

De kortdurende 1-daagse schematherapiegroep

Michiel van Vreeswijk is klinisch psycholoog en directeur van psychomedisch centrum G-kracht. Hij is hoofddocent diagnostiek bij de RINO Groep, onderzoeker en auteur van verschillende artikelen en boeken over schematherapie.

Nicole op 't Veld is klinisch psycholoog bij G-kracht en P-opleider bij de Viersprong, landelijk centrum voor persoonlijkheidsproblematiek. Ze is voorzitter van de Sectie GGZ van het N.I.P.

Corry is een vriendelijke, sociale en goedverzorgde vijftiger. Ze werkt als kraamverzorgster, maar is uitgevallen wegens somberheid en angstklachten. Corry meldt zich aan omdat ze vaker last heeft van somberheid en angstgevoelens en merkt dat haar relatie met haar tweede man ook niet lekker loopt. Ze heeft kinderen uit een eerder huwelijk, maar met één van hen is er geen contact meer vanwege een heftige ruzie. Ze vindt dit naar, maar ze zet zich erover heen, omdat haar dochter nu eenmaal deze keus gemaakt heeft en zij daar niets meer aan kan veranderen. In haar verleden is Corry misbruikt op jonge leeftijd en heeft ze een periode van promiscuïteit gekend. Eerdere hulpverlening is vooral steunend geweest.

De 1-daagse schematherapiegroep is een groepstherapie die uit creativiteit, passie en nood geboren is. Steeds ontstonden er binnen G-Kracht psychomedisch centrum lange wachtlijsten als het ging om schematherapie. Kortdurende schemagroepstherapieën van anderhalf uur (bijv. de schema-CGT-groep;

Van Vreeswijk & Broersen, 2013a, b) en drie uur (experientiële technieken en schema MBCT; Van Vreeswijk, Broersen & Schurink, 2009) worden al ambulantly door ons gegeven. Het idee om een beperkt aantal keren (bijvoorbeeld acht keer) wekelijks een hele dag (van 9-16 uur) schematherapie aan te bieden leek te passen bij de periode waarin we deze groep voor het eerst aanboden, de zomervakantie. Daarnaast gaf het ons de tijd en ruimte om alle modules die wij met betrekking tot schematherapie op de plank hadden liggen parallel aan te bieden in een groepstherapie.

De groep is bedoeld voor volwassenen (18-65 jaar) met in de diagnose (trekken van een) persoonlijkheidsstoornis of moeilijk te behandelen complexe As-I stoornissen. Mensen die dus al langere tijd en structureel problemen hebben en vaak al behandeling hebben gehad die onvoldoende is aangeslagen.

Na aanmelding, meestal vanuit de eerste lijn of vanuit een GGZ-instelling in de omgeving, vindt er een intakegesprek

plaats. Dit gesprek wordt door beide groepstherapeuten gevoerd. Voordat het gesprek plaatsvindt, heeft de patiënt al een folder gekregen met informatie¹. Daarnaast heeft de beoogde groepsdeelnemer al een aantal lijsten ingevuld, te weten de schemavragenlijst (Sterk & Rijkeboer, 1997), de modivragenlijst (Young et al., 2007) en de BSI (brief symptom inventory; Beurs, 2008)). Deze instrumenten worden gebruikt om zicht te krijgen op de problematiek, maar ook om te evalueren; halverwege en aan het einde van de behandeling.

Klachtenpatroon

Tijdens het intakegesprek wordt aandacht besteed aan het klachtenpatroon van de patiënt. Daarnaast wordt gekeken naar de persoonlijkheidsstructuur en wordt onderzocht of de patiënt goed zou kunnen functioneren in een groep. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd naar eerdere ervaringen in (sociale) groepen, naar relaties tot andere mensen en in het gesprek wordt een aantal proefinterventies gedaan om de stevigheid van de patiënt in het contact te onderzoeken. Ook door het voeren van het intakegesprek door beide behandelaren samen (daar waar mogelijk), ontstaat een beter zicht op hoe de patiënt om kan gaan met meerdere invalshoeken en manieren van doen. Soms blijkt al in het gesprek dat contact, of een veelheid van contact, moeilijk te verdragen is voor een patiënt. En soms blijkt het uit mailcontact achteraf, waarin de patiënt aangeeft het moeilijk gevonden te hebben.

Contra-indicaties voor deze groepstherapie zijn psychose, de aanwezigheid van een volledige anti-sociale of narcistische persoonlijkheidsstoornis en lichamelijk disfunctioneren wat het onmogelijk maakt om een hele dag in een dergelijke setting te verblijven. De ervaring leert dat de aanwezigheid van PDD-NOS, middelennisbruik of dissociatieve verschijnselen geen contra-indicatie hoeven te zijn. Wel dienen de doelen van de therapie hierop aangepast te worden. Er wordt dan meer aangestuurd op gedragsmatige verandering en het herkennen van triggers en het trainen van reacties hierop.

Indien akkoord volgt er een adviesgesprek waarin het behandelaanbod uitgebreid wordt besproken en wordt met de patiënt nogmaals gekeken naar de scores op de verschillende vragenlijsten.

Corry komt op tijd voor het intakegesprek. Ze maakt een vlotte indruk en vertelt gemakkelijk. Ze lijkt zich wat af te sluiten van haar gevoel. Ze scoort betrekkelijk laag op huidige klachten zoals gemeten met de BSI en in de schema's komen Wantrouwen en Zelfopoffering op de voorgrond te staan. Ook staat in haar modi de Willoze inschikkelijke voorop. Tijdens het gesprek kan ze wel vertellen hoe dit werkt. We spiegelen haar voor dat ze de kans loopt de 'moeder' van de groep te worden en dat wij haar, gezien haar schema's, hierop zullen aanspreken. Daarmee gaat ze akkoord. Als proefinterventie wordt gewerkt met een korte confrontatie over het verschil in uiterlijke presentatie en geschiedenis en klacht-

¹ Voor voorbeeldfolder zie

http://www.gkracht.com/userfiles/Schemagroepstherapie_patientenvoorlichtinb_2010.pdf

niveau. Corry presenteert zich zeer aangepast, beleefd en beschaafd. Aan de rand van haar blouse is een tatoeage zichtbaar, die niet past bij de wat conservatieve en aangepaste attitude die wordt gezien. Aan Corry worden deze twee observaties voorgelegd en gevraagd of het klopt dat ze twee kanten heeft. Eentje die aangepast, beschaafd en wat conservatief is en een tweede, mogelijk wat wildere, rebelse kant. Ze vindt deze confrontatie spannend, maar herkent wat er gezegd wordt.

Het doel van de groep is het inzichtelijk maken en veranderen van structurele disfunctionele gedragspatronen en gedachten en het op een meer adequate wijze omgaan met affect en met relaties. Naast schema's en moditriggering in verschillende levensgebieden komen ook thema's aan bod als wensen en behoeften, zelfbeeld, beeld van anderen en de wereld en acceptatie versus berusting.

Wederkerigheid beleven

Het accent van de groepstherapie ligt in het hier en nu. Er is betrekkelijk weinig aandacht voor het verleden van de patiënt en het ontstaan van de disfunctionele schema's. Veel meer ligt de aandacht op het inzichtelijk maken van het bestaan van de verschillende schema's en modi en het doorbreken van deze patronen (of het in ieder geval zichtbaar maken van de mogelijkheid om de schema's en modi te doorbreken). Uitzonderingen zijn de sessies die zich in het bijzonder richten op imaginatie-

oefeningen met rescripting, historisch rollenspel en schema-mindfulness voor pijnlijke gebeurtenissen uit het verleden.

Een belangrijk subdoel is, zoals eigenlijk in iedere groepstherapie, het beleven van wederkerigheid in het contact. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek hebben vaak moeizame relaties of soms zelfs helemaal geen relaties. Het weer voelen van steun, erkenning en het erbij horen is een belangrijk, niet te onderschatten doel van groepstherapie.

De taak van de groep is passend bij het doel. Van de groep wordt verwacht dat ze met elkaar in gesprek gaan over wat ze beleven in en buiten de groep en daarbij steeds proberen contact te houden met zichzelf en met de ander. Samen zetten ze een veilig groepsklimaat neer waarin het mogelijk is om je kwetsbaar op te stellen. De groepstherapeuten bekrachtigen zelfonthullend gedrag, leggen verbindingen tussen verschillende groepsleden (vergroten van de herkenning en daarmee de verbondenheid) en stellen grenzen als de openheid te overweldigend lijkt te worden voor andere groepsleden.

Corry kiest de pauzemomenten van de groep uit om haar 'moederrol' vorm te geven. Ze helpt de therapeuten met de koffie en thee en zorgt dat iedereen krijgt wat hij of zij verlangt in de pauze. Op deze manier pakt ze zelf geen rust. Het gedrag wordt eerst door de groepstherapeuten benoemd, waardoor ook de groep het gaat herkennen. Op een later moment wordt dit gedrag uitgebreider besproken in de groep

en gaat ze oefenen met ander gedrag, bijvoorbeeld het vragen van steun bij anderen en het proberen zaken los te laten en kijken of anderen ze dan oppakken. Dit brengt rust en vertrouwen bij haar.

De groep vindt plaats op de hoofdlocatie van G-kracht in Delft. De groep heeft een groepskamer waarin lijnen aan de muur zijn gespannen. Aan deze lijnen hangen elke sessie de flappen van de patiënten. Dit zijn grote vellen papier op A1-formaat met daarop van ieder groepslid de drie belangrijkste schema's en modi zoals deze uit de vragenlijsten naar voren zijn gekomen. Elke sessie wordt de groepsleden gevraagd op de flappen aan te geven, met een cijfer tussen de 1 en de 10, in hoeverre ze met hun schema's en modi bezig zijn geweest. In de ruimte is verder papier (A4 en A3), tekenmateriaal, een cd-speler en een spiegel voor handen. Er staat een videocamera opgesteld om de sessie op te nemen. Andere rekvisieten worden per keer door de therapeuten meegenomen, zoals ballonnen, jongleerballen, kralen, knoopjes of touw. De groepsleden beschikken verder allen over het boek *Mindfulness en schematherapie; een praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek* (van Vreeswijk, Broersen & Schurink, 2009) en een klapper met daarin aanvullend schematherapiemateriaal (bijv. de schema-IPT-module, van Vreeswijk & Broersen, manuscript). Per keer worden kopieën uitgedeeld van andere oefeningen, die ook weer in de klapper kunnen. Soms wordt er voor een oefening met de hele groep, of soms ook individueel

(bijvoorbeeld bij de oefening 'met aandacht lopen' van de mindfulness) uitgeweken naar buiten.

Evaluatie

Evaluatie vindt halverwege en aan het einde van de groep plaats. De groepsleden vullen halverwege de groepstherapie opnieuw de vragenlijsten in en hebben dan ieder een individueel gesprek van een half uur met de groepstherapeuten waarin de therapievooruitgang, mede aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijsten, en hun doelen nog eens worden doorgenomen en eventueel bijgesteld. De uitkomsten van dit gesprek brengen de groepsleden in de eerstvolgende groepsessie terug in de groep. Besproken wordt wat ze van elkaar nodig hebben om nog meer aan hun doelen te kunnen werken. Aan het einde, net voor de tweede follow-up, vullen de groepsleden opnieuw de vragenlijsten in en hebben ze een eindevaluatie, wederom met beide therapeuten. In dit gesprek wordt gekeken wat de therapie-uitkomsten zijn en of er nog een hulpvraag is. Daarna is de laatste groepsbijeenkomst. Niet alleen nemen de groepsleden voor het laatst afscheid van elkaar, ook bespreken ze hoe ze verder gaan; ontslag van behandeling, een vervolgbehandeling bij G-kracht of behandeling elders.

Het is de eerstvolgende sessie na de tussentijdse evaluatie en de groepsleden hebben individueel, mede aan de hand van vragenlijsten, een evaluatie gehad met de groepstherapeuten. Hun voortgang en aan-

dachtspunten voor de rest van therapie zijn besproken. In een open groeps gesprek bespreken de patiënten hun uitkomsten en waar zij verder aan gaan werken. Corry vertelt in de groep dat zij hoger is gaan scoren op de vragenlijsten, maar merkt tegelijk op dat ze vooruit gaat. Ze is zich meer bewust geworden hoe zij zich voortdurend uit de naad werkt voor iedereen en is dat nu minder aan het doen. Jan, een medegroeps lid, vraagt aan haar hoe de groep haar de komende sessies nog kan helpen bij deze veranderingen. Corry vindt dat spannend en haar eerste reactie is dat niemand haar hoeft te helpen. Veronique begint te lachen. Wanneer Corry verbaasd vraagt waarom zij lacht, zegt Veronique dat zij bij Corry herkent hoe gemakkelijk je terugstapt in een oude automatische reactie. Jan vult het meteen aan door tegen Corry te zeggen dat zij alles weer zelf wil doen, terwijl zijn vraag was hoe hij en de rest van de groep haar kan helpen. Er ontstaat een groeps gesprek over hoe moeilijk het is om anderen toe te laten, stil te staan bij eigen wensen en behoeften en hoe schema's en modi snel getriggerd kunnen worden.

De groep werkt elke sessie volgens een vooraf gedeelde opbouw. De groep begint en eindigt altijd met een korte (schema-) mindfulnessoefening, hiervoor wordt in het begin een simpele ademhalingsoefening gebruikt, in een later stadium kan het stilstaan bij de afgelopen periode worden toegevoegd. Vervolgens wordt in de eerste anderhalf uur begonnen met het terugkop-

pelen van het huiswerk en het bespreken van de motivatie voor de dag die komt. In dit gedeelte wordt verder gewerkt met mindfulness door een oefening uit het boek of van de cd te doen. Na een korte koffiepauze wordt verder gewerkt met de schema-IPT-module. Hierin wordt gewerkt met sociogrammen waarin de groepsleden hebben opgeschreven welke schema's en modi geactiveerd worden in welke relatie (buiten de groep, maar ook in de groep) en worden oefeningen gedaan (bijvoorbeeld rollenspellen).

Tijdens de lunch, die door de therapeuten in het kader van limited re-parenting wordt verzorgd, kunnen de groepsleden gezamenlijk in een aparte ruimte eten om de binding van de groepsleden onderling te versterken. Na de lunchpauze wordt er verder gegaan met de experiëntiële module. Hierin wordt bijvoorbeeld gewerkt met imaginatie van de veilige plek, imaginatie van de Gezonde volwassene en het Blijde kind en imaginatie met rescripting. De imaginatie-oefeningen worden vaak gevolgd door een tekenopdracht over wat patiënten beleefd hebben tijdens de oefening. Dit om het accent te leggen op de (emotionele) beleving en het *praten over* te verminderen. Patiënten worden uitgenodigd om iets te zeggen over wat er door ze heen ging, maar ook bijvoorbeeld om lichamelijke sensaties uit te spreken, om zo meer contact te krijgen met het gevoel. Het historisch rollenspel waarbij zaken uit het verleden worden nagespeeld door de groep en de Gezonde volwassene een helpende plek krijgt en de meerstoelentechniek; het wegsturen van de

Straffende ouder/ Veeleisende ouder zijn vaste onderdelen in het 1-daagse programma. Na een volgende pauze volgt het schema-CGT-gedeelte waarin wordt gewerkt met schema-uitdaagtechnieken en schema-ontkrachtende gedragsexperimenten.

Speelse kanten

De therapeuten geven het goede voorbeeld door mee te doen of hun speelse kant te laten zien. Ook in de interactie tussen de therapeuten wordt duidelijk dat er ruimte is voor een grapje of een speels moment op zijn tijd. Deze modeling helpt de groep om een prettige plek te creëren.

Binnen de sessies worden de groepsleden steeds weer gewezen op hun schema's en modi. Oud gedrag, de zogenoemde automatische piloot, wordt steeds benoemd en als thema genomen om te doorbreken. Dit doen de therapeuten bijvoorbeeld door druk pratende patiënten die niet stil staan bij hun gevoel stil te zetten of zij die het moeilijk vinden om tijd te vragen ruimte te bieden in de creatieve onderdelen. Steeds is de houding 'je mag en kan veranderen, maar het hoeft niet!'. Acceptatie is een belangrijk onderdeel van de therapie. Je mag ook besluiten dat je bent zoals je bent en dat je daar tevreden mee kunt zijn. Klagen over zaken die je niet wilt veranderen of accepteren is echter wel een probleem. Steeds wordt er met de patiënt samen gekeken naar waar de mogelijkheden liggen en waar de verantwoordelijkheid van de patiënt zelf ligt.

Het is stil in de groep in de tijd die er is voor het open groeps gesprek. Eén van de groepstherapeuten vraagt zich hardop af of er iets gebeurd is in of buiten de groep waardoor iedereen zo stil is. Het blijft stil en de co-therapeut vult aan met de vraag: 'Is er iets dat jullie nodig hebben als groep?' Corry begint aarzelend iets te zeggen en doet dat richting de therapeuten, die Corry vervolgens uitnodigen om het verhaal niet tegen hen te vertellen, maar tegen de hele groep. Geleidelijk aan reageren groepsleden op Corry haar verhaal en komt er een groeps gesprek op gang waar iedereen aan meedoet.

De groep is semi-gestructureerd. Er zijn vrije gespreksmomenten, maar de therapeuten bewaken steeds helder de tijd en letten erop dat er vooral veel geoefend en actief gewerkt wordt en niet alleen maar gepraat. De therapeuten verlaten gedurende een oefening regelmatig de ruimte. Als bijvoorbeeld de groep gevaagd wordt hun schema's te tekenen, wordt hen daar een kwartier de tijd voor gegeven en verlaten de therapeuten de ruimte om de veiligheid en het terug kunnen trekken in de eigen beleving te stimuleren.

De eerste groep die we gegeven hebben kwam in totaal acht keer (in een wekelijkse frequentie, met een enkele uitzondering in verband met vakanties) bij elkaar op een vaste dag van 09.00-16.00 uur. Na deze acht keer is er een korte onderbreking van drie weken waarin er een individuele tussenevaluatie plaats vindt. Daarna volgen nog twee wekelijkse bijeenkomsten. Na

deze tien sessies zijn er twee follow-upsessies, telkens een maand na de vorige sessie, die elk drie uur duren. In deze sessies wordt voornamelijk gebruikgemaakt van eerder geoefende technieken en wordt aandacht besteed aan terugvalpreventie. Het is in deze follow-upfase niet de bedoeling dat nieuwe gebeurtenissen worden aangehaald of nieuwe technieken worden toegepast. Eventuele conflicten of (te grote) emotionele uitingen worden door de therapeuten uit het groepsproces gehaald door spanningen naar zich toe te trekken of te normaliseren. Tussen deze twee follow-upsessies vindt de individuele eindevaluatie plaats. Bij de tweede keer hebben we het aantal groepsessies iets uitgebreid naar veertien keer in totaal. De opbouw was vergelijkbaar met hiervoor genoemde.

Sessies terugkijken

De groep wordt telkens geleid door twee BIG-geregistreerde therapeuten die beiden zoveel mogelijk aanwezig zijn bij alle contactmomenten met de groep of individuele groepsleden. Wanneer een patiënt niet aanwezig kan zijn, wordt met patiënt een afspraak gemaakt om de video-opnames van de gemiste therapie-onderdelen op een andere dag terug te komen kijken. Deze mogelijkheid om een sessie terug te kijken is er ook voor patiënten die gedurende de sessie in een modus terecht zijn gekomen waardoor ze weinig zicht hadden op hun eigen gedrag en wat er gebeurde in de groep. Een andere groepsregel is dat wanneer er bij uitzondering contact plaatsvindt

tussen een patiënt en de therapeuten buiten de groep, bijvoorbeeld per mail, dit gericht is aan beide therapeuten en dat de patiënt dit ook terugkoppelt in de groep. Op deze manier proberen we de groepscohesie te stimuleren en het vormen van subgroepen (van patiënten onderling of therapeut en patiënt) tegen te gaan. Betrokkenheid en cohesie wordt ook op peil gehouden door het regelmatig inbouwen van complimentenrondjes en kritiekrondjes. Deze laatste zijn wederom bedoeld om zelfonthulling op gang te brengen. Als er kritiek komt op de therapie of de therapeuten wordt dit ook besproken.

De therapeuten stellen zich over het algemeen nieuwsgierig en betrokken op. Empatische confrontatie wordt niet geschuwd, bijvoorbeeld door de ratelende patiënt te vragen of dit zo blijven vertellen nu echt helpt om beter te worden. Steeds wordt gezocht naar de ideale balans tussen steun en confrontatie. Zachte heelmeesters maken stinkende wonden en het inzicht in het eigen gedrag (de automatische piloot) en de gevolgen hiervan (vaak de klachten of problemen in het sociale verkeer) worden gezien als de belangrijkste facetten van deze therapie.

De theoretische onderbouwing voor deze groep kan gevonden worden in de verschillende (hand-)boeken die er verschenen zijn met betrekking tot schematherapie. Onderliggend is het schematherapiemodel van Young (2003). Daarnaast wordt er gebruikgemaakt van het boek *Mindfulness en schematherapie; een praktische handleiding* (van Vreeswijk, Broersen & Schurink,

2009) en worden er oefeningen gebruikt die in de verschillende handboeken schematherapie (e.g. van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2012; Muste, Weertman & Claassen, 2009) beschreven worden.

Eerder noemden we de vragenlijsten die afgenomen worden bij deze groep. De 1-daagse groepstherapie heeft nu twee keer plaatsgevonden. De tweede keer in een iets andere structuur dan de eerste keer (respectievelijk tien en twaalf reguliere sessies, beide met twee follow-upsessies). De eerste resultaten zijn veelbelovend. De drop-out is laag; per groep is één groepslid (van de tien deelnemers) afgevallen. De opkomst voor de verschillende sessies was goed te noemen. Ongeveer een derde van de groepsleden bleef na het volgen van de therapie in zorg. De anderen konden zonder verdere hulpverlening met ontslag van behandeling.

In de mondelinge feedback lieten de groepsleden ons weten over het algemeen tevreden te zijn over de groep. Wat als lastig wordt ervaren, is het vrij gestructureerde kader van de groep, waarin weinig ruimte is om heel lang bij individuele thema's stil te staan. Dit is een bewuste keus om de druk hoog te houden en de blik gericht te houden op verandering in plaats van het herhalen van oude patronen (of het vertellen over deze herhalingen).

Groepsleden hadden na het volgen van de groep over het algemeen het gevoel beter in staat te zijn om te gaan met hun dagelijks leven en daarnaast was het gevoel van controle toegenomen. Groepsleden gaven aan beter te zien waar hun valkuilen zitten

en hoe ze die kunnen aanpakken. De meesten bewogen zich adequater in het sociale verkeer op werk en privé. Het daadwerkelijke doen is voor sommigen soms nog erg moeilijk. Aan de hand van evaluaties van patiënten, onze eigen bevindingen en vragenlijstonderzoek gaan we het format de komende tijd verder uitwerken. Zo kijken we momenteel naar het optimum van het aantal sessies, rekening houdend met dat meer niet altijd ook beter is.

Schemazelfhulpgroep

Voor de toekomst denken we verder aan de ontwikkeling van een half begeleide schemazelfhulpgroep. Deze groep is bedoeld voor mensen die de 1-daagse (of een andere) schemagroep gevolgd hebben binnen G-kracht en samen door blijven gaan omdat de problematiek enerzijds te licht is voor intensievere psychotherapie, maar anderzijds nog te zwaar is voor ontslag van de behandeling. We denken hierbij aan een groep die wekelijks bij elkaar komt, waarbij eens in de vier sessies een therapeut aanwezig is. Dit idee willen we nog verder uitwerken. Patiënten hebben al enthousiast gereageerd op dit idee.

Literatuur

Beurs, E. de (2008). Brief symptom inventory handleiding. Leiden: PITS B.V.

Muste, E., Claassen, A.M. & Weertman, A. (2009). *Handboek Klinische Schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Sterk, F., & Rijkeboer, M.M. (1997). Schema-Vragenlijst (Schema-Questionnaire). Utrecht; Ambulatorium Universiteit Utrecht.

Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie. Praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Vreeswijk, M. van & Broersen, J. (2013a). *Kortdurende schemagroepstherapie Handleiding. Cognitief gedragstherapeutische technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Broersen, J. & Vreeswijk, M. F. van (2013b). *Kortdurende schemagroepstherapie Werkboek. Cognitief gedragstherapeutische technieken*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., Vreeswijk, M.F. van & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.