

Schematherapie met kinderen en jongeren

Onder redactie van

Christof Loose

Peter Graaf

Gerhard Zarbock

Vertaald door Mieke Boots

Met een voorwoord bij de Nederlandstalige editie

van Hannie van Genderen



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Voorwoord bij de Nederlandstalige editie

Schematherapie voor volwassenen is in korte tijd heel populair geworden in Nederland. De toepassing van schematherapie op andere gebieden nam daarna een grote vlucht. De jongste ontwikkeling is de toepassing van schematherapie bij kinderen en jongeren. Na de introductie van schematherapie in Nederland door Arnoud Arntz – die eind vorige eeuw de grondlegger van de schematherapie, Jeffrey Young, uitnodigde om naar Nederland te komen – hebben vele therapeuten cursussen gevolgd en zijn zij schematherapie gaan toepassen. Ook therapeuten die met kinderen en jongeren werkten, wilden schematherapie gaan toepassen. Zij hadden tot nu toe echter weinig literatuur om hun ideeën verder uit te werken. Dit boek zal ruimschoots in die behoefte voorzien. Onder redactie van Christof Loose, Peter Graaf en Gerhard Zarbock geeft het een compleet en onderbouwd overzicht en maakt het een toegankelijke vertaalslag naar de klinische praktijk voor deze doelgroep. Christof Loose en Peter Graaf waren al zeer ervaren kinder- en jeugdtherapeuten toen zij met schematherapie voor kinderen en jongeren begonnen. Gerhard Zarbock is een van de grondleggers van de schematherapie in Duitsland.

Schematherapie is bij kinderen en jongeren veelomvattender dan bij volwassenen vanwege de ontwikkeling die kinderen en jongeren doormaken en het feit dat ze meestal nog thuis wonen. Hiervoor is de integratie van ontwikkelingspsychologische en systeemgerichte theorieën noodzakelijk – iets waaraan dit boek helemaal tegemoetkomt. Het is een breed, integratief boek, waarin verschillende therapiestromingen (psychodynamische, systeemtherapeutische, gedragstherapeutische en andere behulpzame therapieën) bijeengebracht worden in een schematherapeutisch kader.

Met de vertaling van dit boek zal de toepassing van schematherapie bij kinderen en jongeren in Nederland in de praktijk sterk verbeteren. Thera-

peuten die met kinderen en hun ouders werken, vinden in dit boek de antwoorden op hun vragen over hoe zij de schematherapeutische methoden en technieken kunnen aanpassen aan het feit dat kinderen niet los van hun opvoeders behandeld kunnen worden. Kinderen die ernstige pathologie ontwikkelen, hebben meestal ouders met persoonlijkheidsproblematiek. Niet zelden is er sprake van intergenerationele problematiek die al veel langer bestaat, iets waaraan andere stromingen uit de systeemtherapie ook al aandacht hebben besteed.

Schematherapie biedt een nieuw en duidelijker kader om deze systeemtherapeutische inzichten te verbinden met cognitief gedragstherapeutische- en experiëntiële technieken. Kinder- en jeugdtherapeuten, ook vanuit andere therapierichtingen, zullen inspiratie opdoen uit dit boek, omdat schematherapie een creatieve en speelse insteek heeft. Kinderen die moeilijk kunnen praten over hun problemen worden via aan de speltherapie ontleende methoden in staat gesteld om zich te uiten over hun ervaringen en problemen. Een aantal van de besproken ideeën over het werken met kinderen en jongeren kan bovendien inspirerend werken voor schematherapeuten die met volwassenen werken, omdat zij de invloeden van het gezinssysteem beter leren begrijpen.

Uit onderzoek naar de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij volwassenen (onder andere van Giessen-Bloo et al., 2006, Nadort et al. 2009 & Bamelis, et al., 2014) is inmiddels gebleken dat schematherapie een zeer effectieve behandeling is voor volwassenen. Er is goede reden om aan te nemen dat deze therapievorm ook voor kinderen, jongeren en hun ouders een veelbelovende therapie is. Dit boek is niet alleen een basis voor de verdere uitwerking van toepassing van schematherapie bij kinderen en jongeren, maar ook een basis voor onderzoek. Christof Loose, Peter Graaf en Gerhard Zarbock vervullen daarbij een leidende rol in Duitsland, maar ook in Nederland en België vindt onderzoek naar schematherapie bij jongeren plaats: bij de Universiteit Maastricht door Jeffrey Roelofs in samenwerking met Virenze Riagg in Maastricht, waar de vertaalster van dit boek, Mieke Boots, vanaf het eerste uur als supervisor aan verbonden is, en aan de Universiteit Utrecht en Universiteit Gent, door Marleen Rijkeboer en Caroline Braet.

Hoewel schematherapie voor kinderen en jongeren en hun ouders niet eenvoudig is, zal de klinische toepassing ervan na het lezen van dit boek een stuk eenvoudiger en leuker worden.

Hannie van Genderen

Coördinator RD&E, Virenze Riagg

Inhoud

Overzicht online materiaal	xvi
1 Basisprincipes van de schematherapie bij kinderen en jongeren	1
Gerhard Zarbock, Christof Loose, Peter Graaf	
1.1 <i>Ontwikkelingspsychologische aspecten van de schematherapie</i>	1
1.2 <i>Het schematherapeutische model</i>	5
1.3 <i>Het schematherapeutisch modusconcept bij kinderen en jongeren</i>	21
1.4 <i>Schematherapie voor de verschillende leeftijdsgroepen</i>	35
1.5 <i>Het gebruik van schematherapie bij kinderen en jongeren</i>	40
2 Schematherapie en baby's en kinderen tot 3 jaar	45
Katharina Armour, Sophie Kröger, Gerhard Zarbock	
2.1 <i>Fasespecifieke ontwikkelingstaken, -thema's, mogelijke crises, conflicten en trauma's in het jonge gezin vanuit het perspectief van de schematherapie</i>	46
2.2 <i>Schematherapeutische beschouwing vanuit de rol van de vader</i>	53
2.3 <i>Schematherapeutische concepten voor diagnostiek, psycho-educatie en therapie</i>	54
2.4 <i>Schematherapeutische interventies</i>	60
2.5 <i>Toekomstperspectief</i>	68
3 Schematherapie bij kleuters	69
Christof Loose, Peter Graaf, Katharina Armour	
3.1 <i>Fasespecifieke ontwikkelingstaken, -thema's, mogelijke crises, conflicten en trauma's vanuit het perspectief van de schematherapie</i>	69
3.2 <i>Schematherapeutische concepten voor diagnostiek, psycho-educatie en therapie</i>	74
3.3 <i>Schematherapeutische behandeling</i>	77

3.4	<i>Casus Chiara: diagnostiek en therapie</i>	80
3.5	<i>Samenvatting</i>	82
4	Schematherapie bij basisschoolkinderen	84
	Peter Graaf, Christof Loose	
4.1	<i>Fasespecifieke ontwikkelingstaken en conflicten</i>	84
4.2	<i>Schematherapeutische diagnostiek</i>	91
4.3	<i>Schematherapeutische behandeling</i>	97
4.4	<i>Samenvatting</i>	103
5	Schematherapie bij pubers	104
	Christof Loose, Peter Graaf	
5.1	<i>Fasespecifieke ontwikkelingstaken, -thema's, mogelijke crises, conflicten en trauma's in de puberteit en gevolgen van de cognitieve ontwikkeling</i>	105
5.2	<i>Schematherapeutische diagnostiek en psycho-educatie</i>	111
5.3	<i>Schematherapeutische behandeling</i>	115
5.4	<i>Samenvatting</i>	122
6	Schematherapie bij jongvolwassenen	124
	Christine Zens, Silka Hagen	
6.1	<i>Fasespecifieke ontwikkelingstaken, -thema's, mogelijke crises, conflicten en trauma's vanuit het perspectief van de schematherapie</i>	125
6.2	<i>Schematherapeutische diagnostiek en psycho-educatie</i>	131
6.3	<i>Schematherapiepraktijk</i>	136
6.4	<i>Samenvatting</i>	149
7	Methoden en technieken voor het werken met kinderen	151
	Peter Graaf, Christof Loose	
7.1	<i>Inleidende opmerkingen met betrekking tot therapiemotivatie bij kinderen en jongeren</i>	151
7.2	<i>Werken met modi: basiselementen en materiaal</i>	152
7.3	<i>Opbouw van de relatie als essentieel element van de schematherapie</i>	158
7.4	<i>Empathische confrontatie</i>	161
7.5	<i>Modusgerichte speltherapie</i>	165
7.6	<i>Schematherapeutisch werk met verhalen</i>	169
7.7	<i>Psycho-educatie</i>	173
7.8	<i>Schema- en moduswerk met tekeningen en creatief materiaal</i>	181
7.9	<i>Moduswerk met stoelen</i>	192
7.10	<i>Moduswerk met vinger- of handpoppen en andere figuren</i>	199
7.11	<i>Werken aan het 'innerlijk huis'</i>	211

7.12	<i>Werken met imaginatie</i>	218
7.13	<i>Geheugenkaarten en dagboeken</i>	225
7.14	<i>Huiswerk</i>	227
7.15	<i>Samenvatting/integratie van de technieken</i>	231
8	Methoden en technieken voor het werken met ouders	233
	Peter Graaf	
8.1	<i>Schematherapie met ouders</i>	233
8.2	<i>Aanvulling vanuit een systemisch schematherapeutisch perspectief</i>	238
8.3	<i>Modusconstellaties en modusactivering in het systeem</i>	255
8.4	<i>De therapeutische relatie</i>	261
8.5	<i>Diagnostiek van ouderlijke schema's en modi</i>	262
8.6	<i>Psycho-educatie met teksten en tekeningen</i>	268
8.7	<i>Interventies bij het schema- en moduswerk met ouders</i>	270
8.8	<i>Casus 'Ron' met beschrijving van verschillende interventies</i>	293
8.9	<i>Samenvatting</i>	295
9	Aanvraag voor een schematherapeutische behandeling	298
	Christof Loose, Petra Baumann-Frankenberger, Gerhard Zarbock	
9.1	<i>Gegevens rondom de aangemelde problematiek</i>	299
9.2	<i>Anamnese en klachtenanamnese</i>	300
9.3	<i>Diagnostisch onderzoek</i>	300
9.4	<i>Somatisch onderzoek</i>	301
9.5	<i>Analyse van het gedrag en de omstandigheden</i>	301
9.6	<i>Therapiedoel en prognose</i>	305
9.7	<i>Behandelplan met integratie van schematherapeutische technieken</i>	306
9.8	<i>Samenvatting</i>	306
10	Schematherapie bij kinderen en jongeren – een nieuw concept in ontwikkeling	307
	Christof Loose, Petra Baumann-Frankenberger	
10.1	<i>Werkgroepen</i>	308
10.2	<i>Bijscholing voor schematherapie bij kinderen en jongeren</i>	310
10.3	<i>Schematherapie in de opleiding van kinder- en jeugdpsychotherapeuten</i>	311
	Literatuur	315
	Aanbevolen literatuur en websites bij de Nederlandstalige editie	332
	Noten bij de Nederlandstalige editie	338
	Index	345
	Over de auteurs	349

1 Basisprincipes van de schematherapie bij kinderen en jongeren

Gerhard Zarbock, Christof Loose, Peter Graaf

1.1 Ontwikkelingspsychologische aspecten van de schematherapie

In de klinische ontwikkelingspsychologie (Heinrichs & Lohaus, 2011) bestaan verschillende modellen om de ontwikkeling van psychische aandoeningen bij kinderen en jongeren te verklaren.¹ Hier volgt een overzicht.

1.1.1 Model van de risico- en beschermende factoren

Risicofactoren

Psychosociale factoren en andere omgevingsinvloeden, ook vaak genetische factoren die een normale respectievelijk optimale ontwikkeling kunnen bemmeren of zelfs blijvend schaden, worden als risicofactoren gedefinieerd. In kader 1.1 vind je een lijst van risicofactoren voor de kinderjaren die uit empirisch onderzoek en overzichten naar voren komen (Zarbock, 2008; Hoffmann & Hochapfel, 1995; Peterman et al., 1998).²

Beschermende factoren

Tegenover de risicofactoren staan ook beschermende factoren. Dit zijn factoren die de ontwikkeling in het algemeen bevorderen of zelfs risicofactoren kunnen afzwakken. De bekendste beschermende factoren zijn de aanwezigheid van ten minste één goede 'relatie' met een volwassene en een goede algemene intelligentie. Ook psycho-fysieke weerbaarheid, geringe vatbaarheid voor ziektes en fysieke aantrekkelijkheid zijn beschermende factoren. De aanwezigheid van beschermende factoren maakt het mogelijk om positieve ervaringen op te doen en in het contact met de omgeving positieve bekrachtigingen te ervaren.

Kader 1.1 Biografische risicofactoren voor het ontstaan van psychische en psychosomatische aandoeningen

- lage sociaal-economische status
- beroepsactiviteit van de moeder in het eerste levensjaar
- slechte schoolopleiding van de ouders
- grote gezinnen en weinig woonruimte
- criminaliteit en antisociaal gedrag bij een van de ouders
- chronische disharmonie, 'vechtersgezin'
- leeftijdsverschil van minder dan 18 maanden tussen twee kinderen
- relatieproblemen in het gezin
- ongewenst kind
- scheiding van de ouders voor of kort na de geboorte
- alleenstaande ouder
- verlies van de moeder
- autoritaire vader
- vaak wisselende relaties in de eerste periode van het leven van het kind
- slechte contacten met leeftijdsgenoten
- seksueel en/of agressief misbruik
- psychische of organische stoornissen bij de vader of de moeder
- genetische dispositie voor aandoeningen

1.1.2 Model van de ontwikkelingstaken

Naast het model van de risico- en beschermende factoren is het model van de ontwikkelingstaken volgens Havighurst (1972) belangrijk voor de klinische ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jongeren. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen normatieve en niet-normatieve ontwikkelingstaken. Onder ontwikkelingstaak wordt verstaan dat het kind tijdens zijn ontwikkeling bepaalde 'taken' natuurlijkerwijs (normatieve ontwikkelingstaak) of individueel/door het lot bepaald (niet-normatieve ontwikkelingstaak) moet uitvoeren. Zindelijk worden en de overstap naar de basisschool zijn bijvoorbeeld normatieve ontwikkelingstaken. Het verwerken van een scheiding of een zware lichamelijke ziekte zijn niet-normatieve, individueel/door het lot bepaalde ontwikkelingstaken.

1.1.3 Model van de temperamentsdimensies en -constellaties

De invloeden van risicofactoren en het uitvoeren van ontwikkelingstaken zijn afhankelijk van zogenaamde temperamentsfactoren.

Een van de bekendste beschrijvingen van de temperamentsdimensies gaat volgens Herpertz en anderen (2008) terug op Thomas et al. (1963), die uitgaande van de invloedrijke New Yorkse Längschnitt-studie de volgende negen dimensies onderscheidt: activiteitsniveau, toenaderen/terugtrekken, aanpassingsvermogen, stemming, reactiedrempel, intensiteit van de reactie, afleidbaarheid, ritme, aandachtsspanne (zie tabel 1.1).³

Thomas en Chess (1977) ontwikkelden uit de negen temperamentscategorieën door kwalitatieve analyse en factoranalyse drie temperamentstypen bij kinderen, het zogenaamde *gemakkelijke kind* (*easy child*), het *moeilijke kind* (*difficult child*) en het *langzaam startende kind* (*slow to warm-up child*).

Al bij baby's vallen kinderen met een gemakkelijk temperament te onderscheiden van kinderen met een moeilijk of 'langzaam startend' temperament.

'Moeilijke' baby's. Deze baby's (*difficult children*) reageren heftig en intens negatief op onbekende stimuli uit de omgeving of andere frustraties. Het is voor hen moeilijk om een regelmatig ritme van slapen en honger/verzadiging te vinden.

'Gemakkelijke' baby's. Bij gemakkelijke baby's (*easy children*) zien we juist het omgekeerde: Ze zijn relatief weerbaar, worden niet snel door iets nieuws, iets ongewoons of kleinere frustraties geprikkeld en kunnen snel gekalmeerd worden. Ze vinden relatief snel een regelmatig slaap- en waakritme. Ouders kunnen gemakkelijker voorspellen wanneer ze honger of dorst hebben.

'Langzaam startende' baby's. 'Langzaam startende' baby's (*slow to warm-up children*) reageren met vermijding op nieuwe situaties en mensen. De aan-

Tabel 1.1 *Temperamentsdimensies en -constellaties*

Temperamentsdimensies (Herpertz et al., 2008, Thomas et al., 1963)	Temperamentstypen bij kinderen (Thomas & Chess, 1977)
<ul style="list-style-type: none"> • Activiteitsniveau • Toenaderen/terugtrekken • Aanpassingsvermogen • Stemming • Reactiedrempel • Intensiteit van de reactie • Afleidbaarheid • Ritme • Aandachtsspanne 	<ul style="list-style-type: none"> • Het gemakkelijke kind (<i>easy child</i>) • Het moeilijke kind (<i>difficult child</i>) • Het langzaam startende kind (<i>slow to warm-up child</i>)

passing volgt met vertraging. Vergeleken met moeilijke baby's reageren ze meer gematigd en minder heftig. Het activiteitsniveau is meestal laag en de tendens tot onregelmatige slaap- en eetgewoonten springt minder in het oog dan bij het moeilijke kind.

Het transactioneel stressmodel (Lazarus, 1974) maakt duidelijk op welke manier complexe individuele en omgevingsfactoren van invloed kunnen zijn.

Andere temperamentsmodellen (bijvoorbeeld Rothbart & Bates, 1998) laten in navolging van Herpertz en anderen (2008) veel overlap, maar ook enkele verschillen zien. De overeenkomst ligt bij de nadruk op de temperamentsdimensies *toenadering* (positief affect, extraversie, zoeken naar stimuli, nieuwsgierigheid) en *geremdheid* (negatief affect, angst, prikkelbaarheid, neigen tot lijdzaamheid en twijfel, en gedragsremming). Deze beide temperamenteigenschappen gaan terug op het model van Gray (1975, 1983) dat twee basismotivatiesystemen in het menselijk gedrag beschrijft: het activeringsstelsel en het inhibitiesysteem.

De genoemde temperamentsfactoren toenaderingsgedrag/positief affect respectievelijk vermijdingsgedrag/negatief affect, doelgerichte controle/geremdheid en sociale gerichtheid (openheid) verwijzen naar het Big-Five-persoonlijkheidsmodel (volgens McCrae & Costa, 1990; Becker, 1998; Von Zerssen, 1994),⁴ dat momenteel bij voorkeur gebruikt wordt als benadering van de persoonlijkheidsdimensie (Herpertz et al., 2008, p. 211): 'Volgens het "Big-Five"-model wordt de persoonlijkheid bepaald door de individuele expressie van vijf, relatief vastliggende persoonlijkheidsfactoren.'

Momenteel wordt empirisch onderzocht vanaf welke leeftijd de Big-Five-temperamentsfactoren worden gevormd. Omdat deze temperamentsfactoren ook bij niet-menselijke primaten worden teruggevonden, kan aangenomen worden dat al relatief vroeg in de menselijke ontwikkeling (ongeveer vanaf het tweede of derde levensjaar) in ieder geval de voorbodes van de temperamentsfactoren herkenbaar zijn. De vijf temperamentsfactoren worden beschreven in tabel 1.2.

De temperamentsfactoren vormen de neurobiologische basis van het individu. De ervaringen en gedragingen van het kind ontwikkelen zich verder binnen een voortdurende interactie van aanleg en omgeving. Als het temperament gezien wordt als een gegeven, als deel van de aanleg, kan de individuele omgeving van het kind verder beschreven worden aan de hand van de verwezenlijking of de frustratie van zijn basisbehoeften.

Tabel 1.2 Big-Five-persoonlijkheidsmodel met karakteristieke kenmerken

Big-Five-factoren	Kenmerken
1. Extra- versus introversie	<ul style="list-style-type: none"> • Een extravert kind is naar buiten gericht, gezellig en zoekt dikwijls nieuwe impulsen. • Een introvert kind is eerder ongezellig, naar binnen gericht en bezig met de eigen mentale toestand.
2. Emotionele stabiliteit versus labiliteit (neuroticisme)	<ul style="list-style-type: none"> • Een emotioneel stabiel kind is rustiger, snel te kalmeren, dikwijls goed-gehumeurd en vrolijk. • Een emotioneel labiel kind reageert snel op aversieve impulsen en heeft dan een sterke arousal, die maar langzaam afneemt. Op neuroanatomisch vlak wordt gesproken over een onevenwichtigheid van het autonome zenuwstelsel en een overwicht van sympathische arousal. Op het fysiologische vlak van de hersenen zou men kunnen uitgaan van een overprikkelbaarheid van de amygdala (laagdrempelige angstdetectie).
3. Verdraagzaamheid	Dit beschrijft de tendens om sociale conflicten op een positieve manier op te lossen en een hoge drempel voor agressief gedrag. Bij een lage expressie is er sprake van prikkelbaarheid, eenkennigheid en neiging tot agressie respectievelijk 'sociale onverdraagzaamheid'.
4. Openheid voor nieuwe ervaringen	In de ontwikkelingspsychologie wordt gesproken van een sterke exploratiedrang. Nieuwe ervaringen worden graag en intensief opgezocht. Er bestaat een sterke behoefte aan afwisseling, monotonie wordt slecht verdragen.
5. Nauwgezetheid	Er is sprake van een sterke gerichtheid van eigen ervaringen en gedragingen op regels en normen. De persoon is zeer volgzaam tegenover autoriteiten en voorbeelden, ook zonder angst voor straf. Of het hier gaat om een genetische temperamentsdimensie of het gevolg van ouderlijke straf en voorschriften moet verder uitgezocht worden. Als de diagnose dwangstoornis bekeken wordt, die vaak met een grote nauwgezetheid (bijvoorbeeld Wewetzer, 2004) gepaard gaat, kan er worden uitgegaan van een genetische basis.

1.2 Het schematherapeutische model

Na de beschrijving van het model met betrekking tot risico- en beschermende factoren, de ontwikkelingstaken (zie verder) en de temperamentsfactoren, wordt de brug gelegd naar het schematherapeutische model. Dit model conceptualiseert de gevolgen van de interactie vanuit behoeften en temperament in termen van schema's, copingstijlen en modi. Hier volgt een korte omschrijving van de terminologie, die in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt wordt.

1. **Basisbehoeften** als basis van het zelfbesef en zichzelf zien als de innerlijke 'initiator' van ervaringen en gedrag.

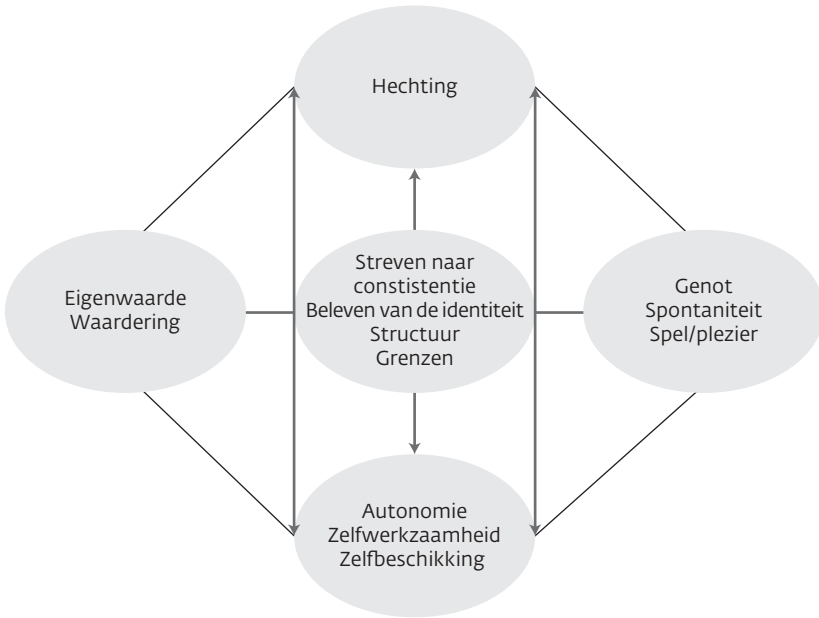
2. **(Chronische) frustratie** van basisbehoeften als uiting van risicofactoren (risicofactoren werken pathogeen door de chronische frustratie van de basisbehoeften).
3. **Ontwikkeling van schema's** als expressie van een bepaalde verwachting (bijvoorbeeld zelf invloed te hebben), verwachtingen met betrekking tot situatie-gevolg (Bandura), en de manier waarop dit ervaren wordt (met betrekking tot jezelf en de omgeving).
4. **Copingstijlen** zijn het resultaat van model-leren, temperamentsfactoren en operante conditionering. Dit is een individueel en disfunctioneel 'antwoord' op chronische frustraties van de basisbehoeften. Copingstijlen kunnen een voorloper zijn van bijvoorbeeld latere persoonlijkheidsstoornissen of -problematieken (antisociale ontwikkeling of narcisme) of de voorloper van ernstige symptomatologie (bijvoorbeeld drugsmisbruik, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis)
5. Vorming van **modi** als voorloper van persoonlijkheidsstijlen, copingstrategieën of karakterstructuur.

1.2.1 Het basisbehoeftefrustratiemodel

Volgens de schematherapie is psychopathologische symptomatologie te begrijpen aan de hand van het basisbehoeftefrustratiemodel. In navolging van verschillende auteurs en theorieën (Young, Brazelton/Greenspan en Grawe) wordt uitgegaan van psychische basisbehoeften die evolutionair-biologisch van aard zijn. Het voorgestelde overzichtsmodel is een bruikbaar instrument voor de differentiatie van de vele facetten en niveaus van behoeften (afbeelding 1.1). De lichamelijke basisbehoeften gericht op materiële zekerheid (eten/slaap, enzovoort) en lichamelijke integriteit worden hierin niet afzonderlijk benoemd, ook al spelen ze bij de baby en het jonge kind ontwikkelingspsychologisch een grote rol.

De volgende behoeften werden beschreven door Jeffrey Young et al. (2005, zie ook Roediger, 2011) (vergelijk paragraaf 1.3.4).

1. **Hechting.** Veilige en betrouwbare relaties hebben en onderdeel zijn van een ondersteunende groep.
2. **Autonomie.** Zelfstandigheid, onafhankelijkheid van anderen, zelfbeschikking, zelfwerkzaamheid inclusief het gevoel van controle over de omgeving.
3. **Eigenwaarde.** Zelfwaardering en zelfrespect.
4. **Spel/plezier, vreugde, genot en stimulering.** Spontaniteit en vrijheid om zichzelf uit te drukken.



Afbeelding 1.1 Model van de basisbehoeften

5. Grawe veronderstelt een **hogere behoefte aan coherentie**.⁵ Binnen het organisme verlopen parallel veel psychische/neuronale processen, waarbij de persoon gericht is op een evenwicht tussen al deze processen. Hierbinnen hoort ook de behoefte aan **structuur en richting**. Op deze manier ervaart de persoon duidelijkheid en voorspelbaarheid en heeft hij het gevoel controle te hebben over de gebeurtenissen. Regels en grenzen hebben deze functie in sociale gemeenschappen. Jeffrey Young (Young et al., 2005) benadrukt dat het ervaren van grenzen, structuren en regels een basisbehoefte is. Bij een gezonde volwassene zijn al deze basisbehoeften geïntegreerd en maken ze onderdeel uit van iemands identiteit. Dat wil zeggen, mensen proberen hun persoonlijkheid, hun herinneringen en hun actuele leven met elkaar in overeenstemming te brengen. Dat geldt ook voor de omgeving waarin zij leven. Mensen streven naar duidelijke regels omtrent het deel uitmaken (of de afgrenzing) van sociale structuren (gezin, peergroep). Langdurige frustratie van de basisbehoeften en een tekort aan coherentie leiden tot de vorming van disfunctionele schema's en copingstrategieën. Deze schema's en copingstrategieën zijn een suboptimale poging om toch nog de behoeften te bevredigen en coherentie of een identiteit tot stand te brengen.

Afbeelding 1.1 laat een model van de basisbehoeften zien, waarin de verticale as 'hechting-autonomie' centraal staat voor de ontwikkeling van het kind. Risicofactoren en de ontwikkelingstaken, die al dan niet uitgevoerd zijn, kunnen met het model van de basisbehoeften worden verbonden. Zijn er te veel risicofactoren of is de druk van de ontwikkelingstaak te hoog, dan kan de bevrediging van de basisbehoeften in het gedrang komen. Dit roept emoties op, zoals angst, verdriet, woede en later schaamte. Blijven deze emoties te lang en te intens, dan ontstaat de neiging deze op een stereotiepe manier te verwerken. Dit volgt dan het *fight-flight-freeze*-patroon (in de schematherapie: overgave, vermijding, overcompensatie).

1.2.2 Copingreacties gekaderd in de schematherapie

- *Overcompenseren*. De **strijd- of aanvalreactie** (*fight*) is overcompensatie. Dat wil zeggen, de persoon handelt tegen het uitgelokte gevoel: een angstige ervaring wordt bijvoorbeeld geuit via agressie en aanval.
- *Vermijden*. Dit is een **vluchtreactie** (*flight*). De gevreesde negatieve emotie wordt vermeden door plaatsnemen, handelingen of situaties waarbinnen de emotie wordt opgeroepen actief te vermijden.
- *Overgeven*. De **freeze-reactie** is in de schematherapie onderwerping of overgave. Dit wil zeggen, de persoon valt niet aan of gaat niet op de vlucht, maar ondergaat de situatie en de hierbij uitgelokte emoties zonder klagen.

Kader 1.2 Verwerking van trauma's en herinnering

Vanuit biologisch perspectief is 'onderwerping' of 'overgave' een copingreactie. Deze treedt op als de persoon zijn eigen kracht als zo zwak ervaart, dat aanvallen of vluchten geen zin heeft. In dit geval is bevroren tegenover de overmacht van de dreiging de enige strategie die nog bescherming biedt. *Freeze* is vanuit de evolutie belangrijk voor het overleven. De *freeze*-reactie kan nog verder gedifferentieerd worden om posttraumatische stoornissen en dissociatieve toestanden te verklaren. Peichl (2007) beschrijft een gedifferentieerd stressmodel, aansluitend bij wat door ethologen beschreven werd (bijvoorbeeld volgens Gray, 1988, en Bracha, 1994). Hierin wordt *freeze* als een eerste alarmreactie met hypervigilantie beschreven, verbonden met angst, een spontaan verstijven in bewegingloosheid als een kortstondig 'onzichtbaar maken'. *Freeze* wordt gezien als verstijven en is een sympathische reactie van het organisme als voorbereiding op strijd of vlucht (tonische immobilisering). De persoon geeft pas op of onderwerpt zich als vluchten of aanvallen onmogelijk schijnt. Dat heet *fright* en is een atonische immobilisering in de zin van een parasymphatisch antwoord (daling van de polsslag en bloeddruk)

(Peichl, 2007). Voor de machteloosheid komt volgens Peichl de fase van de dissociatie. Doordat de hersenen in traumatische situaties overspoeld worden door stresshormonen, werken waarneming en herinnering niet meer synchroon. Er ontstaan fragmenten die op verschillende plaatsen in de hersenen opgeslagen worden. De ervaringen worden niet meer door taal gesymboliseerd. De blokkering maakt het moeilijk om de ervaringen in woorden om te zetten. Het herinneringssysteem van de hippocampus is bij kinderen nog onrijp en dus kunnen voor de leeftijd van 2 jaar traumatische ervaringen alleen als impliciete onbewuste herinnering van het lichaam worden opgeslagen.

1.2.3 Schema's als resultaat van aangeleerde, emotioneel intensieve psychosociale sleutelsituaties

Young heeft bij volwassenen achttien disfunctionele schema's geobserveerd en gedefinieerd. Ondertussen werden de meeste schema's ook bij jongere kinderen en jongeren aangetoond (Stallard & Rayner, 2005; Stallard, 2007; Rijkeboer & De Boo, 2010).

Definitie: Een *schema* is een geheel van herinneringen, cognities, emoties en lichaamsreacties. Het kan ook gezien worden als een bredere en complexe geconditioneerde reflex.

In de theorievorming heeft Young expliciet de motorische reactie uit het schemaconcept gehaald en ingedeeld bij de copingstijlen, later het modusconcept (zie paragraaf 1.2.5). Hiermee beschrijft Young het klassieke onderscheid tussen respondent en operant gedrag zoals het ook naar voren komt in de twee-factorentheorie van Mowrer en Miller bij de beschrijving van de verwerking van angstreacties. De respondente angstreactie is de eerste stap en het daarop volgende vermijdingsgedrag is de operante tweede stap, waardoor de angstreactie zelf wordt vermeden.

Schema's als *traits*. Het bijzondere van het schemaconcept van Young is dat hij schema's ziet als eigenschappen van de persoonlijkheid (*traits*). Bepaalde, vaak terugkerende sociale interactie-ervaringen met vertrouwde of belangrijke contactpersonen leiden – al naargelang het individuele temperament – tot bepaalde ervaringsrepresentaties die verbonden zijn met een bepaalde situatie. Deze ervaringsrepresentaties bestaan zowel uit zelfbeschrijvingen ('Ik ben hulpeloos, zwak en overgeleverd') als uit de beschrij-

Tabel 1.3 Onvoorwaardelijke en voorwaardelijke schema's

Onvoorwaardelijke schema's	Voorwaardelijke schema's
<ul style="list-style-type: none"> • Verlating/instabiliteit • Minderwaardigheid/schaamte • Sociaal isolement/vervreemding • Emotionele verwaarlozing • Wantrouwen en/of misbruik • Afhankelijkheid/onbekwaamheid • Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar • Verstremeling/kluwen • Mislukking • Gebrek aan zelfcontrole/zelfdiscipline • Negativiteit/pessimisme (Geldt voor het Duitstalige gebied) • Bestraffendheid (Geldt voor het Duitstalige gebied) 	<ul style="list-style-type: none"> • Onderwerping • Meedogenloze normen/overmatig kritisch • Zelfopoffering • Goedkeuring en erkenning zoeken • Emotionele geremdheid • Veeleisendheid/grootheidswaan • Negativiteit/pessimisme (Geldt voor het Nederlandstalige gebied) • Bestraffendheid (Geldt voor het Nederlandstalige gebied)⁶

ving van anderen ('Je bent onbetrouwbaar, oppermachtig, dreigend').

Voorwaardelijke en onvoorwaardelijke schema's. Het schemaconcept wordt complexer omdat er zowel voorwaardelijke als onvoorwaardelijke schema's zijn. Een schema als *emotionele verwaarlozing* geeft aan dat de belangrijkste personen emotioneel ontoereikend waren, hoewel ze fysiek wel aanwezig waren. Een schema als *verlating/instabiliteit* houdt in dat een deels positieve relatie met een opvoeder op een onvoorspelbare manier negatief veranderde of afgebroken werd (bijvoorbeeld door psychische of fysieke ziekte van de ouders).

Voorwaardelijke schema's zoals *zich rechten toe-eigenen* of *meedogenloze normen/overmatig kritisch* hebben als schema de functie om negatieve ervaringen te verwerken. Een schema is sterk uitgesproken als er aan de basis hechtingsonzekerheid ligt. *Zich rechten toe-eigenen* dient dan bijvoorbeeld om onzekerheden en minderwaardigheidsgevoelens voor zichzelf en anderen te verbergen. Een schema zoals *meedogenloze normen/overmatig kritisch* kan hetzelfde doel hebben, maar ligt eerder op het gebied van prestatie en is een strategie om voor zichzelf perfect te zijn, soms ook gericht op het gedrag van anderen. Tabel 1.3 toont een overzicht. De regels horen niet bij elkaar – zo kan het schema *onderwerping* als overcompensatie voor *verlating/instabiliteit*, maar ook voor andere schema's (bijvoorbeeld *minderwaardigheid/schaamte*) gezien worden.

De schema's van Young komen vooral uit de praktijk en werden vervolgens in steekproeven van volwassen cliënten en kinderen psychometrisch onderzocht (bijvoorbeeld Sieswerda, 2012; Rijkeboer, 2012). Hierdoor komen

schema's maar ten dele overeen met het model van (frustratie) van de basisbehoeften. Het kan helpen als bij een schema bekeken wordt welke frustratie aan de basis ligt en hoe – ook disfunctioneel – geprobeerd wordt de behoeften alsnog te bevredigen.

1.2.4 Schema's, gedrag van de ouders, cognities en copingstijlen

Tabel 1.4 geeft een overzicht van de achttien schema's, karakteristiek gedrag van ouders en opvoeders, de bijbehorende cognities van kinderen/jongeren en kenmerkende gedragingen bij de drie copingstrategieën (overgave, vermijding, overcompensatie) bij kinderen en jongeren. Een kernidee van Young (Young et al., 2005) is dat de schema's blijven bestaan door de copingstijlen, omdat ze de ervaringen om schema's te genezen of te corrigeren, verhinderen. In het online materiaal is een aanvullende beschrijving van de schema's te vinden.



De drie copingstijlen komen overeen met de reacties *freeze/fright* (overgave), *flight* (vermijding) en *fight* (overcompensatie).

- **De copingstijl overgave** wil zeggen dat de persoon zich gedraagt alsof het schema waar is. Het kind schikt zich en wordt gedeeltelijk overspoeld door emoties en lichamelijke reacties. Op motorisch vlak kan dit zich uiten in verstijven, zich stil terugtrekken, maar ook in ongecontroleerd handelen (bij externaliserende schema's zoals *aandacht zoeken*).
- **De copingstijl vermijding** wil zeggen dat alles wordt gedaan om het uitlokken van het schema te verhinderen. Dat kan gaan van vluchten uit de situatie tot algemeen vermijden van de uitlokkende omgeving tot meer actieve strategieën zoals middelenmisbruik.
- **De copingstijl overcompensatie** is het omdraaien in het tegendeel. Men doet alsof het tegenovergestelde van het uitgelokte schema waar is. Of iets wat de persoon passief beleefd heeft, wordt vanuit een externaliserende verwerking omgedraaid in iets actiefs naar buiten gericht. Het slachtoffer wordt zo dader. Hij bestrijdt het schema.

In de moderne gedragstherapie is de functie van overcompensatie het vermijden van de bewustwording van primaire aversieve emoties (bijvoorbeeld schaamte, angst).