

Je vak in schema's deel 1

Vaktherapie binnen een kader van schematherapie

Schematherapie is erg in opkomst, maar hoe werk je er concreet mee als vaktherapeut? Wordt de kern van de vaktherapie niet te veel uitgekleed als ze zich in schema's moet wurmen? Wat gebeurt er dan met het creatief proces?

In deel 1 van dit artikel¹ wordt er vanuit de drie disciplines dramatherapie, psychomotorische therapie en beeldende therapie tien jaar ervaring met schematherapie beschreven.

Inleiding

Het twaalfmaands programma van Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren, verder genoemd De Kliniek, werkt sinds 1998 met de schematherapie van Jeffrey Young. De keuze voor schematherapie is gebaseerd op de praktische ingrediënten van deze behandelmethode: patiënten krijgen inzicht in hun eigen therapieproces, verwerven concrete handvatten en technieken voor verandering en worden geacht om zich zelfwerkzaam op te stellen. De therapeuten zijn directief en transparant aanwezig en geven structuur aan de behandeling.

Bij de invoering van de schematherapie is er een vertaalslag gemaakt van de oorspronkelijk ambulante, individuele vorm die Young ontwikkeld heeft naar een vorm die past bij klinische dynamische groepspsychotherapie (Thunnissen & Muste, 2002).

In dit artikel zal, na een beknopte uitleg over schematherapie, ingegaan worden op hoe deze vertaalslag in de vaktherapie gemaakt is binnen de experiëntiële tak van de schematherapie. In een vervolgartikel worden verschillende vaktherapeutische werkvormen in verband gebracht met schema's en worden ervaringen met de specifieke werkvormen beschreven en differentiatie per discipline toegelicht.

Theoretische achtergrond van schematherapie

Schema's

Het oorspronkelijke begrip 'schema' heeft binnen de cognitieve ontwikkeling van elk mens een neutrale betekenis. Het gaat over een patroon dat over de werkelijkheid of ervaring heen wordt gelegd om het individu beter in staat te stellen die te verklaren en om de reactie van het individu te sturen (Beck, 1967; Young & Pijnakker, 1998). Binnen de cognitieve gedragstherapie wordt nog steeds gebruik gemaakt van deze brede definitie, waardoor schema's positief en negatief, functioneel en disfunctioneel kunnen zijn. Bij gezonde mensen veranderen de schema's mee naarmate iemand nieuwe ervaringen opdoet. In de schematherapie gaat het echter altijd om oude onaangepaste schema's.

Young definieert een schema als volgt:

- "een breed, algemeen verbreid thema of patroon
- bestaande uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen
- met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen
- die ontstaan is in de kindertijd of adolescentie
- in de loop van de tijd verder is uitgebreid en
- in belangrijke mate disfunctioneel is."

(Young et al., 2005, p.8)

Een schema wordt dus een deel van de persoonlijkheid en beïnvloedt de waarneming en de ervaring van het hier

en nu. De patiënt gaat zijn leven uiteindelijk zo invullen dat een schema een zich herhalend patroon wordt en continu bevestigd wordt. Door het disfunctionele schema is het vermogen om zijn basisbehoeften te bevredigen verstoord. Young et al. (2005) hebben tot nu toe achttien schema's geformuleerd. Om aan te sluiten bij de internationale onderzoeksontwikkelingen wordt er in de behandeling op De Kliniek uitgegaan van vijftien schema's. De schema's zijn onderverdeeld in vijf domeinen die corresponderen met de vijf belangrijkste basisbehoeften en ontwikkelingstaken van het kind (zie overzicht in tabel 1). Young en Pijnakker (1998) maken een onderscheid tussen primaire en secundaire schema's. De primaire schema's ontstaan vroeg in het leven en zijn een rechtstreeks gevolg van de relaties met ouders of belangrijke anderen. Een secundair schema is een reactie op een primair schema dat

het onderliggende schema overdekt. Een patiënt kan zich in therapie bijvoorbeeld presenteren met het schema *extreem hoge eisen* en daarmee het primaire schema *minderwaardigheid/ schaamte* toedekert houden.

Beeldende therapie

Een patiënt reageert met onlust en verstarren in haar lichaam op een opdracht met klei. Ze zegt dat dit te maken heeft met haar vader, die vies worden bestrafte. Toch neemt ze deel aan de opdracht: 'maak in tien minuten een werkstuk dat zoveel mogelijk lijkt op de werkstukken van de ander' (Haeyen, 2007). Ze volgt de groepsleden in de vormgeving, terwijl de vorm die ontstaat haar niet bevalt. Ze noemt het schema onderwerping, dat ze hier een paar keer bevestigd heeft door zich er aan over te geven. Ze deed het "om bij de groep te horen", maar beseft dat ze er

Domein	Onverbondenheid en afwijzing	Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie	Verzwakte grenzen	Gerichtheid op anderen	Overmatige waakzaamheid en geremdheid
kindbehoefte/ontwikkelings-taak	verbondenheid en basisveiligheid	autonomie en prestatie	redelijke/realistische grenzen	zelfwaardering	zelfexpressie
vaktherapie thema's	er mogen zijn, veiligheid, eigen plek, vertrouwen, grenzen, contact, zich verbinden met lichaam/materiaal/ander	ik en de ander, autonomie, eigenheid, identiteit, grenzen	de ander en ik, inleven, empathie, zelfbeheersing, realiteitsbesef, macht, controle, status, grenzen	leren luisteren naar eigen behoeften, eigen keuzen maken, identiteit, emoties uiten	creativiteit, leren uiten, spelen, genieten, spontaniteit
schema's en assumpties	<p>1. verlatting 'ik word altijd in de steek gelaten'</p> <p>2. wantrouwen en misbruik 'ik kan je echt niet vertrouwen'</p> <p>3. emotionele verwaarlozing 'ik krijg nooit wat ik nodig heb'</p> <p>4. minderwaardigheid/ schaamte 'ik ben niets waard'</p> <p>5. sociaal isolement 'ik hoor er niet bij'</p>	<p>6. afhankelijkheid 'ik kan het niet alleen'</p> <p>7. kwetsbaarheid 'er kan ieder moment een ramp gebeuren'</p> <p>8. verstrengeling 'ik weet niet wie ik ben'</p> <p>9. mislukking/falen 'alles wat ik doe gaat mis'</p>	<p>10. op je rechten staan 'ik heb er recht op om alles te krijgen wat ik wil'</p> <p>11. onvoldoende zelfcontrole 'ik handel impulsief'</p>	<p>12. onderwerping 'ik laat andere mensen bepalen'</p> <p>13. zelfopoffering 'ik geef meer aan anderen dan ik terugkrijg' 'ik voel me schuldig als ik de ander niet op de eerste plaats zet'</p>	<p>14. emotionele geremdheid 'ik moet alles onder controle houden'</p> <p>15. extreem hoge eisen 'het is nooit goed genoeg'</p>
therapeutische attitude	betrouwbaar, stabiel, voorspelbaar, 'kom maar!'	stimuleren vanuit vertrouwen, met steun, 'doe maar!'	grenzen stellend, liefdevol confronteren, 'wacht, kijk wat je doet!'	stimuleren van de eigenheid, waardevol, 'en jij?'	uitnodigend, complimenteuz, 'goed zo!'

J. Blokland-Vos, G. Günther, C. van Mook, Vaktherapeuten PTC De Viersprong, De Kliniek, Halsteren, 2007.

Tabel 1: Overzicht van de vijf domeinen en de bijbehorende ontwikkelingstaken, thema's, schema's en therapeutische attitude.

nog steeds niet bij hoort. Als ik vraag naar haar vader zegt ze 'dat wist ik al'. Er ontstaat geen opening, haar lichaam blijft verstart en voor de therapeut is dat een teken dat het hier niet alleen om gaat. Ik vraag naar het begin van de opdracht, naar de klei. Ze zegt dat ze nu eenmaal niet van klei houdt en dat ze belangrijkere doelen heeft dan leren vies worden. Het lichaam versterkt de verstarring tot een voor zich uit staren. Het wordt duidelijk dat praten over het schema onderwerping hier gebruikt wordt als een afstandelijke beschermer, om af te leiden van een eerder schema, wellicht wantrouwen/ misbruik.

Copingstijlen

Een schema heeft invloed op het gedrag. Om de intense en overweldigende emoties die schema's met zich meebrengen te kunnen verdragen of niet te hoeven voelen, ontwikkelen patiënten allerlei cognitieve en gedragsmanoeuvres, de zogenaamde *copingstijlen* (Young et al., 2005).

Er zijn drie manieren om met een schema om te gaan:

- **Overgave:** men gaat er vanuit dat het schema waar is, de bijbehorende emotionele pijn wordt gevoeld en men gedraagt zich zo dat het schema bevestigd wordt. Iemand met het schema minderwaardigheid gaat bijvoorbeeld denken, voelen en handelen alsof hij minderwaardig is.
- **Vermijding:** door cognitieve, emotionele en gedragsstrategieën vermijdt men de activering van een schema en de daarbij horende hevige affecten. Zo zal iemand met het schema minderwaardigheid bijvoorbeeld vluchten in isolement of middelenmisbruik.
- **Overcompensatie:** men gaat in de tegenaanval en denkt, voelt en gedraagt zich alsof het tegenovergestelde van het schema waar is. Bij het schema minderwaardigheid zal de persoon juist overlopen van zelfvertrouwen en zelfverzekerdheid of zich superieur tegenover anderen gedragen.

Deze strategieën helpen de patiënt niet om het schema te genezen, maar zijn manieren om het schema keer op keer te bevestigen. Wat duidelijk wordt in deze indeling van *copingstijlen* is het feit dat er heel tegengesteld gedrag bij hetzelfde basisschema kan horen, waardoor het therapeutisch proces en de interventies binnen een schema er heel anders uit kunnen zien.

Modi

Naast de schema's wordt er binnen de schematherapie met modi gewerkt. Een modus is een complex begrip en omschrijft een gevoelstoestand waarbij meerdere schema's tegelijk getriggerd worden (Young et al., 2005, p.42). Hierdoor is het niet duidelijk om welk schema het gaat. Bij een modus horen heftige gevoelens en gedragingen. Het duurt soms maar enkele seconden, soms is het dagenlang dat

een patiënt zich in een modus bevindt en patiënten kunnen frequent overschakelen van de ene naar de andere modus.

Er zijn in totaal tien modi, maar om patiënten niet te verwaren met te veel verschillende begrippen gebruiken wij in de praktijk van De Kliniek vooral de volgende zes:

- Het **gekwetste kind**: een patiënt in deze toestand is niet in staat om zijn eigen behoeften te bevredigen of om bescherming te vinden. Hij voelt de pijn en het verdriet van vroeger, is intens verdrietig of voelt zich verlaten, misbruikt, verwaarloosd, hopeloos, angstig, et cetera.
- Het **boze kind**: de woede over vroegere krenkingen en verwaarlozing wordt op een impulsieve, niet-adequate manier afgereageerd op de buitenwereld, vaak de partner, een groepsgeenoot of de therapeut. Het gedrag is dan bijvoorbeeld eisend, manipulerend of agerend.
- Het **vrije kind**: in deze toestand voelt een patiënt zich gelukkig, bemind en is tevreden. Hij geniet van wat hij doet of waarneemt, van spel, beweging, kleur et cetera.
- De **afstandelijke beschermer**: deze modus schermt gevoelens af en houdt daarmee afstand van anderen. Dit kan leiden tot symptomen als dissociatie, innerlijke leegte, moeheid, verveling, misbruik van middelen, automutilatie en psychosomatische klachten.
- De **bestraffende ouder**: hier gaat het om een introject van vroege ouderboodschappen, een kritische stem die schuldgevoel, zelfhaat, zelfverwaarlozing of zelfs automutilatie propageert.
- De **gezonde volwassene**: in deze modus is iemand competent in het hier en nu en reageert adequaat en weloverwogen. Hij kan zijn emoties temperen, relativeren en controleren. Hij koestert, troost en beschermt het gekwetste kind. Hij geeft ruimte aan het vrije kind en stelt grenzen aan het boze kind. De gezonde volwassene kan de bestraffende ouder de deur wijzen en de afstandelijke beschermer bestrijden.

Multidisciplinair klinisch behandelkader

De behandelpopulatie van De Kliniek bestaat uit drie gemengde groepen van acht à negen klinische patiënten met één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen (cluster B of C) met comorbide As 1 klachten zoals stemming- en angststoornissen, eetstoornissen, seksuele problematiek of posttraumatische stressstoornis. Binnen het multidisciplinaire team omvatten beeldende, psychomotorische en dramatherapie tezamen een derde van de gestructureerde therapietijd.

Diagnostiekfase

In het begin van de behandeling wordt met de psychotherapeut de cognitieve diagnose gesteld in vorm van een *schemaconstellatie*. Dit gebeurt naar aanleiding van het

intakeverslag, de *schemavragenlijst* (Young Schema Questionnaire: Young, 1994), de *modivragenlijst* (Young, 2004) en imaginatieoefeningen. Hierin hebben de primaire en secundaire schema's en de modi een plek. Na twee maanden wordt aan de hand hiervan en de observaties uit de overige therapieën een behandelplan opgesteld, dat gedurende de behandeling geëvalueerd en zonodig bijgesteld wordt. Ook krijgen patiënten in deze periode in een theoretische cursus de hoofdlijnen van de schematheorie aangereikt, zodat zij zichzelf en elkaar kunnen begrijpen en begeleiden.

Schemawerk

Per schema heeft Young een stappenplan uitgewerkt dat voor patiënt en therapeut als leidraad dient voor verandering. Stappen zijn het identificeren van het schema, onderzoeken wanneer het schema in het dagelijks leven opspeelt, het benoemen en begrijpen hoe en wanneer het schema in het verleden ontstaan is. Vervolgens gaat het er om het schema uit te dagen, te ontkrachten en tegen te werken, en het tenslotte te doorbreken. Dat wil zeggen experimenteren met nieuw gedrag, de pijn verdragen, zien wat je op moet geven voor verandering en vertrouwen krijgen in het nieuwe gedrag en gevoel.

In het 'huiswerkblok' leggen patiënten hun korte termijn doelen voor de komende drie weken vast. Hier wordt een vertaalslag gemaakt van de lange termijn doelen in het behandelplan naar de concrete behandelstappen. Doordat deze op een rol papier geschreven worden die tijdens elke therapie opgehangen wordt, staat de concrete leidraad voor de behandeling steeds zwart op wit op de muur.

Modiwerk

Als een patiënt niet bereikbaar is middels schemawerk is dat een indicatie voor het overheersen van modi. Dat is zeker het geval bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis die in hun regelmatige affectwisselingen switchen van de ene naar de andere modus. Daarnaast kunnen bij een vermijdende of obsessieve persoonlijkheid de *afstandelijke beschermer* of de *bestraffende ouder* sterk op de voorgrond staan.

Het voornaamste doel van elke behandeling is het opbouwen en versterken van de modi *gezonde volwassene* en *vrije kind*. Een subdoel van het modiwerk is contact te maken met het *gekwetste kind*. Dit is naast het *vrije kind* de meest oorspronkelijke modus. Alleen vanuit hier is groei mogelijk naar de *gezonde volwassene* omdat hier alle beschermmechanismen wegvallen.

Schematherapie en vaktherapie

Vaktherapie en schematherapie hebben veel overeenkomsten. Beiden combineren cognitieve, ervaringsgerichte, gedragsmatige en interpersoonlijke interventies (Young

et al., 2005; Smeijsters, 2000), waarbij de nadruk van de vaktherapie van huis uit op de ervaringsgerichte technieken ligt (Smeijsters, 2000). Young noemt deze ervaringsgerichte technieken 'experientiële strategieën'. Hij beklemtoont hierin vooral de kracht van de corrigerende emotionele ervaring. In de schematherapie zijn enkele klassieke vaktherapeutische werkvormen opgenomen zoals imaginatie (Haeyen, 2007, 2006), rollenspellen, brieven aan ouders schrijven en lichaamswerk. Maar er is een veel breder spectrum aan vaktherapeutische technieken die verdiepend en procesversnellend werken en goed aansluiten bij de werkwijze van de schematherapie. In deel 2 zal hier verder op in worden gegaan. Verder worden er enkele wezenlijke vaktherapeutische basisprincipes in de schematherapie gebruikt. Eén daarvan is het werken vanuit de gezonde kanten van de patiënt. Ondanks het feit dat de taal van de schematherapie vooral negatieve benamingen inhoudt, wordt er steeds contact gemaakt met de modus *gezonde volwassene* – het feit dat een patiënt zich voor therapie heeft aangemeld is al blijk geven van een gezonde volwassene – en wordt diens handlungsruimte steeds meer uitgebreid. In de vaktherapie kan die kracht soms de *gezonde volwassene*, soms het *vrije kind* zijn. Soms is dat terug te zien in een krachtige lijnvoering en soms in een ongekend vrij bewegen tijdens trampoline springen.

Denken – voelen – handelen

Vaktherapie en schematherapie zijn beide gebaseerd op de wisselwerking van denken, voelen en handelen.

• Denken

De schematherapie onderscheidt bewuste en onbewuste gedachten. Onbewuste gedachten zijn overtuigingen en basisassumpties (zie tabel 1). Deze zijn heel hardnekkig en tonen zich in veel verschillende vormen. Patiënten moeten leren deze onbewuste gedachten te identificeren en actief te bestrijden met alternatieve gedachten over zichzelf. Dit gebeurt binnen de vaktherapie zowel verbaal als door het opdoen van nieuwe ervaringen.

Psychomotorische therapie

Een patiënte (schema minderwaardigheid) komt telkens weer de bestraffende ouder tegen die zegt: "Jij bent een waardeloos kind." De therapeut biedt een oefening aan waarbij de hele groep in een kring staat. De patiënte staat in het midden. Dit vindt ze moeilijk, maar ze doet het wel. Samen met de patiënte en de groep zoekt de therapeut naar een passende "ik-zin" voor haar. Nadat ze verschillende heeft uitgeprobeerd kiest ze voor: "Ik ben een waardevolle vrouw". Nu is het de opdracht om één voor één elk groepslid af te gaan, diegene aan te kijken, eventueel een hand te geven en haar zin uit te spreken. Van de groepsleden krijgt

zij daarop een korte, bevestigende reactie. De patiënte start wat onwennig, is geneigd haar gevoelens weg te lachen en geeft aan dat zij deze oefening toch niet voor elkaar zal krijgen. Door als therapeut steeds te benoemen dat dit de bestraffende ouder is en deze tegen te spreken, ontstaat er ruimte om de oefening te starten. Het uitspreken raffelt ze aanvankelijk af door heel snel en zacht te spreken. De therapeut nodigt haar uit om er de tijd voor te nemen. In eerste instantie gelooft ze ook de reacties van de groepsleden niet en ze vindt het een kunstmatige oefening.

Maar er zijn gaandeweg kleine momenten waarbij de waardering echt bij haar binnen kan komen. Aan het einde van de oefening geeft ze aan dat het haar goed deed en dat maakt haar verdrietig.

- **Voelen**

Bij gevoelens en lichaamsgewaarwordingen gaat het in eerste instantie niet om verandering, maar om erkenning, acceptatie en uiten ervan. Omdat ze er immers al zijn, heeft verdringen of negeren een averechts effect. In schematherapie is het begrijpen van de herkomst van gevoelens en lichaamsgewaarwordingen een belangrijke tussenstap in het acceptatieproces. In de vaktherapie wordt aan acceptatie gewerkt via het proces van vormgeven, stilstaan, bewust worden en benoemen van gevoelens en gewaarwordingen. In een volgende stap leert de patiënt om via cognities en gedragsverandering invloed uit te oefenen op gevoelens en lichaamsgewaarwordingen. Op deze manier kan de patiënt zijn gevoel in eigen beheer te nemen. Focussen op lichaamsgewaarwordingen is in alle drie de vaktherapieën daarom van groot belang. Dramatherapie en psychomotorische therapie werken direct op het lichaam. In de beeldende therapie kan naast de werkhouding het werkstuk als verlengstuk van het lichaam of als resultaat van een beweging gezien worden, en wordt de analogie tussen beeldend werk en lichaam besproken.

Dramatherapie

Een patiënt (schema emotionele verwaarlozing) oefent met de regierol. De spanning loopt op, hij kan geen keuzes maken. De therapeut vraagt wat er in zijn lichaam gebeurt. "Ik verkrampt", zegt hij, "ik vind het spannend". Ze bevestigt hem en stelt hem gerust: "Dit is ook echt een grote stap voor je, je stapt in een onbekende situatie." De patiënt geeft aan dat het prettig is om zijn gevoel uit te spreken en haalt diep adem. De therapeut vraagt of die zucht opluchting betekent, dit beaamt hij. Zij vraagt of ze verder kunnen gaan en nodigt hem uit stap voor stap samen met de scène aan de slag te gaan. Al doende blijven ze steeds in contact met zijn lichaamssignalen. Het gaat hier niet om wat er ontstaat, maar dat het contact met wat er in het lichaam gebeurt vormgeving mogelijk maakt.

- **Handelen**

Volgens Young wordt gedrag door de schema's aangestuurd, maar behoort het gedrag zelf niet tot een schema (Young, 2005). Hij ziet gedrag als losstaand van het verleden, iets waar de patiënt in het hier en nu invloed op heeft. Er zijn echter wel automatische gedragspatronen die jarenlang geoefend en bevestigd zijn. Door de duidelijke scheiding die aangebracht wordt tussen toen-en-daar en hier-en-nu is de patiënt makkelijker over te halen om met nieuw gedrag te experimenteren.

Hierbij biedt de therapeut een stap aan die zo groot of klein is als voor de patiënt haalbaar of nodig is. De gedachten, gevoelens en gewaarwordingen die loskomen bij het experimenteren met nieuw gedrag hebben wel weer direct met het verleden te maken en kunnen tijdens of na de oefening als deel van een schema geïdentificeerd worden. Omdat er in de vaktherapie altijd iets gedaan wordt en er dus altijd gedrag zichtbaar is, loopt dit proces van ontdekken en experimenteren gedurende de hele behandeling door.

Gemeenschappelijke taal

De grootste verandering voor de vaktherapeut is de taal die de schematherapie eigen is. Het is belangrijk om dit gemeenschappelijke begrippenkader te beheersen. Zowel tijdens een oefening, in het werken met het materiaal, als tijdens de voor- en nabespreking reageren patiënten vanuit hun schema's of modi en kan de therapeut hieraan refereren. Dit geeft een krachtig middel om patiënten te motiveren, hen te overtuigen dat het hier echt om iets gaat en om de linken te leggen tussen wat er in het medium gebeurt en waar de patiënt in zijn leven tegen aan loopt (Timmer, 2004). De therapeut hoeft hiervoor niet alle schemaconstellaties van patiënten uit zijn hoofd te kennen. Het puzzelen met elkaar levert juist waardevolle gesprekken op en de patiënt merkt dat hij of zij zelf actief moet worden. Ook als men zich eens vergist in een schema is dat niet erg, het gebeurt regelmatig dat een gebeurtenis niet duidelijk bij één schema of modus thuisgebracht kan worden. In begin lijkt dat ergerlijk en verwarrend, maar in de praktijk past het bij de grenzen die er zijn om psychische problemen in te kaderen in schema's. Patiënten worden aangespoord om zelf na te denken in welk schema of welke modus zij op een bepaald moment zitten. Groepsgenoten zijn op de hoogte van ieders schema's en kunnen elkaar van daaruit feedback geven.

Er zijn ook patiënten die taal per definitie wantrouwen. Anderen hebben weerstand bij bepaalde schematermen zoals het gekwetste kind. Met deze patiënten kun je op zoek gaan naar eigen woorden of een tijdje non-verbaal of symbolisch werken. Patiënten die veel rationaliseren kunnen de schemataal gebruiken om te vermijden dat ze geraakt worden, als het ware als afstandelijke beschermer. Dan is

het belangrijk om bewust naar meer doorleefde woorden of uitdrukkingvormen te zoeken.

Bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek heb je ook regelmatig te maken met dat er voor bepaalde ervaringen nog geen taal is, omdat het trauma zo ernstig is dat er geen woorden voor zijn of omdat de ervaring zo oud is dat het kind toen nog geen taal ter beschikking had. Hier kan vaktherapie door middel van beeld(elementen) of houdingen een brug slaan tussen ervaring en taal (Betensky, 1995).

Therapeutische relatie en attitude

Binnen de schematherapie heeft de therapeutische relatie een belangrijke plaats. De therapeut heeft de taak om als model, als de gezonde volwassene (zie Modi) op te treden. Hierbij gaat het er bijvoorbeeld om bij een situatie stil te blijven staan waar de patiënt de neiging heeft om weg te lopen, te benoemen wat er gebeurt, benoemen wat je ziet, wat je denkt en voelt, uitleg geven, begrip tonen, troost en begrenzing bieden. In de loop van de behandeling internaliseren patiënten het gedrag van de therapeut als hun eigen *gezonde volwassene* modus.

De therapeut is actief en directief aanwezig. Dit is voor vaktherapeuten een bekende houding die makkelijk aansluit bij het geven van uitleg over materiaal en oefeningen, of samen met de patiënt aan het werk zijn. Je bent gewend om uitleg te geven, zichtbaar te zijn en te begrenzen. Deze houding wordt *limited reparenting* genoemd, wat betekent dat de patiënt aan de therapeut een corrigerende emotionele ervaring kan opdoen. Gedeeltelijk komt de therapeut tegemoet aan de behoeften uit de kindertijd door bijvoorbeeld wel te luisteren, niet kwaad te worden, er wel te zijn. Hierbij zijn transparante aanwezigheid en empathische confrontatie belangrijke elementen. Dit 'na-ouderen' is beperkt (*limited*), niet alleen praktisch omdat er natuurlijke grenzen zijn aan de therapeutische relatie, maar vooral is het een belangrijk doel dat de patiënt leert zijn behoeften zelf te ontmoeten en te verdragen dat ze niet bevredigd worden. Het gat uit de kindertijd kan niet meer opgevuld worden, en als de therapeut te ver gaat in de *reparenting* kan de patiënt deze ontwikkeling niet doormaken.

Gently pushing gaat over stimuleren en doseren. Het is de kunst om de patiënt stapsgewijs dichterbij zijn angst te laten komen en te pushen richting het nieuwe, gezonde gedrag. Dit doen we *gently*, vanuit begrip en acceptatie van de grenzen van de patiënt, maar toch op een stellige manier. De patiënt ziet vaak de weg niet, en door in de goede richting geduwd te worden neemt hij vaak ook het vertrouwen in die weg van de therapeut over.

In de attitude sluit de therapeut verder aan bij het domein waarin de patiënt zich bevindt, deze zijn in het overzicht in tabel 1 opgenomen in de onderste rij. Hierdoor wordt zichtbaar dat bij elk domein, en dus bij elke kindbehoefte en

ontwikkelingstaak een andere attitude hoort die afwisselend door de therapeut ingenomen wordt. Je stelt je dus niet alleen verschillend op ten opzichte van verschillende patiënten in een groep, maar ook ten opzichte van één patiënt naarmate bij hem of haar een ander schema actief is.

Werken in het medium

In de vaktherapie zijn er drie manieren om een schema of een modus te benaderen:

1. Direct: werken vanuit één schema of één modus

Oefeningen, interventies en opdrachten kunnen direct gereleerd zijn aan een van tevoren bekend schema of modus. Een patiënt kan bijvoorbeeld zijn afstandelijke beschermer uitbeelden in klei, werken aan schema minderwaardigheid door zijn eigen lievelingsrol te spelen of vanuit emotionele verwaarlozing gewiegd worden in een deken. De patiënt is dan in zijn proces op een punt beland waar hij weet wat er speelt. Er hoeft dan niet meer vanuit het onbewuste gezocht te worden.

2. Semi-direct: werken vanuit (groeps-)thema's

De meeste opdrachten zijn echter overkoepelend. Het maken van een eigen plek kan bijvoorbeeld de schema's verlating, emotionele verwaarlozing, wantrouwen/ misbruik, minderwaardigheid, verstrengeling, afhankelijkheid of extreem hoge eisen betreffen. Een thema kan vanuit een groepslid of vanuit de groep ingebracht worden. In de groep kan bijvoorbeeld wantrouwen spelen en kiest men van daaruit een werkvorm. Ieder groepslid reageert dan vanuit zijn eigen schema's en volgt zijn eigen doelen die tegengesteld kunnen zijn aan die van iemand anders.

3. Indirect: werken in het medium

Het aanbod, de materialen, de ruimte, de voorkeur/ zin van een patiënt, hetgeen wat iemand op dat moment aanspreekt of afstoot kunnen ook in de schematherapie als vertrekpunt gebruikt worden. In eerste instantie doet het er dan niet toe waar de link ligt naar de schema's. Dit is een (creatief) therapeutisch proces binnen de schematherapie, ervan uitgaande dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een inhaalslag moeten maken, een groeiproces dat gedeeltelijk of helemaal preverbaal is (Rutten-Saris, 2001). In dit geval kan en hoeft er niet alles wat gebeurt in het werken in het medium benoemd te worden, en vindt een deel van het analoge proces non-verbaal plaats (Smeijsters, 2000). Later wordt dan duidelijk dat een patiënt een werkvorm heeft gekozen waarin hij aan zijn onvervulde behoeften tegemoet kan komen. Soms kan het wel nodig zijn om een uitleg aan te bieden zodat de patiënt gemotiveerd is om hiermee door te gaan.

Door oefeningen of door werken met het materiaal worden de schema's getriggerd. Dat betekent dat de patiënt vanuit een schema op een situatie reageert, gedachten of gevoe-

lens/gewaarwordingen naar boven komen of hij een oud gedragspatroon laat zien. Dit wordt steeds weer besproken en vervolgens gecorrigeerd door te experimenteren en te oefenen met nieuw gedrag. In het begin is iemand zich niet bewust van zijn schema's en ziet hij de link met de concrete situatie niet. Later kunnen patiënten zelf benoemen in welk schema zij zitten en de verleiding weerstaan om weer in dezelfde valkuil te stappen. Belangrijk is hierbij dat ook ervaringen van de 'gezonde volwassene' aan bod komen zodat deze zich kunnen vestigen in het bewustzijn van de patiënten.

Conclusie

In dit eerste artikel hebben we de theorie van schematherapie in verband gebracht met vaktherapie. Het wordt duidelijk dat er veel overeenkomsten zijn tussen beide therapievormen en dat de taal van de schematherapie een werkbaar instrument voor de vaktherapeut is. Er zijn drie manieren om met schema's en modi in vaktherapievormen aan de slag te gaan. Dit betekent een ruime uitbreiding van de experiëntiële tak van de schematherapie. Het (creatief) proces in het medium blijft essentieel. De schematherapie kent hiervoor de benaming groeiprocés van het *gekwetste kind*. In het tweede artikel zal het gaan over concrete vaktherapievormen per schema en discipline.

Noot

- 1 In nummer 3 2008 van het Tijdschrift voor vaktherapie zal deel 2 verschijnen. Daarin zal worden ingegaan op werkvormen passend binnen de schematherapie, beschreven vanuit dramatherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie.

Literatuur

- Beck, A.T. (1967) *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Betensky, M.G. (1995). *What do you see? Phenomenology of Therapeutic Art Expression*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Haeyen, S. (2006). Imaginatie in beeldende therapie: Een schemagerichte benadering. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 1, 3-9.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Muste, E.H. & M.M. Thunnissen (2002). Klinische Psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen: Schema Therapie in een therapeutisch milieu. In: Janzig C., A. van den Berg & F. Kruisdijk (red) *Handboek voor Milieutherapie, Deel 2*, 77-96. Assen: Van Gorcum.
- Rutten-Saris, M. (2001). Leren als een baby: Beeldende therapie volgens de methode Scheppende Lichaamstaal met pedoseksuele delinquenten psychiatische cliënten in een forensische kliniek. In: C. Schweizer (red.) *In Beeld: Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*, 103-144. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Thunnissen, M.M. & E.H. Muste (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 5, 385-401.
- Timmer, S. (2004). Zanger gezocht: Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling voor zedendelinquenten (2004) *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 1, 11-16.

- Young, J.E. & G.B. Brown (1990). *YSQ – L2 Young Schema Questionnaire, Schemavragenlijst*
- Young, J.E. & H. Pijnakker (1998). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen: een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Young J.E., T. Atkinson, T. Arntz, A. Engels & M. Weishaar (2004). *SMI – R, 1-A. Modivragenlijst*.
- Young, J.E., J.S. Klosko & M.E. Weishaar (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De auteurs

De auteurs zijn alledrie vaktherapeuten en werken op het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong te Halsteren. Judith Blokland-Vos (judith.vos@deviersprong.nl) studeerde bewegingswetenschappen aan de VU te Amsterdam en is sinds 1997 werkzaam op De Kliniek.

Greta Günther (greta.gunther@deviersprong.nl) is afgestudeerd in 2000 aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en sinds 2001 werkzaam op De Kliniek als geregistreerd beeldend therapeut.

Connie van Mook (connie.van.mook@deviersprong.nl) is in 1990 afgestudeerd als dramatherapeut aan de Hogeschool Utrecht en sinds 2006 werkzaam op De Kliniek.

Samenvatting

In dit artikel beschrijven drie vaktherapeuten vanuit dramatherapie, beeldende therapie en psychomotorische therapie hun ervaringen met tien jaar schematherapie volgens de methode van Jeffrey Young. De begrippen schema, modus, copingstijl, limited reparenting en gently pushing worden uitgelegd en in verband gebracht met de vaktherapeutische praktijk binnen een setting van klinische psychotherapie. Verder wordt er vooral aandacht gegeven aan de meerwaarde die vaktherapie biedt binnen de experiëntiële tak van de schematherapie. ■