

Schemagerichte therapie in een klinische setting

Renate Hulshof, Silvia Pol en Miriam Wentink

Schemagerichte psychotherapie is een evidence based psychotherapeutische methode om cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblemen te behandelen. Oorspronkelijk werd deze methode ontwikkeld om individueel psychotherapeutisch te kunnen werken. Als behandelteam in een klinisch psychotherapeutische setting hebben wij deze methode aangepast aan het werken met groepen. Wat milieutherapie en schemagerichte therapie gemeen hebben is het centraal stellen van de mogelijkheid tot hechting en het kunnen experimenteren met nieuw gedrag in een veilige relationele context. De overgang van een psychoanalytisch-psychodynamisch denkkader naar schemagericht werken vroeg van het team een investering in tijd en experimenteren met een andere werkwijze. Het heeft geleid tot groot enthousiasme en tevredenheid van zowel therapeuten als cliënten.

Vanuit de wens om in de kliniek transparanter en meer doelgericht te werken hebben wij ons georiënteerd op de cognitieve gedragstherapie. Wij hebben gezocht naar een helder theoretisch kader waarmee zowel het multidisciplinaire team als de cliënten zouden kunnen werken en dat eveneens past bij het milieutherapeutisch werken. We kwamen uit bij een derde generatie cognitieve gedragstherapie, de schemagerichte therapie van Young. Wat ons in de schemagerichte benadering bijzonder aanspreekt, is het duidelijke en ontschuldigende verklaringsmodel voor de problemen waar cliënten met een persoonlijkheidsstoornis mee worstelen, de toegankelijke taal die gebruikt wordt en de integere, gelijkwaardige en transparante wijze

waarop de werkrelatie gehanteerd wordt. Ook beschrijft Young helder welke leertaken moeten worden doorlopen gedurende de ontwikkeling van het jonge kind naar een gaandeweg volwassen functioneren. De schemagerichte therapie bouwt in haar benadering ruimte in om met deze leertaken aan de slag te gaan en benoemt de therapeutische stijl als *limited re-parenting*. Daarmee wordt verondersteld dat op het niveau van hechting een interventie wordt aangeboden die essentieel is voor verdere ontwikkeling van de cliënt. In de kliniek heeft altijd de overtuiging bestaan dat een cliënt in een nieuwe context, namelijk in een psychotherapeutisch milieu, de gelegenheid kan krijgen alsnog een zekere persoonlijkheidsontwikkeling door te maken.

De belangrijkste interventie die met de klinische setting wordt geboden, is dat een bepaalde mate van hechting tot stand kan komen waardoor cliënten corrigerende ervaringen kunnen toelaten die hen helpen in hun ontwikkeling. Daarmee zagen wij een belangrijke overeenkomst in het milieutherapeutisch werken en de benadering in de schemagerichte therapie. Het milieutherapeutisch werken biedt met het aanbod van verbale en non-verbale therapieën, systeemtherapie en begeleiding in het leefmilieu op de afdeling een breed scala aan mogelijkheden om nieuwe ervaringen op te doen, oude ervaringen een plaats te geven en zodoende te kunnen werken aan de leertaken waar cliënten in gestagneerd zijn. In het multidisciplinair team is onderzocht hoe dit psychotherapeutische referentiekader per discipline uitgewerkt zou kunnen worden. De experiëntiële werkwijze die in de schemagerichte therapie gehanteerd wordt, leent zich goed voor diverse vormen van non-verbale therapie. In systeemtherapie wordt gewerkt aan het doorbreken van oude disfunctionele patronen door het bevorderen van een meer adequate wijze van communiceren en omgaan met elkaar. De sociotherapie heeft baat bij het herkennen van gedragingen als horende bij schema's en modi en heeft daarmee een duidelijk houvast voor het doen van interventies. De aandacht die de schemagerichte therapie heeft voor voorlichting en psycho-educatie vonden we goed passen bij de meer transparante werkwijze die wij nastreefden. Schema's en wellicht nog meer de modi, bieden een goed

model om emotionele problemen van cliënten te plaatsen en tevens aan hen te verduidelijken. Deze werkwijze past beter bij de huidige tijd waarin cliënten het belangrijk vinden goed geïnformeerd te zijn en bereid zijn actief mee te denken over hun behandelproces.

Toch was het overschakelen van het ene naar het andere theoretische model niet steeds eenvoudig. Wat aanvankelijk zeker weerstand opriep, was de terminologie die gebruikt wordt om de verschillende schema's en modi mee aan te geven. De vrees bestond dat het de aandacht zou afleiden van de ervaring en de verleiding zou kunnen bieden om te gaan intellectualiseren. Ook was het vaak ingewikkeld om de stap te zetten van 'anders noemen maar hetzelfde blijven doen' naar werkelijk 'anders doen'. Onbekendheid en onzekerheid met de nieuwe werkwijze en het vertrouwd voelen van oude werkwijzen waren daar zeker debet aan.

Waar het psychoanalytisch-psychodynamische model qua diagnostiek zeer verhelderend is, biedt het echter voor behandeling soms te weinig houvast. Het abstracte theoretische model biedt niet altijd een antwoord op de complexe situaties waar het team, maar ook cliënten gedurende een behandelproces mee worden geconfronteerd. Wij wilden graag werken met een model dat beter zou kunnen aansluiten bij het praktische werk met daarin de alledaagse vragen die opgeroepen worden in het omgaan met cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. De schemagerichte benadering heeft ons hierin een bruikbaar kader kunnen bieden.

Schemagerichte benadering

Een kenmerk van cliënten met persoonlijkheidsproblematiek is dat ze weinig flexibel zijn en een psychische starheid kennen waardoor zij minder openstaan voor verandering. In de literatuur wordt beschreven dat de problemen van deze cliënten veelal van centraal belang zijn voor hun identiteitsbesef (Young e.a., 2005). Het opgeven van deze problemen kan voor hen gelijkstaan aan een vorm van doodgaan; de dood van een deel van het zelf. Dit kan betekenen dat zij, wanneer zij op de proef worden gesteld, zich star, automatisch en soms agressief vastklampen aan wat naar hun mening waar is over henzelf en de wereld. Een ander belangrijk kenmerk van deze cliënten is dat er sprake is van een levenslange verstoring in relaties met belangrijke anderen. Waar de omgang met zichzelf zo verwarrend en moeizaam verloopt, is ook de omgang met naasten verwarrend en conflictueus. Wanneer eigen emoties niet worden begrepen of worden herkend, treden makkelijk misverstanden op in het contact met anderen. Cliënten met persoonlijkheidsproblematiek hebben een aantal psychologische eigenschappen die hen onderscheiden van cliënten met duidelijke symptoomstoornissen en hen minder geschikt maken voor een cognitief-gedragstherapeutische behandeling. De traditionele cognitieve gedragstherapie gaat uit van veronderstellingen over cliënten die vaak niet blijken op te gaan voor cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Tot deze veronderstellingen horen dat

cliënten zich houden aan het behandelprotocol, dat ze gemotiveerd zijn om symptomen terug te dringen, vaardigheden te ontwikkelen en actuele problemen op te lossen. Voor cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblemen geldt echter dat hun motivatie gecompliceerd is, dat zij vaak niet of minder bereid of in staat zijn zich te houden aan de procedures van de cognitieve gedragstherapie en dat zij moeilijk een goede werkrelatie kunnen aangaan. Ook hebben deze cliënten vaak weinig contact met hun emoties en cognities. Zij vermijden verwarrende herinneringen en negatieve gevoelens en gedragingen, en ze gaan situaties uit de weg die juist essentieel zijn om vooruitgang te boeken in hun behandeling. Daar komt nog bij dat ze meer gericht zijn op het ontvangen van troost en begrip van de therapeut, dan op het aanleren van strategieën waarmee ze zichzelf kunnen helpen. De cognitieve gedragstherapie zoals ontwikkeld door Beck, blijkt in de praktijk onvoldoende handvatten te bieden in het werken met mensen met een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling. Deze ervaring met het werken met cliënten met persoonlijkheidsproblematiek heeft Young ertoe aangezet een theoretisch model te ontwikkelen voor persoonlijkheidsontwikkeling dat ontschuldigt, verklaart maar ook uitdaagt om te werken aan het doorbreken van oude patronen en het doorbreken van vermijding ten behoeve van een meer flexibel en beter op de situatie aangepast gedrag. In dit model worden oude denk- en gedragspatronen geïnventariseerd en geplaatst tegen de achtergrond

van vroege ervaringen die het ontstaan van deze patronen ofwel schema's verklaren. Vervolgens worden deze denk- en gedragspatronen vergeleken met de realiteit en uitgedaagd om bijgesteld te kunnen worden naar meer passende patronen van denken en handelen. In deze methode wordt zowel gebruik gemaakt van psychotherapeutische gespreksvoering als van experiëntiële werkwijzen om ruimte te maken voor verandering.

Voorwaarden voor persoonlijkheidsontwikkeling

Er kunnen een vijftal universele basisbehoeften worden beschreven van het menselijk individu waaraan in voldoende mate voldaan moet zijn om te komen tot een gezond volwassen functioneren (Young e. a., 2005). Het gaat allereerst om een veilige hechting aan anderen. Daarbij is veiligheid op zichzelf van belang maar ook stabiliteit, koestering en acceptatie. Vervolgens is ruimte nodig om autonomie te mogen ervaren en een gevoel van competentie en eigen identiteit. Realistische beperkingen en zelfbeheersing zijn belangrijk om te kunnen omgaan met de realiteit en de sociale omgang met anderen niet te schaden of te verstoren. Een basisbehoefte vormt ook de vrijheid om uitdrukking te geven aan gerechtvaardigde behoeften en emoties. Er is ruimte nodig voor spontaniteit en spel zodat ook creativiteit en plezier een plaats kunnen krijgen in het leven. Verondersteld wordt dat deze basisbehoeften voor iedereen gelden maar dat voor

sommige mensen bepaalde behoeften sterker zijn dan voor andere mensen. Wanneer de wisselwerking tussen het kind en diens omgeving optimaal is, ontwikkelen kinderen zich op een gezonde manier op alle vijf gebieden. Maar wanneer deze wisselwerking niet optimaal is en kinderen blootstaan aan schadelijke ervaringen, zijn zij kwetsbaar voor het ontwikkelen van vroege, disfunctionele schema's oftewel rigide patronen van denken. De schema's die het eerst ontstaan en het sterkst zijn hebben meestal hun oorsprong in het kerngezin. Voor een kind is de dynamiek van het ouderlijk gezin veelal de dynamiek van zijn of haar hele wereld. Wanneer volwassenen zich in situaties bevinden die oude onaangepaste schema's oproepen, is het vaak zo dat een drama uit de kindertijd wordt ervaren, meestal een situatie met een van de ouders. Andere invloeden zoals die van leeftijdsgenoten en school, groepen in de samenleving en de omringende cultuur worden belangrijker naarmate het kind opgroeit en kunnen eveneens leiden tot het ontstaan van schema's. Schema's die zich later ontwikkelen zijn echter doorgaans minder indringend en krachtig dan schema's die zeer vroeg ontstaan. Schema's organiseren het emotioneel en gedragsmatig functioneren en liggen aan de basis van chronische psychische problemen zoals angst en depressie en karakterologische problemen zoals persoonlijkheidsstoornissen. Disfunctionele schema's kunnen zich ontwikkelen wanneer er sprake is van vier soorten ervaringen. Het kan allereerst gaan om een onaangename frustratie van

behoefden door tekorten in de vroege omgeving waarbij gedacht kan worden aan verwaarlozing en het ontbreken van goede mogelijkheden tot hechting. Het kan gaan om traumatisering wanneer het kind wordt beschadigd, zoals in situaties van waarin sprake is van mishandeling of misbruik. Het kan gaan om te veel krijgen van iets goeds, wanneer een kind steeds zijn zin krijgt of overmatige zorg ontvangt. Ook kan het gaan om selectieve internalisering of identificatie met belangrijke anderen, wanneer iemand overmatig streng omgaat met zichzelf, en daarbij aansluit bij het strenge deel van ouders. Het temperament van het kind zal bepalen of iemand zich met de eigenschappen van de belangrijke ander identificeert en deze internaliseert. Dat betekent dat de interactie tussen het aangeboren temperament van het kind en de vroege omgeving tot gevolg kan hebben dat basisbehoefden eerder worden gefrustreerd dan bevredigd. Ook maakt dat duidelijk dat er verschillen kunnen bestaan tussen mensen in de mate waarin zij bevrediging van hun basisbehoefden nodig hebben. Binnen de schemagerichte therapie zijn alle interventies erop gericht het individu te helpen zoeken naar adequate manieren om te voorzien in de eigen emotionele basisbehoefden.

Persoonlijkheidsontwikkeling en omgeving

Het doel van schemagerichte therapie is cliënten te helpen zoeken naar adequate manieren om voor zichzelf te zorgen en om

te gaan met de wereld om hen heen. Omdat relationele vraagstukken vaak een centraal probleem vormen, is de therapeutische relatie een van de beste plaatsen waar diagnostiek en behandeling van deze cliënten zich kan afspelen (Young e.a., 2005). De klinisch psychotherapeutische setting biedt een sociaal oefenveld waarin bij uitstek het omgaan met zichzelf temidden van een sociale omgeving centraal staat. Omdat persoonlijkheidsproblematiek zich met name uit in een verstoring van relaties biedt deze setting de mogelijkheid contacten opnieuw aan te gaan, oude gedragspatronen te doorbreken en te experimenteren met nieuw gedrag. In de kliniek gaat de cliënt met zowel de staf als met medecliënten een relatie aan waarin in een veilige omgeving geleerd mag worden. Dat betekent dat cliënten hun disfunctionele schema's tegenkomen en tegelijkertijd begeleiding krijgen aangeboden om te leren anders met een situatie om te gaan.

De besproken basisbehoefden zijn te vertalen naar vijf primaire ontwikkelings-taken:

- verbondenheid met en aanvaarding van anderen
- autonomie, competentie en identiteitsgevoel
- realistische beperkingen en zelfbeheersing
- innerlijke richting en zelfexpressie
- spontaniteit en plezier.

Wij denken dat het klinisch milieu op elke ontwikkelingstaak mogelijkheden biedt om nieuwe, corrigerende ervaringen op te doen. Wij zullen deze mogelijkheden per domein bespreken.

Verbondenheid met en aanvaarding van anderen

Cliënten die wij behandelen voelen zich veelal weinig of helemaal niet verbonden met anderen. Deze hechtingsproblemen manifesteren zich binnen de therapie bij uitstek in de wijze waarop cliënten (al dan niet) contact aangaan met medecliënten binnen hun therapiegroep, de leefgroep en met stafleden. Cliënten sluiten zich af, roepen geen hulp in, ageren spanning uit en stellen geen tot weinig vertrouwen in de beschikbaarheid dan wel bereidheid van de ander om het contact met de cliënt aan te gaan. Vaak is er sprake van angstgevoelens die bij een nabijer contact overweldigend kunnen worden. In de kliniek kunnen cliënten met verschillende mensen ander-soortige contacten aangaan waardoor het contact verdund wordt, niet te dichtbij komt en daarmee de angst die wordt opgeroepen in contact hanteerbaar blijft. Zodoende kunnen correctieve emotionele ervaringen worden opgedaan die een tegenwicht bieden aan tekorten die eerder in het leven zijn opgelopen. Therapeuten geven toelichting op interacties en bieden een voorspelbare en veilige omgeving met adequate grenzen. In deze omgeving kunnen cliënten het eigen gedrag beter leren begrijpen als ook de invloed van eigen gedrag op anderen. Ook kunnen zij leren contact meer toe te laten en de spanning te verdragen die contact met zich meebrengt. Dat kan ertoe leiden dat een cliënt zich gaat hechten en open kan gaan staan voor nieuwe ervaringen. Dit kan leiden tot een begin van vertrouwen in zichzelf en in de ander. Van

belang is dat cliënten voldoende ondersteund worden om te gaan experimenteren met nieuw gedrag. Het experimenteren is een basisvoorwaarde voor cliënten om oude vertrouwde, maar inmiddels disfunctionele, patronen los te laten en ander gedrag aan te durven leren.

In muziektherapie kan het samen beluisteren en maken van muziek verbindend werken. In beeldende therapie kunnen cliënten leren zich gedurende langere tijd te verbinden met de steen die ze bewerken. In het werken met het materiaal ontmoeten zij praktische problemen hetgeen vraagt om het aanvaarden en verdragen van een weerbarstige werkelijkheid. Hiervoor is nodig dat cliënten leren oordeelvrij te kijken naar hun eigen werk en ondanks teleurstelling en frustratie toewerken naar een eindproduct. Het 'worstelen' met een steen kan model staan voor het omgaan met de wereld om zich heen. Denken en gedrag wordt in belangrijke mate bepaald door de context waarin men is opgevoed en leeft. Deze context ofwel het systeem heeft er mede voor gezorgd dat schema's ontwikkeld zijn en in stand blijven. In relatie- en gezinstherapie gaat het om leren functioneler te communiceren. Gezocht wordt naar hetgeen gezinsleden onderling verbindt met erkenning van opgelopen teleurstelling, pijnlijke gebeurtenissen en ervaren tekortkomingen. In groepspsychotherapie kan het onderdeel uitmaken van een groep corrigerend werken op vroegere ervaringen van isolatie en afwijzing. Ook kunnen cliënten vertellen over hun belevingen, mogelijke traumatische ervaringen in het verleden en

hierbij herkenning, aanvaarding en steun ontmoeten van groepsgenoten. Op socio-therapeutisch gebied biedt het deel uitmaken van een grotere leefgroep de ervaring erbij te horen zonder dat een cliënt hier speciaal iets voor hoeft te doen.

Ik heb voor het eerst ervaren sinds de zes jaar dat ik nu in het therapiecircuit zit, dat ik ben blijven eten ondanks dat mijn ouders op vakantie gingen, want de andere vijf jaren stopte ik ermee totdat ze terugkwamen om mijn gevoel van gemis uit te vlakken. Dit jaar ben ik blijven eten en heb mijn gevoelens toegelaten.

Langzaam lukte het me om het even binnen te laten komen als mensen mij probeerden te benaderen en daarmee nam ik het risico dat mensen me zouden kunnen kwetsen. Dit is gepaard gegaan met veel aantrekken en afstoten. Wat ben ik daar ontzettend lang mee bezig geweest. Achteraf gezien was die periode denk ik heel nuttig en heb ik dat echt nodig gehad om inzicht te krijgen in dit gedrag en ook inderdaad niet te veel contact in een keer te hebben, want dit kon ik simpelweg niet verdragen. Iets wat natuurlijk eerder al gezegd was, maar daar wilde ik toen niet aan.

Autonomie, competentie en identiteitsgevoel

Cliënten kennen doorgaans een geringe autonomie en zelfstandigheid hetgeen zich laat zien in sterk vermijdingsgedrag en een grote angst om te falen. Door actief onderdeel uit te maken van een therapie- en leef-

groep en daarin diverse taken en verantwoordelijkheden op zich te nemen dan wel toebedeeld te krijgen kunnen cliënten groeien in hun gevoel van competentie en zelfwaardering.

Identiteitsontwikkeling kan plaatsvinden door zich te leren onderscheiden van groepsgenoten en door in het leefmilieu te verkennen welke normen en waarden bij zichzelf passen. In de diverse groepen leren cliënten te gaan staan voor eigen wensen en behoeften en gevoelens van spanning te verdragen die onvermijdelijk horen bij meer autonoom gedrag. In systeemtherapie gaat het veelal over losmaking, het verbonden kunnen en mogen blijven ondanks het bestaan van onderlinge verschillen. Als voorbeeld kunnen we jonge cliënten nemen die zich moeilijk los kunnen maken van hun ouderlijk gezin omdat ouders de individuele behoeftes van hun kind, anders dan die van henzelf, niet kunnen verdragen. Systeemtherapie kan hen dan helpen om zich gedeeltelijk los te maken van hun gezin van herkomst en op zoek gaan naar een andere wijze van verbonden blijven met hun ouders. In muziektherapie kan het gaan om het vasthouden van een eigen basisritme, het zoeken van aansluiting bij de ander, het durven verschillen, het oefenen met leiding nemen en volgen. In beeldende therapie zijn cliënten bezig met praktische vaardigheden om te leren niet veroordelend te werken, door te zetten en niet op te geven en al doende vertrouwen te ontwikkelen in het eigen kunnen ondanks onvermijdelijke tegenslag. De werkwijze is gericht op het versterken van het probleem-

oplossend vermogen. In de groepspsychotherapie gaat het over zelfstandig ruimte innemen, eigen thema's bespreken, steun vragen maar ook luisteren naar anderen, steun en advies bieden en van betekenis kunnen zijn in het leerproces van anderen. In het uur maatschappelijke re-integratie worden praktische vaardigheden besproken over wonen en werken zodat competenties waar deze zijn achtergebleven gestimuleerd kunnen worden. Het gaat hierbij over goede zelfzorg, het aanpakken van huishoudelijke taken, op orde brengen en houden van financiën, het ontvangen van bezoek, het indelen van vrije tijd, het omgaan met instanties en het langzamerhand innemen van een volwassen positie in de maatschappij.

Ik had me al maanden van te voren druk gemaakt over de wandelvierdaagse vanwege mijn angst voor regen. Van de vier dagen heeft het een hele dag geregend en niet zo'n klein beetje ook. Ik heb toen echt de angst in de ogen moeten kijken en me volkomen nat laten regenen. Ik heb ervaren dat dit minder erg is dan ik dacht en dat er niets ergs ging gebeuren. Ondanks dat ik regen en modder nog steeds niet heel erg leuk vind, ben ik wel blij dat het één keer sterk geregend heeft in die vier dagen, anders was het voor mij geen wandelvierdaagse geweest. Dat ik dat ooit zou zeggen, had ik ver voor de vierdaagse niet kunnen dromen.

Als ik erop terug kijk, denk ik dat al deze hindernissen een grote les voor me waren!

Al deze dingen heb ik overwonnen en ik ben er blij mee en trots op. Het was een moment van kiezen of delen: dus óf me voor altijd door mijn angst laten leiden of mijn angst in de ogen kijken. En op een of andere manier heb ik toch kracht gevonden om niet tegen de angst te vechten, maar om die energie te gebruiken om dingen aan te gaan, al deze dingen te aanvaarden en te voelen. Dat is echt de enige manier om angsten te overwinnen.

Realistische beperkingen en zelfbeheersing
Cliënten hebben vaak moeite zich te conformeren aan regels en grenzen die gelden in de maatschappij. Er bestaat de neiging zich af te zetten en te schoppen tegen alle als onzinnig ervaren geboden en verboden. Om goed te functioneren in de samenleving is het echter nodig dat cliënten leren omgaan met de geldende normen. Hiermee kan bij uitstek geoefend worden in het behandelmilieu. Waarden en normen worden voortdurend, ondermeer in de cliënt-stafbijeenkomst, besproken zodat cliënten zich deze eigen kunnen maken. Cliënten worden in groepspsychotherapie, cognitieve therapie maar ook in de systeemtherapie uitgedaagd om te kijken naar de betekenis van hun gedrag en het effect daarvan op de relatievorming met anderen. Rekening houden met eigen beperkingen, met eisen die de omgeving stelt en jezelf kunnen beheersen om sociale contacten niet te beschadigen, zijn belangrijk om succesvol te kunnen deelnemen aan het sociale leven. Hiermee kan zowel geoefend worden in het leefmilieu als in non-

verbale therapieën waarin het samenwerken – al dan niet met opdrachten – centraal staat. Het aanvaarden van (spel)regels zoals beperkingen in een rooster van therapie-tijden, het regelmatig moeten uitstellen van bevrediging van behoeften, het leren aandacht te delen in een groep, het stapsgewijs toewerken naar het behalen van doelen die verder weg liggen en het verdragen van spanning, frustratie en crises in een milieu waarin mensen regelmatig sterk emotioneel reageren, bieden voortdurend relevante oefensituaties. Duidelijk kan worden dat bevrediging van eigen behoeften soms een negatief effect kan hebben op anderen. Er wordt veel aandacht besteed aan het leren herkennen en respecteren van zowel eigen grenzen als grenzen van anderen. Ook wordt geoefend met assertief opkomen voor zichzelf met behoud van contact met de ander. De regels in het behandelmilieu zijn zodanig opgesteld dat veilig geëxperimenteerd en tijdig gecorrigeerd kan worden. Wanneer gedrag tot ongewenste effecten in het sociale verkeer leidt, worden cliënten ondersteund in het werken aan herstel van contact. Regelmatig worden cliënten in zowel therapie sessies als in het behandelmilieu in hun gedrag begrensd. Op een ander moment kan dan onderzocht worden hoe de overstap gemaakt kan worden van uitleven naar beleven.

Door alles heen ben ik me meer gaan uiten en werd ook mijn zelfrespect en eigenwaarde niet zo vaak meer door mezelf onderuit gehaald. Het cynische was er wel een beetje af, en kwam alleen op als het niet

zo goed ging. Dit werd mijn eigen graadmeter en dat is het nog.

Innerlijke richting en zelfexpressie

Cliënten weten vaak niet wie ze als persoon zijn en wat wel en niet bij hen past. Door samen te leven en te werken met anderen kunnen cliënten een antwoord zoeken op deze vragen. Ze kunnen ervaren dat ze zich mogen ontwikkelen op een manier die bij henzelf past en dat ze niet hoeven te leven naar de verwachtingen van anderen. In het behandelmilieu krijgen cliënten voorbeelden aangereikt van medecliënten als het gaat om keuzes maken ten aanzien van waarden, persoonlijke stijl en uiterlijk maar ook keuzes die het omgaan met familie en vrienden betreffen of het zoeken naar een passende opleiding, werk en woonsetting. Naast medecliënten bieden teamleden meerdere rolmodellen waaraan cliënten zich kunnen spiegelen. Trajectbegeleiding en assessment bieden ondersteuning in het onderzoeken van eigen mogelijkheden en beperkingen ten aanzien van dagbesteding en werk. Cliënten hebben in de behandeling expliciet de ruimte om uit te zoeken hoe zij hun eigen leven willen vormgeven. In systeemtherapie gaat het over het duidelijk maken van eigen wensen en voorkeuren, het achter de eigen mening gaan staan tegenover belangrijke en invloedrijke anderen. Een belangrijk aspect van identiteitsontwikkeling is het leren beleven van eigen gevoelens en daar uitdrukking aan geven. De non-verbale therapieën bieden een scala aan mogelijkheden om via een medium als muziek of beeldende werk zichtbaar en hoorbaar te maken wat

innerlijk wordt beleefd. Bij groepspsychotherapie gaat het over betekenis toekennen aan eigen emoties en ook over het mogen ervaren van eigen emoties en het hebben van eigen behoeften los van de directe omgeving. Het zichzelf beter leren kennen en begrijpen en daardoor eveneens de omgeving beter leren begrijpen, doet gevoelens van vervreemding verminderen en draagt bij aan een functioneler contact en een betere inpassing in de sociale context.

Ook heb ik tijdens de behandeling regelmatig mijn gedachten en ideeën moeten bijstellen. Daarvoor heb ik o.a. bij groepsleden nagevraagd of mijn indrukken en interpretaties van gedrag van anderen klopten. Vaak vul ik gedachten voor een ander in en in de groep heb ik dit gecheckt door mijn gedachten hardop uit te spreken. Deze werden vervolgens gecorrigeerd door de ander.

Ondertussen durfde ik me ook in therapie meer te laten horen. Over mezelf praten in de groep was nog niet echt mogelijk op een normale manier. Cynisch kwam er wel meer dan genoeg uit. Dit was ik gewend.

Spontaniteit en plezier

Cliënten zijn doorgaans vastgelopen in hun overlevingsstrategieën hetgeen zorgt voor een sterk verhoogde spanning en waakzaamheid en bijzonder weinig ruimte voor spontaniteit en plezier. In de behandeling komt het spelenderwijs leren aan bod als cliënten durven experimenteren in de non-verbale therapievormen maar ook in sportactiviteiten. In muziek gaat het om leren

spelen en genieten, bij beeldend gaat het om plezier ervaren en leren trots te zijn op wat tot stand is gebracht. In sport kan kracht ervaren worden, plezier en competitie en samenspel. Het samen beleven van ontspannende momenten in de behandeling en het leefmilieu maar ook het organiseren van en deelnemen aan gezamenlijke activiteiten zoals de wandelvierdaagse en alternatieve dagen kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van het vermogen te spelen en te ontspannen. Een belangrijke rol in de behandeling is weggelegd voor humor en het ontwikkelen van een vermogen tot relativering. Zowel in de groepspsychotherapie als in de systeemtherapie wordt, misschien anders dan soms gedacht, ook het nodige plezier beleefd. In het alledaagse leven wordt ieder geconfronteerd met moeilijke en pijnlijke situaties, cliënten leren dat het belangrijk is om voor tegenwicht te zorgen met behulp van positieve ervaringen. Het zichzelf toestemming geven om aandacht te hebben voor goede en leuke gebeurtenissen, hoe klein soms ook, het bewust organiseren van leuke activiteiten en zichzelf naast alle verplichtingen ook ontspanning toe te staan, maken hier onderdeel van uit.

Met groepsleden kreeg ik een leuker contact. Het contact was per persoon verschillend maar bij iedereen haalde ik iets anders uit het contact. Dit is denk ik wel de grootste verandering. Dat ellendige gevoel van eenzaamheid werd stukje bij beetje wat minder en overviel me minder. Het feit dat ik in staat ben om echt contact aan te gaan geeft mij vertrouwen in de toekomst.

Ervaringen uit de klinisch psychotherapeutische praktijk

In de loop van de tijd zijn we overgestapt van het werken met schema's naar het werken met modi. Het werken met de vele schema's bleek voor zowel behandelaars als cliënten vaak ingewikkeld en ook verwarrend. Het centreren van de behandeling rondom modi betekent werken met datgene wat zich in het directe contact met de cliënt voordoet. Deze werkwijze leende zich beter voor de verheldering van ervaringen die worden opgedaan in een psychotherapeutisch milieu waar voortdurende interacties elkaar snel afwisselen en vragen om eenduidige uitleg en begeleiding. Het werken met schemagerichte therapie biedt ons een coherent, eenduidig en transparant theoretisch kader, hetgeen verbindend werkt in het multidisciplinaire behandelaanbod. Het biedt een ontschuldigend en begrijpelijk verklaringsmodel waar cliënten zich direct in herkennen. Ook biedt de schemagerichte therapie therapeuten en cliënten een gemeenschappelijke taal hetgeen het opbouwen van een werkrelatie kan vergemakkelijken. De woorden die worden aangereikt, helpen cliënten emotionele verstoringen te observeren en te bespreken zodat zij minder met deze verstoringen hoeven samen te vallen.

Het uitgangspunt van de schemagerichte therapie is dat de therapeut middels *limited re-parenting* de cliënt steunt in het verstevigen van de positie van de gezonde volwassene. Zowel de individuele therapeut als de cliëntengroep en de staf als geheel kunnen in het

therapeutisch milieu tijdelijk dienen als adequate ouder, waarbij de cliënt een voorbeeld krijgt aangereikt hoe het als een gezonde volwassene zorg kan dragen voor de eigen emotionele behoeften. In klinische psychotherapie betekent dit dat de staf zorg draagt voor een goede holding, een veilig milieu, duidelijke grenzen en een gelijkwaardig contact waarbij de therapeut zich als een stabiele, voorspelbare en empathische ouderfiguur zal opstellen met vertrouwen in de ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënt. Ook maakt de cliënt mee hoe therapeuten omgaan met onderlinge verschillen en dat deze verschillen kunnen bestaan met behoud van een gezonde relatie. Daarmee wordt een voorbeeld geboden hoe ook cliënten onderling kunnen samenwerken en mogen verschillen van inzichten en mening. Schemagerichte cognitieve therapie heeft veel plaats ingeruimd voor psycho-educatie aan cliënten. Cliënten onderling bieden elkaar meer steun en feedback dan het team als geheel kan bieden. Zij worden daarin mede geholpen door de verheldering die de schemagerichte benadering biedt over gedrag, achtergronden van gedrag en de wijze waarop gewerkt kan worden aan verandering van gedrag.

Tot slot

Het is belangrijk om aan de mogelijkheid van klinische psychotherapie te denken wanneer ingeschat wordt dat een cliënt kan profiteren van een meer intensieve behandeling. Deze therapievorm maakt het

mogelijk dat naast verbeteringen in de coping, meer structurele veranderingen kunnen plaatsvinden. Hierbij kan het gaan om het op gang brengen van een gestagneerde identiteitsontwikkeling, het verbeteren van het zelfbeeld, het versterken van egofuncties en het bijsturen van een gestoorde persoonlijkheidsontwikkeling. Het gaat echter evenzo vaak om het leren omgaan met bestaande beperkingen.

In dit artikel hebben wij willen verduidelijken hoe de klinisch psychotherapeutische setting mogelijkheden kan bieden om te werken aan primaire ontwikkelingstaken die een cliënt leren beter te voorzien in de eigen basisbehoeften, en waardoor klachten en verstoringen kunnen afnemen. Waar vervormde gedachten en inadequaat gedrag van cliënten bijzonder resistent kunnen zijn

tegen verandering, kan de steun maar ook de druk die de klinische setting biedt ruimte maken om te kunnen werken aan psychologische basisthema's die herkenbaar zijn in oude onaangepaste schema's. Het streven is toe te werken naar een situatie waarin een cliënt vaker kan functioneren als gezonde volwassene. Dat wil zeggen dat de cliënt vaker op een goed aangepaste manier kan omgaan met hetgeen iemand tegenkomt in het omgaan met zichzelf, de ander en de wereld om zich heen.

Literatuur

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.