BIJ **CRISIS** EEN **GELUKKIG HUWELIJK!**?

Tekst: Anouk de Jonge, psychiater, psychotherapeut, senior schematherapeut en psychoanalytisch psychotherapeut (Praktijk Psychiater de Jonge, Kompaspsychologen, Amsterdam)

Als vrijgevestigd psychiater kom ik dagelijks in aanraking met diepgewortelde patronen bij mijn cliënten. Door schema's en modi van de cliënt (en van jezelf) te leren herkennen, kan je deze patronen beter begrijpen en vind je aanknopingspunten voor de behandeling. Kennis van schematherapie is dan ook voor psychiaters heel bruikbaar, of je nou werkt op een psychiatrische afdeling in een kliniek, op een poli of bij de crisisdienst. In deze casusbeschrijving ga ik in op hoe ik als psychiater schematherapie gebruik in behandelingen met suïcidale cliënten.

De vrijgevestigde psychiater en schematherapie

In mijn vrijgevestigde praktijk behandel ik voornamelijk cliënten met persoonlijkheidsproblematiek en comorbiditeit, bij wie een combinatie van psychotherapie en farmacotherapie geïndiceerd is. Deze cliënten hebben vaak een uitgebreide behandelvoorgeschiedenis en al langdurig klachten. Bij deze doelgroep biedt schematherapie mij als psychiater veel houvast: het kijkt transdiagnostisch, heeft een sterke theorie van etiologie van psychische klachten en het biedt een scala aan therapeutische (experientiële) technieken die ik kan inzetten in mijn behandeling (Young et al., 2005).



Suïcidaliteit en de focus van je behandeling

Tijdens behandelingen van persoonlijkheidsproblematiek met comorbiditeit zijn crisissen en/of suïcidaliteit geen uitzondering. Zorgverleners worden onder meer opgeleid met het leren inschatten van het risico op suïcidaliteit. We nemen kennis van de (nieuwe herziene) Richtlijn Suïcidaliteit (2). Het behoeft aandacht hoe je het gesprek kunt aangaan met je cliënt. Hoe je risicofactoren kunt identificeren en tot een hypothese komt welke problematiek ten grondslag ligt aan deze suïcidaliteit. In mijn beleving is er minder aandacht voor de (langere termijn) behandeling van suïcidaliteit. Van de Koppel et al. (2022) vraagt hier ook aandacht voor in een artikel over behandelbeleid bij vrouwelijke adolescenten bij wie sprake is van chronische suïcidaliteit. Daarin wordt geconcludeerd dat de zorg bij suïcidaliteit zich te vaak kenmerkt door het inschatten van het acute suïciderisico en het maken van veiligheidsafspraken, waardoor de focus uitsluitend ligt op de preventie van een fatale afloop en minder op het faciliteren van ontwikkeling en herstel.

Suïcidaliteit en modi

In mijn schematherapieën zie ik regelmatig cliënten bij wie sprake is van suïcidaliteit. Veelal hebben zij terugkerende doodsgedachten, een al dan niet ambivalente doodswens of een al meer uitgewerkt suicideplan.

Bij acute suïcidaliteit staat de noodzaak om de Richtlijn Suïcidaliteit te volgen en te zorgen dat de cliënt weer veilig is voorop. Regelmatig komt suïcidaliteit als beleving gedurende de behandeling bij



PROBEER TE BEGRIJPEN VANUIT WELKE MODUS EEN CLIËNT ZICH SUÏCIDAAL UITLAAT.

periodes meer op de voorgrond te staan. Ik vind het een professionele uitdaging om steeds goed te blijven afwegen welke psychiatrische aandoening op de voorgrond staat en welke richtlijn gevolgd moet worden. Zeker gedurende schematherapie, waarbij de focus ligt op de behandeling van de onderliggende persoonlijkheidsproblematiek, doet dit dilemma zich regelmatig voor. De Winter et al. (2020) schrijft over het belang van differentiatie van suïcidaal gedrag.

Inschatten met welke modus de cliënt in de therapiekamer zit, is een belangrijk aandachtspunt binnen de schematherapie. Dit is niet anders voor suïcidaal gedrag, waardoor ik dan ook probeer te begrijpen vanuit welke modus een cliënt zich suïcidaal uitlaat. Eén van de vragen die zich daarbij voordoet is of bij een suïcidale uitlating één modus of een combinatie van schemamodi tegelijkertijd worden getriggerd. In literatuur over schematherapie bij chronische depressie- en angststoornissen (Brockman et al., 2023) wordt gesproken over mode mapping: in kaart brengen welke modi op dat moment een belangrijke rol spelen bij het veroorzaken van de suïcidaliteit. Het is daarbij belangrijk om aandacht te hebben in welke basisbehoeften de cliënt tekort is gekomen en hoe dit tekort in het hier-en-nu een rol speelt. En om oog te hebben welke vroege maladaptieve schema's en welke externe factoren een rol spelen bij het triggeren van deze modi.

Suïcidaliteit en een combinatie van verschillende modi

Aan de hand van twee casussen laat ik zien hoe het herkennen en hanteren van modi kan bijdragen aan de behandeling van suïcidale cliënten. De eerste casus is een deels fictieve en deels geanonimiseerde casus. De tweede casus is een fictieve casus.

CASUS 1

Selin is een 28-jarige alleenstaande vrouw met een uitgebreide ambulante behandelvoorgeschiedenis. Ze heeft VMBOt gedaan en daarna een MBO-opleiding afgerond. Ze werkt in het ziekenhuis, maar ze heeft zich sinds een paar maanden ziek gemeld. Ze heeft een vriendinnenkring, deels van vroeger en

ook deels uit haar studietijd, maar die ziet ze sinds een paar maanden niet meer. Ze houdt contact af. Ik heb een vermijdende persoonlijkheidsstoornis met een comorbide matig- ernstige depressieve stoornis en een angststoornis bij Selin geclassificeerd. Haar belangrijkste schema's zijn: Wantrouwen/Misbruik, Minderwaardigheid/Schaamte en Sociaal isolement. Haar behandeling bestaat uit een combinatie van schematherapie en farmacotherapie. Ze uit zich suïcidaal, ze lijdt hevig onder haar klachten en ze isoleert zich in toenemende mate.

Welke modi spelen hier een rol?

In geval van Selin is het vooral een Straffende, Kritische Ouder modus die dominant aanwezig is en die ten grondslag ligt aan haar suïcide-ideatie. Ze piekert bijna voortdurend en haar Straffende Kritische Ouder modus levert voortdurend negatief commentaar. Tegelijkertijd zit ze ook in haar Kwetsbare Eenzame Kind modus. Ze loopt over van verdriet en wanhoop. Er is ook een sterk aanwezige Vermijdende Beschermmer en een Onthechte Zelfsusser (onder andere door te gamen).

Stoelentechniek als crisisinterventie

Door bij suïcidaliteit te denken in modi, wordt duidelijk dat de Straffende Kritische Ouder modus bij Selin domineert. Dit kan ik met Selin bespreken en haar uitleggen dat ik het gevoel heb dat Kleine Selin erg veel last heeft van de onderdrukking door haar straffende kritische kant. Daarbij leg ik uit dat niet Selin zelf, maar haar Kritische Ouder modus vindt dat zij zich maar beter kan suïcideren.

Vervolgens doen we een stoelentechniek, waarbij ik haar vraag om op de stoel van Kleine Selin te komen zitten.

De Straffende Ouder van Selin zegt bijvoorbeeld: 'Het schiet ook niet op zo! Zo kun je er maar beter niet meer zijn, je bent niet eens buiten geweest vandaag! Je hebt zoveel kansen gemist de afgelopen 10 jaar. Je hebt de boot gewoon helemaal gemist. Dat haal je nooit meer in. Het wordt niks meer met jou!...'

Ik kan dan de Straffende Kritische kant tegenspreken: 'Hee heeey! Volgens mij hoor ik daar jouw straffende kant. Zullen we die eens even opzij zetten. Zou je eens even hier kunnen komen zitten op de stoel van Kleine Selin? Want ik wil jouw Kleine Selin beschermen tegen die Straffende kant die zo tegen jou tekeer gaat. Dat is nu echt niet wat jij nodig hebt. Je hebt het al moeilijk genoeg...'

Op momenten dat Selin in contact staat met haar

Kwetsbare Kind modus, ontstaat er meer ruimte om haar te steunen. Vanuit Kleine Selin zegt ze dingen als: "Ik voel me zo ontzettend rot, ik voel me zo neerslachtig, ik trek dit niet meer. Ik voel me zo ontzettend naar... ik wil niet verder zo..."

Dat geeft mij ingang om te steunen: "Nou, dat is ook heel erg zwaar, de situatie waar je nu inzit. Ik kan me voorstellen dat de moed je echt in de schoenen zakt. Maar ik ben er voor je. En ik ga je helpen om te kijken hoe je de komende dagen kunt doorkomen. Ik ga jouw ook daarbij betrekken. Om te zorgen dat je er niet alleen voor staat."

Effect stoelentechniek op suïcidaliteit

Het biedt Selin houvast om te herkennen welke modi een rol spelen bij haar suïcidaliteit. Ook geeft het haar perspectief: dat haar situatie niet uitzichtloos is. Het geeft haar erkenning in hoe klem ze zich voelt zitten, ze kan de emoties die hieraan vastzitten toelaten. Dit neemt iets van druk van het ventiel. Het biedt haar ook een ingang om uit deze klem weg te kunnen komen.

CASUS 2

Rob is een 55-jarige man, getrouwd, 2 kinderen die inmiddels volwassen zijn. Hij is succesvol in zijn werk als directeur van een grote woningcoöperatie. Hij stelt hoge eisen aan zichzelf, niet alleen op werk, maar ook in zijn privéleven, bijvoorbeeld met sporten. Hij heeft in de voorgeschiedenis meerdere keren een depressie doorgemaakt en hier toen ook behandeling voor gezocht, kreeg gesprekstherapie (onder andere deeltijd groepstherapie) in combinatie met medicatie.

Aanleiding om nu in therapie te komen is dat hij zich helemaal klem voelt zitten. Zijn vrouw blijkt ongeneeslijk ziek te zijn en hij ziet een toekomst op zich afkomen waarvan hij het gevoel heeft het nooit aan te kunnen. Hij is niet gewend om hulp te vragen, stelt zich niet gauw kwetsbaar op. Maar door deze levensgebeurtenis gaat ineens alles schuiven. Hij voelt zich heel angstig, maar laat dit gevoel niet toe. In de therapiesessies houdt hij zich groot. Hij vertelt geanimeerd over zijn werk, maakt grapjes. Tegelijkertijd uit hij zich suïcidaal. Al zegt hij dat hij nooit tot zoiets zou overgaan, hij maakt een zeer gespannen indruk als hij erover vertelt. Het blijkt dat hij ook weer is gaan blowen de laatste maanden. Dit is toegenomen sinds duidelijk is geworden dat zijn vrouw ongeneeslijk ziek is. Classificerend is er sprake

van een combinatie van een ernstige depressie met angstige spanning en persoonlijkheidsproblematiek, met voornamelijk obsessieve compulsieve en narcistische trekken. Daarnaast is sprake van misbruik van cannabis. De behandeling bestaat uit een combinatie van schematherapie en farmacotherapie.

Stevige vermijdende copingmodi en suïcidaliteit

Bij Rob overheersen zijn copingmodi. Met zijn dominante houding is hij in staat om zijn gevoel en de ander op afstand te houden, daardoor is het voor mij lastig om zijn suïcidaliteit goed in kaart te brengen. Bij zulke problematiek kan ik veel gaan voelen in de tegenoverdracht: angst in mijn buik, een angstige spanning, een appèl om niet verder door te vragen, niet te doortastend te worden. Ik kan me machteloos voelen en ook angstig om belangrijke informatie te missen. Bij mij worden de schema's Minderwaardigheid/Schaamte, Mislukking en Meedogenloze normen getriggerd. Dit kunnen momenten zijn waarin ik extra goed voor mijn eigen Kwetsbare Kind modus moet zorgen als therapeut. Om zo ruimte te creëren voor het kunnen zetten van de juiste stappen in de behandeling. Enerzijds doet Rob suïcidale uitlatingen en maakt hij een gespannen indruk. Maar met zijn beschermers houdt hij mij op afstand en ontstaat er geen ruimte voor hem en voor mij om zijn innerlijke belevingswereld verder te exploreren.

Empathische confrontatie

Ik leg aan Rob voor dat ik het gevoel heb dat het veel met hem doet. Hierop ontkent hij gespannen te zijn en weert hij dit direct af. In dit geval denk ik dat een empathische confrontatie passend is om te proberen. Ik probeer te benoemen welk contrast ik ervaar. Dat ik merk dat ik angst bij hem voel voor wat hem overkomt en misschien ook voor wat hij ervaart aan suïcidale gedachten. Maar dat ik merk dat als ik dit probeer te benoemen, hij het weglacht en erover heen lijkt te praten. Hij valt even stil. Er lijkt ruimte te ontstaan bij Rob om zich meer te richten op zijn binnenwereld. Dit toelaten en delen in contact met een ander is heel nieuw voor hem. Hier ontstaat een ingang om verder te exploreren en stil te staan bij wat hij voelt.

Het is een mooi aangrijpingspunt om daarna met Rob stil te staan bij zijn casusconceptualisatie: uitleg te geven welke schema's en modi actief zijn en hoe die een rol spelen. Ook kunnen we verder gaan

exploreren welke onderliggende tekorten in basisbehoefte hierin een rol spelen en hoe hij hierin voor zichzelf kan gaan zorgen.

Eigen schema's en modi en faalruimte

Wanneer herstel van klachten nog onvoldoende optreedt en suïcidaliteit in een lopende behandeling nog een prominente rol speelt, roept dit uiteraard ook veel op bij de therapeut (6).

Het inschatten van het suïciderisico en wat er nodig is om veiligheid te creëren voor de cliënt, maken

HET IS HEEL HELPEND OM STEEDS BIJ JEZELF NA TE BLIJVEN GAAN WELKE SCHEMA'S EN MODI BIJ JOU ALS THERAPEUT GEACTIVEERD WORDEN.

dan een belangrijk onderdeel uit van de behandeling. Naast het inschatten van de belangrijkste schema's en modi die op dat moment een rol spelen bij de cliënt, is het ook heel helpend om steeds bij jezelf na te blijven gaan welke schema's en modi bij jou als therapeut worden geactiveerd.

Bij mij worden de schema's Minderwaardigheid/Schaamte, Mislukking en Meedogenloze normen getriggerd. Qua modi kan ik dan sterk in een Kritische Ouder modus schieten, maar ook in een Vermijdende Beschermers. Ik merk dat het dan kan helpen om ruimte te maken voor mijn eigen Kwetsbare Kind modus. Intervisie met collega's is dan heel belangrijk om je eigen valkuilen te herkennen. Als een cliënt heel angstig is en dit met hele krachtige beschermende modi afweert, kan ik me verleid voelen om mee te gaan in een Vermijdende Coping modus. Waardoor ik mijn eigen waarschuwingssignalen ook gemakkelijker over het hoofd zie. Ik heb ervaren dat juist als de angst oploopt, zowel bij de cliënt als bij mijzelf, vermijdende copingmodi

getriggerd kunnen worden. Door eigen schema's en modi tijdig te herkennen, kun je jezelf waar nodig gemakkelijker vrij maken en daarmee ook weer de interventies doen die nodig zijn.

Conclusie

Ook psychiaters kunnen schematherapie als psychotherapievorm inzetten in hun werk.

In de behandeling van suïcidale cliënten kunnen het theoretisch kader van schematherapie evenals de therapeutische technieken van schematherapie ingezet worden om de schema's en modi van je cliënt (en van jezelf) te herkennen. Dit biedt houvast in hoe je samen met de cliënt zicht kunt krijgen op onderliggende dynamiek die een rol speelt bij het ontstaan van de suïcidaliteit. Daarmee biedt het houvast in hoe je communicatieve vaardigheden kunt inzetten in deze behandelingen.

Literatuur

1. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). Schematherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. In Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten (2e druk, pp. 323–392). Bohn Stafleu van Loghum.
2. Kennisinstituut van de Federatie van Medisch Specialisten. (z.d.). Richtlijn suïcidaliteit. Richtlijndatabase. https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/su_cidaliteit
3. Van de Koppel, M., Mérelle, S.Y.M., Stikkelbroek, Y.A.J., Van der Heijden, P.T., Spijker, J., Popma, A., & Creemers, D.H.M. (2022) Be- handelbeleid bij vrouwelijke adolescenten gegijzeld door chronische suïcidaliteit. Tijdschrift voor Psychiatrie, 64(4), p. 214-219.
4. De Winter, R., Meyer, C., Van den Bos, A., Kool, N., Enterman, J., De Beurs, D., & De Groot, M. (2020) Differentiatie van suïcidaal gedrag. <https://suicidaliteit.nl/2020/differentiatie/beschrijvingmodel.pdf>
5. Brockman, R. N., Simpson, S., Hayes, C., van der Wijngaart, R., & Smout, M. (2023). Schematherapie for chronic depression and anxiety disorders. In The Cambridge Guide to Schema Therapy (pp. 251–265). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108918145.015>
6. Barzilay, S., Yaseen, Z.S., Hawes, M., Gorman, B., Altman, R., Foster, A., Apter, A., Rosenfield, P., & Galynker, I. (2018). Emotional responses to suicidal patients: Factor Structure, Construct, and Predictive Validity of the Therapist Response Questionnaire-Suicide Form. Frontiers in psychiatry, 9(104). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00104>

