

Schematherapie en de Gezonde Volwassene

Positieve technieken
uit de praktijk

onder redactie van:
Anne-Marie Claassen
Silvia Pol



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Schematherapie en de Gezonde Volwassene

Voor onze cliënten van wie wij zo veel leren.

onder redactie van:

Anne-Marie Claassen

Silvia Pol

Schematherapie en de Gezonde Volwassene

Positieve technieken uit de praktijk



Bohn
Stafleu
van Loghum

Springer Media

Houten 2015

ISBN 978-90-368-0950-4
DOI 10.1007/978-90-368-0951-1

ISBN 978-90-368-0951-1 (eBook)

© 2015 Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media BV

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.

NUR 777

Ontwerp basisomslag: Studio Bassa, Culemborg
Automatische opmaak: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Foto omslag: Parijs, Trocadero (2013), Peter Westerhof
Cartoons: Niels Bongers, ► www.nielsbongers.nl

Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
Postbus 246
3990 GA Houten

www.bsl.nl

Woord vooraf door Kees Lemke

Weinig wezens en apparaten zijn complexer dan het verschijnsel mens. Heel wat simpeler machines worden bij aflevering van een handleiding voorzien. Overigens worden die zelden gelezen. Tenzij zich een storing voordoet.

Bij onze geboorte zit het *manual* dus niet in de doos. Maar ook als dat wel het geval was, dan nog? Gaandeweg vormt zich immers pas onze persoonlijkheid onder invloed van onze ervaringen. *Trial and error* is daarbij vaak richtinggevend. Een grote mate van onvoorspelbaarheid blijft. Er is ook iets constants van meet af aan dat we karakter noemen. Daar bovenop vormen zich allerlei patronen. Behulpzaam of belemmerend, bewust, halfbewust of onbewust. Zie daar het complexe wezen zonder handleiding, waarbij het antwoord op de vraag waar de uitweg uit dit labrynt is: u bent het labrynt!

Filosofen, grondleggers van religies en levensbeschouwingen, kunstenaars en gedragswetenschappers hebben zich over de menselijke geest verwonderd en er allerlei duidingen van gegeven. Dit heeft een wereldbibliotheek aan gefragmenteerde handleidingen opgeleverd, van zelfhulpboeken tot heilige geschriften.

In de psychotherapie en de psychiatrie is veel gericht op het doorbreken van disfunctionele patronen. Als dit lukt, betekent dit een grotere innerlijke vrijheid in de vorm van meer psychologische flexibiliteit om met de opgaven van het leven om te kunnen gaan. De gezonde krachten en de Gezonde Volwassene worden daarbij als het ware vrijgemaakt uit het gestolde materiaal van invaliderend sediment. Materiaal dat er is in verschillende soorten van hardheid. De hardste noemen wij complexe persoonlijkheidsstoornis.

Een goede behandelaar heeft respect voor de persoon, maar niet voor de patronen die hem onvrij maken. Het gaat er daarbij niet alleen om de persoon beter te maken, maar ook steeds beter te worden in die kunst. In dit boek zijn collega's aan het woord die uit mededogen voor hun cliënten en liefde voor het vak, de grenzen het liefst zo ver mogelijk verleggen, ook bij mensen met complexe persoonlijkheidsproblematiek. Uitbehandeld zijn weerspiegelt immers vaak niet meer dan het punt waar wij het met de cliënt voor dat moment hebben opgegeven. Dat punt kan, zoals de ontwikkeling van ons vak de afgelopen decennia heeft geleerd, morgen weer een stuk verderop liggen. Voor alle collega's die daar met de auteurs van dit boek steeds weer aan gaan staan, maak ik op deze plaats een diepe buiging.

Kees Lemke, geneeskundig bestuurder GGNet

Voorwoord door Arnoud Arntz

Schematherapie is een snel populair wordende vorm van psychologische behandeling van ernstige problemen die aan de persoonlijkheid gekoppeld zijn, zoals persoonlijkheidsstoornissen, chronische depressie, chronische angststoornissen en andere chronische syndroomstoornissen. Het is een geïntegreerde psychotherapie, waarin gebruikgemaakt wordt van theoretische inzichten, methoden en technieken uit onder meer de cognitieve gedragstherapie, de experiëntiële therapie, de object-relatietheorie, de hechtingstheorie en andere ontwikkelingstheoretische gezichtspunten. Schematherapie is echter geen eclectische therapie, waarin de therapeut naar believen losse technieken gebruikt. Er ligt een theoretisch raamwerk aan ten grondslag, gebaseerd op de cognitieve psychologie, en er zijn protocollen beschikbaar die in wetenschappelijk onderzoek getest en werkzaam zijn bevonden en waarop de therapeut de behandeling kan baseren.

De groeiende populariteit heeft ongetwijfeld diverse redenen, waaronder de wetenschappelijk bewezen effectiviteit en kosteneffectiviteit, de aansluiting bij de hulpvraag van complexe cliënten en de creativiteit die de toepassing van de therapeut vraagt. Anders dan in veel andere modellen wordt er in Schematherapie van uitgegaan dat cliënten sterk kunnen wisselen in emoties, cognities en gedragingen, dus in verschillende toestanden kunnen verkeren (de zogenaamde schemamodi) en dat de therapie zich daarop moet aanpassen door de juiste methoden en technieken te kiezen, afhankelijk van welke schemamodus geactiveerd is en therapeutische aandacht behoeft. Naast schemamodi die door een te sterke en onaangepaste aanwezigheid aan de problematiek ten grondslag liggen, wordt de modus van de Gezonde Volwassene onderscheiden, die de functionele en gezonde aspecten van de cliënt vertegenwoordigt. Het is deze modus die het onderwerp van dit boek is, en het is deze modus die nu juist meestal niet sterk, doch te zwak aanwezig is en versterkt moet worden. Dit idee sluit overigens aan bij onderzoek dat laat zien dat goed functioneren en positieve emoties niet hetzelfde zijn als de afwezigheid van disfunctioneren en negatieve emoties. Hoewel het lang een adagium was in de psychotherapie dat mensen wel geholpen konden worden met het verminderen van lijden, doch niet met het vergroten van geluk, is een recenter inzicht dat dit niet klopt en dat er wel degelijk methoden zijn waarmee mensen geholpen kunnen worden in het positieve domein. De Positieve Psychologie richt zich op het bestuderen hiervan.

Nu is een aantrekkelijke kant van Schematherapie dat het een raamwerk biedt waarbinnen verschillende methoden en technieken geïntegreerd kunnen worden. Zo kan met experiëntiële (op het (emotioneel) ervaren gerichte) technieken, met cognitieve (op het denken gerichte) en met gedragstechnieken (die op gedragsverandering gericht zijn) gewerkt worden aan bijvoorbeeld trauma's die tijdens de kindertijd hebben plaatsgevonden. In de latere fase van de behandeling wordt de aandacht vooral gelegd op het verbeteren van het functioneren in het heden en het voorbereiden van verbeterd functioneren in de toekomst. Het is een beslissende fase om de modus van de Gezonde Volwassene te versterken en de leiding te laten nemen over zo veel mogelijk terreinen van functioneren van de cliënt. Dat dit van groot belang is, wijst het onderzoek van Bamelis et al. (2014) uit, dat laat zien dat de verbeteringen in het tweede jaar van Schematherapie in hetzelfde tempo doorgaan met slechts tien sessies over dat jaar gespreid. Het verder uitbouwen van de Gezonde Volwassene staat in deze tien 'booster-sessies' centraal. De groei zet zich voort in het derde jaar, waarin geen behandeling

meer geboden wordt, waarna de beslissende verschillen met gebruikelijke behandeling bereikt worden.

Hoewel de theoretische betekenis van deze laatste fase duidelijk is, is de beschrijving van de methoden en technieken van deze fase vooralsnog beperkt gebleven in publicaties over Schematherapie. Dit zou de (onterechte) indruk kunnen wekken dat Schematherapie toch vooral gericht is op het verminderen van problemen, en niet zozeer op het verbeteren van het welbevinden van cliënten, op hen te helpen wezenlijke doelen in het leven te bereiken, als bevredigende maatschappelijke participatie en zelfontplooiing. Deze indruk is onterecht omdat Schematherapie wel degelijk deze doelen heeft en onderzoek heeft uitgewezen dat cliënten gemiddeld eenzelfde niveau van geluk weten te bereiken met Schematherapie als het gemiddelde geluksniveau van de Nederlandse bevolking (Dickhaut en Arntz, 2014).

Dit boek biedt een belangrijke bijdrage aan de verdere beschrijving en ontwikkeling van methoden die in het kader van Schematherapie gebruikt kunnen worden om de modus van de Gezonde Volwassene te versterken. Zoals gezegd vult het daarmee een lacune, omdat de beschrijving van deze methoden in de Schematherapiehandboeken beperkt is. Welke methoden en technieken uiteindelijk bij welke doelgroep het meest geïndiceerd zijn, zal verdere praktijk en onderzoek moeten uitwijzen. Wel is duidelijk dat het van belang blijft deze methoden en technieken te integreren in Schematherapie, dus niet in plaats van de centrale methoden en technieken die zich richten op de disfunctionele modi te gebruiken, maar aanvullend daarop, wanneer het aangewezen is de modus van de Gezonde Volwassene te versterken. De bijdragen in dit boek bieden een uitstekende aanzet daartoe.

Arnoud Arntz

Referenties

- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicentered randomised controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305–322.
- 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.

Woord van de redactie

Op een voorjaarsavond na een redactievergadering van het tijdschrift *Groepen*, spraken we elkaar over de Gezonde Volwassene en de beperkte aandacht die deze modus ontvangt in Schematherapieboeken. Dit laatste vonden we opmerkelijk omdat alle psychotherapie gericht is op een gezonder functioneren, maar in de beschrijving van therapeutische stromingen vaak veel nadruk ligt op vermindering van pathologie, zo ook in de Schematherapie. We spraken over de Positieve Psychologie en de goede ingang die deze stroming biedt om de Gezonde Volwassene rechtstreeks aan te spreken. Ook vonden we dat de Gezonde Volwassene tekort wordt gedaan wanneer hij/zij als modus wordt gezien, want de Gezonde Volwassene staat onzes inziens voor de mens als geheel. We vatten het idee op om collega's die met positieve interventies werken in een Schematherapiesetting, uit te nodigen om hun zienswijze en werkwijze te beschrijven. Vanuit heel verschillende invalshoeken en disciplines is er in dit boek geschreven over manieren waarop de Gezonde Volwassene rechtstreeks kan worden versterkt en vergroot. De auteurs waren allen enthousiast en hebben vanuit de eigen specifieke ervaringen geschreven over het onderwerp.

De wereld wordt bij voortduring opgeschrikt door menselijk handelen dat is ingegeven door destructieve modi. Tegelijkertijd is menselijk gedrag als nooit tevoren bestudeerd. Hoe meer ons duidelijk wordt hoe we mensen kunnen ondersteunen in gezonder omgaan met zichzelf en met de omgeving, hoe meer ruimte ontstaat voor een gezond volwassen functioneren voor de persoon zelf, maar ook voor de omgeving. Daarmee kan de (kleinere) wereld wellicht wat milder worden en voor mensen een betere plaats om te zijn. We hopen dan ook dat deze werkwijzen een breed spectrum aan collega's zullen inspireren en aanzetten tot het rechtstreeks versterken van de Gezonde Volwassene!

We willen graag Yulma Perk en Peter van den Haak van uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum hartelijk bedanken voor het gestelde vertrouwen in ons onderwerp en in ons redacteurschap. De gastvrije auteursbijeenkomst waarin methoden en technieken van schrijven werden besproken, was verhelderend en vormde een bijzonder leuke ervaring. De auteurs willen we graag hartelijk bedanken voor de prettige samenwerking waarin redigeren, inkorten en deadlines vertrouwde begrippen werden. Niels Bongers heeft prachtige tekeningen gemaakt die de Gezonde Volwassene in beeld brengen. Peter Westerhof ving met zijn camera spontaan een Gezonde Volwassene in zomers Parijs voor de omslag van dit boek. Cor de Haan, Theo Ingenhoven en Harriët van Opheusden hebben op ons verzoek kritisch meegekeken naar teksten. Nadine Claessen heeft meegedacht over de SMI. Arnoud Arntz heeft feedback gegeven op de inleiding Schematherapie en de relatie met de Gezonde Volwassene. Veel dank daarvoor!

Ons thuisfront bood ons de ruimte en de tijd om de afgelopen maanden bezig te zijn met redigeer- en schrijfwerk. Thuis achter de pc zitten te midden van kinderen en huisdieren bood overigens ook veel gezelligheid in de wintermaanden. We hebben met enorm veel plezier de hoofdstukken bij elkaar gebracht, gelezen en gebundeld en zijn trots op het resultaat. We hopen dat elke lezer in het boek werkmethoden kan vinden waarmee direct aan het werk gegaan kan worden ten bate van onze cliënten.

De redactie, Anne-Marie Claassen en Silvia Pol

Inhoud

I Deel 1

1	Introductie van de Schematherapie en de Gezonde Volwassene	3
	<i>Anne-Marie Claassen en Silvia Pol</i>	
1.1	Schematherapie, een integratief model	4
1.2	De Gezonde Volwassene in de bestaande literatuur	9
1.3	Positieve aanvulling op een integratief model	12
	Literatuur	15
2	De Gezonde Volwassene in andere therapiestromingen en theoretische modellen	17
	<i>Silvia Pol en Anne-Marie Claassen</i>	
2.1	Integratie van de Gezonde Volwassene	19
2.2	Huidige therapiestromingen bezien vanuit de Gezonde Volwassene	20
2.3	Diagnostiek vanuit de Gezonde Volwassene beschouwd	29
	Literatuur	34
3	Psychotherapeutische interventies gericht op de Gezonde Volwassene	37
	<i>Anne-Marie Claassen</i>	
3.1	Psycho-educatie	38
3.2	Psychotherapeutische technieken	40
3.3	De therapeutische relatie en de Gezonde Volwassene	48
	Literatuur	52
4	Zelfcompassie	53
	<i>Monique Hulsbergen en Elke Smeets</i>	
4.1	Wat is zelfcompassie?	55
4.2	Veelvoorkomende misverstanden over zelfcompassie	56
4.3	Onderzoek naar het effect van zelfcompassie	59
4.4	Klinische toepassing van zelfcompassietraining	61
4.5	Aandachtspunten bij het aanbieden van compassie-interventies	65
4.6	Conclusie	66
	Literatuur	66

II Deel 2

5	Een integratief model voor de casusconceptualisatie in Schematherapie	71
	<i>Els Loeb</i>	
5.1	Schematherapie	72
5.2	De casusconceptualisatie	74
5.3	Discussie	84
	Literatuur	85

6	De Gezonde Volwassene in groepsschematherapie	87
	<i>Anne Lindenborn</i>	
6.1	Wat is Schematherapie?	89
6.2	Fasen in de groepstherapie.....	92
6.3	De ontwikkeling van de Gezonde Volwassene in groepsschematherapie	98
6.4	Technieken om de Gezonde Volwassene te versterken in de groep	98
6.5	Gezonde Volwassene en welbevinden	99
6.6	Afsluiting	100
	Literatuur	100
7	De Gezonde Volwassene in relatie	101
	<i>Karin Wagenaar</i>	
7.1	Hoe staat de Gezonde Volwassene in een relatie?	102
7.2	De Gezonde Volwassene in zijn levensloop	103
7.3	Mogelijkheden tot verbetering van de relatie	106
7.4	De rol van seksualiteit in een relatie	109
7.5	Conclusie.....	110
	Literatuur	111
8	De Gezonde Volwassene in het multidisciplinaire team	113
	<i>Anne-Marie Claassen en Silvia Pol</i>	
8.1	Schematherapie in een multidisciplinaire setting.....	114
8.2	Samenwerken in een multidisciplinair team	115
8.3	Het model samenhangend behandelen	122
8.4	Conclusie.....	123
	Literatuur	124
9	Het behandelplan: de Gezonde Volwassene ontwikkelen	127
	<i>Els Loeb</i>	
9.1	Het behandelplan: van hulpvraag naar behandeldoelen	128
9.2	Fasen in de behandeling en de Schematherapeutische technieken	131
9.3	Het witboek: versterken van de Gezonde Volwassene	134
9.4	Discussie	138
9.5	Tot slot	139
	Literatuur	140
10	Sociotherapie en de Gezonde Volwassene	141
	<i>Tineke van Herksen</i>	
10.1	Het ontstaan van sociotherapie als nieuwe benadering in de psychiatrie	143
10.2	Werken in een therapeutisch milieu	143
10.3	Sociotherapie, 'gedoe' of dynamiek?	145
10.4	Sociotherapie en de groei tot Gezonde Volwassene	147
10.5	Samenwerking met het multidisciplinaire team	152
10.6	Conclusie	154
	Literatuur	155

11	De Gezonde Volwassene verstevigen in beeldende therapie	157
	<i>Suzanne Haeyen</i>	
11.1	Inleiding	159
11.2	Beeldende therapie en Schematherapie	159
11.3	Gezonde ik-functies in beeldende therapie	161
11.4	Specifieke beeldend therapeutische interventies	168
11.5	Conclusie	172
	Literatuur	173
12	Werken met modi in schemadrama	175
	<i>Liesbeth Bijl en Jop te Kieffe</i>	
12.1	Historie van het grondmodel	176
12.2	Schematherapie en psychodrama: een interessante samenwerking	177
12.3	Het grondmodel binnen schemadrama	179
12.4	Integreren van interne rollen	180
12.5	Schemadrama en het versterken van de Gezonde Volwassene	183
12.6	Therapeutische houding van de therapeut en groep: erkennen, liefhebben en begrenzen	185
12.7	Verschillende vormen om te werken met het grondmodel	186
12.8	Tot slot	187
	Literatuur	188
13	De Gezonde Volwassene in muziektherapie	191
	<i>Irene van Sprang</i>	
13.1	Inleiding	192
13.2	Ouverture: kennismaking met muziek als kracht	193
13.3	Muziek als therapeutische kracht	194
13.4	Middenstuk: in harmonie met dissonantie	196
13.5	Actieve muziektherapie: de speel- en zingmodus	200
13.6	De finale: improvisatie als 'eindeloos' begin	202
	Literatuur	203
14	Psychomotorische therapie en de Gezonde Volwassene	205
	<i>Henriëtte en Eric van der Meijden</i>	
14.1	Inleiding	207
14.2	PMT in relatie tot Schematherapie en Positieve Psychologie	209
14.3	Lichamelijk welbevinden en de Gezonde Volwassene	210
14.4	Lichamelijkheid en bewegen van de Gezonde Volwassene binnen PMT	210
14.5	Beschrijving van een PMT-module aan de hand van de vijf schemadomeinen	214
14.6	Tot slot	219
	Literatuur	220
15	Groepsschematherapie voor de borderline persoonlijkheidsstoornis volgens Farrell en Shaw	221
	<i>Maria Rocher en Odette Brand-de Wilde</i>	
15.1	Introductie van het model van Farrell en Shaw: groepsschematherapie	223
15.2	Limited reparenting als voorbeeld voor de Gezonde Volwassene	226

15.3 **Begin van de therapie: werken aan veiligheid en verbondenheid**..... 227

15.4 **Het kiezen van therapeutische technieken** 228

15.5 **Geplande afbouw om zelfredzaamheid te bevorderen** 231

Literatuur 233

Bijlagen

Register..... 237

Lijst van auteurs en redactie

Redactie

Mevrouw A.M. Claassen is psychotherapeut, supervisor Schematherapie en eigenaar van Claassen Mental Health Services. Als eigen ondernemer traint en superviseert zij teams en geeft postdoctoraal onderwijs. Zij is voorzitter van de Vereniging voor Multidisciplinaire Psychotherapie en redactielid van tijdschrift *Groepen* van de NVGP. Contact: info@samenhangendbehandelen.nl

Mevrouw S.M. Pol werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, waar ze tevens in dienst is als P-opleider. Daarnaast heeft ze een eigen praktijk voor supervisie, coaching en opleiding. Ze is supervisor voor de VGCT en supervisor en opleider voor de NVGP. Tevens is ze redactielid van het tijdschrift *Groepen* van de NVGP. Eerder schreef zij een boek over narcistische persoonlijkheidsproblematiek: *Ik ben geweldig! Of toch niet?* (2013). Momenteel houdt ze zich bezig met wetenschappelijk onderzoek naar levensverhalen van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Contact: s.pol@ggnet.nl.

Auteurs

Mevrouw O. Brand-de Wilde is klinisch psycholoog en psychotherapeut bij de Viersprong, specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin. Zij is in 2008 gepromoveerd aan de Universiteit van Amsterdam. Zij is door de ISST geregistreerd als senior schematherapeut en supervisor en trainer groepsschematherapie. Zij is werkzaam als behandelaar en divisie manager en geeft daarnaast trainingen en workshops onder andere op het gebied van Schematherapie en complexe diagnostiek.

Mevrouw E.N. Bijl is psychotherapeut/gz-psycholoog/systeemtherapeut en zelfstandig ondernemer te Amsterdam. Tot haar pensioen was zij werkzaam bij GGZ inGeest, polikliniek Persoonlijkheidsstoornissen en Complextrauma in Amsterdam.

Mevrouw A.M. Claassen. is psychotherapeut, supervisor Schematherapie en eigenaar van Claassen Mental Health Services. Als eigen ondernemer traint en superviseert zij teams en geeft postdoctoraal onderwijs. Zij is voorzitter van de Vereniging voor Multidisciplinaire Psychotherapie en redactielid van tijdschrift *Groepen* van de NVGP. Contact: info@samenhangendbehandelen.nl

Mevrouw S.W. Haeyen is als beeldend therapeut (MATH/geregistreerd SRVB) werkzaam bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet en is tevens voorzitter van de leerkring Vaktherapie. Zij is hoofddocent bij de Creatieve Therapie Opleiding van Hogeschool Arnhem en Nijmegen en PhD-student bij de Radboud Universiteit Nijmegen. Zij heeft diverse publicaties op haar naam staan over beeldende therapie bij persoonlijkheidsstoornissen, waaronder *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek* (2007) en *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie* (2011). Zij leverde schrijfbijdragen aan de handboeken Schematherapie, Borderline Persoon-

lijkheidsstoornis en was redactielid/medeauteur van *Uit de verf. Handboek Beeldende therapie* (Schweizer e.a., 2009). Contact: s.haeyen@ggnet.nl.

Mevrouw T. van Herksen-Vaartjes is als sociotherapeut werkzaam bij de deeltijdbehandeling van Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet in Apeldoorn.

Mevrouw M.L. Hulsbergen is auteur en gz-psycholoog/psychotherapeut en werkte achttien jaar in de geestelijke gezondheidszorg. Op dit moment werkt zij freelance en verzorgt trainingen op het gebied van mindfulness, acceptance and commitment therapy en Positieve Psychologie. Zij schreef diverse boeken voor algemeen publiek en professionals op het gebied van mindfulness, compassie, emotieregulatie, gedragstherapie en Positieve Psychologie. Tevens is zij eindredacteur van de boekenserie *Zorgen voor jezelf* bij uitgeverij Boom. Meer informatie: ► www.moniquehulsbergen.nl.

De heer J. te Kieffe is psychodramatherapeut bij GGZ inGeest, polikliniek Persoonlijkheidsstoornissen en Complextrauma in Amsterdam.

De heer B. Lindenborn werkt als klinisch psycholoog op de afdeling Behandelprogramma voor Persoonlijkheidsstoornissen van het GGZ Centraal, Gooi & Vechtstreek te Hilversum.

Mevrouw E. Loeb is klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkzaam bij het Centrum voor Psychotherapie, Schemagerichte therapiecluster van Pro Persona, en werkzaam in haar eigen praktijk Els Loeb: Psychotherapie, Advies en Opleiding. Tevens is zij supervisor/opleider/leertherapeut VGCT en register Schematherapie, supervisor NvP en opleider NVGP. Contact: elsloeb@gmail.com. Ook voor het opvragen van de formulieren in ► hoofdstuk 5.

De heer E. van der Meijden is als psychomotorisch therapeut werkzaam bij GGNet Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek te Apeldoorn. Daarnaast is hij werkzaam in zijn eigen praktijk Belloods te Epe als psychomotorisch therapeut en Pessotherapeut.

Mevrouw H. van der Meijden is werkzaam in haar eigen praktijk Belloods te Epe als gz-psycholoog, psychomotorisch therapeut en EMDR-practitioner. Daarnaast is zij docent en supervisor Master PMT-opleiding Windesheim te Zwolle.

Mevrouw S.M. Pol werkt als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, onderdeel van GGNet, waar ze tevens in dienst is als P-opleider. Daarnaast heeft ze een eigen praktijk voor supervisie, coaching en opleiding. Ze is supervisor voor de VGCT en supervisor en opleider voor de NVGP. Tevens is ze redactielid van het tijdschrift *Groepen* van de NVGP. Eerder schreef zij een boek over narcistische persoonlijkheidsproblematiek: *Ik ben geweldig! Of toch niet?* (2013). Momenteel houdt ze zich bezig met wetenschappelijk onderzoek naar levensverhalen van mensen met persoonlijkheidsproblematiek. Contact: s.pol@ggnet.nl.

Mevrouw M. Rocher is werkzaam bij de Viersprong, specialist in persoonlijkheid en gedrag, in Amsterdam. Zij is gezondheidszorgpsycholoog, cognitief gedragstherapeut (VGCT), senior schematherapeut en erkend door de ISST als supervisor en trainer groepsschemathe-

rapie. Naast haar werk als behandelaar geeft zij workshops en trainingen over onder andere Schematherapie.

Mevrouw E. Smeets is gepromoveerd in de psychologie en doet onderzoek naar de effecten van zelfcompassie en Positieve Psychologie. Ze werkt momenteel als onderzoeker en docent aan de faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. Daarnaast geeft ze trainingen in zelfcompassie en acceptance and commitment therapy. Verder werkt ze als therapeut met specifieke aandacht voor verhogen van zelfcompassie.

Mevrouw I. van Sprang is SRVB-geregistreerd muziektherapeut en werkzaam bij GGNet Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek. Zij is LVSC-geregistreerd supervisor in eigen praktijk. Daarnaast geeft zij trainingen en workshops op het gebied van multidisciplinair behandelen en werkt zij als vaste gastdocent voor diverse hogescholen.

Mevrouw K. Wagenaar is klinisch psycholoog, psychotherapeut, systeemtherapeut en erkend EFT-therapeut, -supervisor en -trainer. Ze is werkzaam in het Centrum voor Psychotherapie, in haar eigen praktijk en bij de RINO-groep in Utrecht als opleider systeemtherapie. Ze is voorzitter van de Stichting EFT Nederland en geeft trainingen in EFT in binnen- en buitenland.

Deel 1

- Hoofdstuk 1** **Introductie van de Schematherapie en de Gezonde Volwassene – 3**
Anne-Marie Claassen en Silvia Pol
- Hoofdstuk 2** **De Gezonde Volwassene in andere therapiestromingen en theoretische modellen – 17**
Silvia Pol en Anne-Marie Claassen
- Hoofdstuk 3** **Psychotherapeutische interventies gericht op de Gezonde Volwassene – 37**
Anne-Marie Claassen
- Hoofdstuk 4** **Zelfcompassie – 53**
Monique Hulsbergen en Elke Smeets

Introductie van de Schematherapie en de Gezonde Volwassene

Anne-Marie Claassen en Silvia Pol

Samenvatting

Het eerste doel van Schematherapie is bewustwording van eigen patronen van denken, ervaren en handelen. Vervolgens wordt gewerkt aan het verminderen van de kracht van vroege onaangepaste schema's, om uiteindelijk de Gezonde Volwassene te kunnen vergroten en versterken. Volgens Jeffrey Young, de grondlegger van de Schematherapie, wordt deze ontwikkeling bewerkstelligd door in eerste instantie te profiteren van de therapeutische relatie. Daarna wordt geleerd om vanuit de gezonde-volwassenemodus de andere modi te matigen, koesteren en helen. Weinig woorden worden gewijd aan het direct benaderen van de Gezonde Volwassene. In dit hoofdstuk wordt een korte introductie geboden op de Schematherapie en wordt onderzocht wat in de literatuur over de Gezonde Volwassene is geschreven. Besproken wordt hoe via verschillende invalshoeken de Gezonde Volwassene meer rechtstreeks is te benaderen, te bevorderen en te verstevigen. De Positieve Psychologie lijkt een goede aanvulling te kunnen geven op de oriëntatie op de Gezonde Volwassene.

1.1 Schematherapie, een integratief model – 4

1.2 De Gezonde Volwassene in de bestaande literatuur – 9

1.3 Positieve aanvulling op een integratief model – 12

Literatuur – 15

1.1 Schematherapie, een integratief model

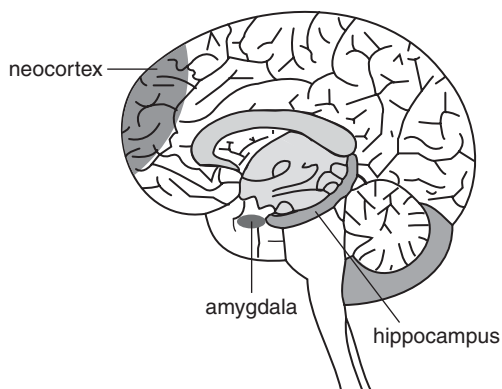
Schematherapie is een integratieve vorm van psychotherapie, waarin inzichten en interventies zijn opgenomen vanuit de leertheorie, de cognitieve theorie, de client-centered theorie, de psychodynamische theorie en de hechtingstheorie (Van Genderen & Arntz, 2010). Schema's zijn generalisaties van kennis, gevormd door herhaalde ervaringen en de manier waarop daar betekenis aan wordt gegeven. Het betreft een theoretisch construct uit de cognitieve psychologie dat een kennisstructuur beschrijft die zorg draagt voor selectieve aandacht en betekenisgeving. De hoeveelheid indrukken die dagelijks wordt opgedaan, noodzaakt tot een voortdurend maken van keuzes bij het richten van onze aandacht. Schema's helpen om ordening aan te brengen in en betekenis te geven aan ervaringen en zijn op deze wijze noodzakelijk om kennis te organiseren. Functionele schema's omvatten adaptieve overtuigingen die een realistische inschatting ondersteunen van ervaringen. Vroege onaangepaste schema's daarentegen verwijzen naar maladaptieve overtuigingen van de persoon over zichzelf, de ander en de wereld om zich heen. Deze altijd aanwezige disfunctionele opvattingen hebben zich grotendeels ontwikkeld als gevolg van negatieve ervaringen in de kindertijd. Deze vroege, niet-aangepaste schema's lijken aan de basis te liggen van de ontwikkeling van persoonlijkheidsstoornissen. Gesproken wordt over een persoonlijkheidsstoornis wanneer een persoon een breed scala aan klachten en problemen kent en bij voortduring vastloopt op meerdere levensterreinen. Hoewel de lijdensdruk veelal hoog is, laat deze problematiek een grote weerstand zien tegenover verandering. Young en zijn collega's merkten dat cognitieve gedragstherapie onvoldoende verandering kon bewerkstelligen bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen. Hij ontwikkelde voor juist deze cliënten de Schematherapie, waarin ruimte bestaat om aan het werk te gaan met deze vroege niet-aangepaste schema's.

In zijn conceptuele model van de Schematherapie belicht Young de achtergrond van vroege onaangepaste schema's. Hij beschrijft op grond van zijn klinische ervaring een aantal universele basisbehoeften die nodig zijn voor ieder kind om zich voldoende te kunnen ontwikkelen (Young et al., 2005). Het gaat om veilige hechting aan anderen, autonomie, competentie en identiteitsgevoel, realistische grenzen en zelfbeheersing, zelfexpressie, en spontaniteit en spel (■ tab. 1.1). Wanneer in deze basisbehoeften is voorzien, kan het kind opgroeien tot een volwassene die stabiele, veilige en bevredigende relaties kan aangaan met anderen, die zich kan separeren van zijn familie om een zelfstandig leven op te bouwen, die voldoende zelfdiscipline heeft om taken uit te voeren en verantwoordelijkheden te kunnen dragen, die zichzelf en anderen weet te respecteren en een gelijkwaardig contact weet op te bouwen, en die ruimte weet te maken voor spontaniteit, ontspanning, gezondheid en nabije contacten. Het kind groeit op deze wijze op tot een gezond, volwassen functionerend persoon. Ouders of verzorgers zijn de personen die de taak hebben om zodanige voorwaarden te scheppen tijdens het opgroeien van het kind, dat aan deze basisbehoeften wordt voldaan. Vroege niet-aangepaste schema's ontstaan wanneer de basisbehoeften van een kind worden bedreigd door overmatige frustratie en traumatisering of juist door een tekort aan frustratie en verwenning. Young noemt ook 'identificatie' met de schema's van ouders als mogelijkheid voor het ontwikkelen van een schema. Wanneer ouders door eigen leerervaringen overmatig angstig in het leven staan, kunnen de kinderen eerder schema's ontwikkelen waarin angstige overtuigingen centraal staan. Er zijn vier soorten ervaringen die tot de ontwikkeling van vroege, niet-aangepaste schema's kunnen leiden. Het kind krijgt te weinig van het goede en wordt te veel gefrustreerd. Dat betekent dat een kind te weinig liefde, steun, aandacht heeft ervaren. Het tweede soort ervaring betreft traumatisering, waardoor het kind heeft ontbroken aan voldoende veiligheid en voorspelbaarheid. Bij het derde soort ervaring gaat het om een teveel ervaren van iets goeds, waardoor een kind te weinig frustratie en uitdaging heeft ervaren om zich voldoende te kunnen ontwikkelen. De vierde

Tabel 1.1 Overzicht basisbehoeften, bedreigingen, vroege niet-aangepastes schema's, coping en modi

basisbehoeften	bedreigingen	schema's	coping	modi
veilige hechting aan anderen	traumatisering frustratie verwennen identificatie	verlating wantrouwen/ misbruik emotioneel tekort minderwaardig- heid/schaamte sociaal isolement	vermijden overgave overcompensatie	kindmodi oudermodi overlevingsmodi de Gezonde Volwassene
autonomie, competentie en identiteitsgevoel	traumatisering frustratie verwennen identificatie	afhankelijkheid kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar verstremgeling mislukking	vermijden overgave overcompensatie	kindmodi oudermodi overlevingsmodi de Gezonde Volwassene
realistische grenzen en zelfbeheersing	traumatisering frustratie verwennen identificatie	op je rechten staan onvoldoende zelfcontrole, zelfdiscipline	vermijden overgave overcompensatie	kindmodi oudermodi overlevingsmodi de Gezonde Volwassene
zelfexpressie	traumatisering frustratie verwennen identificatie	onderwerping zelfopoffering	vermijden overgave overcompensatie	kindmodi oudermodi overlevingsmodi de Gezonde Volwassene
spontaniteit en spel	traumatisering frustratie verwennen identificatie	emotionele geremdheid hoge eisen	vermijden overgave overcompensatie	kindmodi oudermodi overlevingsmodi de Gezonde Volwassene

soort ervaring betreft een selectieve internalisatie en identificatie met belangrijke anderen, waardoor een kind zich overmatig identificeert met een ouder ten koste van de eigen ontwikkeling. Ten slotte is het temperament van het kind eveneens van invloed op de ontwikkeling van vroege niet-aangepaste schema's. De omgeving waarin een kind opgroeit, heeft een andere uitwerking op een kind afhankelijk van het eigen temperament. Extraverte kinderen hebben meer kans om andere en daarmee ook positieve ervaringen op te doen, dan kinderen met een meer introverte natuur die eerder geneigd zijn zich terug te trekken. Daarnaast kan een extreem temperament van een kind ook de omgeving zodanig beïnvloeden, dat vroege niet-aangepaste schema's zich eerder kunnen ontwikkelen. Op zich competente ouders of verzorgers kunnen toch tekortschieten in de zorg voor een kind met een extreem temperament, omdat de opvoedingsvraag overbelast wordt en/of omdat de pedagogische kennis tegenover dit kind tekortschiet. Vroege niet-aangepaste schema's staan per definitie een gezond en bewust functioneren in de weg. Ieder mens verwerkt afhankelijk van biologische, psychologische en sociale factoren gebeurtenissen op een eigen wijze. Ervaringen worden dimensioneel opgeslagen en beleefd, als een heftige gebeurtenis met een te grote omvang, of als een gebeurtenis die juist te behappen is voor een kind. In het laatste geval is er geen aanleiding voor het ontwikkelen van een vroeg niet-aangepast schema, in het eerste geval zal zich mogelijk wel een dergelijk schema gaan vormen. Een stagnatie in de ontwikkeling van schema's is daarom niet steeds te voorspellen.



■ **Figuur 1.1** Delen van de hersenen.

In het conceptuele model van de Schematherapie wordt eveneens een biologische visie besproken op vroege, niet-aangepaste schema's, emoties en het brein. Young sluit aan bij onderzoek van LeDoux in zijn uitleg over de biologische aspecten van schema's die ontwikkeld zijn door angstreacties op de bedreiging van basisbehoeften. Wanneer de behoefte van het kind aan veiligheid wordt bedreigd, kan het hersennetwerk van trauma en angst (amygdalasysteem) extreem worden geactiveerd. Dit systeem is van groot belang voor de overleving. Het waarschuwt wanneer er sprake is van dreiging en bereidt onmiddellijk, zonder tussenkomst van het denken, voor op handelen. Een kind reageert met aanmerkelijke angst op onvoorspelbaarheid en verlating in brede zin door de ouder en met nog heviger angst op fysieke en emotionele dreiging en misbruik door de omgeving. Wanneer in het latere leven een verlating dreigt, kunnen oude, automatische en ongeremde angstreacties in gang worden gezet direct gestuurd vanuit het amygdalasysteem. De trigger in het hier en nu veroorzaakt acuut een hevige angstreactie. Vanwege het automatische en primitieve karakter van deze angstgevoelens kunnen inadequate reacties ontstaan, zoals cognitieve vervorming, vervreemding van gevoel (affectisolatie) en copingreacties die niet helpend zijn. Sommige aspecten van de traumatisering, een te weinig beschermend klimaat of een negatieve sfeer in het gezin, worden op deze wijze onbewust en automatisch opgeslagen. Andere aspecten van de negatieve context kunnen wel bewust worden opgeslagen en op een cognitieve wijze worden verwerkt in nieuwere delen van de hersenen (hippocampus en neocortex, ■ fig. 1.1)). Deze herinneringen zijn dan wel direct toegankelijk voor de persoon. Wanneer deze herinneringen in het hier en nu geraakt worden, heeft de persoon de ruimte om zich cognitief te verhouden tot de ervaring en kan de persoon het eigen omgaan met de gebeurtenis in het hier en nu beter sturen.

Reacties op de onbewust getriggerde patronen die Young vroege niet-aangepaste schema's (■ tab. 1.1) noemt, bestaan uit drie copingstijlen, namelijk overgave, vermijden en overcompenseren. Men zou deze globaal kunnen vergelijken met de overlevingsreacties bevriezen, vluchten en vechten. Deze copingstijlen zijn ontstaan in de kindertijd en waren destijds functioneel. Bij het volwassen worden veranderen omstandigheden en ontstaan veelal meer mogelijkheden om met een situatie om te gaan. Wanneer de persoon dan vasthoudt aan deze drie copingstijlen, dan betreft het een rigide reageren met uitsluiting van betere opties. Belangrijk om op te merken is dat deze copingstijlen onbewust worden ingezet en voor de persoon niet direct herkenbaar zijn. Deze copingstijlen laten zich als volgt zien in gedrag. Wanneer er sprake is van overgave onderwerpt de persoon zich als het ware aan het vroege niet-aangepaste schema en neemt het schema voor waar aan. De persoon is dan niet langer op zoek naar nieuwe of

positieve ervaringen. Vermijding treedt op wanneer de persoon alle situaties ontwijkt waarin het schema geactualiseerd kan worden. Hele levensgebieden waarin de persoon zich kwetsbaar voelt, kunnen op deze manier worden vermeden. De persoon kan zichzelf ervan overtuigen dat hij bijvoorbeeld geen opleiding of intieme relatie ambieert. Overcompensatie is een poging het schema te bestrijden door het tegenoverstelde gedrag te vertonen. Wanneer de persoon zich diep vanbinnen afhankelijk voelt, kan hij in zijn gedrag juist (overdreven) zelfstandigheid laten zien, en bij innerlijk ervaren minderwaardigheid kunnen in het uiterlijk vertoon juist superioriteitsgevoelens opvallen. Het gaat om manieren van omgaan met vroege niet-aangepaste schema's en het betreft doorgaans een poging van de persoon om ervoor te zorgen dat deze schema's minder geraakt worden. We spreken dan over overlevingsmodi. Een persoon kan natuurlijk gebruikmaken van meerdere copingreacties uit elk van deze drie stijlen, afhankelijk van wat het beste bij een situatie past. Daarnaast ontstaat er, met name afhankelijk van het temperament van de persoon, maar ook beïnvloed door het model van ouders, een voor de persoon kenmerkende copingstijl. Deze stijl is veelal goed herkenbaar in terugkerende en voor de persoon typerende gedragingen.

Gevoelstoestanden die van moment tot moment verschillen gecombineerd met copingreacties die meer of minder aangepast zijn noemt Young schemamodi. Iedereen kent wisselende gevoelstoestanden en schemamodi worden geactiveerd wanneer een situatie ons emotioneel, vaak pijnlijk, raakt. De bedoeling is dat niet de emoties en de onaangepaste, disfunctionele modus het handelen blijven bepalen, maar dat een overstap kan worden gemaakt naar een aangepaste en functionele modus. Zowel mensen met klachten en persoonlijkheidsproblematiek als psychisch gezonde mensen hebben herkenbare modi. Het verschil tussen beide groepen zit in 'het gevoel van een ongedeelde identiteit en veranderbaarheid' (Young, 2005). Psychisch gezonde mensen ervaren zichzelf als *een geheel* en als *steeds dezelfde persoon* ook al worden er heftige emoties geraakt. Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen daarentegen geheel in beslag worden genomen door een heftige emotie en zichzelf daarin verliezen. In dat geval kan het gevoel van continuïteit in de eigen persoon verstoord raken. Door cognitieve vervorming, bepaalde copingreacties (overgave, vermijden en overcompenseren) en inadequate leefpatronen treedt een verminderd contact op met de eigen emoties, waardoor een zekere mate van fragmentatie ontstaat. Een psychisch gezond persoon kan meerdere gemoedstoestanden tegelijk ervaren, kan zowel boosheid als verdriet gewaarworden en heeft de ruimte daarover te reflecteren. Er is sprake van integratie van diverse gevoelstoestanden, die samen adequaat zijn in de betreffende situatie; het gaat om een flexibel en bewust reageren.

In tegenstelling tot schema's die langdurig bestaande kennispatronen betreffen, beschrijven modi tijdelijke emotionele toestanden. Modi kunnen afhankelijk van de mate waarin ze in de persoon geïntegreerd zijn, adaptief zijn of maladaptief (Lobbestael, 2010). Young maakt onderscheid tussen kindmodi, disfunctionele copingmodi, disfunctionele oudermodi en de modus van de Gezonde Volwassene (■ tab. 1.2). Kindmodi verwijzen naar de emotionele toestand waarin de persoon hevig geraakt is en overvallen wordt door emoties die te maken hebben met een vroegere situatie en niet zozeer met de huidige situatie waarin de persoon verkeert. Disfunctionele copingmodi kunnen gezien worden als overlevingsstrategieën die de persoon heeft aangeleerd om te kunnen omgaan met overweldigende situaties. Deze modi hebben in het verleden de functie gehad om de persoon te beschermen, maar staan bij het huidige functioneren in de weg. In de disfunctionele oudermodi kijkt een cliënt door de bril van een bestraffende of veeleisende ouderfiguur naar zichzelf. De functie is oorspronkelijk geweest om te kunnen voldoen aan de wensen en eisen van de belangrijke ouder, maar deze modi leiden in het hier en nu tot overvraging, zelfhaat en zelfverwijt. De modus van de Gezonde Volwassene is een adaptieve modus en heeft een verzorgende en begrenzendende taak ten opzichte van de an-

■ Tabel 1.2 Modi

categorieën modi	tien typen modi
kindmodi	het kwetsbare kind het boze kind het impulsieve/ongedisciplineerde kind het blijde kind
disfunctionele copingmodi/overlevingsmodi	de willoze inschikkelijke de afstandelijke beschermer de overcompenseerder
disfunctionele oudermodi	de straffende ouder de veeleisende ouder
gezonde-volwassenemodus	de Gezonde Volwassene

dere modi. Eén van de uiteindelijke doelen van Schematherapie is het vergroten en versterken van deze adaptieve modus. Door te profiteren van de therapeutische relatie en te leren omgaan met disfunctionele modi door ze bij te sturen, ermee te onderhandelen, te voeden en te neutraliseren, wordt verondersteld dat de modus van de Gezonde Volwassene vanzelf geïntegreerd raakt in het dagelijkse functioneren. Door een bewustwording van zijn of haar schema's en copingstijl, kan de cliënt leren om een keuze te maken voor een andere manier van reageren. De therapeutische techniek die Young voor ogen heeft om de Gezonde Volwassene te versterken, is de therapeutische relatie. Hij baseert zich op de object-relatietheorie, waarin wordt gesteld dat interpersoonlijke relaties de basis vormen van de persoonlijkheid. De therapeutische relatie geeft hij de vorm van *limited reparenting*; de therapeut komt tegemoet aan de basisbehoeften van de cliënt, binnen de grenzen van de therapeutische mogelijkheden. Met deze voedende, beschermende maar ook begrenzend houding wordt getracht de cliënt alsnog een veilige basis te bieden van waaruit hij of zij de wereld kan exploreren. De cliënt bespreekt in de therapie spanningsvolle situaties die zich voordoen in het alledaagse menselijke verkeer, en de therapeut medieert tussen enerzijds de heftige emoties die deze situaties oproepen vanuit het verleden en anderzijds het gezonde deel van de cliënt dat zich bevindt in het hier en nu. De therapeutische houding van *limited reparenting* zorgt ervoor dat het angstnetwerk, het amygdalasysteem, minder geactiveerd hoeft te worden, waardoor minder emotionele ontregeling hoeft plaats te vinden. Door als therapeut emotioneel stabiel beschikbaar te zijn, wordt derhalve veiligheid geboden en wordt de cliënt gesteund in het leren omgaan met eigen emoties. Het emotiereguleringsysteem van de cliënt wordt daardoor gunstig beïnvloed en de cliënt kan meer stabiliteit en veerkracht gaan ervaren. Verondersteld wordt dat wanneer het angstnetwerk minder actief is, een bewuste en cognitieve verwerking vanuit de neocortex meer beschikbaar is en er meer ruimte is om remming uit te oefenen op de reacties vanuit de vroege niet-aangepaste schema's.

Schematherapie bestaat uit twee fasen. In de eerste fase gaat het om bewustwording door psycho-educatie en het in kaart brengen van de individuele schema's, coping en modi en de wisselwerking tussen deze elementen. De bedoeling is dat de cliënt eigen reacties beter gaat begrijpen tegen de achtergrond van de eigen (leer)geschiedenis. In de tweede fase gaat het om het werken aan verandering, het vergroten van de greep op het eigen handelen en om een bewust bijsturen van eigen reacties. Hiertoe wordt een combinatie gebruikt van cognitieve, experiëntiële, gedragsmatige en interpersoonlijke technieken. Het betreft technieken die koersen op anders denken, voelen en doen. Bekende therapeutische technieken in de Schematherapie

zijn bijvoorbeeld de meerstoelentechniek, de imaginatieoefening en de flashcard. De keuze van Young om zich te richten op bewustwording van schema's en modi beschrijft hij als het aanbrenge van een bypass:

» [...]wanneer patiënten eenmaal begrijpen wat hun schema's en copingstijlen zijn, kunnen zij een begin maken met het uitoefenen van controle over hun reacties. Zij kunnen meer hun vrije wil laten gelden ten opzichte van hun schema's. (Young et al., 2005, pag. 31) «

Op deze wijze vallen cliënten niet langer geheel samen met hun emoties, maar leren ze emoties op te merken en ermee om te gaan vanuit meer distantie, die een grotere vrijheid oplevert.

1.2 De Gezonde Volwassene in de bestaande literatuur

Voor adaptief functioneren is de Gezonde Volwassene van essentieel belang. Schematherapie is onder meer gericht op vergroting en versterking van deze modus, zodat de persoon beter weet om te gaan met de eigen schema's en modi. Young stelt:

» Het is de bedoeling dat de patiënt, naar het voorbeeld van de therapeut, een Gezonde Volwassene modus internaliseert die schema's kan bestrijden en tot gezond gedrag kan inspireren. (Young, 2005, pag. 193) «

Young ziet de therapeutische relatie en het uitschakelen van de destructieve (coping)modi als technieken om toegang te krijgen tot de Gezonde Volwassene. Daarnaast ziet hij het belang van de Gezonde Volwassene als modus die door therapie moet worden versterkt door de cliënt te leren de andere modi te matigen, koesteren of helen. Hiertoe wordt een breed repertoire aan therapeutische technieken ingezet. Young geeft aan dat iedereen een modus van de Gezonde Volwassene kent, maar er is een duidelijk verschil in kracht, aanwezigheid en effectiviteit. Ten opzichte van mensen met psychische klachten wordt bij gezond functionerende mensen de modus meer geactiveerd en is hij sterker aanwezig. In de Schematherapie wordt helder beschreven hoe de Gezonde Volwassene versterkt kan worden door disfunctionele modi te bestrijden. De vraag rijst of er ook rechtstreekse interventies mogelijk zijn die de Gezonde Volwassene kunnen vergroten of verstevigen. Vanuit de visie dat de Gezonde Volwassene uiteindelijk centraal moet komen te staan in het functioneren van de cliënt, zijn we opnieuw gaan kijken wat in de literatuur over de Gezonde Volwassene is geschreven. Hieronder volgt een samenvatting van deze zoektocht.

In het *Handboek Schematherapie* (Van Vreeswijk et al., 2008) sluiten de auteurs met hun beschrijving van de Gezonde Volwassene aan bij de 'ongedeelde identiteit' zoals Young deze beschreef. In deze modus heeft de cliënt positieve en genuanceerde gedachten en gevoelens over zichzelf, doet dingen die goed voor hemzelf zijn en dit leidt vervolgens tot gezonde relaties en activiteiten. Verder komt in dit handboek de Gezonde Volwassene niet of nauwelijks aan bod en worden er geen specifieke interventies beschreven gericht op versterking van deze modus.

In het *Handboek Klinische Schematherapie* (Muste et al., 2009a) wordt meer aandacht besteed aan de Gezonde Volwassene. De modus wordt meer in algemene zin van volwassen en verstandig gedrag beschreven. In dit boek wordt ingegaan op de manier waarop de Gezonde Volwassene regie kan krijgen over de andere modi. Beschreven wordt dat de kwetsbare-kindmodus bevestiging en troost nodig heeft, dat de boze-kindmodus begrenzing nodig heeft en dat de bestraffende-oudermodus geneutraliseerd dient te worden. Er wordt aandacht besteed aan de gezondere volwassen taken, zoals werken, verantwoordelijkheid nemen en verbondenheid aangaan.

De vaktherapeuten (Günther et al., 2009) sluiten in hun werkwijze op deze aspecten aan, en beschrijven de Gezonde Volwassene expliciet in termen van gevoelens, gedragingen en belangrijke innerlijke houdingen. Gevoelens als tevredenheid en geduld worden benoemd als behorende tot deze modus. Als voorbeelden van gedragingen van de Gezonde Volwassene worden genoemd: samenwerken, overleggen, plannen en doseren. Als innerlijke houdingen komen aan bod: mildheid, zelfcompassie, relativiseringsvermogen en empathie. Deze termen geven richting aan het experiëntiële denken van vaktherapeuten over gezond volwassen gedrag.

In het *Werkboek Klinische Schematherapie* (Muste et al., 2009b) worden specifieke interventies genoemd om de Gezonde Volwassene te ondersteunen en te versterken. In grote lijnen komt het erop neer dat men werkt aan:

- het uitschakelen en verminderen van de disfunctionele modi;
- het troosten van de kwetsbare-kindmodus;
- het zoeken naar kracht en mogelijkheden die de cliënt al eerder tot zijn of haar beschikking had om moeilijke situaties aan te gaan;
- het niet uit de weg gaan van verantwoordelijkheid;
- het maken van de overgang van therapie naar huis door eigenstandige keuzes te maken.

De stappen in het werkboek lijken ook te gaan over identiteitsvorming, maar dit wordt door de schrijvers niet expliciet genoemd als onderdeel van de Gezonde Volwassene.

Van Genderen en Arntz (2010) beschrijven in hun boek specifiek over Schematherapie bij de borderline persoonlijkheidsstoornis dat de Gezonde Volwassene bij deze cliënten grotendeels afwezig is. In de achtergrond van cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis worden vaak grote tekorten gezien als het gaat om een tegemoetkoming aan basisbehoeften van het kind. Hoe klein ook, de Gezonde Volwassene zorgt er wel voor dat de cliënt hulp zoekt en in therapie blijft, en speelt daarmee een essentiële rol. De auteurs sluiten bij Young aan met de stelling dat in het begin van de therapie de therapeut vooral dient op te treden als Gezonde Volwassene voor de cliënt. Deze gezonde modus kan door de cliënt gaandeweg de therapie steeds meer in het eigen functioneren worden geïntegreerd. Ze geven aan dat de therapeut 'contact moet zoeken' met de Gezonde Volwassene, ook al is deze modus aanvankelijk nog niet veel aanwezig. Met name bij agressieregulatieproblemen en impulsiviteit kan dat een zoektocht betekenen. De auteurs noemen het toepassen van de socratische dialoog met zichzelf, een oordeelvrij bevragen en in gesprek gaan, als specifiek bewijs dat de Gezonde Volwassene is gegroeid en aanwezig is. De auteurs beschrijven de Gezonde Volwassene als modus. Zij spreken over het in gesprek gaan met de Gezonde Volwassene en benoemen dat de cliënt vanuit deze modus de socratische dialoog kan aangaan door te spreken over zichzelf, de ander en de wereld om zich heen. Vervolgens benaderen de auteurs de Gezonde Volwassene als onderdeel van de gewone volwassenheid. De Gezonde Volwassene zorgt ervoor dat de cliënt in een latere fase gezonde relaties kan aangaan, realistische en gezonde doelen kan stellen voor het leven na de therapie, en ook op een goede manier afscheid kan nemen. Er is een overeenkomst tussen deze beschrijving en de laatste stap in het *Werkboek Klinische Schematherapie* wanneer benoemd wordt dat de volwassen kant van de cliënt vriendschappen kan onderhouden, relaties kan aangaan en kan zoeken naar een opleiding, werk of vrijetijdsbesteding.

Arntz en Jacob (2012) gaan in hun boek nog een stap verder in het beschrijven van de Gezonde Volwassene. Ze stellen dat in de gezonde-volwassenemodus een cliënt in staat is om op een realistische en adequate manier naar zichzelf en de omgeving te kijken. Er wordt gesproken over 'gezonde ik-functies' waarmee een psychodynamisch begrip wordt aangeduid (pag. 33). Ze geven toe dat de Gezonde Volwassene een minder uitgewerkte modus is dan de andere, vaak disfunctionele modi. In dit boek worden ook het gelukkige kind en de gezonde ouder