

# Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk

R.J. (Rosi) Reubsaet

Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk

R.J. (Rosi) Reubsaet

# Schematherapie: werken met fases in de klinische praktijk



Houten 2018

ISBN 978-90-368-2114-8

ISBN 978-90-368-2115-5 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-90-368-2115-5>

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018  
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet) dient men zich tot de uitgever te wenden.

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

NUR 777

Basisontwerp omslag: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Scientific Publishing Services (P) Ltd., Chennai, India

Bohn Stafleu van Loghum

Walmolen 1

Postbus 246

3990 GA Houten

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

## Voorwoord

---

Schematherapie heeft in het afgelopen decennium een enorme vlucht genomen. In talrijke studies zijn de concepten van deze behandeling onderzocht. Vragenlijsten voor schema's, copingstijlen en modi zijn op hun psychometrische kwaliteiten getoetst. Er zijn schema- en modusmodellen voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld en gevalideerd. En het effect van schematherapie wordt al vele jaren wereldwijd in omvangrijke klinische trials onderzocht. De meeste trials betreffen individuele schematherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis, maar ook andere persoonlijkheidsstoornissen zijn onderzocht. De resultaten zijn opvallend robuust: er is sprake van een relatief lage dropout en een sterke afname van persoonlijkheidspathologie. De laatste jaren wordt ook het effect van schematherapie als groepsbehandeling onderzocht. Diverse trials lopen nog, maar de eerste resultaten lijken eveneens gunstig, hoewel we pas over een tijd meer zekerheid hebben. Schematherapie wordt in steeds meer GGZ-instellingen in Nederland aangeboden en het aantal therapeuten met een officiële registratie in het Register Schematherapie neemt exponentieel toe.

Schematherapie is een effectieve, maar niet echt gemakkelijke therapie. Hoewel de concepten over het algemeen goed herkenbaar zijn voor zowel cliënten als therapeuten en de behandeling velen aanspreekt, is de uitvoering ervan vaak ingewikkeld. Hoe bouw je deze therapie, die soms twee tot drie jaar duurt, logisch op? Welke valkuilen kom je tegen, hoe herken je deze valkuilen en wat doe je er vervolgens mee? Dit zijn enkele voorbeelden van vragen die in de dagelijkse praktijk regelmatig worden gesteld. Rosi Reubsaet, een bekend en ervaren supervisor, trainer en behandelaar in schematherapie, biedt in dit boek op basis van haar ruime ervaring een antwoord op deze -en nog vele andere- praktische vragen. Ze neemt daartoe de lezer op een uiterst prettige wijze bij de hand om stap voor stap het hele schematherapieproces te doorlopen. Dit proces wordt ingedeeld in fases, in analogie met de ontwikkeling van kinderen tot volwassenen. Elke fase wordt gerelateerd aan deze ontwikkeling met bijbehorende heldere uitleg. Er is tevens aandacht voor bijvoorbeeld de specifieke doelen, de therapeutische houding en de valkuilen per fase, rijk gelardeerd met mooie en inzichtelijke voorbeelden uit de praktijk. Ook krijgt men tal van inventief bedachte experiëntiële oefeningen aangereikt die zowel in de individuele als groepsvariant van schematherapie kunnen worden toegepast.

Kortom, ik vind dit een mooi gestructureerd en makkelijk leesbaar praktijkboek, dat absoluut uitnodigt en inspireert om actief met cliënten aan de slag te gaan en letterlijk uit de stoel te komen om vooral een *doorleefde* verandering teweeg te brengen.

**Prof. Dr. Marleen Rijkeboer**

Bijzonder hoogleraar persoonlijkheidsstoornissen Universiteit Maastricht  
Voorzitter Vereniging Schematherapie

# Inhoud

---

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 1   | <b>Achtergrond van het werken met fases</b> .....     | 1   |
| 1.1 | Basisprincipes van schematherapie .....               | 3   |
| 1.2 | Schematherapie in een groep .....                     | 14  |
| 1.3 | Valkuilen in de praktijk .....                        | 20  |
| 1.4 | Handvatten en aandachtspunten .....                   | 25  |
| 2   | <b>Startfase: Veiligheid voor alles</b> .....         | 29  |
| 2.1 | Basisbehoeften .....                                  | 31  |
| 2.2 | Therapieklimaat .....                                 | 32  |
| 2.3 | Doelen voor deze fase per modus .....                 | 35  |
| 2.4 | Therapeutische relatie .....                          | 38  |
| 2.5 | Oefeningen .....                                      | 46  |
| 2.6 | Aandachtspunten en tips .....                         | 55  |
| 3   | <b>Tweede fase: Laat je zien</b> .....                | 61  |
| 3.1 | Basisbehoeften .....                                  | 63  |
| 3.2 | Therapieklimaat .....                                 | 64  |
| 3.3 | Doelen voor deze fase per modus .....                 | 69  |
| 3.4 | Therapeutische relatie .....                          | 72  |
| 3.5 | Oefeningen .....                                      | 81  |
| 3.6 | Aandachtspunten en tips .....                         | 92  |
| 4   | <b>Derde fase: Doe het zelf</b> .....                 | 97  |
| 4.1 | Basisbehoeften .....                                  | 99  |
| 4.2 | Therapieklimaat .....                                 | 100 |
| 4.3 | Doelen voor deze fase per modus .....                 | 104 |
| 4.4 | Therapeutische relatie .....                          | 108 |
| 4.5 | Oefeningen .....                                      | 115 |
| 4.6 | Aandachtspunten en tips .....                         | 125 |
| 5   | <b>Eindfase: Leef je leven</b> .....                  | 129 |
| 5.1 | Basisbehoeften .....                                  | 131 |
| 5.2 | Therapieklimaat .....                                 | 132 |
| 5.3 | Doelen voor deze fase per modus .....                 | 138 |
| 5.4 | Therapeutische relatie .....                          | 141 |
| 5.5 | Oefeningen .....                                      | 149 |
| 5.6 | Aandachtspunten en tips .....                         | 159 |
| 6   | <b>Algemene aandachtspunten en aanvullingen</b> ..... | 163 |
| 6.1 | Aandachtspunten en tips .....                         | 165 |
| 6.2 | Tips voor de therapeut .....                          | 167 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 6.3 | Valkuilen en veel gestelde vragen .....             | 169 |
| 6.4 | Handvatten voor andere toepassingen .....           | 178 |
|     | <b>Bijlagen</b> .....                               | 183 |
|     | Bijlage 1 Overzicht van de elementen per fase ..... | 184 |
|     | Bijlage 2 Lijst met oefeningen .....                | 185 |
|     | Literatuur .....                                    | 187 |

## Over de auteur

---

### Drs. Rosi Reubsaet

heeft zich als klinisch psycholoog de afgelopen vijftien jaar gespecialiseerd in het werken met mensen met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Ze werkt als klinisch psycholoog met individuele schematherapie en groepsschematherapie bij het team Persoonlijkheidsstoornissen van een GGZ-instelling in Limburg. Daarnaast is ze medeoprichter van de Academie voor Schematherapie. Eerder was ze werkzaam bij Riagg Maastricht en had zij een eigen praktijk als klinisch psycholoog. Verder is ze supervisor Schematherapie en supervisor Cognitieve Gedragstherapie VGCT en geeft ze regelmatig les over schematherapie.

LinkedIn: ► [www.linkedin.com](https://www.linkedin.com).



## Inleiding

---

» **Therapeut:** Schematherapie spreekt mij erg aan. Ik kan goed uitleggen aan de cliënt waar de therapie over gaat en ik vind het fijn dat ik uit verschillende werkvormen kan kiezen. Tegelijk vind ik het moeilijk structuur aan te brengen in het complexe therapieproces. Ook voel ik me wat onzeker met diverse oefeningen. Daardoor mis ik soms diepgang in de sessies. Ik zou graag wat meer handvatten hebben voor hoe ik de cliënt kan helpen zich te blijven ontwikkelen.

Schematherapie is een populaire en succesvolle vorm van psychotherapie voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis, waarbij de therapeut beschikt over een breed pallet aan technieken uit diverse therapiescholen om op cognitief, experiëntieel en gedragsmatig vlak te interveniëren. Maar hoe integreer je deze elementen op een goede manier? Hoe kun je meer ervaringsgericht werken, zonder de andere kaders te vergeten? Wanneer is zo'n lange, intensieve therapie klaar? En, niet onbelangrijk bij het werken met cliënten met complexe problematiek, hoe zorg je tegelijkertijd goed voor jezelf? Het zijn vragen waar niet alleen beginnende, maar ook veel ervaren therapeuten mee worstelen.

Moelijkheden en valkuilen uit het dagelijks werk in de klinische praktijk bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, hebben geleid tot een zoektocht naar manieren om meer grip te krijgen op het proces en tegelijkertijd de emotionele diepgang te vergroten. Het onderscheiden van vier verschillende fases met een vaste duur van een half jaar en een eigen therapieklimaat bleek daarbij erg behulpzaam. De fases vloeien voort uit de verschillende basisbehoeften, die de onderlegger van schematherapie vormen. Elke fase kent eigen ontwikkelingsdoelen voor de cliënt en aandachtspunten voor de therapeut. Deze werkwijze geeft daarmee richting aan interventies en aan de therapeutische houding en inspireert tot vele integratieve oefeningen en tips, ontstaan op de werkvloer in een samenwerkingsverband tussen psychologen en vakttherapeuten.

In dit 'practice based' boek wordt deze werkwijze doorgegeven, in de hoop andere therapeuten te inspireren. De graduele opbouw van een langdurend therapieproces bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis wordt op een levendige manier beschreven. Lezers krijgen praktische handvatten om het complexe proces overzichtelijk te houden en tegelijkertijd meer diepgang en emoties te bereiken. Ook worden creativiteit, enthousiasme en zelfvertrouwen bij de therapeut aangewakkerd.

## Achtergrond

---

Het werken met fases is toe te passen bij cliënten met een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen, in individuele schematherapie en in groepsschematherapie.

De indeling in vier fases en de voorbeelden in dit boek komen voort uit het individueel en groepsgewijs werken met cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Echter, de uitgangspunten, aanpak en oefeningen van het fasegerichte werken zijn ook te vertalen naar andere settings en doelgroepen. Zo zijn er bijvoorbeeld experimenten met een fasegerichte groepsschematherapie voor cliënten met een cluster C persoonlijkheidsstoornis; zie hoofdstuk zes voor een illustratie hiervan.

Ook is het mogelijk groepsschematherapie en individuele therapie te combineren. Een fasegerichte aanpak houdt dan in, dat de individuele therapeut en groepstherapeut met elkaar afstemmen in welke therapiefase een cliënt zich bevindt, zodat ze dezelfde ontwikkelingsdoelen hanteren en dezelfde therapeutische houding aannemen.

Binnen groepsschematherapie kan het werken met fases verschillende vormen aannemen. Ten eerste reguliere groepsschematherapie, waarin de cliënten de groep instromen volgens een halfopen of open groepsformat. Cliënten nemen dan gedurende een bepaalde tijd (bijvoorbeeld twee jaar) deel aan één groep. Fasegericht werken binnen zo'n groep houdt dan in, dat de therapeuten en cliënten rekening houden met de fase waarin een deelnemer zit. De therapeuten passen hun interventies en houding aan aan het niveau van de cliënt. Zo stellen bij een stoelentechniek in de groep de therapeuten andere vragen aan de cliënt die net gestart is en dus in fase 1 zit, dan aan de cliënt die al anderhalf jaar in de groep zit en fase 3 bijna heeft afgerond.

De tweede variant is een gesloten therapiegroep, waarin alle cliënten zich steeds in dezelfde fase bevinden. De therapeuten kunnen hun interventies gericht inzetten, omdat alle cliënten dezelfde ontwikkelingsdoelen hebben en dezelfde aanpak en houding vragen.

De derde mogelijkheid is het inrichten van een fasegerichte groep. In deze variant lopen er verschillende groepen tegelijkertijd. Cliënten die qua ontwikkeling op hetzelfde niveau zitten, vormen samen een groep. Elke fase is op deze manier een eigen groep; zie het blok 'Voorbeeld fasegerichte groepsschematherapie.' In deze opzet blijft de doorstroom optimaal en kunnen therapeuten hun interventies en houding gericht inzetten, met als doel de ontwikkeling van de cliënt zo goed mogelijk te stimuleren.

### Voorbeeld fasegerichte groepsschematherapie

De afdeling Persoonlijkheidsstoornissen heeft gekozen voor een fasegerichte aanpak met een halfopen, homogene groep voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het team ziet voordelen in meer homogeniteit in de groep qua stoornis, spanningstolerantie en ontwikkelingsniveau. De therapie is in vier verschillende fases verdeeld met elk eigen ontwikkelingsdoelen. Omdat bij elke fase een aparte groep hoort, betekent vier fases dus vier groepen en hebben veel schematherapeuten van het team een rol in de groep.

Voorafgaand aan de start hebben cliënten twee individuele kennismakingsgesprekken waarin een eerste opzet van het modusmodel wordt gemaakt en ze informatie krijgen over schematherapie. Vervolgens duurt elke therapiefase een half jaar, waarmee de therapie na twee jaar is afgerond. De groepsschematherapie vindt in fase 1 en 2 wekelijks plaats en wordt gecombineerd met één individueel gesprek per twee weken. In fase 3 is er ook wekelijks groepsschematherapie maar zijn de individuele gesprekken één keer per maand. In fase 4 is de groepsschematherapie om de week en zijn de individuele gesprekken op vraag. Cliënten stromen steeds met twee mensen tegelijkertijd in de bestaande groep in, zodat de nieuweling een maatje heeft.

Vandaag starten Amber en Nico met de therapie. Ze komen bij zes andere cliënten in de fase 1 groep: Ankie, Gert, Klaartje, Kim, Esther en Suzan. Suzan en Gert zijn inmiddels vijf maanden bezig met de therapie. Zij zijn de langzittende groepsleden en hebben als taak Amber en Nico te ontvangen binnen de groep. Over een maand nemen Suzan en Gert afscheid van deze fase 1 groep en stromen ze door naar de fase 2 groep, bestaande uit zes andere cliënten. Als het proces voor Amber en Nico naar verwachting verloopt, stromen zij over zes maanden ook door naar de fase 2 groep. Ze komen daar dan Suzan en Gert weer tegen, die vervolgens een maand later weer zullen doorstromen naar fase 3. Cliënten weten dus dat ze in een volgende therapiefase hun oude groepsleden weer tegenkomen. Dit geeft hen de mogelijkheid te ervaren dat verbinding niet alles of niets is en kan blijven voortbestaan. Ook leren ze elkaar goed kennen tijdens het traject en kunnen ze elkaars vooruitgang goed opmerken door de nieuwe ontmoetingen.

Ten slotte kan er bij deze drie varianten nog onderscheid gemaakt worden tussen een homogene en heterogene groep. Homogeen houdt in dat deelname aan de groep voorbehouden is aan cliënten met een bepaalde stoornis, zoals een borderline persoonlijkheidsstoornis. Een heterogene groep betekent dat cliënten met verschillende persoonlijkheidsstoornissen tegelijkertijd deelnemen aan dezelfde groep. Beide groepsmodellen kunnen volgens het fasegerichte werken ingericht worden. Een homogene groep heeft het voordeel dat therapeuten hun interventies gericht kunnen inzetten op identieke basisbehoeften bij de cliënten.

## Leeswijzer

---

Omwille van de leesbaarheid is gekozen voor de mannelijke vormen van cliënt en therapeut. Het gebruik van de termen 'cliënt' en 'therapeut' sluit aan bij andere boeken over schematherapie.

De praktijkgerichte benadering komt naar voren in het gebruik van vele citaten en casus; deze zijn ontleend aan voorbeelden uit de praktijk en geanonimiseerd beschreven. Uit didactische overwegingen zijn de voorbeelden positief beschreven. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat het in de praktijk altijd soepel en volgens een vast stramien gaat. Schematherapie bij cliënten met een persoonlijkheidsstoornis is een complex proces, waarin elke therapeut worstelingen blijft tegenkomen. De gepresenteerde ideeën en oefeningen zijn derhalve ook met vallen en opstaan ontwikkeld op de werkvloer. Vele worstelingen, taaie processen en zware sessies zijn eraan voorafgegaan. De hoop is, dat dit boek handvatten en vertrouwen geeft in het aangaan van die worstelingen, niet in het voorkomen van moeilijkheden en valkuilen.

Daarmee is dit boek vooral een handreiking en inspiratiegids voor iedereen die met schematherapie werkt, een opleiding of cursus schematherapie volgt of in schematherapie geïnteresseerd is. Ook is het boek interessant voor psychologen, psychotherapeuten, psychiaters, vaktherapeuten, verpleegkundigen, sociotherapeuten en ervaringsdeskundigen die werken met cliënten met persoonlijkheidsstoornissen en/of schematherapie.

## Indeling van het boek

---

Het boek bestaat uit zes hoofdstukken, waarbij het eerste hoofdstuk begint met een korte weergave van de theoretische kaders van schematherapie en groepsschematherapie. Ook komt aan de orde waar en waarom het in de praktijk vaak misgaat. Door de behandeling consequent op te delen in fases en integratief te werken, ontstaan er voor de therapeut en de cliënt overzicht en diepgang. De vier verschillende fases in de behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis worden in de daaropvolgende hoofdstukken toegelicht en uitgewerkt. Daarin komt een aantal belangrijke elementen aan bod, zoals basisbehoeften, therapieklimaat, therapeutische relatie en ontwikkelingsdoelen. De tekst wordt zo levendig mogelijk gemaakt door veel voorbeelden te beschrijven uit individuele therapie en groepsschematherapie. Verder bevat elk hoofdstuk individuele en groepsoefeningen behorend bij die specifieke fase. Ook worden voor elke fase aandachtspunten en tips beschreven. Het laatste hoofdstuk brengt enkele valkuilen voor het voetlicht en geeft antwoord op veelgestelde vragen over het werken met (groeps)schematherapie. Ten slotte besteedt dit hoofdstuk aandacht aan de zelfzorg voor de therapeut en de toepassing van het werken met fases in een andere setting of bij een andere doelgroep.

## Dankbetuiging

---

Ik heb veel voldoening gevonden in het schrijven van dit boek en ben dankbaar naar iedereen die er op een of andere manier aan heeft bijgedragen. Enkele van hen wil ik graag expliciet noemen.

Ten eerste mijn collega's van de Academie voor Schematherapie: Judith Hollands (dramatherapeut), Wiesette Krol (klinisch psycholoog/psychotherapeut), Guido Sijbers (klinisch psycholoog/psychotherapeut) en Judith Vanhommerig (psychodramatherapeut). We begonnen in 2009, in een oud pand in Maastricht, met de schematherapeutische deeltijdbehandeling voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. We hebben op die zolderkamer diepe dalen doorgemaakt, maar ook mooie momenten beleefd. Deze ervaringen hebben ons geïnspireerd fasegericht te gaan werken. Ik voel me trots dat ik dit boek heb kunnen schrijven en ben blij met het vertrouwen dat jullie in mij gesteld hebben.

Verder zie ik de cliënten voor me, bij wie ik de loop van de jaren betrokken ben geweest. Jullie moed en doorzettingsvermogen motiveren mij om te blijven zoeken naar openingen. Ik ben dankbaar dat jullie je openstellen voor mij gedurende een periode in het leven.

Ook ben ik dank verschuldigd aan mijn mentoren in de schematherapie: Arnoud Arntz, Hannie van Genderen en Remco van de Wijngaart in Nederland en Joan Farrell en Ida Shaw uit de Verenigde Staten. Ik prijs mezelf gelukkig dat ik het vak van jullie heb mogen leren. Vervolgens wil ik een aantal mensen bedanken die betrokken zijn geweest bij dit boek. Ten eerste Marleen Rijkeboer, die het voorwoord heeft geschreven en de tekst van feedback heeft voorzien; bedankt voor je betrokkenheid en vertrouwen. Ook Eveline Timmermans-Lenders en Saskia de Koning hebben meegelezen met het boek; jullie feedback en aanmoediging waren onmisbaar. Met mijn contactpersonen bij Bohn Stafleu van Loghum, Yulma Perk en Ada Herweijer, heb ik prettig samengewerkt in een relaxte, professionele sfeer. Verder wil ik Carla Schellings en Eefje Gerits bedanken voor hun hulp bij het publicatievoorstel, mijn collega's bij Vincent van Gogh voor het overnemen van mijn werk en mijn ouders voor het beschikbaar stellen van hun zolder en oppastijd.

Ten slotte ben ik mijn gezin veel dank verschuldigd: Patrick, die de huishoudelijke taken overnam, Leia die meedacht op moeilijke momenten ('misschien kun je het zo doen?'), Hero die zijn kamer beschikbaar stelde ('dan kun je rustig zitten') en Juno die meetelde ('nog tien bladzijdes, dat gaat goed!'). Het is af, nu gaan we het vieren.

Rest mij de lezer veel plezier toe te wensen met dit boek. Ik hoop dat het vertrouwen geeft en creativiteit aanwakkert.

**Rosi Reubsaet**

januari 2018



# Achtergrond van het werken met fases

## Samenvatting

In dit hoofdstuk komen de theoretische kaders van schematherapie en groepsschematherapie kort aan bod. Vervolgens komt aan de orde waar en waarom het in de praktijk mis kan gaan. Schematherapie is een complexe therapie die bestaat uit veel behandlelementen voor een doelgroep met diverse problemen. Een schematherapeut werkt met de opdracht om contact te maken met een cliënt, hem te laten voelen wat hij als kind gemist heeft en hem te leren dat te herstellen. Het is een intensieve psychotherapie die lang kan duren. Vragen die zich bij therapeuten aandienen zijn: Hoe doe je dat? Waar begin je? Wanneer ben je klaar? Hoe bereik je diepgang én doelmatigheid? Hoe houd je jezelf staande? Dit boek geeft handvatten en antwoorden door de behandeling op te delen in fases met elk een eigen kader, doel, houding en oefeningen.

## **1.1 Basisprincipes van schematherapie – 3**

- 1.1.1 Ontstaan van schematherapie – 3
- 1.1.2 Basisbehoeften – 3
- 1.1.3 Schemadomeinen en schema's – 4
- 1.1.4 Copingstijlen – 5
- 1.1.5 Schemamodus – 7
- 1.1.6 Verband tussen schema, schemamodus en copingstijl – 9
- 1.1.7 De behandeling – 10
- 1.1.8 Limited reparenting en therapeutische technieken – 13
- 1.1.9 De therapeut en zijn schema's – 13

## **1.2 Schematherapie in een groep – 14**

- 1.2.1 Groepsschematherapie bij een borderline persoonlijkheidsstoornis – 15
- 1.2.2 Therapeutische stijl – 16

- 1.2.3 Bijzonderheden bij schematherapie in een groep – 17
- 1.2.4 Groepsnormen, cohesie en groepsontwikkelingsfases in groepsschematherapie – 18
- 1.3 Valkuilen in de praktijk – 20**
  - 1.3.1 Verlies van overzicht en houvast – 20
  - 1.3.2 Verlies van contact en diepgang – 21
  - 1.3.3 Verlies van eindigheid en doel – 22
  - 1.3.4 Valkuilen in groepsschematherapie – 23
  - 1.3.5 Als therapeut verstrikt raken in eigen valkuilen – 24
- 1.4 Handvatten en aandachtspunten – 25**
  - 1.4.1 Creëer overzicht en structuur ... – 25
  - 1.4.2 ... Werk samen met de cliënt aan haalbare doelen en concrete afspraken ... – 26
  - 1.4.3 ... Heb aandacht voor doorleefde verandering op alle fronten ... – 26
  - 1.4.4 ... En vergeet vooral eigen behoeften niet – 27

## 1.1 Basisprincipes van schematherapie

---

### 1.1.1 Ontstaan van schematherapie

---

Schematherapie is een vorm van integratieve psychotherapie ontwikkeld door Jeffrey Young en collega's voor cliënten met een persoonlijkheidsstoornis of chronische as 1 stoornissen (Young 1990). Vanuit het concept 'limited reparenting' brengt schematherapie cognitieve, ervaringsgerichte en gedragsmatige therapietechnieken samen in een systematische en transparante therapeutische stijl. Diverse wetenschappelijke onderzoeken hebben de effectiviteit van schematherapie bij persoonlijkheidsstoornissen en chronische depressie aangetoond (zie voor een overzicht: Register Schematherapie 2014).

Schematherapie kent zijn basis in de cognitieve gedragstherapie en omvat onder andere elementen uit de cognitieve gedragstherapie, hechtingstheorie, Gestalttherapie, objectrelatie-theorie, psychoanalyse en psychodrama (Young et al. 2005; Kellogg 2004). Schematherapie wordt ook wel gezien als een 'derdegeneratie cognitieve gedragstherapie'.

Arntz en Jacob (2012) beschrijven het verschil tussen schematherapie en cognitieve gedragstherapie. Binnen schematherapie staan problematische emoties van de cliënt meer op de voorgrond, ligt er meer nadruk op biografische aspecten in de therapie en speelt de therapeutische relatie een prominente rol. Deze therapeutische relatie is conceptueel uitgewerkt als limited reparenting, wat inhoudt dat de therapeut een vervangende ouderrol aanneemt ten opzichte van zijn cliënt. Binnen dit concept van limited reparenting nemen basisbehoeften een belangrijke plaats in. Het centrale idee in schematherapie is dat elk kind dezelfde psychologische basisbehoeften heeft. Wanneer een of meerdere van deze basisbehoeften onvoldoende bevredigd worden in de jeugd, of wanneer iemand traumatische of beschadigende ervaringen meemaakt in zijn jeugd, kunnen rigide, onaangepaste schema's ontstaan die op latere leeftijd disfunctioneel gedrag aansturen (Young et al. 2005). Deze disfunctionele schema's worden omschreven als vaste structuren die herinneringen, gevoelens, gedachten en lichamelijke sensaties bevatten. Schema's worden hiermee een blauwdruk voor de wereld van het kind en helpen het kind overleven in een disfunctionele situatie, waarin het tekort komt in een of meerdere basisbehoeften. Hoe functioneel deze schema's ook zijn in de jeugd, op latere leeftijd geven ze aanleiding voor problemen in het functioneren; ze zijn namelijk rigide en hardnekkig, laten geen flexibiliteit toe en kunnen de persoon overspoelen met oude, kinderlijke gevoelens, gedachten en sensaties.

### 1.1.2 Basisbehoeften

---

In de verschillende boeken over schematherapie worden verschillende lijsten met basisbehoeften gehanteerd. Dit boek baseert zich op de volgende lijst (Genderen en Arntz 2005; Genderen et al. 2012; Lockwood en Perris 2012):



## Basisbehoeften

*Veiligheid:* Voor ieder kind is het belangrijk dat er voldoende zorg is, dat ouders oog houden voor wat het kind nodig heeft aan zorg en dat ze hun best doen daarin te voorzien. Hier hoort ook bij dat de omgeving voorspelbaar en betrouwbaar is.

*Verbondenheid met anderen:* Ieder kind heeft het nodig dat er mensen zijn aan wie het zich kan hechten, die interesse hebben in zijn belevingswereld, die moeite doen hem te begrijpen en te steunen. Het uitgangspunt is het principe dat mensen sociale wezens zijn die het nodig hebben ergens bij te horen en deel uit te maken van een groep.

*Autonomie:* Voor ieder mens is het belangrijk dat hij eigen keuzes kan maken en zijn leven naar eigen inzicht vorm kan geven. Die behoefte ontstaat al op jonge leeftijd. Naast het gevoel dat het kind ergens bij hoort, wil het ook zelf kunnen beslissen en zijn eigen ervaringen opdoen.

*Zelfwaardering:* Ieder kind heeft het nodig om te leren vertrouwen te hebben in zichzelf en zijn eigen capaciteiten. Dit is wezenlijk om goed te kunnen functioneren, als kind en op latere leeftijd.

*Zelfexpressie:* Een kind dat geboren wordt is uniek en kent zijn eigen mengeling van temperament, omgevingsinvloeden en genetische aanleg. Dit brengt met zich mee dat ieder kind en ieder mens reageert met eigen gevoelens en belevingen. Deze mogen ervaren en uiten is belangrijk voor een gezonde ontwikkeling.

*Realistische grenzen:* Samen leven met andere mensen en je ontwikkelen tot een goed functionerend sociaal wezen houdt in dat je rekening kunt houden met anderen, dat je discipline ontwikkelt en kunt doorzetten, dat je leert frustraties te tolereren en directe behoeftebevrediging kunt uitstellen. Kinderen ontwikkelen deze vaardigheden door een omgeving die realistische grenzen stelt. Dit betekent dat de grenzen zijn afgestemd op het temperament en de ontwikkelingsfase van het kind, uit te leggen zijn en rekening houden met de omstandigheden.

*Spel en spontaniteit:* Ieder kind wordt geboren met het vermogen te leren, zich te verbazen, enthousiast te reageren, emoties te ervaren en te genieten. Daar hoort een omgeving bij die het mogelijk maakt dat het kind op zijn eigen manier en met zijn eigen temperament de wereld om zich heen kan ontdekken en daarvan kan genieten, dat het mag experimenteren en mag leren met vallen en opstaan.

### 1.1.3 Schemadomeinen en schema's

Deze lijst met basisbehoeften komt voort uit vijf domeinen, aldus Young et al. (2005). Veiligheid en verbinding gaan over hechting en behoren tot het domein onverbondenheid en afwijzing. De basisbehoeften zelfwaardering en autonomie vallen onder het domein verzwakte autonomie en verzwakt functioneren. Het domein verzwakte grenzen gaat over verantwoordelijkheid en doelgerichtheid op de langere termijn en richt zich op de basisbehoefte van realistische grenzen. Het vierde schemadomein, gerichtheid op de ander, geeft aan dat iemand zich vooral richt op de behoeften en gevoelens van de ander

■ **Tabel 1.1** Overzicht van basisbehoeften, domeinen en schema's (Young et al. 2005; Genderen en Arntz 2010)

| basisbehoefte               | domein                                     | schema                                       |
|-----------------------------|--|--|
| veiligheid<br>verbinding    | onverbondenheid en afwijzing               | verlating/instabiliteit                      |
|                             |  | wantrouwen/misbruik                          |
|                             |  | emotionele verwaarlozing                     |
|                             |  | minderwaardigheid/schaamte                   |
|                             |  | sociaal isolement/vervreemding               |
| zelfwaardering<br>autonomie | verzwakte autonomie en verzwakte prestatie | afhankelijkheid/onbekwaamheid                |
|                             |  | kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar          |
|                             |  | verstremgeling/kluwen                        |
|                             |  | mislukking                                   |
| realistische grenzen        | verzwakte grenzen                          | zich rechten toe-eigenen                     |
|                             |  | gebrek aan zelfbeheersing/<br>zelfdiscipline |
| zelfexpressie               | gerichtheid op de ander                    | onderwerping                                 |
|                             |  | zelfopoffering                               |
|                             |  | goedkeuring en erkenning zoeken              |
| spel en spontaniteit        | overmatige waakzaamheid en inhibitie       | negativiteit en pessimisme                   |
|                             |  | emotionele geremdheid                        |
|                             |  | meedogenloze normen/overdreven kritisch      |
|                             |  | bestraffende houding                         |

en zijn eigen gevoel op de tweede plaats zet. Dit komt voort uit onder andere een tekort aan zelfexpressie. In het domein overmatige waakzaamheid en inhibitie is er sprake van een tekort aan spel en spontaniteit, waardoor iemand geen spontane emoties of behoeften durft te ervaren.

Deze vijf domeinen omvatten vervolgens elk meerdere schema's. Zie [tab. 1.1](#) voor een overzicht van de basisbehoeften, domeinen en schema's. Voor meer informatie over de termen en hun betekenis wordt verwezen naar de beschikbare handboeken (Young et al. 2005; Genderen en Arntz 2010; Arntz en Jacob 2012).

### 1.1.4 Copingstijlen

Schematherapie gaat uit van een verband tussen klachten en disfunctioneel gedrag in het heden en psychologische tekorten in de kindertijd. Omgevingsinvloeden spelen een grote rol bij het ontstaan van die tekorten, maar ook variabelen als temperament en genetische aanleg. Verder bepaalt de manier waarop iemand omgaat met die tekorten en schema's de

problemen die op latere leeftijd ontstaan. Er zijn drie copingstijlen: Overgave, overcompenseren en vermijden, overeenkomstig de biologische reacties van de mens op gevaar: bevriezen, vechten of vluchten. In plaats van copingstijl wordt ook de term ‘overlevingsstrategie’ gebruikt (Rijkeboer 2015; Genderen et al. 2012).

**Overgave:** Dit houdt in dat een persoon zich gedraagt alsof het schema nog steeds waar is. Zo geeft iemand met het schema verlaten zich daaraan over als hij zich vastklampt aan zijn partner, om te voorkomen dat hij in de steek gelaten zal worden.

**Vermijding:** Dit omvat gedrag waarmee een persoon probeert de activatie van een schema of de bijbehorende emoties te voorkomen of hieraan te ontsnappen. Vermijdingsgedrag in engere zin hoort hierbij, zoals zich terugtrekken, uitstellen, confrontaties uit de weg gaan, middelen gebruiken of hard werken. Zoals een persoon met het schema verlaten kan besluiten ‘nooit meer een relatie’ aan te gaan.

**Overcompensatie:** Dit houdt in dat een persoon zich gedraagt alsof het tegendeel van het schema waar is. Zwakte, onzekerheid en disfunctioneren worden overdekt met dominant, controlerend of zelfverzekerd gedrag. Bijvoorbeeld, een cliënt met het schema verlaten stelt zich dominant op richting zijn partner en straalt uit ‘ik heb jou niet nodig.’

### Copingstijlen

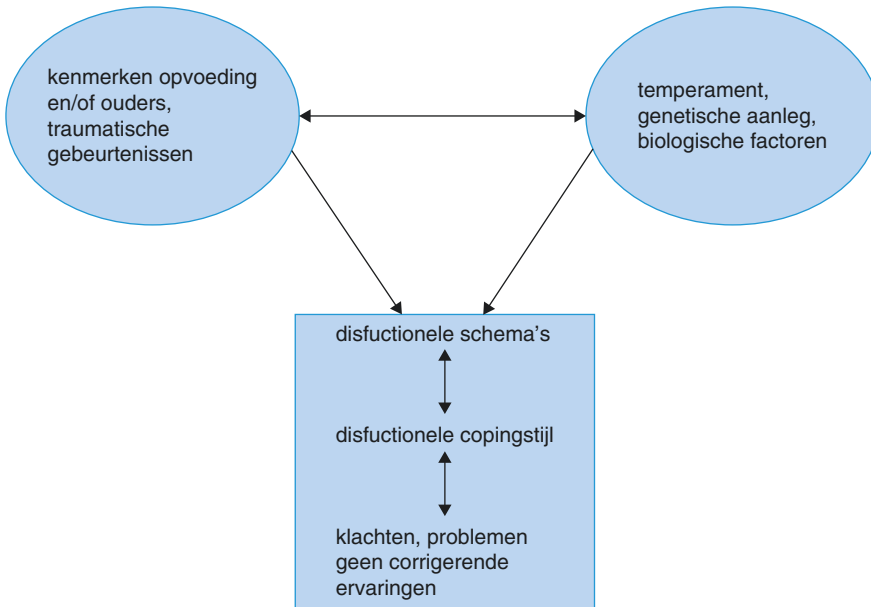
*Overgave:* iemand handelt congruent met het disfunctionele schema.

*Vermijding:* iemand probeert te ontsnappen aan de emoties die gepaard gaan met een schema.

*Overcompensatie:* iemand handelt en denkt tegenovergesteld aan het disfunctionele schema.

Bron: Rijkeboer (2015)

Een copingstijl staat niet vast maar kan wisselen in verschillende situaties of gedurende bepaalde perioden in het leven. De meeste mensen hebben een voorkeursoverlevingsstrategie. Het temperament van de persoon, maar ook wat een kind leert in zijn sociale omgeving (Bandura 1986) spelen hierbij een rol. Zie [fig. 1.1](#) voor het verband (Genderen en Arntz 2010; Faßbinder et al. 2011) tussen aanleg, omgevingsinvloeden, copingstijlen, schema's en klachten. In deze figuur is te zien dat copingstijlen ervoor zorgen dat het schema in stand wordt gehouden en zelfs versterkt. De overlevingsstrategie zorgt er namelijk voor dat iemand in het heden nog steeds niet krijgt wat hij nodig heeft. Zo geeft iemand met het schema verlaten zich steeds over aan dit schema door partners te kiezen die onbetrouwbaar zijn. Zijn behoefte aan veiligheid en verbinding wordt door een overspelige partner niet vervuld. Het tekort wordt steeds groter, de overtuiging ‘zie je wel, ik zal altijd alleen blijven’ en het bijbehorende gevoel en gedrag worden steeds dieper ingeëtt.



■ **Figuur 1.1** Het verband tussen schema's, copingstijl, klachten en biografische achtergrond.  
 Naar: Genderen en Arntz (2010); Faßbinder et al. (2011)

### 1.1.5 Schemamodus

Een laatste theoretisch concept in dit kader is de schemamodus. Dit concept werd geïntroduceerd door Young et al. (2005) om de complexe problematiek van mensen met onder andere een borderline persoonlijkheidsstoornis beter te begrijpen. Ernstige persoonlijkheidsstoornissen kenmerken zich door plotselinge veranderingen in het toestandbeeld, waarbij de persoon de ene gemoedstoestand als afgesplitst van de andere gemoedstoestand kan ervaren. In zo'n gemoedstoestand zijn er meerdere schema's tegelijkertijd actief, wat het voor de cliënt en therapeut moeilijk maakt om te begrijpen welk schema op dit moment getriggerd wordt en bij welke copingstijl het gedrag hoort. Daarnaast merkten Young en collega's op, dat het hebben van een schema niet betekent dat het schema ook geactiveerd is. Daarmee is een schema meer een 'trait', een persoonlijkheidskenmerk met stabiliteit gedurende een langere periode dat tevens meer latent aanwezig kan zijn.

Een schemamodus gaat over 'gevoelstoestanden en copingreacties van moment tot moment' (Young et al. 2005, pag. 42), een 'state' dus, waarin bepaalde clusters van schema's en copingreacties tegelijkertijd geactiveerd worden. Op zo'n moment zijn er dus wel degelijk een of meerdere schema's actief, hetgeen gepaard kan gaan met hevige affecten. Van Genderen en Arntz (2010, pag. 32) definiëren een schemamodus als 'een set van bij elkaar horende schema's en processen die samen in bepaalde situaties het denken, voelen en handelen van een cliënt bepalen ten koste van andere schema's.'