

Groepskracht 13!

Limited reparenting binnen de klinische schematherapie.

Anne-Marie Claassen is psychotherapeut op de afdeling klinische schematherapie, PTC De Viersprong en voorzitter van de Vereniging voor Klinische Psychotherapie.

Dit artikel is een bewerking van mijn voordracht op de studiedag Groepskracht 13! te Ede op 12 maart 2010.

Als je een praatje houdt, moet je vaak eerst zelf iets doen voordat je je op je gemak voelt. Ik doe dat door even op de actualiteit in te springen en contact met de zaal te maken. Zitten ze lekker? Zijn ze vol verwachting? Goede reis gehad? De overstap naar mijn praatje is dan gemakkelijk gemaakt. Schematherapie gaat namelijk over basisbehoeften. En die zijn er altijd en overal. Als schematherapeut ben ik erop gericht om oog en oor te hebben voor deze basisbehoeften en om ervoor te zorgen dat de ander niet tekort komt. Dat deed ik dus ook voor de mensen in de zaal op die vrijdagochtend in Ede.

Voor het omzetten van mijn praatje naar deze tekst heb ik rekening gehouden met de behoeften van de lezers van dit tijdschrift. Dat betekent dat ik meer tekst zal hebben dan in mijn praatje van een half uur, omdat er lezers zullen zijn die nog niets van schematherapie weten en dan ook zeker niet van klinische schematherapie. En de bezoekers van het congres Groepskracht 13! krijgen het allemaal nog eens op een rijtje.

Schematherapie

Jeffrey Young, de grondlegger van de schematherapie, beschrijft dat een mens basisbehoeften heeft en wanneer daar in voldoende mate aan wordt voldaan, zal hij opgroeien tot een gezond volwassen persoon die de tegenslagen in het leven aankan (Young et al., 2005). Door schadelijke ervaringen in de kindertijd leert

een kind op een verwrongen manier de werkelijkheid te snappen en past het zich daaraan aan. Er zijn vier manieren waarop een mens disfunctionele denkschema's kan ontwikkelen.

Frustratie van behoeften: ouders of opvoeders komen het kind te weinig tegemoet in behoeftes als veiligheid, geborgenheid, voorspelbaarheid en stabiliteit.

Traumatisering of slachtoffering: het kind wordt beschadigd in zijn basisbehoeften door bijvoorbeeld emotioneel of seksueel misbruik.

Te veel van het goede: hierbij gaat het om verwaarlozing door verwenning; een kind wordt op zijn wenken bediend en leert geen frustraties te verdragen.

Selectieve internalisering of identificatie met belangrijke anderen: het kind internaliseert en identificeert zich op een selectieve manier met de gedachten, gevoelens, ervaringen en het gedrag van de ouders.

Volgens Young speelt ook het emotionele temperament van een kind een rol in het ontstaan van schema's. Dit is in lijn met de theorie over het ontstaan van persoonlijkheidstoornissen; het gaat over de combinatie van aanleg, omgeving en traumatisering. Young gaat er dan ook vanuit dat sommige mensen gevoeliger zijn voor hechtingtrauma's dan anderen. Zijn visie over de basisbehoeften is een belangrijke onderlegger voor zijn schematherapie. De schematherapie is dan ook ontwikkeld voor mensen met chronische en ingewikkelde As-I problematiek en/of persoonlijkheidstoornissen. Een schema is een herhalingspatroon, een geheel van herinneringen, emoties, lichamelijke gewaarwordingen en cognities dat zich in het hier en nu manifesteert, maar eigenlijk inadequaat is voor de situatie. Wanneer een kind het schema 'verlating' heeft ontwikkeld zal hij of zij in

het heden telkens overstuurd zijn wanneer bijvoorbeeld een vriend niet komt opdagen op een afspraak. Deze emoties worden verdreven door bijvoorbeeld boosheid of afwijzing van de ander. Dit is geen onderdeel van het schema, het is onderdeel van de coping-reactie. Met andere woorden: een mens wil zich niet ongemakkelijk voelen en we zullen er ook alles aan doen om dit uit de weg te gaan, door gedragingen zoals vluchten, vechten of bevriezen. Ook kan een interne oplossing gevonden worden als coping. Een manier om de oude pijnen en patronen niet te hoeven voelen is door in een gemoedstoestand te geraken, een zogenaamde modus. Een modus is een *state of mind*, een emotionele status. Met name bij borderline patiënten kunnen deze gemoedstoestanden (*modi*) snel wisselen, bijvoorbeeld van boos naar verdrietig naar 'niets voelen'.

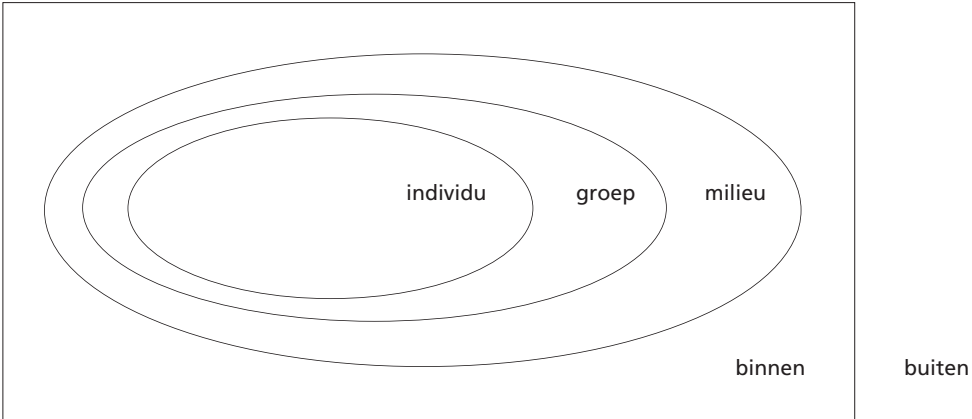
De modus van het kwetsbare kind, daar waar het tekort of de traumatisering voelbaar is, en de modus van de gezonde volwassene zijn belangrijke modi om de therapie te volgen en de schema's te doorbreken. Vanuit de gezonde volwassene is men gemotiveerd om te veranderen en ook zorg te geven aan zichzelf als dat nodig is. Vaak is het echter zo dat de therapeut optreedt als 'gezonde volwassene'; het lukt patiënten niet om zichzelf gerust te stellen of te troosten als ze bij de pijn en het verlies van vroeger stilstaan.

Klinische schematherapie en interventieniveaus

Klinische schematherapie is de schematherapie van Young vertaald in een (dag)klinische setting. (Muste et al.,

voor elke (dag)klinische setting worden gebruikt.

Het model geeft aan dat het individu onderdeel is van de groep en dat de groep weer onderdeel is van het milieu. Het milieu is het geheel van de



2009). Young behandelt zijn patiënten individueel. De traditie in Nederland is dat patiënten vaak in een groep behandeld worden. Om de vertaalslag naar een (dag)klinische setting te maken is er allereerst een visie nodig op de doelgroep en de setting met daarin de bijbehorende basisbehoeften (Claassen, 2009). In het *Handboek Klinische Schematherapie* (Muste et al., 2009) wordt aan de hand van onderstaand model een kapstok gepresenteerd om in kaart te brengen op welke niveaus er interventies kunnen plaatsvinden. Deze verschillende interventieniveaus zijn niet specifiek voor de klinische schematherapie, maar kunnen als *format*

groepen, staf, gebouwen en de overeengekomen regels. Met binnen en buiten in het model wordt aan de ene kant binnen en buiten de regels bedoeld, en aan de andere kant het fysieke binnen en buiten; binnen verwijst dan naar in de kliniek en buiten verwijst dan naar thuis.

Casus: de therapeut als surrogaatouder *Laura is een vrouw van 32 en komt naar de kliniek met depressieve klachten en borderline problematiek. Ze heeft met name klachten op het gebied van onstabiele relaties, heftige stemmingswisselingen en eetproblemen.*

Vader heeft zich gesuïcideerd in een ruzie met moeder toen patiënte twee jaar oud was. Haar zus was toen vier jaar. Moeder wordt omschreven als een onstuimige vrouw die na de dood van vader meerdere relaties had, onstabiele relaties met geweld. Er worden daarna nog twee kinderen geboren, beiden van een andere vader.

Patiënte kende geen veilige plek. Moeder was er voor haar gevoel altijd op uit om haar te kwetsen en te stangen. 'Doe wat ik zeg anders mag je niet naar oma'. Oma was nog redelijk veilig, maar oma gaf vaak de boodschap 'wees nou maar lief voor je moeder'. Moeder gaf patiënte de schuld van alles wat er mis ging. Ze hoort vaak haar moeder als modus (bestraffende ouder) in haar hoofd: 'het is jouw schuld, je bent voor het ongeluk geboren.' Ze herinnert zich haar verzet, wat vaak resulteerde in een vechtpartij met moeder. Op haar zestiende werd ze met haar zus uit huis gezet en moest ze zich verder zelf redden. Sinds moeder en halfzus met een schandaal in de krant stonden, heeft Laura geen contact meer met hen. Laura is veel basisveiligheid tekort gekomen. De therapie was hier dan ook op gericht. In de zitting voor mijn zwangerschapsverlof en (gelukkig) ook een van haar laatste zittingen in de klinische behandeling vertelde ze dat ze met haar zus naar de musical Ciske de Rat was geweest. Huilend had ze daar gezeten en haar zus had het ook beaamd: zij was Ciske. In de zitting

hulde ze op het moment dat ze zei dat ik voor haar Tante Jans was, de nieuwe vrouw van de vader van Ciske en ook zwanger. Ik gaf haar terug dat dit zo knap was, gezien haar voorgeschiedenis. Het beperkte herouderen was gelukt.

Verschillen tussen schematherapie en klinische schematherapie

Naast natuurlijk het verschil in setting tussen de twee therapiestromingen is er in de klinische schematherapie nog meer een keuze gemaakt om de therapietaal simpel te houden. Reden daarvoor is dat er meer mensen dezelfde taal moeten spreken. Een belangrijk verschil is dat Young vijf basisbehoeften beschrijft en de klinische schematherapie werkt met zes basisbehoeften. In zijn boek uit 2005 heeft Young twee basisbehoeften, namelijk veiligheid en verbondenheid, samengenomen en deze 'veilige hechting aan anderen' genoemd. In het werken met groepen en milieu is het belangrijk om de twee begrippen naast elkaar te laten bestaan. Veiligheid en verbondenheid werken samen maar kunnen ook als aparte basisbehoeften worden benoemd, bijvoorbeeld door het creëren van een veilige plek in het milieu.

Sinds zijn boek uit 2005 zijn er meer schema's bijgekomen. Young heeft het nu over achttien schema's die, als ze vertaald worden in het Nederlands, erg

moelijk te hanteren zijn in het dagelijkse sociale verkeer. Zo spreekt men in de klinische schematherapie over het schema 'emotionele geremdheid' in plaats van 'emotionele inhibitie'. Tevens is gekozen voor het werken met vijftien schema's. In de klinische schematherapie is er bovendien voor gekozen om ook te werken met de modus van het blijde kind. In een klinische setting zijn er veel mogelijkheden om patiënten te laten spelen, iets wat ze mogelijk nooit hebben kunnen doen in hun vaak onveilige leven.

De therapeutische relatie

Vanuit zijn visie op de basisbehoeften beschrijft Young het belang van de (therapeutische) relatie: patiënten die tekort zijn gekomen in hun basisbehoeften zullen dit in de relatie vooralsnog kunnen krijgen op een wijze die 'voldoende genoeg is'. Hij ziet de therapeutische relatie als *tegengif* voor de schema's van de patiënten. Hij beschrijft drie belangrijke kenmerken van deze therapeutische relatie. De eerste is de empathische confrontatie. Empatisch confronteren betekent dat de therapeut begrip toont voor het bestaan en ontstaan van schema's en daarnaast de patiënt confronteert met de noodzaak tot verandering: 'Vanwege het feit dat jij in je jeugd geen veilige omgeving hebt gehad, heb je ervaren dat niemand te vertrouwen is. Daardoor is het schema 'wantrouwen / misbruik' ontstaan. Als kind heeft dit je soms kunnen

beschermen tegen verdere teleurstellingen maar nu je volwassen bent, zorgt het schema ervoor dat je mensen op een afstand houdt en je je daardoor vaak alleen voelt.'

Een tweede belangrijk aspect van de therapeutische relatie is de *limited reparenting*; het beperkte herouderen. De therapeut biedt, binnen de grenzen van de therapeutische relatie, datgene waar de patiënten als kind behoefte aan hadden. Voor de therapeut betekent dit dat hij de behoeften van de patiënt in balans brengt met zijn eigen beperkingen en dat hij als voorbeeld dient voor het stellen van gezonde grenzen. De therapeut is een rolmodel ('gezonde volwassene') en schat in wat de tekorten zijn om deze daarna binnen de bestaande mogelijkheden tegemoet te komen ('*good enough parent*'). Dus afhankelijk van de tekorten, vanuit het unieke verleden van de patiënt, past hij de *reparenting* toe als tegengif. Dat betekent ook dat er voor elk tekort een andere houding of andere dosering nodig is. Iemand met tekorten in het basisgebied veiligheid zal meer sturing van de therapeut nodig hebben terwijl iemand die bezig is autonomie te ontwikkelen juist wat meer ruimte nodig heeft om te experimenteren. Het tegengif is dus zeer belangrijk, maar juist in een groep is het moeilijk om dit goed te doseren.

Tot slot schrijft Young dat de therapeutische houding betrouwbaar, stabiel en voorspelbaar moet zijn, met oprechte compassie.

Casus: de groep als voorbeeld
Martine heeft het schema 'wantrouwen / misbruik' naar aanleiding van nare ervaringen in haar pleeggezin. Hier werd ze ook misbruikt door haar pleegbroer. Stefanie is sinds twee weken in de groep, ook zij heeft een misbruikverleden. Ze heeft haar moeder nooit verteld dat ze door haar vader is misbruikt. Haar ouders zijn inmiddels vijf jaar gescheiden.

In de huiswerkzitting is Martine boos op de therapeute over van alles en nog wat: 'het is gewoon te onveilig om verder te werken'. Alles wat de therapeute zegt is verkeerd. Martine zit in de modus 'boos kind'. Tegen het einde van de zitting vraagt een groepsgeenoot wat ze als nieuw huiswerk heeft geformuleerd op haar huiswerkformulier. 'Gewoon hetzelfde: ik hou het veilig en ga verder met het misbruik.' De groep wordt wat rumoerig, mensen gaan zitten draaien. Dan durft Francien te zeggen dat Martine de laatste tijd wel veel doet om het onveilig te maken: ziek zijn, ruzie maken, uit het contact gaan. Het lijkt wel alsof het voordelen heeft om maar niet aan de slag te gaan. Martine wordt stevig geconfronteerd, waarop Stefanie, die nog maar net in de groep zit, begint te huilen. Martine geef zich wat gewonnen, zo wil ze het ook niet doen, ze weet wel hoe ze het veilig moet maken en heeft direct een aantal tips en adviezen voor Stefanie. Zij geef op haar beurt terug dat het fijn is dat er mensen zijn die al verder zijn en waar ze wat van kan leren.

Limited reparenting: de uitdagingen

Het zal duidelijk zijn dat de therapeutische houding van de schematherapeut niet zo makkelijk uitvoerbaar is als het in eerste instantie lijkt. De complexiteit van een klinische setting maakt het inzetten van de therapeutische relatie als tegengif een uitdaging, niet in de laatste plaats omdat er meerdere therapeuten zijn die vanuit hun verschillende disciplines de relatie met de patiënten vormgeven. Het discussiëren over wat goed is voor de patiënt kan conflicteren met de behoeften van de groep als geheel. De behoefte van een groep is om compleet te zijn of dat iedereen hetzelfde wordt behandeld. Maar soms is het voor de individuele patiënt nodig om een time-out te nemen of even extra individuele aandacht te krijgen van de therapeut. De uitdagingen op het gebied van de *limited reparenting* in een klinische setting liggen in flexibiliteit, zorgen in plaats van redden, invullen van behoeften in plaats van opleggen, oog houden voor de groepsdynamiek en het goed zijn in de zin van goed genoeg.

Daarnaast zal er door intervisie ook zicht gehouden moeten worden op de teamdynamiek (Janzing, 2009). Een team kan ook schema's hebben. Een gevoel van verwaarlozing door het management zou bijvoorbeeld kunnen uitmonden in te hard gaan werken voor de patiënten om daar de waardering vandaan te halen. En wanneer er sprake

is van een wantrouwend team kan dat resulteren in ernstige conflicten met het management; er is dan immers nooit een vertrouwen dat de ander goede bedoelingen heeft. Een ander voorbeeld is het team met schema 'minderwaardigheid'. Dit team zal zich door het gevoel van tekortschieten gaan isoleren. Geïsoleerde teams ontberen scholing of contact met de andere teams waardoor de kwaliteit van de zorg onder druk kan komen te staan zodat ze dan ook daadwerkelijk tekort gaan schieten.

Een manier om *reparenting* vorm te geven in de klinische setting is milieu-therapie, waarbij het milieu wordt aangewend als therapeutisch middel. De patiënten kunnen taken hebben. In een klinisch programma is dat bijvoorbeeld de kas bijhouden, koken of deelnemen in de activiteitencommissie. In het deeltijdprogramma kan het bijvoorbeeld gaan om de lunch klaarzetten en het opruimen van de woonkamer. In deze taken komen de patiënten hun mogelijkheden en beperkingen tegen, dus ook hun schema's.

Casus: het milieu als gezonde volwassene

Thomas is een jongen van twintig jaar en wordt verwezen vanwege ernstige separatie-individuatieproblematiek.

Daarnaast heeft hij een delict gepleegd met een groep vrienden. Hij claimt dat hij dit deed omdat hij erbij wilde horen. Hij is vanaf zijn kindertijd vaak ziek

geweest en moeder heeft veel voor hem gezorgd. Moeder was er altijd voor hem.

In de kliniek werd Thomas geconfronteerd met het feit dat de staf niet altijd voor hem klaar stond. Hij loste het op door overal en altijd iedereen aan te klampen. Zijn groepsgenoten waren hem vaak zat, zeker als ze hem hetzelfde verhaal hoorden doen tegen een ander. Thomas probeerde geregeld onder zijn taken uit te komen; hij was ziek of kon het niet. De groep begon hem te labelen als onbetrouwbaar en plakkerig. Nadat hij betrapt was op het vertellen van een leugen, werd hij definitief uitgestoten en kwam niet meer terug na het weekend.

In het eindgesprek had ik moeder meegevraagd in de hoop tot een gezamenlijke analyse te kunnen komen. De indicatie was wat mij betreft een goede geweest. Na veel boosheid van moeder kunnen we komen tot de analyse dat de overgang van het warme nest thuis naar de verantwoordelijkheden op de kliniek te groot was. Normaliter zou moeder in de beginfase bij de behandeling betrokken zijn geworden, maar doordat Thomas vermeed dit in gang te zetten en dit bleef vermijden in tijden van therapeutenwissel is dit niet van de grond gekomen. In het afscheid wordt moeder plots emotioneel en geeft ze toe dat voor één ding de opname wel goed was geweest: ze kon waarderen dat haar zoon op de kliniek had leren aardappels schillen.

Conclusie

Patiënten met schema's krijgen op vele wijzen in een (dag)klinische setting *tegengif* toegediend. Dit *tegengif* in het hier en nu dient om schema's te verdrijven zodat patiënten in contact met anderen hun ontstane tekorten in de basisbehoeften zover mogelijk toch kunnen bevredigen. De (dag)klinische setting, waar veiligheid en verbondenheid goed te stimuleren zijn, is dan ook een uitstekende setting om de *limited reparenting* vorm te geven. In dit

artikel is een aantal voorbeelden gegeven van mogelijkheden voor deze *reparenting*. Zowel de therapeut en de staf als geheel, maar ook de patiëntengroep en het milieu kunnen fungeren als surrogaatouder, als voorbeeld of als gezonde volwassene die goed genoeg is om de basisbehoeften aan de patiënten begrenst aan te bieden. Het *tegengif* in de (dag)klinische schematherapie zit dus overal, in elke relatie. En daarom beweer ik dat de kracht van de groep effectiever is dan de interventies van een enkele therapeut.

	Therapeut / staf	Groep	Milieu
Surrogaat ouder	X	X	X
Voorbeeld	X	X	X
Gezonde volwassene	X	X	X

Ampullen met *tegengif* in de (dag)klinische setting

Literatuur

Claassen, A.M.T.S. (2009). De rol van het team. In: Muste, E.H., A. Weertman en A.M.T.S. Claassen (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Janzing, C. (2009). *Samenhangend behandelen in de GGZ*. Assen: Van Gorcum.

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