



# SCHEMATHERAPIE EN TRAUMAGERICHT BEHANDELEN

Tekst: Hellen Hornsveld en H el ne Bögels

In dit artikel wordt betoogd dat de effectiviteit van schematherapie bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kan toenemen wanneer er meer nadruk wordt gelegd op het verwerken van relevante belastende jeugdervaringen. Hoewel schematherapie van alle richtlijnbehandelingen voor persoonlijkheidsstoornissen al het meest gericht is op trauma, suggereren recente onderzoeksresultaten dat deze focus nog sterker mag zijn. Dit betekent dat de behandeling van pijnlijke herinneringen zo vroeg mogelijk wordt gestart. Alleen zo nodig wordt schematherapie ingezet. Allereerst wordt een inhoudelijke onderbouwing voor deze werkwijze gegeven. Vervolgens wordt kort geschetst hoe deze aanpak er in de praktijk uit kan zien.

## Nieuwe ontwikkelingen

Het verband tussen traumatische ervaringen en het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis (PS) is in wetenschappelijk onderzoek overtuigend aangetoond (1). Daarbij gaat het niet alleen om posttraumatische stressklachten als gevolg van ervaringen met seksueel geweld, levensbedreiging of fysiek geweld, maar zeker ook om emotioneel misbruik, verwaarlozing of sociale ingrijpende gebeurtenissen, wat in de literatuur bekendstaat als Adverse Childhood Experiences (ACE's) (2). Toch betekent het onderkennen van de schadelijke impact van ACE's op de persoonlijkheidsontwikkeling niet automatisch dat de herinneringen eraan ook daadwerkelijk

worden behandeld. Schematherapie vormt hierop een uitzondering: het is de enige richtlijnbehandeling voor PS waarin expliciet gewerkt wordt aan het bewerken van relevante jeugdherinneringen. In aansluiting op de schematherapeutische visie wordt in dit artikel een ruim begrip van het woord 'trauma' gehanteerd. Daarmee bedoelen we alle herinneringen (nauwkeuriger geformuleerd: alle mentale representaties), waarvan op basis van de casusconceptualisatie verwacht mag worden dat verwerking ervan bijdraagt aan het behalen van de behandoelen.

## Ruimte voor verbetering

Een behandeling met schematherapie betreft een intensief traject en vraagt veel van cliënten en behandelaars. De Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (3) gaat uit van 40-60 sessies, gedurende 12-18 maanden. De wachtlijsten zijn lang en niet iedereen profiteert van de behandeling. De drop-out (het voortijdig stoppen van therapie) is voor schematherapie relatief laag, maar nog altijd 15-25%. (4). Om schematherapie doeltreffender te maken, worden momenteel verschillende vernieuwingen onderzocht, zoals specifieke richtlijnen voor bepaalde doelgroepen, de inzet van eHealth-modules en het aanbieden van schematherapie in groepsverband. Een andere ontwikkeling is het eerder in de behandeling inzetten van traumabehandeling met Imaginaire Rescripting (ImRs). Zo loopt er momenteel een onderzoek naar schematherapie waarbij de start van ImRs in de twaalfde sessie wordt vergeleken met een variant waarin ImRs al na vier sessies wordt aangeboden (5). De uitkomsten van deze zogenoemde Lucy Trial zijn op het moment van schrijven nog niet bekend. Het is echter niet nodig om op deze resultaten te wachten. Uit ander onderzoek blijkt steeds overtuigender dat vroegtijdig starten met traumaverwerking essentieel is binnen het behandeltraject van PS.

## Een traumagerichte visie op psychopathologie

Schematherapie, de naam zegt het al, stelt zogeheten schema's centraal als essentieel begrip om persoonlijkheidsproblematiek te begrijpen en te behandelen. Schema's bestaan uit diepgewortelde overtuigingen en gevoelens over jezelf, anderen en de wereld, plus de daarbij horende herinneringen. Herinneringen worden door Jeffrey Young, de grondlegger van de schematherapie, gezien als expliciet onderdeel van een schema (6). Gedrag wordt niet tot een schema gerekend: een persoon kan met verschillend gedrag reageren op schema-activatie. Het verwerken van herinneringen wordt van belang geacht om op gevoelsniveau een verandering teweeg te brengen en de gevoeligheid voor het schema te verminderen. ImRs werkt met het idee dat ons brein op beeldend niveau herinneringen kan verwerken en veranderen, zelfs als het 'slechts' verbeelding is. De cliënt doet een nieuwe positieve ervaring op, die de oude, pijnlijke herinnering – en daarmee het schema – 'corrigeert'. Het bewerken van pijnlijke herinneringen met ImRs is dus een be-

langrijk aangrijpingspunt van verandering binnen de schematherapie. Of therapeuten zich daar altijd aan houden is een andere vraag. Het is bekend dat de neiging tot 'praten' in therapie groot is. Zowel cliënt als therapeut verblijven soms liever in de Afstandelijke (analyserende) Modus dan naar de pijn toe te gaan. Ook wordt schematherapie steeds vaker in groepen aangeboden, waardoor er minder gelegenheid is om met ImRs 'scherp te schieten' op individu-specifieke ontwrichtende herinneringen.

## 'Treat the trauma's, not the symptoms'

De traumagerichte visie van schematherapie heeft grote overeenkomsten met EMDR-therapie. Beide methoden zijn ongeveer 35 jaar geleden ontstaan, in een tijd dat er meer aandacht kwam voor de blijvende schade door ACE's en voor PTSS. Beide methoden ontstonden ook uit onvrede over de resultaten die werden bereikt met gedragstherapie, cognitieve therapie en psychodynamische therapieën.

Francine Shapiro, grondlegster van EMDR-therapie, werkte haar visie uit in het zogeheten Adaptive Information Processing (AIP) model (7). Binnen dit model wordt gesteld dat bij psychische klachten de informatieverwerking van grotere en kleinere nare gebeurtenissen niet goed is verlopen. Dit kan gebeurd zijn doordat de ervaring te heftig was, te zeer in strijd met bestaande opvattingen, of dat de draagkracht te beperkt was en de omstandigheden te ongunstig. Deze ervaringen zijn op een 'bevroren', onverwerkte wijze in het geheugen achtergebleven. Ze oefenen door hun emotionele betekenis en lading een negatieve invloed uit op gedachten, gevoelens en gedragingen, ook als ze niet intrusief in het bewustzijn aanwezig zijn (7). De cliënt heeft lang niet altijd een hulpvraag met betrekking tot deze onverwerkte gebeurtenissen, maar het is wel essentieel om deze 'oude wonden' alsnog te herstellen. Een gevleugelde uitspraak van Shapiro is dan ook: "treat the trauma's, not the symptoms". Dysfunctionele opvattingen, gevoelens en gedragingen beschouwde zij als gevolgschade van de onverwerkte herinneringen.

Een vergelijkbare visie wordt verwoord door Arnoud Arntz (8), in een artikel met de veelzeggende titel '*A plea for more attention to mental representations*'. Een mentale representatie is een innerlijk beeld, voorstelling of concept dat iemand vormt van zichzelf, anderen, situaties of gebeurtenissen.



Dr. Hellen Hornsveld is GZ-psycholoog, EMDR-Europe trainer en schematherapeut supervisor VSt/ISST. Zij is vrijgevestigd in Utrecht. Zij specialiseerde zich in de behandeling van angst, trauma en persoonlijkheidsstoornissen en publiceert regelmatig over deze onderwerpen.

Het is de manier waarop onze hersenen ervaringen opslaan, structureren en van betekenis voorzien. Hoewel mentale representaties aanvankelijk een centrale plaats innamen in cognitieve modellen van psychopathologie, verschoof de aandacht in de loop der tijd naar cognitieve vertekeningen (biases) en emotieregulatieproblemen. Deze verschijnselen werden vaak als oorzaken van psychische klachten beschouwd, terwijl ze in werkelijkheid beter begrepen kunnen worden als uitingen van onderliggende, geactiveerde mentale representaties (8). Traumatherapie is erop gericht juist deze mentale representaties te identificeren, te begrijpen en – waar nodig – te activeren en bij te stellen.

### Wel of niet direct beginnen met traumabehandeling

In de beginjaren van EMDR-therapie en schematherapie was men terughoudend met het direct starten van traumagerichte interventies uit angst voor ontregeling. Vooral bij ernstige en langdurige problematiek, zoals complexe PTSS en (borderline) PS, werd eerst een voorbereidende fase toegepast. Deze richtte zich op emotieregulatie, het opbouwen van veiligheid en vertrouwen, en het geven van psycho-educatie. Binnen schematherapie werd gesteld dat eerst de Gezonde Volwassene versterkt moest worden voordat men veilig en effectief tot traumaverwerking kon overgaan. Er was echter weinig empirisch bewijs voor het nut van een stabilisatiefase en later onderzoek toonde aan dat een stabilisatiefase geen meerwaarde bood ten opzichte van een directe traumagerichte behandeling (9).

Een relevant onderzoek op dit gebied is de IREM-studie, waarin EMDR en ImRs werden vergeleken bij volwassenen met PTSS als gevolg van vroeg-

kinderlijke traumatisering (10). Beide behandelingen bleken even effectief, ook zonder voorafgaande stabilisatiefase. Opvallend was dat de interventies niet alleen PTSS-symptomen verminderden, maar ook leidden tot verbetering op andere klachten zoals depressie, dissociatie en emotieregulatie. Dit suggereert dat traumabehandeling zelf al stabiliserend werkt. De lage uitvalpercentages wijzen bovendien op een goede verdraagbaarheid, ook zonder voorbereidende fase. Belangrijk is dat ImRs als zelfstandige interventie, los van de context van schematherapie, even effectief bleek als EMDR, ondanks het feit dat ImRs op dat moment nog geen erkende richtlijnbehandeling was.

De richtlijnen voor complexe PTSS van de International Society for Traumatic Stress Studies zijn inmiddels aangepast (11). Daarin wordt benadrukt dat, indien mogelijk, direct met traumabehandeling gestart kan worden, zonder voorafgaande stabilisatiefase. Uiteraard is dat niet in alle gevallen haalbaar, en juist daar kan schematherapie van meerwaarde zijn.

Opmerkelijk is dat in de DSM-5 geen aparte categorie 'complexe PTSS' is opgenomen. Dit weerspiegelt de visie dat PTSS weliswaar ernstig en complex kan zijn, maar dat dit geen fundamenteel andere aanpak vereist. Ook bij ernstige problematiek blijft het uitgangspunt: start met traumatherapie zodra dat mogelijk is (9).

### De kracht van traumabehandeling

Uit onderzoek blijkt steeds opnieuw dat traumabehandeling niet alleen PTSS-symptomen vermindert, maar ook andere klachten en problemen aanpakt. Een recent grootschalig onderzoek bij mensen met PTSS én een Cluster-C PS bevestigt dit (12). De deelnemers kregen óf 12–18 sessies van 75 minuten Imaginaire Rescripting (ImRs), óf eenzelfde hoeveelheid ImRs gecombineerd met 40 sessies van 90 minuten groepsschematherapie. Men verwachtte dat het toevoegen van schematherapie, zeker gezien de vermijdende copingstijlen binnen deze doelgroep, de effectiviteit zou vergroten. Dit bleek echter niet het geval. De ImRs bleek krachtig genoeg om zowel PTSS-klachten als persoonlijkheidsgerelateerde symptomen sterk te verminderen en dat effect bleef negen maanden na afloop van de behandeling behouden. De groepsschematherapie voegde in dit onderzoek niets toe.

De conclusie van dit en vergelijkbaar onderzoek (13) is steeds dat traumabehandeling zeer effectief is, niet alleen voor PTSS-symptomen maar ook voor comorbide klachten zoals negatief zelfbeeld, somberheid, emotieregulatie en persoonlijkheidsproblematiek. Deze bevindingen worden begrijpelijker wanneer PTSS en PS niet als gescheiden aandoeningen worden gezien, maar als uitingen binnen een continuüm van posttraumatische (post-ACE's) syndromen.

## Traumabehandeling bij mensen met een PS zonder PTSS-diagnose

De laatste jaren verschenen de eerste studies naar direct traumagerichte behandeling bij mensen met een PS zonder PTSS-diagnose. In een eerste pilot (14) kregen wachtlijstcliënten met een PS vijf dubbele EMDR-sessies gericht op ongeveer vijf klacht-gerelateerde herinneringen. Deze aanpak leidde tot significante verbeteringen op onder andere angst, depressie en persoonlijkheidsfuncties. Deze resultaten werden bevestigd in een grotere vervolgstudie (15, 16), waarin de helft van de deelnemers tien dubbele sessies EMDR kreeg, opnieuw gericht op kernklachten. Ook hier daalde de ernst van de PS significant, ongeacht het subtype PS. De uitval was opvallend laag (5%). Deze bevindingen ondersteunen de hypothese dat traumabehandeling met EMDR ook effectief is bij PS zonder PTSS-diagnose. Het is aannemelijk dat vergelijkbare resultaten bereikt hadden kunnen worden met ImRs.

Sinds enkele jaren biedt PSYTREC (een psychotraumacentrum) intensieve traumabehandelingen aan voor mensen met een PS zonder PTSS-diagnose. Deze behandeling bestaat uit 3 x 2 dagen EMDR en cognitieve gedragstherapie (vooral exposure in vivo). De eerste, voorlopige resultaten (17) zijn zeer positief, de behandelresultaten zijn zelfs groter dan in de eerdergenoemde studies. Ook op andere plekken binnen de GGZ ontstaan inmiddels initiatieven voor (intensieve) direct traumagerichte behandelingen bij mensen met een PS zonder PTSS-diagnose.

### EMDR of ImRs?

Voor de praktijk betekent dit dat schematherapie aan effectiviteit kan winnen door eerder en vaker in te zetten op traumaverwerking. ImRs en EMDR blijken even effectief en hebben een breed toepassingsgebied: ze kunnen worden ingezet bij elke beladen herinnering die op basis van de casus-

conceptualisatie relevant is voor klachtvermindering dus ook bij bijvoorbeeld verbaal geweld, verwaarlozing of andere ingrijpende ervaringen. Beide methoden hebben hun eigen voor- en nadelen (18) en kunnen ook goed gecombineerd worden. Er is wel gesuggereerd dat EMDR-therapie geschikter zou zijn voor herinneringen aan 'abuse' en ImRs voor 'neglect' (19) maar dit onderscheid is tot nu toe niet bevestigd in onderzoek (20), ondanks dat het intuïtief aannemelijk is. Andere technieken voor het verwerken van nare (niet PTSS) herinneringen zijn onder meer: Schrijfopdrachten, Historisch Rollenspel en Psychodrama.

## Traumasesensitieve casusconceptualisatie

Het is aannemelijk dat het opstellen van een casusconceptualisatie, met expliciete aandacht voor nare jeugdervaringen, op zichzelf al bijdraagt aan herstel. Cliënten krijgen daarmee een kader aangereikt waarin hun klachten niet primair worden gezien als persoonlijke tekortkomingen, maar als begrijpelijke reacties op ingrijpende of abnormale ervaringen. Dit verlicht vaak gevoelens van schuld of schaamte en vergroot het zelfbegrip. Binnen schematherapie helpt de casusconceptualisatie bovendien om inzicht te krijgen in hoe vroeg aangeleerde copingstrategieën of overlevingsmechanismen hebben bijgedragen aan de huidige problematiek.



Hélène Bögels is klinisch psycholoog/psychotherapeut, EMDR Therapeut VEN, supervisor VSt/ISST, VGCT en NVGP. Werkzaam bij het Centrum voor Adolescenten Psychiatrie van de Reinier van Arkel, vrijgevestigd in Den Bosch en docent bij het Nederlands Instituut voor Schematherapie.

Hellen en Hélène geven samen workshops over traumagericht werken in schematherapie én over het combineren van EMDR en Imaginaire Rescripting.



## Het belang van schematherapie

Uit onderzoeksresultaten (21) blijkt dat met name de modi Gezonde Volwassene en Kwetsbare Kind een sleutelrol spelen in het veranderingsproces. Dit sluit goed aan bij een traumagerichte behandeling van PS. Bij traumabehandeling wordt immers direct gewerkt met pijnlijke ervaringen (het Kwetsbare Kind), met als doel deze te verwerken tot een herinnering die past binnen het perspectief van de Gezonde Volwassene, met bijbehorende functionele overtuigingen, emoties en gedrag. Bij ImRs gebeurt dit op een meer expliciete manier, maar het onderliggende principe geldt net zo goed voor EMDR-therapie. De Kritische Kantten (voorheen Ouder Modi) en Coping Modi worden alleen geadresseerd wanneer ze traumaverwerking en het behalen van de behandeldoelen in de weg staan. Niet iedere cliënt is bereid of in staat zich open te stellen voor het werken met pijnlijke herinneringen. Wantrouwen, een laag zelfbeeld (“ik ben het niet waard”) of angst voor emotionele overspoeling kunnen leiden tot vermijding of uitstel, bewust of onbewust. Cliënten die deelnemen aan onderzoek, tonen doorgaans al een zekere bereidheid en motivatie om naar de pijn toe te gaan. In de reguliere behandelpraktijk spelen echter vaak belemmeringen. In die situaties biedt schematherapie een waardevol kader om cliënten te ondersteunen en stapsgewijs toe te werken naar traumabehandeling/ImRs; zie (22) voor een casusbeschrijving waarin schematherapie werd ingezet als voorbereiding op een PTSS-behandeling.

## PTSS wordt vaak gemist, ook bij schematherapeuten

PTSS wordt regelmatig over het hoofd gezien, zeker bij cliënten met comorbide klachten zoals een verslaving, eetstoornis of PS (23). De gevolgen van het (over)reguleren van traumaklachten staan dan meer op de voorgrond, waardoor onderliggende trauma's uit beeld blijven. Ook schematherapeuten moeten daar alert op te zijn. Schematherapie is populair: cliënten melden zich om ‘patronen te doorbreken’, maar vermijden liever expliciete gesprekken over misbruik of andere traumatische ervaringen. Soms denken ze dat het trauma niet meer relevant is, omdat dagelijkse problemen de aandacht opeisen. Het advies is om altijd zorgvuldig na te gaan of er sprake is van PTSS en alle nare gebeurtenissen systematisch in kaart te brengen. Vragenlijsten voor traumatische gebeurtenissen (zoals de LEC-5, life events checklist for DSM-5, en de ACE's vragenlijst)

kunnen hierbij helpen. Voor veel cliënten is het laagdrempeliger om op papier aan te geven wat ze hebben meegemaakt, dan dit meteen in een gesprek te bespreken. In schematermen: een gesprek activeert schema's zoals schaamte, minderwaardigheid of wantrouwen, wat weer vermijdende coping oproept.

Ook als er geen formele PTSS-diagnose is geïdentificeerd, komen bij cliënten met een PS vaak ervaringen voor van fysiek of seksueel misbruik. Het is belangrijk om deze herinneringen expliciet te bevragen en, indien er ‘actuele lading’ op zit, voorrang te geven in de behandeling, ook als de cliënt zelf meent dat het ‘wel meevalt’. Dit geldt in het bijzonder bij seksueel misbruik. Of er emotionele lading op een herinnering zit, kan het beste worden gecheckt door te vragen naar een concrete herinnering en daar ‘naar toe te gaan’ met het opstarten van het EMDR standaard protocol (‘wat is nu het laatste beeld van deze herinnering’ enz.) of met ImRs (‘je bent daar weer’, enz.). Snel genoeg weet de therapeut dan of de herinnering inderdaad is verwerkt of dat dit nog moet gebeuren.

## CASUS IRENE: DE PROEF OP DE SOM

Irene is 42 jaar en heeft al eerder therapie gehad voor depressieve klachten. Via een coach op haar werk en de huisarts wordt ze verwezen voor schematherapie. Tijdens de schematherapeutische casusconceptualisatie vertelt Irene dat ze seksueel is misbruikt door een oudere broer, tussen haar 6e en 10e jaar. Ze moest hem aftrekken met rubberen handschoenen; ‘dokterdje spelen’ noemde hij het en het moest geheim blijven. Ze had dit niet verteld tijdens de intake. Ze zegt: ‘Het is al zo lang geleden, en ik ben niet boos ofzo, ik neem hem niets kwalijk, ik denk er niet vaak meer aan.’ De therapeut neemt de proef op de som en vraagt Irene of ze nog een concrete herinnering heeft aan wat er gebeurd is, en of ze daar iets over wil vertellen. Irene geeft aan dat vertellen heel moeilijk is, maar ze ziet het wel voor zich. Als de therapeut vraagt naar het actueel laatste beeld, schiet ze vol: ‘Ik was nog zo jong, en al zo met seks bezig...’. Irene is zelf ook verbaasd hoeveel het haar nog doet. De therapeut stuurt erop aan om het misbruik prioriteit te geven in de behandeling.

## Een traumaplanning maken

Een direct op trauma gerichte behandeling bij een PS begint dus met het in kaart brengen van de

belangrijkste traumatische ervaringen; vervolgens wordt bekeken of de herinneringen aan deze ervaringen in relatie staan tot de huidige klachten. Bij PTSS of andere intrusieve herinneringen schrijven de richtlijnen voor om hiermee te starten (23). Het opstellen van een lijst met de meest beladen herinneringen, een zogenoemde traumaplanning, helpt om je niet te laten afleiden en de focus op verwerking te behouden (2).

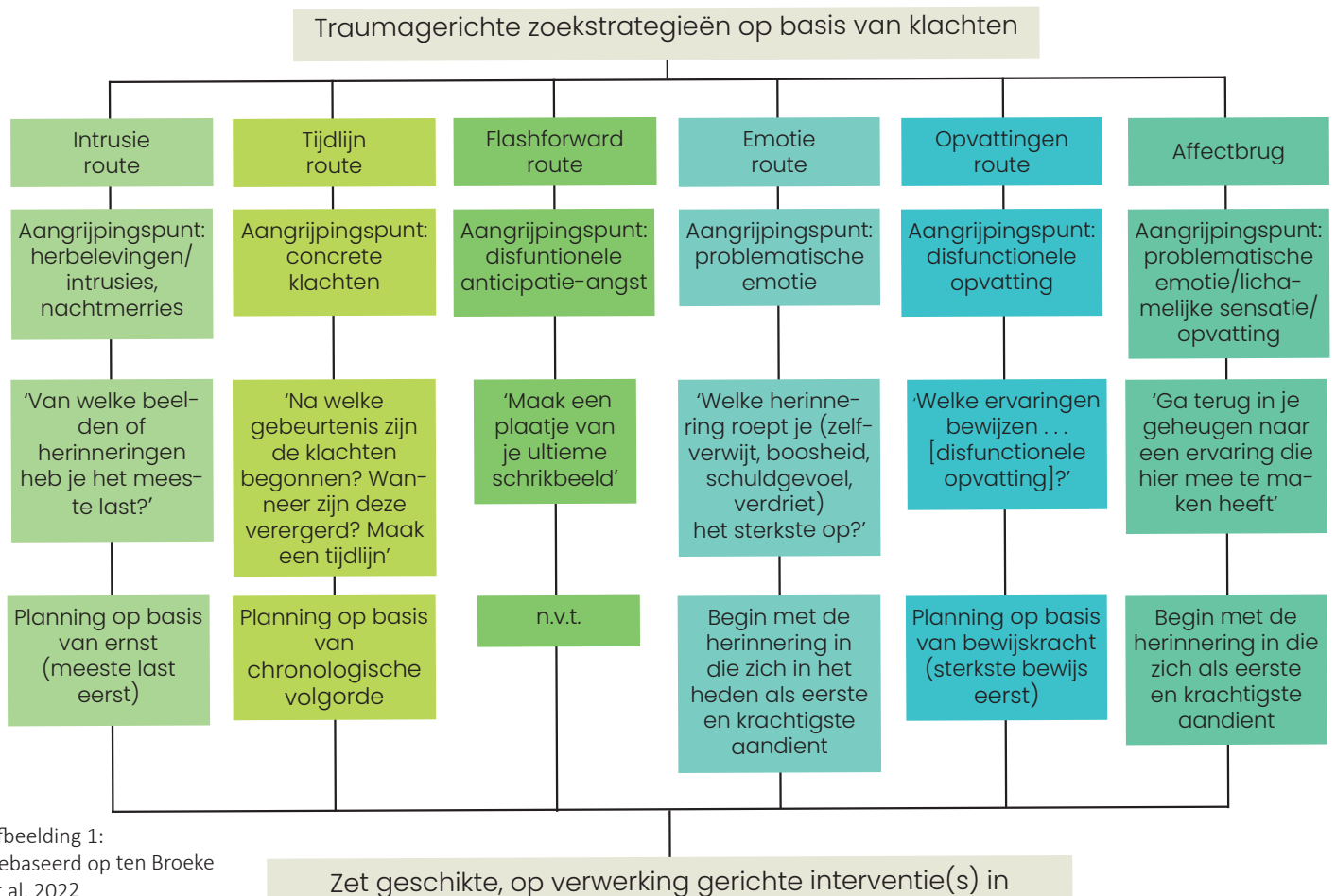
Binnen schematherapie is het maken van een traumaplanning echter niet gebruikelijk. Vaak wordt per sessie bekeken welke interventie passend is. Bij gebruik van ImRs wordt meestal de affectbrug toegepast: via een actuele situatie wordt gezocht naar een herinnering die er gevoelsmatig mee samenhangt (24). Het voordeel van de affectbrug is dat de cliënt direct ervaart hoe het heden verbonden is met het verleden, waardoor verwerking doelgericht kan starten. Het nadeel is dat niet altijd duidelijk is of de gevonden herinnering werkelijk relevant is. Soms komen er meerdere herinneringen naar boven of duikt dezelfde herinnering herhaaldelijk op, wat tot twijfel leidt bij de cliënt over welke ‘de juiste’ is om te noemen.

## Klachtgerichte zoekstrategieën.

Binnen EMDR-therapie wordt gebruikgemaakt van

zogenoeten zoekstrategieën om samen met de cliënt een traumaplanning op te stellen (25). Er zijn zes strategieën, waarvan de affectbrug er één is (zie Afbeelding 1). Het doel is om relevante herinneringen te identificeren, los van de methode die later wordt ingezet voor verwerking. Deze zoekstrategieën kunnen goed worden toegepast binnen schematherapie, bijvoorbeeld om herinneringen te selecteren die vervolgens met ImRs worden behandeld. Vanwege de omvang worden in dit artikel niet alle zoekstrategieën besproken. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar het Praktijkboek EMDR-therapie (25), waarin elke strategie afzonderlijk in een hoofdstuk aan bod komt.

Dus nadat eerst alle intrusieve herinneringen zijn behandeld, en de overige A-criterium waardige ervaringen zijn gecheckt op actuele lading, is de volgende stap om samen met de cliënt te bepalen met welke klachten en/of schema's nu gestart wordt. Mogelijk is al met schematherapie gestart om traumaverwerking überhaupt mogelijk te maken; mogelijk wordt hier schematherapie geïntroduceerd. Vanuit een klachtgericht of schemagericht focus kunnen vervolgens via de zoekstrategieën relevante herinneringen worden geïdentificeerd voor de traumaplanning.



Afbeelding 1:  
Gebaseerd op ten Broeke  
et al. 2022

Emotionele Verwaarlozing	Casus Irene Herinneringen (mentale representaties)
Intrusieroute Herinneringen aan emotionele verwaarlozing	-Dat mijn broer Kees nooit iets fout kon doen (archieff) > die keer dat ik vader vertelde dat Kees me uitgescholden had zei hij 'dat ik me niet moet aanstellen'. -Die keer dat ik mijn broer moest helpen bij zijn huiswerk -De stilte in huis als ik uit school kwam
Opvattingenroute 'Ik ben niet belangrijk' 'Als ik voor mezelf opkom ben ik een egoïst'	-Als laatste gekozen bij gym (archieff) > die keer met Annie -Aan tafel lachen mijn vader en mijn broers mij uit - Ik kom laat uit school en moeder zegt boos: 'jij bent de oudste, jij moet mij helpen met de kleintjes'
Emotie met emotieroute Schuldgevoel	-Mijn moeder werd opgenomen voor haar depressie -Mijn broer bleef zitten en mijn vader heeft een week niet tegen mij gepraat

Tabel 1. Voorbeeld bij het gebruik van zoekstrategieën bij casus Irene

## Traumaplanning voor een specifiek schema

Bij mensen met een PS is er vaak sprake van een breed scala aan klachten. In combinatie met de complexiteit van het schematherapeutisch model, waarin meerdere basisbehoeften, schema's en modi een rol spelen, raakt de oorspronkelijke hulpvraag gemakkelijk op de achtergrond. Een traumaplanning gericht op de belangrijkste klachten of schema's helpt om richting te geven aan het proces en de kern van de problematiek centraal te houden. Deze stap wordt toegelicht aan de hand van de eerder beschreven casus van Irene. Nadat de belangrijkste herinneringen aan het misbruik door haar broer zijn behandeld (met EMDR en ImRs) is Irene al behoorlijk opgeknapt. De somberheid is grotendeels verdwenen. Wel voelt ze zich nog vaak eenzaam en onzeker, ze komt moeilijk voor zichzelf op, ervaart snel schuldgevoelens en heeft de neiging zichzelf op te offeren om anderen te pleasen.

Samen met haar therapeut komt zij tot de conclusie dat het schema Emotionele Verwaarlozing nog sterk aanwezig is en centraal staat in haar huidige klachten. Er wordt besloten om dit schema traumagericht aan te pakken, via een specifieke traumaplanning. Een schema bestaat uit drie componenten:

- a) Herinneringen,
- b) opvattingen, en
- c) emoties en lichamelijke reacties.

De traumaplanning wordt daarom opgebouwd aan de hand van drie zoekroutes: de intrusieroute, opvattingenroute en emotieroute (zie tabel 1).

### a) Intrusieroute:

Allereerst worden de herinneringen genoteerd die spontaan bij Irene opkomen als kenmerkend voor haar schema Emotionele Verwaarlozing en de bijbehorende klachten. Dit zijn pijnlijke herinneringen waar ze vaak aan moet denken en die ze tijdens de anamnese en indicatiestelling al heeft genoemd.

### b) Opvattingenroute:

De opvatting "ik ben niet belangrijk" vat volgens Irene haar zelfbeeld het beste samen. Deze kernopvatting sluit nauw aan bij het schema Emotionele Verwaarlozing en haar huidige klachten. Binnen de opvattingenroute wordt haar gevraagd welke herinneringen voor haar op gevoelsniveau nog steeds 'bewijzen' dat deze gedachte waar is. Irene noemt drie herinneringen die niet eerder bij a) zijn genoemd. Een nauw gerelateerde (evaluatieve, conditionele) opvatting is: "Als ik voor mezelf opkom ben ik een egoïst", ook hier wordt bewijsmateriaal bij gezocht.

### c) Emotieroute:

Tot slot wordt gekeken naar de emoties die Irene het meest belemmeren. In haar geval is dit schuldgevoel. Ze wordt gevraagd naar herinneringen die dit kenmerkende schuldgevoel in het heden sterk oproepen, en die het huidige emotionele patroon lijken aan te sturen.

Het lukt goed om samen met Irene op bovengenoemde wijze tot een lijst met herinneringen te komen. In eerste instantie zijn er veel 'clusters' of 'archieven' met herinneringen rond eenzelfde thema: zoals 'als laatste gekozen worden bij gym', bij elk archief wordt een specifieke herinnering

opgeschreven. Als regel wordt begonnen met de meest nare herinneringen. Opvallend is dat een affectbrug veelal niet nodig is; door de vragen uit de zoekstrategieën komen de meeste cliënten tot een overzichtelijk geheel. De affectbrug kan desgewenst gebruikt worden als aanvulling.

Door de planmatige aanpak blijft de focus goed gericht op traumaverwerking en daarmee ook op het verminderen van de belangrijkste klachten en het belangrijkste schema. Cliënten waarderen het overzicht en het feit dat ze weten waar ze aan toe zijn. Tegelijkertijd kan natuurlijk de Gezonde Volwassene worden versterkt door de cliënt te stimuleren zich zo te gedragen alsof ze al helemaal gelooft in de gezonde tegenhanger van het schema, in het geval van Irene: “mijn behoeften en wensen zijn belangrijk”. Veel cliënten beginnen hier al uit zichzelf mee. Naarmate het schema en de klachten hardnekkiger zijn, zal de schematherapie vollediger zijn, inclusief CGT-interventies, empathische confrontatie, stoelentechnieken, limited reparenting etc.

## Besluit

Bovenstaand beschrijving is een beknopte schets van hoe een meer traumagerichte schematherapie er uit zou kunnen zien. Het is geen draaiboek en zeker de zoekstrategieën verdienen meer aandacht dan hier gegeven kan worden. Er zijn vele wegen naar Rome en vele manieren om meer traumagericht te werken. Belangrijk is in ieder geval om eventuele trauma's goed in beeld te hebben; om een PTSS niet over het hoofd te zien en dapper te zijn om je door de traumabehandeling heen te werken. Tot slot: maak een traumaplanning.

### Literatuur: Meer weten – doorlezen?

1. Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., Macmillan, H., & Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814-822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
2. De Jongh, A., Hafkemeijer, L., Hofman, S., Hornsveld, H., & Slotema, K. (2024). De behandeling van persoonlijkheidsstoornissen met EMDR-therapie: Theorie, onderzoek en werkwijze. *EMDR Magazine*, 33, 27-37.
3. Federatie Medisch Specialisten. (2022). Richtlijnen persoonlijkheidsstoornissen. Retrieved from <https://richtlijnen database.nl>
4. Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders — a review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
5. Koppeschaar, A., Bachrach, N., & Arntz, A. (2023). Timing of imagery rescripting during schema therapy for borderline personality disorder: The LUCY trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1204439. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1204439>
6. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
7. Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd

ed.). New York, NY: The Guilford Press.

8. Arntz, A. (2020). A plea for more attention to mental representations. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103636. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103636>
9. Federatie Medisch Specialisten. (2025). Richtlijnen PTSS. Retrieved from <https://richtlijnen database.nl>
10. Boterhoven de Haan, K. L., Lee, C. W., Fassbinder, E., et al. (2020). Imagery rescripting and eye movement desensitization and reprocessing as treatment for adults with post-traumatic stress disorder from childhood trauma: Randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 217(5), 609-615. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.158>
11. International Society for Traumatic Stress Studies. (2024). Richtlijnen. Retrieved from <https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS-Guidelines-Position-Paper-on-Complex-PTSD-in-Adults.pdf>
12. Van den End, A., Beekman, A. T., Dekker, J., Aarts, I., Snoek, A., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O. A., & Thomaes, K. (2024). Trauma-focused and personality disorder treatment for posttraumatic stress disorder and comorbid cluster C personality disorder: A randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2382652. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2382652>
13. Snoek, A. C., van den End, A., Beekman, A. T. F., Dekker, J., Aarts, I., Blankers, M., Vriend, C., van den Heuvel, O. A., Lommerse, N., & Thomaes, K. (2025). Eye movement desensitization and reprocessing with and without dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder and comorbid borderline personality disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000544918>
14. Hafkemeijer, L., de Jongh, A., van der Palen, J., & Starrenburg, A. (2020). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in patients with a personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1838777.
15. Hofman, S., Hafkemeijer, L., de Jongh, A., Starrenburg, A., & Slotema, K. (2022). Trauma-focused EMDR for personality disorders among outpatients (TEMPO): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23, 196. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06082-6>
16. Hofman, S. (2025). EMDR bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Voorlopige resultaten gepresenteerd op 13 april 2025, VEN-congres.
17. Spigt, A. (2025). Korte intensieve traumagerichte behandeling bij persoonlijkheidsstoornissen. Voorlopige resultaten gepresenteerd op 13 april 2025, VEN-congres.
18. Hornsveld, H. K. (2025). Over het combineren van EMDR-therapie met Imaginaire Rescripting. *EM37*, 10-20.
19. Driessen, A., & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe PTSS. *Gedragstherapie*, 47, 232-249.
20. Hafkemeijer, L., Starrenburg, A., van der Palen, J., Slotema, K., & de Jongh, A. (2021). Does EMDR therapy have an effect on memories of emotional abuse, neglect and other types of adverse events in patients with a personality disorder? Preliminary data. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 4333. <https://doi.org/10.3390/jcm10194333>
21. Yakini, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126, Article 103553. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
22. Oprel, D. (2021). Schematherapie bij persoonlijkheidsproblematiek als er ook sprake is van PTSS. In H. Hornsveld, H. Bögels, & H. Grandia (Eds.), *Casusboek schematherapie* (pp. 232-249). Houten: BSL.
23. Zorginstituut Nederland. (2020, June 15). Zinnige Zorg – Verbetersignalement Posttraumatische stress-stoornis. Retrieved May 16, 2025, from <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2020/06/15/zinnige-zorg-bij-ptss-verbetersignalement>
24. Van der Wijngaart, R. (2022). *Imaginaire rescripting: Theorie en praktijk*. Houten: BSL.
25. Ten Broeke, E., de Jongh, A., Oppenheim, H., Hornsveld, H., & van Pelt, Y. (2022). *Praktijkboek EMDR-therapie deel I: Hoofdstuk 6 Opattingenroute*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information BV