

# Schematherapie

een praktische handleiding

Arnoud Arntz  
Gitta Jacob



UITGEVERIJ NIEUWEZIJD'S

Oorspronkelijke titel: *Schematherapie in der Praxis*. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 2011

Eerste oplage november 2012

Tweede oplage januari 2014

Uitgegeven door: Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam

Vertaling: Guido Sijbers

Zetwerk: Holland Graphics, Amsterdam

Omslag: Studio Jan de Boer, Amsterdam

© 2011, Gitta Jacob en Arnoud Arntz

© Nederlandse vertaling 2012, Uitgeverij Nieuwezijds

ISBN 978 90 5712 354 2

NUR 770



Bij de productie van dit boek is gebruikgemaakt van papier dat het keurmerk van de Forest Stewardship Council (FSC) mag dragen. Bij dit papier is het zeker dat de productie niet tot bosvernietiging heeft geleid.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden schrijver(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor schade ontstaan door eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

# Voorwoord

In 2005 verscheen het eerste Nederlandstalige boek over de toepassing van schematherapie volgens het modusmodel: *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis*, als gevolg van de succesvolle resultaten van de toepassing van schematherapie bij borderline-problematiek in de grote trial die deze nieuwe therapie vergeleek met transference focused psychotherapy, een op de overdracht gerichte psychoanalytische psychotherapie. Een ander effect van de succesvolle toepassing van schematherapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis was de ontwikkeling van schemamodusmodellen voor andere persoonlijkheidsstoornissen en voor chronische As-1-problematiek, en de toetsing daarvan in diverse gerandomiseerde trials in de GGZ en in een forensische setting. Nu de resultaten van de toetsing van op het modusmodel gebaseerde schematherapie bij zes persoonlijkheidsstoornissen in een grootschalige trial opnieuw positief blijken in termen van dropout, effectiviteit en kosteneffectiviteit, is het van belang dat de algemene theorie en therapie van op het modusmodel gebaseerde schematherapie toegankelijk wordt gemaakt voor behandelaren en opleidingen. Dit boek is geschreven met dat doel, oorspronkelijk in het Duits, om vervolgens in een verbeterde versie in het Engels en het Nederlands uit te komen. Het geeft een inleiding in de theorie van schematherapie door naast de al bekendere schemamodellen uitgebreid in te gaan op wat een schemamodus is, welke verschillende modi onderscheiden kunnen worden, en hoe die modi zich kunnen uiten bij verschillende vormen van chronische problematiek, met name persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsgebonden problematiek. Het eerste deel van het boek richt zich op de casusconceptualisatie in modusterminen en hoe die met de cliënt te ontwikkelen en te delen. Het tweede deel behandelt de therapeutische relatie en de diverse therapeutische methoden en technieken die gebruikt kunnen worden bij de verschillende modi, mede aan de hand van klinische voorbeelden. *Schematherapie* heeft een sterk praktische insteek, en is met name bedoeld voor diegenen die zich willen oriënteren op en bekwamen in de bredere toepassing van schematherapie gebaseerd op het modusmodel. Dat kunnen behandelaren zijn die al bekend zijn met sche-

matherapie voor borderline en hun blikveld willen verruimen, bijvoorbeeld omdat ze ook andere persoonlijkheidsproblematiek behandelen of omdat ze geconfronteerd worden met bijkomende problematiek van hun borderlinecliënten die niet in het standaardmodusmodel van borderline begrepen kan worden. Het boek is evenzeer geschikt voor behandelaren en opleidingen die zich voor het eerst in schematherapie in het algemeen willen verdiepen, alvorens eventueel een verdere specialisatie te kiezen. Voor cliënten is het eveneens door Nieuwezijds uitgegeven *Patronen doorbreken* van Hannie van Genderen, Gitta Jacob en Laura Seebauer een uitstekende gids, die hen wegwijs maakt in de hier behandelde schematherapie, en de therapie ondersteunt met uitleg, dagboeken en oefeningen.

Onze dank gaat uit naar Guido Sijbers voor de vertaling van de Engelse en Duitse teksten naar het Nederlands, naar Rosi Reubsæet voor haar hulp bij de vertaling, naar Hannie van Genderen voor de kritische lezing van de tekst en haar waardevolle suggesties, en naar Michelle Houben voor het lezen van de drukproeven. Natuurlijk willen wij ook onze dank uitspreken aan Jeffrey Young voor zijn onderwijs in de schematherapie en het meedenken en ontwikkelen van methoden en technieken voor de diverse modi. Naast Jeffrey Young leverde ook David Bernstein belangrijke bijdragen aan het formuleren van diverse modi. Lotte Bamelis en Jill Lobbæstael deden onderzoek naar de modusmodellen. De eerste onderzocht de effectiviteit en kosteneffectiviteit van schematherapie gebaseerd op het uitgebreide modusmodel bij zes persoonlijkheidsstoornissen. Ook willen wij onze collega-therapeuten danken voor hun kritisch meedenken en meewerken aan de ontwikkeling van schematherapie, en last-but-not-least onze cliënten die ons van onmisbare feedback voorzagen.

De uitgave van dit boek werd ondersteund door een stipendium van de Netherlands Institute for Advanced Study in the Humanities and Social Sciences (NIAS) (A.A.) en door financiële ondersteuning van het Europese Sociale Fonds en het Ministerie van Wetenschappen, Onderzoek en Kunsten van Baden-Württemberg (G.J.). Een subsidie van ZONMW toegekend aan Arnoud Arntz (nr. 945-06-406) maakte het onderzoek mogelijk dat aan de basis van dit boek ligt.

# Inhoud

Inleiding	1
DEEL 1 CASUSCONCEPTUALISATIE	3
1 Uitgangspunten	5
1.1 <i>Disfunctionele schema's</i>	7
1.2 <i>Basisbehoeften</i>	25
1.3 <i>Schema's en copingstijlen</i>	27
1.4 <i>Het modusmodel</i>	30
2 Het modusmodel	37
2.1 <i>Schemamodi: Overzicht</i>	37
2.2 <i>Casusconceptualisatie met het modusmodel</i>	48
2.3 <i>Specifieke modusmodellen voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen</i>	55
3 Het modusmodel met de cliënt bespreken	83
3.1 <i>Van modusmodel naar behandelplan</i>	88
DEEL 2 BEHANDELING	91
4 De behandeling	93
4.1 <i>Behandeldoelen voor individuele modi</i>	94
4.2 <i>Behandeltechnieken</i>	95
4.3 <i>De therapeutische relatie</i>	100
5 Copingmodi overwinnen	107
5.1 <i>De therapeutische relatie</i>	107
5.2 <i>Cognitieve technieken</i>	109
5.3 <i>Ervaringsgerichte technieken</i>	114
5.4 <i>Gedragstechnieken</i>	122

6	Kwetsbare-kindmodi behandelen	129
6.1	<i>Limited re-parenting en extra-re-parenting binnen de therapeutische relatie</i>	129
6.2	<i>Cognitieve technieken</i>	142
6.3	<i>Ervaringsgerichte technieken</i>	147
6.4	<i>Gedragstechnieken</i>	164
7	Boze en impulsieve-kindmodi behandelen	179
7.1	<i>De therapeutische relatie</i>	181
7.2	<i>Cognitieve technieken</i>	192
7.3	<i>Ervaringsgerichte technieken</i>	195
7.4	<i>Gedragstechnieken</i>	198
8	Disfunctionele-oudermodi behandelen	201
8.1	<i>De therapeutische relatie</i>	201
8.2	<i>Cognitieve technieken</i>	204
8.3	<i>Ervaringsgerichte technieken</i>	207
8.4	<i>Gedragstechnieken</i>	223
9	De gezonde-volwassenemodus versterken	227
9.1	<i>De therapeutische relatie</i>	228
9.2	<i>Cognitieve technieken</i>	232
9.3	<i>Ervaringsgerichte technieken</i>	233
9.4	<i>Gedragstechnieken</i>	234
9.5	<i>Beëindigen van therapie</i>	235
	Literatuur	237
	Index	239

# Inleiding

Schematherapie trekt steeds meer de aandacht van therapeuten en cliënten. Dit kan deels te maken hebben met de positieve effecten die werden aangetoond in verschillende onderzoeken en deels met het pakkende basisidee dat aan basisbehoeften moet worden voldaan willen kinderen zich op een psychologisch gezonde manier kunnen ontwikkelen. Wat ook een rol speelt, is de integratie van inzichten, methoden en technieken ontleend aan verschillende scholen – zoals de hechtingstheorie, cognitieve gedragstherapie en experiëntiële therapieën – in een allesomvattend model, gerelateerd aan het meest prominente actuele psychologische paradigma, het cognitieve model. Aantrekkelijk aan schematherapie is ook dat het een methode biedt om psychologische problemen te behandelen die grotendeels genegeerd werden door de gangbare cognitieve gedragstherapie, zoals terugkerende problemen in intieme relaties en het verwerken van belastende herinneringen uit de kindertijd en storende patronen die vroeg ontstaan zijn. Ten slotte is de bevinding dat schematherapie bijdraagt aan echt herstel, wat meer inhoudt dan vermindering van symptomen, maar ook het tot stand brengen van een bevredigend leven met een hoge levenskwaliteit impliceert, ongetwijfeld aantrekkelijk.

Bij het onderwijzen van de methoden en technieken van het model merken we dat we voor diegenen die schematherapie in algemene zin wilden leren toepassen – en niet alleen één specifiek onderdeel voor één bepaalde stoornis – een boek misten dat de basis beschrijft van de praktische vaardigheden. Daarom besloten we zo'n boek te schrijven. Dit boek wedijvert niet met andere publicaties over schematherapie, omdat het zich niet richt op de theorie of op een bepaalde stoornis. Het richt zich op het beschrijven van de grondbeginselen van het schematherapiemodel gebaseerd op het betrekkelijk nieuwe modusconcept. Het is een aanvulling op de boeken die zich richten op het schemamodel en is het resultaat van ons werk met schemamodi bij bijna alle persoonlijkheidsstoornissen. Omdat het modusmodel ook goed toepasbaar is bij sommige As-1-stoornissen en bij mildere persoonlijkheidsproblemen hebben we besloten om het model en de methoden en technieken

in algemene zin te beschrijven. Daarbij gebruiken we praktijkvoorbeelden van verschillende stoornissen en problemen.

*Schematherapie, een praktische handleiding* bestaat uit twee delen. Het eerste deel behandelt de casusconceptualisatie en is onderverdeeld in drie hoofdstukken. Hoofdstuk 1 'Uitgangspunten' geeft een samenvatting van de oorspronkelijke schemabenedering, met de beschrijving van schema's en copingstrategieën, met praktijkvoorbeelden. Hoofdstuk 2 'Het modusmodel' behandelt het modusmodel in het algemeen, gevolgd door de beschrijving van de verschillende tot nu toe ontwikkelde modusmodellen voor de verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Hoofdstuk 3 'Het modusmodel met de cliënt bespreken' beschrijft hoe een individueel modusmodel in de therapie geïntroduceerd kan worden.

Het tweede deel beschrijft de behandeling in zes hoofdstukken. Ieder hoofdstuk is gewijd aan een groep van modi, en ieder hoofdstuk is vervolgens weer onderverdeeld in onderdelen die de cognitieve, emotiegerichte en gedragsinterventies en de therapeutische relatie beschrijven. Hoofdstuk 4 'De behandeling' vat, gebaseerd op het modusmodel, de centrale behandeldoelen en -strategieën van schematherapie samen. Hoofdstuk 5 'Copingmodi overwinnen' beschrijft hoe om te gaan met de copingmodi. Het behandelt vermijdende modi (o.a. onthechte beschermer, vermijdende beschermer), overgave- en overcompenserende modi (o.a. zelfverheerlijker, pest- en aanvalmodus). Hoofdstuk 6 'Kwetsbare-kindmodi behandelen', beschrijft de omgang met de kwetsbare-kindmodi. Het gaat uitvoerig in op 'imaginaire rescripting' en het zorgende aspect in de therapeutische relatie. Hoofdstuk 7 'Boze en impulsieve-kindmodi behandelen' behandelt de aanpak van woedende-, razende-, impulsieve-, ongedisciplineerde- en koppige-kindmodi. Hoofdstuk 8 'Disfunctionele-oudermodi behandelen' beschrijft hoe om te gaan met zowel de veeleisende- als de straffende-oudermodus. Het gaat uitvoerig in op de therapeutische techniek van het werken met de twee- of meerstoelentechniek. Hoofdstuk 9 'De gezonde-volwassenemodus versterken' geeft een samenvatting van hoe de gezonde-volwassenemodus in schematherapie impliciet en expliciet wordt ontwikkeld. Ook wordt het therapieverloop besproken bij een naderend einde van de therapie en hoe met de cliënt om te gaan nadat de therapie formeel is beëindigd.



# 1 Uitgangspunten

Schematherapie, ontwikkeld door Jeffrey Young (1990, 2003), komt voort uit de cognitieve gedragstherapie (CGT) en trekt steeds meer aandacht. Jeffrey Young ontwikkelde de schematherapie aan het Cognitive Therapy Center van Aaron Beck in Philadelphia. Schematherapie is in de eerste plaats ontwikkeld als therapie voor cliënten die onvoldoende baat hadden bij een behandeling met de klassieke cognitieve gedragstherapie. Deze cliënten hadden vaak een variëteit aan symptomen en moeilijke interpersoonlijke patronen die sterk wisselend of heel persistent konden zijn. Diagnostisch was er vaak sprake van een of meer persoonlijkheidsstoornissen. Vergeleken met CGT heeft schematherapie een meer intensieve focus op de volgende drie onderwerpen:

1. *Problematische emoties* van de cliënt staan op de voorgrond, naast de cognitieve en gedragsaspecten van de problemen en symptomen. Schematherapie maakt intensief gebruik van ervaringsgerichte interventies. Deze interventies zijn ontwikkeld in gestalttherapie en psychodrama. De belangrijkste experiëntiële interventies in schematherapie zijn twee-stoelentechniek en imaginaire rescripting. Deze aandacht voor emoties is belangrijk, omdat de problematische patronen bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen in de regel door even problematische emoties in stand worden gehouden. Zo ervaren cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) vaak een intense zelfhaat, zelfs al kunnen ze op een cognitief niveau begrijpen dat dit overdreven is. Op een emotioneel niveau kunnen ze zich echter nauwelijks distantiëren van deze zelfhaat. In dergelijke gevallen is de invloed van cognitief inzicht op het emotionele thema gering. De problemen kunnen echter wel goed worden behandeld met emotiegerichte technieken.
2. Er ligt meer nadruk op *biografische aspecten* in de therapie dan in de standaard CGT, en daarom worden in de schematherapie ook ideeën en concepten geïntegreerd die voorheen meer gebruikelijk waren in psychodynamische therapieën. Biografische gegevens worden vooral gebruikt om de cliënten te valideren, waardoor ze leren begrijpen welke jeugdervaringen hun problematische patronen hebben veroorzaakt.

Doel is de cliënt te leren begrijpen dat de huidige patronen een logisch gevolg zijn van de disfunctionele omstandigheden waarin hij is opgegroeid. Er wordt echter – anders dan in de psychoanalyse – niet van uitgegaan dat de behandeling er vooral op gericht moet zijn om alle ervaringen uit het verleden door te werken.

3. *De therapeutische relatie* speelt in schematherapie een prominente rol. De manier waarop de therapeutische relatie wordt gehanteerd wordt *limited reparenting* genoemd. Het is een relatie waarbij de therapeut in een soort ouderrol ten opzichte van zijn cliënten warmte en zorg toont, natuurlijk binnen de grenzen van de therapeutische relatie. Daarnaast is het belangrijk dat de stijl van die *limited reparenting* wordt afgestemd op de problematiek en de schema's van de cliënt. Vooral bij cliënten met persoonlijkheidsstoornissen wordt ervan uitgegaan dat de cliënt in de therapeutische relatie de ruimte krijgt zodat hij zich durft te openen en pijnlijke gevoelens kan tonen. Ook kan hij voor het eerst nieuw sociaal gedrag uitproberen of interpersoonlijke patronen veranderen. De therapeutische relatie wordt dus expliciet beschouwd als oefenterrein voor de cliënt om aan zijn problemen te werken.

Schematherapie biedt een complex, maar ook zeer gestructureerd model voor de conceptualisatie en behandeling van veel verschillende probleemprofielen. Van oorsprong is het schematherapiemodel niet stoornisspecifiek en het kan daarom beter worden gezien als een stoornisoverschrijdende psychotherapeutische benadering. Gedurende de verdere ontwikkeling van de schematherapie werden niettemin diverse specifieke varianten ontwikkeld voor de persoonlijkheidsstoornissen die later in dit boek besproken zullen worden (zie hoofdstuk 2). Als eerste wordt het oorspronkelijke concept van de disfunctionele schema's beschreven en met voorbeelden geïllustreerd. Daarna schetsen we het ontstaan en de ontwikkeling van het schemamodus-concept, lichten we de diagnostiek toe en bespreken we de op schemamodi gerichte interventies. De meeste van de beschreven adviezen en interventies kunnen zowel bij het schema- als bij het modusmodel worden toegepast. Zo kan bij een twee-stoelentechniek waarbij een cliënt in gesprek gaat met zijn meedogenloze normen en zijn perfectionisme, vanuit het modusmodel een dialoog tussen de veeleisende-oudermodus en de gezonde-volwassenemodus plaatsvinden. Wanneer een therapeut daarentegen met het schemamodel werkt, kan dezelfde twee-stoelentechniek gebruikt worden voor een dialoog tussen het schema 'meedogenloze normen' en de gezonde kant van de cliënt.

## 1.1 Disfunctionele schema's

---

Het begrip disfunctionele schema's wordt in de schematherapie nogal breed gedefinieerd als *alomvertegenwoordigde patronen, die zowel cognities, emoties, herinneringen, waarnemingen, als ook gedragingen en interpersoonlijke verhoudingen beïnvloeden* (Young et al., 2003). Er wordt van uitgegaan dat disfunctionele schema's ontstaan tijdens de kinderjaren en dat ze, afhankelijk van de levenssituatie, de individuele overlevingsmechanismen en de interpersoonlijke patronen van de cliënt, min of meer kunnen fluctueren in de loop van zijn of haar leven. Vaak worden ze ook in stand gehouden door deze factoren. Als een bestaand schema geactiveerd wordt, gaat dat meestal hand in hand met intense emoties, zoals angst, verdriet of zich verlaten voelen. Young et al. (2003) definieerden op grond van klinische observaties achttien schema's, die verdeeld zijn in vijf zogenaamde schemadomeinen. De definities van deze disfunctionele schema's kwamen in eerste instantie voort uit klinische observatie en daaropvolgende overwegingen en waren niet gebaseerd op empirisch of ander wetenschappelijk onderzoek. Later onderzoek ondersteunt echter het bestaan van deze schema's. Een schema kan alleen of in combinatie met andere schema's optreden. De meeste, zo niet alle mensen hebben in meer of mindere mate disfunctionele schema's. Pas als deze schema's zo sterk worden dat ze tot verstoorde emotionele ervaringen leiden – met de daarbij behorende symptomen of problemen in het sociaal functioneren – kun je spreken van een psychische stoornis. Bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen zijn vaak veel en sterk geactiveerde schema's tegelijkertijd actief. Bij andere mensen die doorgaans goed functioneren in het dagelijkse leven en diagnostisch niet voldoen aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis, staan eerder een of twee schema's op de voorgrond wanneer ze om bepaalde redenen in therapie komen.

### **Ellen**

Ellen is een verpleegkundige van rond de veertig. Na een langere opname voor een chronische depressie wordt ze naar een deeltijdbehandeling verwezen. Ze heeft grote problemen op haar werk gehad – vooral omdat ze erg gepest werd – en is depressief geworden. Wat het meest aan haar opvalt, is hoe buitengewoon onopvallend ze is. Zelfs na twee weken hebben sommige teamleden nog steeds moeite zich haar naam te herinneren. Ze trekt zich terug, vraagt geen aandacht van de therapeuten voor haar persoonlijke problemen en maakt geen contact met andere patiënten. Bij de groepstherapie is ze heel stil. Als de therapeut expliciet om haar mening

vraagt, geeft ze meestal aan het in wezen eens te zijn met wat anderen hebben gezegd. Ze voegt en onderwerpt zich en maakt een aangepaste indruk. Ze vermijdt situaties waarin ze verantwoordelijkheid moet nemen, zoals afspraken maken met de maatschappelijk werker om haar actuele werkproblemen op te lossen. In situaties waarin ze met haar vermijding wordt geconfronteerd reageert ze op een onverwacht arrogante manier. Na een paar weken behandeling lijkt de psychotherapie voor haar depressie te stagneren omdat ze actieve gedragsverandering uit de weg lijkt te gaan.

Uit de schemavragenlijst blijkt een duidelijk onderwerpingschema, wat inhoudt dat ze zich steeds oriënteert op wat anderen van haar verwachten. Tegelijkertijd geeft ze aan zich machteloos en door anderen onderdrukt te voelen, zonder echt een idee te hebben hoe ze meer zelfstandig zou kunnen worden of beter in contact met haar behoeften zou kunnen komen. In diagnostische imaginaties gericht op het huidige gevoel van hulpeloosheid en onmacht komen beelden uit Ellens jeugd naar boven die duidelijk maken dat ze opgroeide onder extreem belastende omstandigheden. Vader was alcoholverslaafd en kon onverwacht verbaal en soms fysiek agressief reageren. Haar moeder daarentegen was onderdanig en vermijding en ook zij leed bij vlagen aan depressies. Als gevolg daarvan was ze niet in staat geweest om Ellen te beschermen tegen haar vader. Omdat haar ouders een klein familiehotel hadden, werd bovendien van de kinderen verwacht dat ze zich altijd rustig en aangepast gedroegen.

In imaginatieoefeningen komen beelden op van een kleine hulpeloze en onderdanige Ellen zittend op de keukenvloer, die haar behoeften niet durft uit te spreken tegen haar ouders. Ze is doodsbang dat haar moeder haar lastig vindt en dat haar vader agressief en gevaarlijk wordt. In de daaropvolgende schematherapie worden imaginatieoefeningen gecombineerd met imaginaire rescripting. In deze oefeningen stapt een volwassene (aanvankelijk de therapeut en later zichzelf als volwassen Ellen) het beeld uit haar jeugd in om voor de kleine Ellen en haar behoeften te zorgen. Gaandeweg wordt het gemakkelijker om Ellen empathisch te confronteren met de negatieve consequenties van haar huidige teruggetrokken en overmatig aangepaste gedrag. De nadelen van haar gedrag worden besproken: ze doet dingen die ingaan tegen haar eigen belangen; ze is niet in staat om voor haar eigen belangen op te komen. Anderen gaan zich uiteindelijk storen aan haar vermijding. Daarom is het belangrijk dat ze de moed vindt om zich meer in overeenstemming met haar eigen belangen en behoeften te gedragen. De combinatie van imaginaire rescripting en empathische confrontatie maakt dat Ellen zich minder terugtrekt en meer betrokken en aanwezig

is bij haar deeltijdbehandeling. Ze is meer open en maakt haar behoeften beter kenbaar.

Daarnaast komen er, als gevolg van het blootleggen van haar patronen, meer problemen aan het licht die ze aanvankelijk had verzwegen. Ze begint te vertellen over een seksuele relatie met een seizoenarbeider die ze twee jaar daarvoor beëindigd had omdat hij steeds agressief deed tegen haar. Deze ex-partner zoekt steeds weer contact als hij in de buurt aan het werk is. Het is duidelijk dat ze het contact niet prettig vindt, maar toch weet hij haar steeds weer over te halen om elkaar te ontmoeten en seksueel contact te hebben, ook al heeft ze daar geen zin in. Naarmate ze meer leert over haar schematronen, kan ze dit gedrag beter in verband brengen met haar algemene patronen.

## Schemadomein: Onverbondenheid en afwijzing

Bij dit domein staan hechtingsproblemen op de voorgrond. Alle schema's binnen dit domein zijn op een of andere manier verbonden met een gebrek aan veiligheid en betrouwbaarheid in interpersoonlijke relaties. Afhankelijk

**Tabel 1.1:** *Overzicht van de disfunctionele schema's (Young et al., 2003), gerangschikt naar schemadomeinen*

Schemadomeinen	Schema's
Onverbondenheid en afwijzing	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlating/instabiliteit</li> <li>• Wantrouwen/misbruik</li> <li>• Emotionele verwaarlozing</li> <li>• Minderwaardigheid/schaamte</li> <li>• Sociaal isolement/vervreemding</li> </ul>
Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afhankelijkheid/onbekwaamheid</li> <li>• Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar</li> <li>• Verstremgeling/kluwen</li> <li>• Mislukking</li> </ul>
Verzwakte grenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zich rechten toe-eigenen</li> <li>• Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline</li> </ul>
Gerichtheid op de ander	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderwerping</li> <li>• Zelfopoffering</li> <li>• Goedkeuring en erkenning zoeken</li> </ul>
Overmatige waakzaamheid en inhibitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negativiteit en pessimisme</li> <li>• Emotionele geremdheid</li> <li>• Meedogenloze normen/overdreven kritisch</li> <li>• Bestraffende houding</li> </ul>

van het schema is er een kwalitatief verschil in de bijbehorende gevoelens. Zo is het schema ‘verlating/instabiliteit’ verbonden met het idee altijd weer in de steek gelaten te worden door belangrijke anderen als gevolg van in de jeugd ervaren verlating. Bij andere mensen met het schema ‘sociaal isolement/vervreemding’ staat het gevoel er niet bij te horen centraal, omdat zij in hun verleden buitengesloten werden door leeftijdgenoten. En mensen met het schema ‘wantrouwen/misbruik’ voelen zich vooral bedreigd door anderen omdat ze in hun jeugd door anderen werden gekwetst.

(1) *Verlating/instabiliteit*

Clënten met dit schema hebben de sterke overtuiging dat belangrijke relaties nooit blijvend zijn en als gevolg hiervan leven ze, in mindere of meerdere mate, steeds met de angst door anderen in de steek gelaten te worden. In hun jeugd hebben ze regelmatig ervaringen gehad waarbij ze zich verlaten voelden en/of verlaten werden, door bijvoorbeeld een ouder, of door de relatief vroege dood van een belangrijk persoon. Onder invloed van dit schema zoeken zij vaak partners die echt onbetrouwbaar zijn en het schema zo steeds weer bevestigen. Maar ook als relaties betrouwbaar en veilig zijn, kunnen kleine voorvallen (bijv. als de partner na het werk later thuiskomt) aanleiding zijn voor onrealistisch grote zorgen over verlies of verlating.

**Petra: Verlating/instabiliteit**

Petra, een 25-jarige economiestudente, komt in therapie wegens paniek-aanvallen en dissociatieve ervaringen. Vooral wanneer ze in het weekend haar vader heeft bezocht, treden beide symptomen op. Ze studeert in een andere stad, maar brengt bijna elk weekend en alle vakanties bij haar vader door. Hoewel ze een hechte band heeft met haar familie, zijn de relaties met anderen eerder oppervlakkig. Ze heeft zelden het gevoel dat ze werkelijk contact heeft met hen en een echte intieme relatie heeft ze tot nu toe nog nooit gehad. Ze kan zich ook nauwelijks voorstellen een echte intieme relatie te hebben. Ze denkt wel na over waarom dit zo is en wordt erg verdrietig als ze over dit onderwerp praat. Ze moet huilen omdat ze zich eigenlijk niet kan voorstellen dat iemand er werkelijk, en voor langere tijd, voor haar zou zijn. Dit gevoel heeft te maken met haar verleden: toen ze twee jaar oud was overleed haar biologische moeder na een zwaar ziekbed. Twee jaar later trouwde haar vader opnieuw; haar stiefmoeder was als een echte moeder voor haar. Ook haar stiefmoeder overleed echter onverwacht vroeg aan een hersenbloeding. Petra was toen zestien.

(2) *Wantrouwen/misbruik*

Dit schema kenmerkt zich door de overtuiging en verwachting door anderen opzettelijk misbruikt, vernederd of op een andere manier slecht behandeld te worden. Als gevolg hiervan zijn mensen met dit schema constant op hun hoede voor anderen. Wanneer ze vriendelijk worden behandeld, gaan ze ervan uit dat er iets achter steekt. Wanneer de betrokkenen in contact kunnen komen met het ‘onderliggende gevoel’, ervaren ze in de regel hevige angst en bedreiging. Dit gevoel kan zo overheersend zijn dat bijna alle sociale situaties als extreem bedreigend worden ervaren. Meestal blijkt er bij deze cliënten sprake te zijn van misbruik in de jeugd. Het gaat vaak om seksueel misbruik, maar ook fysiek, emotioneel en verbaal misbruik kunnen leiden tot ernstige misbruikschema's. Vaak werden zij als kind misbruikt door familie, zoals een ouder, broer of zus. Maar aandacht voor pestgedrag van leeftijdgenoten is ook belangrijk omdat ook dergelijke ervaringen kunnen leiden tot een sterk misbruikschema, vaak samengaan met het schema ‘minderwaardigheid/schaamte’.

**Linda: Wantrouwen/misbruik**

Linda, een 26-jarige verpleegkundige, is in haar jeugd ernstig seksueel misbruikt en fysiek mishandeld door haar stiefvader. Over het algemeen wantrouwt ze mannen en ze gelooft niet dat ze ooit een man tegen zal komen die goed voor haar is. Ze kan zich eigenlijk niet voorstellen dat een man een vrouw aardig kan behandelen. Haar intieme relaties bestaan meestal uit kortdurende seksuele affaires met mannen die ze via internet leert kennen. Helaas ervaart ze binnen deze relaties soms opnieuw geweld en misbruik.

(3) *Emotionele verwaarlozing*

Cliënten met dit schema hebben hun jeugd vaak ervaren als een tijd waarin in principe alles oké was. Wat ze echter niet ervaren hebben is liefdevolle zorg, geborgenheid en aandacht. Dit schema gaat vaak niet gepaard met intense emoties, maar kenmerkt zich eerder door de afwezigheid van het gevoel zich geborgen en geliefd te voelen, ook als anderen wel om hen geven en hun best doen veiligheid te bieden. Mensen met dit schema hebben daar vaak niet veel last van. Anderen in hun omgeving kunnen dit schema echter zeer duidelijk waarnemen omdat ze merken dat ze niet echt dicht bij de ander kunnen komen en die niet kunnen bereiken met hun aandacht en liefde. Wanneer anderen hen mogen of aardig vinden, lijken mensen met dit zogenoemde emotionele-deprivatieschema op een of andere manier niet in staat dit waar te nemen. Dit schema leidt vaak pas tot problemen wanneer zich in

hun leven een situatie voordoet waarbij dit schema leidt tot het overvragen van de cliënt.

**Karin: Emotionele verwaarlozing**

Karin is een 38-jarige bankmedewerker. Ze functioneert goed op haar werk, is tevreden in haar huwelijk en heeft een goed contact met de mensen in haar omgeving. Desondanks vertelt ze dat ze eigenlijk niet het gevoel heeft met iemand echt contact te hebben of geliefd te zijn. Ook al weet ze dat haar man en haar vrienden veel om haar geven, ze kan het gewoon niet voelen. Een groot deel van haar leven heeft Karin goed gefunctioneerd.

Het afgelopen jaar is ze zich echter in toenemende mate uitgeput en eenzaam gaan voelen omdat ze door de duidelijk toegenomen werkdruk haar grenzen bereikte en niet in staat was om iets aan haar situatie te veranderen. De therapeut stelde voor om te proberen de balans tussen werk en vrije tijd te verbeteren en meer ontspannende en positieve activiteiten in haar leven te integreren. Karin beschouwt dergelijke zaken echter als onbelangrijk en vindt zichzelf daarvoor op een of andere manier te onbeduidend. Ze vertelt dat in haar jeugd alles oké was, ondanks dat haar beide ouders veel werkten en als gevolg daarvan vaak afwezig waren. Ze vertelt dat het voor haar ouders eenvoudigweg te veel was om zich na een lange werkdag ook nog eens met de kinderen bezig te houden.

(4) *Minderwaardigheid/schaamte*

Dit schema beschrijft het gevoel onbeduidend, minderwaardig of ongewenst te zijn. Wat ze ook doen, mensen met dit schema hebben het gevoel dat ze geen aandacht, liefde of respect van anderen verdienen. Dat gaat vaak samen met een diep gevoel van schaamte. Dit schema staat dikwijls op de voorgrond bij mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, vaak in samenhang met het schema 'wantrouwen/misbruik'. Veel mensen met dit schema hebben jeugdervaringen die samenhangen met nadrukkelijke afwijzing en vernedering.

**Erik: Minderwaardigheid/schaamte**

Erik, een 23-jarige ziekenverzorger, begint met een psychotherapeutische behandeling vanwege een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Gevoelens van schaamte over zichzelf maken het voor hem ondraaglijk om zijn werk te doen. Hij vindt zichzelf totaal onaantrekkelijk en oninteressant, ook al prijzen anderen vaak zijn competentie en vriendelijkheid. Als anderen dergelijke aardige dingen zeggen, kan hij ze onmogelijk geloven. Het is voor hem



een raadsel waarom zijn vriendin zo toegewijd bij hem blijft. Over zijn jeugd vertelt hij dat zijn ouders hem en zijn zus vaak sloegen en dat ze ook verbaal bijzonder agressief waren. Vooral zijn vader schold op hen, vaak onder invloed van alcohol en zonder enige aanleiding.

(5) *Sociaal isolement/vervreemding*

Mensen met dit schema voelen zich vervreemd van anderen en hebben het gevoel er niet bij te horen. Bovendien hebben ze het gevoel fundamenteel anders te zijn dan andere mensen.

In groepen voelen deze mensen zich buitenstaanders, ook al beschouwen anderen hen als goed geïntegreerd. Vaak vertellen ze dat ze letterlijk geïsoleerd waren in hun jeugd, bijvoorbeeld omdat ze het dialect van de omgeving niet spraken, niet net als alle andere kinderen naar de kleuterschool gingen, of niet deelnamen aan het verenigingsleven. Vaak lijkt er een discrepantie tussen hun afkomst en de eigen opleiding of carrière. Typische voorbeelden zijn mensen die afkomstig zijn uit een eenvoudig milieu en als eersten en enigen in de familie zeer succesvol worden. Vanwege dat verschil in afkomst hebben dergelijke mensen vaak het gevoel nergens bij te horen, noch bij hun familie, noch bij anderen die succesvol zijn. Het schema 'sociaal isolement/vervreemding' gaat in dergelijke gevallen dikwijls gepaard met het schema 'minderwaardigheid/schaamte', in het bijzonder wanneer de eigen sociale afkomst als minderwaardig wordt ervaren.

**Jeroen: Sociaal isolement/vervreemding**

Jeroen, een 48-jarige technicus, heeft niet het gevoel ergens bij te horen. Of het nu op het werk is of in zijn vrije tijd, zodra er ergens meerdere mensen bij elkaar zijn, wordt hij overvallen door dat gevoel. Hij vertelt dat hij zich zijn hele leven al volkomen alleen heeft gevoeld in groepen. Op negenjarige leeftijd was hij met zijn ouders naar een klein dorp verhuisd, ver weg van zijn geboorteplaats. In het begin kon hij het dialect van de andere kinderen absoluut niet verstaan. Daardoor kostte het hem moeite om contact met ze te krijgen. Van zijn ouders kreeg hij weinig steun omdat ze hun eigen problemen hadden en erg druk waren met hun werk. In tegenstelling tot zijn klasgenoten was hij geen lid van een muziek-, sport- of carnavalsvereniging en dat maakte dat hij zich vaak heel eenzaam voelde.

## Schemadomein: Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie

Bij de schema's van dit domein staat inperking van de eigen autonomie en vertrouwen in eigen kunnen op de voorgrond. Mensen met een of meer van deze schema's zien zichzelf als onzelfstandig, ze voelen zich onzeker en hebben last van een gebrek aan autonomie. Ze hebben problemen met het nemen van autonome beslissingen omdat zij bang zijn dat die de relaties met voor hen belangrijke personen in gevaar brengen, of ze verwachten te falen in veeleisende situaties. Mensen met het schema 'kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar' zijn zelfs bang dat ze op een of andere manier het noodlot tarten met autonome beslissingen.

Deze schema's ontstaan vaak doordat ouders of andere belangrijke personen zelf een obsessief-compulsieve stoornis hadden, zoals smetvrees (schema 'kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar'), of als model fungeerden door steeds voor ziekten te waarschuwen. Het schema 'afhankelijkheid/onbekwaamheid' kan zich ontwikkelen wanneer de ouders niet het vertrouwen hebben dat hun kind normale, bij de leeftijd horende uitdagingen aankan. Aan de andere kant kunnen zulke schema's ook ontstaan als kinderen geconfronteerd worden met verwachtingen die veel te hoog zijn: als zij te vroeg zelfstandig moeten worden en te weinig steun krijgen. Dus ook verwaarloosde kinderen of kinderen die in hun jeugd extreem veel stress ervoeren kunnen een afhankelijkheid ontwikkelen die wordt aangewend om ervoor te zorgen dat iemand hun de steun geeft die ze als kind hebben moeten missen. Op de langere termijn kan op deze manier echter geen gezonde autonomie worden ontwikkeld.

### (6) *Afhankelijkheid/onbekwaamheid*

Cliënten met deze schema's voelen zich vaak hulpeloos. Ze kunnen het dagelijkse leven niet aan zonder ondersteuning van anderen. Dit schema hoort typisch bij cliënten met een afhankelijke persoonlijkheidsstoornis.

Sommige mensen met dit schema vertellen dat er als kind veel te hoge eisen aan hen werden gesteld. Dit waren vaak (impliciet) eisen van sociale aard, zoals gevoelens van verantwoordelijkheid voor een zieke ouder. Omdat ze chronisch te veel stress hadden, waren ze niet in staat om een gevoel van competentie en gezonde copingmodi te ontwikkelen. Andere cliënten met dit schema vertellen daarentegen dat hun ouders hun vaak heel weinig toevertrouwden. In plaats van hun kinderen tijdens hun adolescentie te helpen met het opbouwen van hun autonomie, weigerden ze hen los te laten en gingen ze door hun kinderen te helpen met alledaagse taken, waardoor ze geen verantwoordelijkheden kregen.

In de therapie komt dit schema vaak pas later aan de oppervlakte omdat cliënten met dit schema vaak aangepast zijn en goed meewerken, maar in de praktijk geen vooruitgang boeken. Aan dit schema kan bijvoorbeeld gedacht worden bij een cliënt die bij de start van de therapie een sympathieke en verstandige indruk maakt omdat hij enthousiast reageert op ideeën die de therapeut aandraagt, terwijl in de loop van de therapie niets echt van de grond blijkt te komen en de therapeut, om die reden, steeds meer frustratie ervaart. Vaak komt dit vooral voor wanneer de cliënt al meerdere kortdurende therapieën achter de rug heeft, met beperkt succes.

**Annemiek: Afhankelijkheid/onbekwaamheid**

Annemiek, een 23-jarige studente, maakt een schuchtere en onzelfstandige indruk. Haar moeder doet nog veel voor haar, vooral door saaie en vervelende taken van haar over te nemen. Ze belt Annemiek steeds op om haar te herinneren aan deadlines voor haar studie. Annemiek is haar hele leven al gewend aan die overdreven zorg. Tijdens haar kindertijd en adolescentie hoefde ze thuis niets te doen, in tegenstelling tot haar klasgenoten. Het idee dat ze alle verantwoordelijkheid over haar leven op zich zou moeten nemen, ontmoedigt haar en maakt haar bang. Om wat extra geld te verdienen zou ze graag een studentenbaantje aannemen, maar ze weet niet hoe ze dat moet aanpakken. Ze voelt zich zeer onzeker tegenover potentiële werkgevers en heeft het gevoel niet opgewassen te zijn tegen nieuwe uitdagingen.

(7) *Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar*

Kenmerkend voor dit schema is eenzelfde angst voor rampspoed, ziekten of andere problemen die mensen onverwacht kunnen krijgen die ook voorkomt bij hypochondrie en gegeneraliseerde angststoornis. Vaak vertellen mensen met dit schema dat hun moeder of grootmoeder extreem voorzichtig was en zich voortdurend zorgen maakte en waarschuwde voor ernstige ziekten en andere gevaren. In hun jeugd werd een overdreven nadruk gelegd op zorgvuldigheid en behoedzaamheid. Ze mochten bijvoorbeeld nooit ongewassen fruit eten en moesten altijd hun handen wassen als ze in de supermarkt waren geweest om ziekten te voorkomen. Dit schema komt, begrijpelijkerwijze, vaak voor bij mensen die direct of indirect slachtoffer werden van bedreigende en oncontroleerbare spelings van het lot, zoals natuurrampen of ernstige ziekten.

**Katrien: Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar**

Katrien, een 31-jarige arts, is ambivalent over haar wens om kinderen te krijgen. Ze zou graag twee kinderen hebben, ze raakt echter ontzet bij de gedachte aan alle rampen en verschrikkingen die het kind zouden kunnen overkomen. Op de eerste plaats weet Katrien dat ze waarschijnlijk niet gemakkelijk zwanger wordt. Als het al zou lukken, zou het een moeilijke zwangerschap kunnen worden. Het kind zou een vreselijke ziekte kunnen krijgen, het zou kunnen sterven of lijden aan de gevolgen van een medische misser, enzovoort. Katrien lijdt echter niet aan een erfelijke ziekte en er zijn geen risicofactoren voor een moeilijke zwangerschap, dus er is voor haar geen feitelijke reden om zich zoveel zorgen te maken.

Bij navraag of deze emoties ook samenhangen met ervaringen uit haar jeugd, vertelt ze spontaan over haar grootmoeder van moederszijde, die elke keer als zij als kind zelfstandig iets ondernam angstig reageerde. Steeds als Katrien ergens heen ging, klaagde haar oma dat zij niet kon slapen, en zij deed dat zelfs nog toen Katrien al zeventien jaar was. Bovendien was haar oma haast van angst gestorven toen de twaalfjarige Katrien op zomerkamp ging. Katriens moeder had een heel sterke band met haar moeder en deelde meestal haar zorgen.

**(8) Verstrengeling/kluwen**

Mensen met dit schema hebben een weinig ontwikkeld identiteitsgevoel. Ze hebben steeds weer de rugdekking van anderen nodig – vaak van hun moeder – om alledaagse beslissingen te kunnen nemen. Zonder deze speciale persoon kunnen ze zich geen mening over iets vormen. Dit gaat soms zover dat ze niet in staat zijn zichzelf als individu te ervaren. Als gevolg hiervan hebben ze vaak zeer hechte relaties en een sterke emotionele binding met de personen waarmee ze zijn verstrengeld. Mensen met het schema ‘verstrengeling’ kunnen intelligent en hoogopgeleid zijn, maar dit helpt hen niet en stelt hen niet in staat hun eigen gevoelens te herkennen of eigen beslissingen te nemen. Vaak hebben de ‘verstrengelde mensen’ niet direct last van dit schema, omdat de verstrengelde relatie vooral als positief ervaren wordt. Problemen ontstaan vaak in tweede instantie, doordat de autonomie van de betroffene als gevolg van dit schema sterk in het gedrang komt, of omdat anderen – met name partners – op een gegeven moment hun onvrede tot uiting brengen. Vaak treden bij dit schema obsessief-compulsieve symptomen op.

**Greet: Verstremeling/kluwen**

Greet, een 25-jarige kantoormedewerkster, komt in ambulante psychotherapeutische behandeling wegens regelmatig voorkomende agressieve dwanggedachten over haar partner. Hun relatie is zeer hecht, ze brengen de hele dag met elkaar door, kletsend of tv-kijkend, maar geen van beiden heeft eigen hobby's of vrienden. Ondanks hun hechte relatie komt het zelden tot seksueel contact, voornamelijk door gebrek aan interesse van haar kant. Tijdens de eerste sessies komen sterke gevoelens van onzekerheid aan het licht, ten aanzien van alle levensgebieden. Terwijl de therapeut deze onzekerheid en het gebrek aan hobby's en interesses als onderdeel ziet van het probleem van de cliënt, beschouwt de cliënt zelf haar leven als 'perfect', op de dwangklachten na. Ze is vooral enthousiast over haar 'geweldige ouders'. Zij heeft ook met hen een zeer hechte relatie, die ze als 100% positief evalueert. Ze telefoneert verscheidene keren per dag met haar moeder, waarbij ze raad vraagt over de kleinste dingen. Ze zegt dat ze blij is dat ze alles kan bespreken met haar ouders, ook de seksuele problemen die ze heeft met haar vriend.

**(9) Mislukking**

Dit schema wordt gekenmerkt door de overtuiging dat men een grote mislukking is, nooit succes kan behalen en minder talent of intelligentie heeft dan de meeste andere mensen. In hun jeugd hebben deze mensen doorgaans thuis en op school veel kritiek ervaren, in het bijzonder kritiek op de eigen persoon. Ook ervaringen met perfectionistische en prestatiegerichte activiteiten, zoals het spelen van klassieke muziek of competitieve sporten, kunnen tot dit schema leiden. Veeleisende en stressvolle activiteiten, zoals examens, zijn problematisch voor deze mensen en worden vaak vermeden. De vermijding zorgt op haar beurt weer voor bevestiging van het schema.

**André: Mislukking**

André, een 24-jarige student van de lerarenopleiding, komt in psychotherapie wegens depressieve klachten en extreme examenangst. Uit zijn verhaal wordt duidelijk dat hij zijn studie eigenlijk aan zou moeten kunnen en dat deze ook aansluit bij zijn interesse. Niets lijkt succes in de weg te staan. Zijn vermijdende gedragspatronen zijn echter prominent, hij blijft soms de hele dag in bed en schuift zijn huiswerk voor zich uit. Hij benadrukt vooral dat hij altijd al het gevoel had dat hij deze studie niet zou halen, mede op basis van eerdere faalervaringen. Dit gevoel bleef bestaan ondanks goede cijfers op school en in de eerste maanden van zijn studie. Hij vertelt bovendien dat

hij een twee jaar oudere broer heeft die veel slimmer en beter is dan hij en bij wie alles altijd vanzelf gaat. Ook was hij in zijn jeugd lid van een zwemvereniging en zwom hij wedstrijden. Hoewel hij jarenlang keihard heeft getraind en behoorlijk mee kon komen, voldeed hij toch niet aan de verwachtingen van zijn trainer.

## Schemadomein: Verzwakte grenzen

De schema's in dit domein onderscheiden zich doordat de betrokkenen moeite hebben om zich aan de algemeen gangbare grenzen te houden en/of de discipline op te brengen om gewone taken tot een goed einde te brengen. Het eerste staat meer centraal bij 'zich rechten toe-eigenen', vaak samen gaand met een wat verwende en eisende houding, het tweede meer bij 'gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline'. Net zoals de schema's van het domein 'verzwakte autonomie en verzwakte prestatie' kunnen ook deze schema's ontstaan door modeling, bijvoorbeeld door verwenning – waarbij kinderen onvoldoende grenzen ervaren – of als een belangrijk oudermodel zich zelf niet aan grenzen houdt. Het is echter ook mogelijk dat deze schema's ontstaan wanneer de omgang met grenzen en discipline te strak en rigide was. In dergelijke situaties kunnen deze schema's voortkomen uit rebellie tegen grenzen en discipline in het algemeen.

### (10) *Zich rechten toe-eigenen*

Mensen met dit schema beschouwen zichzelf als bijzonder. Ze hebben het gevoel dat ze zich niets hoeven aan te trekken van de gangbare regels en gewoontes en vinden het vreselijk om belemmerd of afgeremd te worden. Kenmerkend voor hun gedrag zijn narcistische persoonlijkheidstrekken. Cliënten met dit schema streven vaak naar macht en controle en zijn sterk geneigd met anderen te concurreren. Biografisch hangt dit vaak samen met een belangrijk rolmodel, bijvoorbeeld een vader die als prestatie- en machtsgeoriënteerd werd ervaren. Vaak werd hun als kind geleerd zich tegenover leeftijdgenoten prestatie- of machtsgeoriënteerd te gedragen, of ze werden verwend of kregen te horen dat ze bijzonderder waren dan anderen.

### **Cor: Zich rechten toe-eigenen**

Cor, een 48-jarige bedrijfsleider, komt in therapie vanwege een arbeidsconflict. Zijn hulpvraag verwoordt hij als volgt: 'ik weet toch ook niet hoe ik dat achterlijke volk betamelijk gedrag kan bijbrengen'. In het contact is hij overheersend. Uit zijn verhaal wordt duidelijk hoe denigrerend en brutaal

hij zijn medewerkers behandelt. Als hij op dit gedrag wordt aangesproken vertelt hij trots dat je wel tegen een stootje moet kunnen als je met hem te maken krijgt.

(11) *Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline*

Mensen met dit schema hebben meestal problemen met zelfbeheersing en frustratietolerantie. Eentonige taken worden snel opgegeven en ze hebben weinig geduld bij taken die discipline en doorzettingsvermogen vragen. Door de omgeving worden ze vaak gezien als iemand die de kantjes ervan af loopt en zijn of haar eigen welbevinden op de voorgrond plaatst. Biografisch kan dit gedrag dezelfde oorzaken hebben als het schema 'zich rechten toe-eigenen'. Het komt wel voor bij personen die in hun jeugd, in de context van verwaarlozing of misbruik, geen adequate richtlijnen voor het ontwikkelen van zelfdiscipline kregen.

**Karel: Gebrek aan zelfbeheersing/zelfdiscipline**

Karel, een 36-jarige zelfstandige kunstenaar, leeft al geruime tijd van een uitkering en vertelt desgevraagd steevast dat hij werkt aan kunst- en muziekprojecten. In werkelijkheid blijkt hij, afgezien van een mooie internet-site, niet echt serieus bezig met deze activiteiten. In de psychotherapie die hij heeft gezocht wegens depressiviteit en een gebrek aan levensperspectief blijft hij vaag als er naar zijn doelen wordt gevraagd. Hij lijkt met tegenzin een persoonlijk doel te kiezen en wil zich er eigenlijk niet voor inzetten. Zodra een doel meer concreet en helder wordt, wil hij er geen tijd en energie meer in investeren.

## Schemadomein: Gerichtheid op de ander

Mensen met schema's in dit domein laten zich in hun gedrag vooral leiden door de behoeften, wensen en meningen van anderen en zetten hun eigen wensen, behoeften en waarden op de tweede plaats. De manier waarop dat gebeurt, kan per schema verschillen. Bij het schema 'onderwerping' bijvoorbeeld ligt het zwaartepunt op het zich zo volledig mogelijk aanpassen aan de verwachtingen van de ander. Bij 'zelfopoffering' ligt de nadruk meer op het feit dat de betrokkene zich verantwoordelijk voelt voor alles en iedereen. Kenmerkend voor mensen met dit schema is het gevoel dat het hun verantwoordelijkheid is om te zorgen dat anderen zich goed voelen. Mensen met het schema 'goedkeuring en erkenning zoeken' hebben als enige doel anderen tevreden te stellen. Dus al hun acties en pogingen draaien veel meer om dit

verlangen dan om hun eigen wensen. Als men met cliënten het ontstaan van deze schema's bespreekt, blijken ze meestal secundair aan andere schema's te zijn. De primaire schema's behoren meestal bij het domein 'onverbondenheid en afwijzing'. Schema's van het domein 'gerichtheid op de ander' zijn vaak ontwikkeld om om te gaan met schema's van 'onverbondenheid en afwijzing'. Zo beschreef een cliënt dat zijn alcoholistische vader gewelddadig en bedreigend kon worden als hij onder invloed was (schema 'wantrouwen/misbruik'). Om zijn vader niet te storen als hij dronken was, ontwikkelde hij een sterk onderwerpingsgedrag. Dit 'secundaire' onderwerpene gedrag, ontwikkelde zich tot het schema 'onderwerping'. Niet zelden wordt zo'n schema nog versterkt, bijvoorbeeld doordat ook de moeder zich onderwerpt aan de agressie van de dronken vader.

(12) *Onderwerping*

Mensen met het schema 'onderwerping' gunnen binnen relaties de ander de overhand, en richten zich, al dan niet op basis van vermoedens, hoofdzakelijk op hun wensen en verwachtingen. Zelfs met de hulp van een toegewijde therapeut is het voor deze mensen vaak moeilijk om hun eigen behoeften te voelen en te benoemen. Vaak vertellen ze over hun jeugd dat de ene ouder onderdanig reageerde bij gewelddadig of bedreigend gedrag van de andere ouder, of over het streng bestraffen van geuite wensen en behoeften. Het praktijkvoorbeeld van Ellen aan het begin van dit hoofdstuk is een voorbeeld van dit schema.

(13) *Zelfopoffering*

Cliënten met het schema 'zelfopoffering' zijn constant gericht op het vervullen van de behoeften van anderen. Anders dan bij het schema 'onderwerping' gaat het bij dit schema niet zozeer om volledige aanpassing, als wel om het zo snel en goed mogelijk aanvoelen waaraan in de gegeven situatie behoefte is, en daarin voorzien. Kenmerkend voor dit schema is het ervaren van schuldgevoelens wanneer men zich richt op de eigen behoeften. Dit schema komt veel voor bij mensen die in de hulpverlening werken. Dit schema zorgt er bijvoorbeeld voor dat taken en werkzaamheden die veel inspanningen en verantwoordelijkheid met zich meebrengen, maar weinig erkenning en beloning opleveren, altijd weer door dezelfde mensen gedaan worden. Zo zijn het vaak steeds dezelfde personen die lid van de ouderraad van de kleuterschool van zijn/haar kind zijn, zelfs al hebben die al honderd keer besloten zich niet meer verkiesbaar te stellen. Ondanks dit voornemen voelen mensen met dit schema zich zo schuldig als ze zich niet opnieuw nomineren dat ze voor ze



het weten weer zijn herkozen. Dit schema komt voor bij gezonde individuen en wanneer het steunsysteem van deze persoon sterk genoeg is, blijft het vaak zonder klinische repercussies.

**Karina: Zelfopoffering**

Karina, een 35-jarige verzorgende, wordt in haar beroep zeer gewaardeerd omdat ze veel extra taken op zich neemt en altijd zeer zorgvuldig te werk gaat. De kwaliteit is bij haar gegarandeerd en daarom wordt ze vaak gevraagd om in te vallen voor zieke collega's. Naast haar werk is ze privé onder andere ook actief in de oudervereniging. Ze komt in therapie met een burn-out en maakt, als gevolg van haar tomeloze inzet, een totaal gestreste en overvraagde indruk. Als haar wordt gevraagd waarom ze zich voor alles verantwoordelijk voelt, reageert ze haast verbaasd. Het is voor haar geen enkel probleem om die dingen te doen, ze moeten tenslotte toch gedaan worden.

(14) *Goedkeuring en erkenning zoeken*

Voor mensen met dit schema is het uiterst belangrijk om bij anderen een goede indruk te maken. Zij besteden veel tijd en energie aan hun uiterlijk, een goede presentatie, hun sociale status, enzovoort. Daarbij is het niet zo belangrijk om de beste te zijn, zoals bij narcisme, maar veel meer om zich te verzekeren van de lof en erkenning van anderen. Het is voor deze mensen vaak moeilijk om onder woorden te brengen wat ze eigenlijk zelf zouden willen, omdat de mening van anderen en de behoefte aan status en erkenning voor hen op de voorgrond staan.

**Riny: Goedkeuring en erkenning zoeken**

Riny, een 32-jarige advocate, maakt de indruk een zeer gelukkig persoon te zijn. Ze heeft veel vrienden, interessante sportieve en culturele hobby's en een beroepsmatig zeer succesvolle echtgenoot. Ze komt in therapie omdat ze haar leven als volkomen onecht ervaart – innerlijk voelt ze zich oninteressant en inferieur; over haar zeer actieve levensstijl zegt ze: 'Ik voel steeds de druk om altijd bij de interessantste clubs en activiteiten betrokken te zijn, ik moet gewoon daar zijn waar het gebeurt, zodat ik naar buiten toe minstens de indruk wek aantrekkelijk en interessant te zijn, ook al voel ik me vanbinnen helemaal niet zo.'