

Handleiding Casusconceptualisatie Schematherapie (Versie 3.8)

We raden je aan om bij het invullen van het Formulier voor Casusconceptualisatie Schematherapie de instructies in deze Handleiding zorgvuldig te lezen.

Inleiding

Dit formulier dient als hulpmiddel om de informatie over je cliënt te structureren tot een duidelijke casusconceptualisatie. Het formulier is lang en uitgebreid. Er wordt niet van je verwacht dat je het standaard voor al je casussen gebruikt. Het invullen is verplicht voor die casussen waarvan je in het kader van je procedure om geregistreerd te worden als lid van de ISST opnames inlevert voor evaluatie en beoordeling. Daarnaast kun je het ook gebruiken om jezelf te trainen. Het invullen van het formulier Casusconceptualisatie voor één of twee van je casussen aan de hand van de instructies in deze Handleiding, levert je een waardevolle leerervaring op, waarbij je al oefenend een beter inzicht krijgt in de manier waarop een aantal van de belangrijkste ideeën in de schematherapie in de praktijk werken.

Bovendien kun je dankzij de verschillende secties van het formulier stapsgewijs alle basisinformatie verzamelen die je nodig hebt in de startfase van de behandeling, en die de basis vormt voor je casusconceptualisatie. Je kunt de informatie over een cliënt die je in het begin verzamelt alvast invullen, en het formulier later, als er nieuwe informatie bij komt, updaten met toevoegingen en wijzigingen.

Geef bovenaan de volgende informatie:

Naam therapeut: Naam van de therapeut die de cliënt behandelt en het formulier invult

Datum: Datum waarop het invullen of updaten van dit formulier is afgerond

Aantal sessies: Aantal sessies tot nu toe, met inbegrip van de eerste sessie met de cliënt

Maanden sinds eerste sessie: Aantal maanden sinds de eerste sessie met de cliënt

1. Achtergrondinformatie over de cliënt

Naam/nummer cliënt: De naam, het pseudoniem of de identificatiecode van de cliënt

Leeftijd/Geboortedatum: Vul de leeftijd in van de cliënt op de datum van afronden van dit formulier, of de geboortedatum. Beide invullen mag ook.

Huidige relatiestatus/seksuele voorkeur/aantal kinderen: Vermeld hier de relatiestatus van de cliënt (alleenstaand, gehuwd, samenwonend, enz.) Welk seksuele voorkeur/genderidentiteit geeft de cliënt aan te hebben? Heeft de cliënt kinderen? Zo ja, van welke leeftijden?

Beroep en functie: Wat is de loopbaan of het beroep van de cliënt? Wat is het functieniveau van de cliënt in deze loopbaan (hoger management, zelfstandige, leidinggevende)?

Hoogst genoten opleiding: Wat is de hoogste opleiding die de cliënt heeft afgerond?

Geboorteland/godsdienst/etnische achtergrond: Vermeld hier het geboorteland van de cliënt en zijn/haar godsdienst. Vermeld indien relevant ook de etnische achtergrond van de cliënt.

2. Waarom is de cliënt in therapie?

Geef een bondige beschrijving van de **voornaamste motieven** van de cliënt om in therapie te gaan.

Beschrijf waar de cliënt hulp voor heeft gezocht; denk aan levensomstandigheden, ingrijpende gebeurtenissen die aan de problemen van nu vooraf zijn gegaan, problematische situaties (conflicten op het werk of in een liefdesrelatie), pijnlijke/moeilijkheden veroorzakende emoties of gedragingen (zoals afhankelijkheid of misbruik van een middel, verstoord eetgedrag, woede-uitbarstingen) of andere symptomen (angst, sombere stemming, traumaherbelevingen). Vermeld hier geen problemen waarvoor de cliënt niet expliciet hulp vraagt! Eventuele details daarover kun je vermelden in sectie 5. Beschrijf de huidige lijdensdruk en geef aan of de cliënt vrijwillig hulp heeft gezocht of onder druk van een familielid of leidinggevende op het werk.

Als de cliënt al een flink aantal sessies achter de rug heeft, geef dan een samenvatting van de **huidige** situatie en geef aan of datgene waarvoor de cliënt hulp zoekt inmiddels is veranderd vergeleken met de aanvankelijke hulpvraag.

3. Algemene indruk van de cliënt

Beschrijf kort en in *gewone taal* hoe de cliënt over het algemeen overkomt tijdens de sessies (bijv. gereserveerd, vijandig, goedkeuring zoekend, weinig emotie tonend, behoeftig, welbespraakt). Gebruik hier geen technische psychologische begrippen. Vul dit in voor hoe je de cliënt hebt ervaren tijdens de **eerste** sessies, en voor hoe dat **momenteel** is. Geef hier geen informatie over de therapeutische relatie; die komt in sectie 10 aan bod.

4. Huidige visie op de psychiatrische classificatie(s) van de cliënt

Belangrijkste classificatie(s): vermeld maximaal 4 psychiatrische classificaties die op de cliënt van toepassing zijn. Gebruik hiervoor de diagnostische categorieën van de DSM-5 (of DSM-5-TR, de nieuwste editie) of de ICD-11. Vermeld voor elke classificatie *zowel de naam als de numerieke code*. De ISST is zich ervan bewust dat niet elke psychotherapeut zijn/haar cliënten standaard een psychiatrische classificatie toekent, en dat het per land en per werkveld verschilt of dit verplicht is. In schematherapie is het behandelplan uiteraard niet gebaseerd op psychiatrische classificaties maar op de casusconceptualisatie. Toch is het voor een geregistreerde therapeut aan te raden om bekend te zijn met het classificatiesysteem, dat in drie opzichten van nut kan zijn: 1) het richt de aandacht op belangrijke informatie over symptomen en problemen die anders over het hoofd gezien kunnen worden; 2) een groot deel van de huidige onderzoeksliteratuur over schematherapie en behandelbenaderingen is gebaseerd op deze classificatiecategorieën; 3) het is van belang voor de communicatie en/of samenwerking met andere zorgverleners die niet bekend zijn met het schematherapiemodel en de begrippen daarin.

5. Huidige niveau van functioneren: belangrijke levensgebieden en leefstijl

Bekijk de onderstaande vijf levensgebieden en de kwaliteit van leefstijl en zelfzorg van de cliënt om een overzicht te krijgen van het niveau waarop hij/zij functioneert.

Het huidige niveau van functioneren van de cliënt wordt gedefinieerd als de kwaliteit van zijn/haar globale gedrag in elk van de levensgebieden. Gebruik de onderstaande beoordelingsschaal om een score te geven aan elk levensgebied. De score moet gebaseerd zijn op de blik van een *objectieve* waarnemer die de cliënt vergelijkt met de ‘algemene bevolking’, oftewel met personen afkomstig uit de bevolking als geheel, én op een klinisch perspectief op hoe gezond functioneren eruitziet. De score moet niet gebaseerd zijn op een vergelijking met andere cliënten of op een geïdealiseerde visie op hoe mensen zouden moeten zijn.

Het scoren van het niveau van functioneren: Geef in de twee tabellen 5.1 en 5.2 met behulp van de onderstaande 6-puntsschaal een score aan *het huidige niveau van functioneren* van de cliënt en vul de scores in kolom 2.

1 = Afwezig of zeer laag niveau van functioneren	4 = Matig beperkt niveau van functioneren
2 = Laag niveau van functioneren	5 = Goed niveau van functioneren
3 = Significant beperkt niveau van functioneren	6 = Zeer goed of uitstekend niveau van functioneren

Als er omstandigheden zijn waarover de cliënt geen controle heeft (zoals leeftijd of een recent verlies) en waardoor het geven van een score aan een bepaalde categorie niet gepast is, noteer in kolom 2 dan ‘n.v.t.’ (niet van toepassing) en geef in kolom 3 uitleg.

Uitleg of extra toelichting: Geef in kolom 3 voor elke categorie een korte uitleg over de reden waarom je de cliënt deze score hebt gegeven. Als er een merkbare discrepantie is tussen het vroegere en huidige niveau van functioneren van je cliënt, geef dan een toelichting over die verandering. Je kunt bijvoorbeeld vermelden dat de cliënt, voordat hij/zij een depressieve stoornis kreeg, uitstekende relaties met vrienden had.

5.1 Belangrijke levensgebieden

5.1.1 Presteren in beroep of opleiding: Dit gaat over hoe goed de cliënt functioneert op het werk, op school of in een andere onderwijssetting, vergeleken met wat als ‘normaal’ wordt beschouwd voor de leeftijd en peergroep van de cliënt, en vergeleken met wat de cliënt maximaal waarschijnlijk zou aankunnen (op basis van capaciteiten en achtergrond).

5.1.2 Langdurige liefdesrelaties: Dit gaat over relatief langdurige relaties met liefdespartners waarin normaal gesproken ook sprake is van een intieme/seksuele component, een deel van de tijd in elk geval. Deze vraag gaat hoofdzakelijk over huwelijken of vergelijkbare langdurige vaste relaties. Cliënten die alleen korter durende, relatief oppervlakkige, relaties met dates hebben zouden voor dit levensgebied een lage score krijgen.

5.1.3 Familierelaties: Dit zijn de relaties van cliënten met familieleden, dat wil zeggen, hun kinderen, ouders, grootouders, broers en zussen en verdere familieleden (zoals ooms en tantes, neven en nichten, schoonfamilie). Liefdespartners zoals echtgenoten, de partner met wie iemand samenwoont of aan het daten is, vallen niet onder deze categorie.

5.1.4 Vriendschappen en andere sociale relaties: Hier gaat het over andere typen relaties die hierboven nog niet zijn vermeld. Met name de huidige relaties met vrienden moeten hier aandacht krijgen, en, in mindere mate, de relaties met collega’s op het werk. Ook actieve betrokkenheid bij andere sociale relaties zoals die met burens, wijkbewoners, clubs en verenigingen, kun je meenemen in je score.

5.1.5 Zelfstandig functioneren en tijd alleen doorgebracht: Dit verwijst naar de mate waarin de cliënt momenteel in staat is om op een gezonde manier betekenis, focus en stimulans te vinden wanneer hij/zij alleen is. Onderdeel daarvan is het vermogen om op een gezonde manier met gedachten en gevoelens om te gaan. Neem hier ook je beoordeling in op van het vermogen van de cliënt om dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te voeren (zoals budgetteren, het huishouden doen, enz.) en vrijetijdsactiviteiten (zoals hobby's, creatieve activiteiten) die geen sociaal karakter hebben.

5.2 Leefstijl en zelfzorg: Lichaamsbeweging, eetgewoonten, slaappatronen, enz.

Dit gaat over de mate waarin de cliënt regelmatige leefstijlgewoonten aanhoudt die waarschijnlijk bijdragen aan zijn/haar gezondheid en balans. Onder lichaamsbeweging vallen zowel sportieve activiteiten als activiteiten zoals yoga, pilates, dansen, enz. Ga na in hoeverre de cliënt dit soort activiteiten in een gezonde mate doet, vaak genoeg maar niet te obsessief. Ga ook na in hoeverre de cliënt aandacht schenkt aan persoonlijke hygiëne en een gezond dieet volgt (op basis van de wetenschappelijke richtlijnen, zie bijv. www.voedingscentrum.nl), en of hij/zij een regelmatig eetpatroon heeft (in tegenstelling tot strenge restrictie of afwisselend restrictief eten en eetbuien hebben, zoals bij sommige eetstoornissen).

Hier kun je ook de consumptie vermelden van alcohol, drugs en medicijnen (al dan niet voorgeschreven door een arts). En ga voor de slaap na of de cliënt gewoonlijk een regelmatig slaappatroon heeft en of er sprake is van te weinig of te veel slapen.

6. Belangrijke levensproblemen

Noem drie of meer belangrijke levensproblemen, symptomen of copingpatronen waarvan jij vindt dat er meer inzicht in moet komen en aan gewerkt moet worden om te bereiken dat de cliënt verlichting ervaart van de klachten waarmee hij/zij zich heeft aangemeld. Die problemen kunnen overeenkomen met de problemen waar de cliënt expliciet hulp voor heeft gevraagd (zoals in sectie 2 wordt beschreven), maar dat hoeft niet het geval te zijn.

Noem eerst het probleem zoals ervaren door de cliënt of benoemd door jou als therapeut, bijvoorbeeld eenzaamheid, chronische relatieconflicten, aanhoudende angst, uitstelgedrag, obsessieve-compulsieve gedragingen, excessief gebruik van middelen of voorgeschreven medicijnen. Geef daarna in de ruimte eronder een inhoudelijke toelichting over elk probleem en over de manier waarop het moeilijkheden veroorzaakt in het huidige leven van de cliënt. Vermijd technisch taalgebruik in je beschrijvingen van de problemen of symptomen (door bijv. schema's en modi te noemen).

Als je hier een psychiatrisch symptoom noemt (d.w.z. een specifiek kenmerk dat als criterium wordt gebruikt voor het stellen van een DSM-classificatie), dan moet dat samenhangen met een van de classificaties die je in sectie 4 hebt vermeld. Soms passen meerdere van dergelijke kenmerken onder één probleemgebied. Stel bijvoorbeeld dat het probleem een klinische depressie is, dan kunnen daar symptomen bij horen zoals verlies van belangstelling voor wat dan ook, de hele dag moe zijn, moeite met concentreren en een verstoorde slaap.

7. Oorzaken van de huidige problemen in de kindertijd en adolescentie

7.1 Algemene beschrijving van de vroege levensgeschiedenis

Geef een samenvatting van de belangrijke aspecten van de kindertijd en adolescentie van de cliënt die hebben bijgedragen aan de huidige levensproblemen en het ontstaan van de maladaptieve schema's en modi die je verderop zult beschrijven. Noem alle belangrijke problematische/ongunstige/beschadigende ervaringen of levensomstandigheden. Vermeld specifiek:

- in welke levensgebieden of relaties deze ervaringen hebben plaatsgevonden (bijv. kille moeder, verbaal gewelddadige vader, zondebok voor ongelukkige huwelijk ouders, onrealistisch hoge eisen, afwijzen of pesten door klas-/leeftijdgenoten, straffende leerkracht op school);
- in welke ontwikkelingsfase(n) de ervaringen plaatsvonden: bijv. babytijd en vroege kindertijd, latere kinderjaren, adolescentie;
- wat voor emotionele impact deze omstandigheden of ervaringen op de cliënt hebben gehad; vermeld dit specifiek voor elke omstandigheid of ervaring.

7.2 Beoordeling van onvervulde basisbehoeften

In deze sectie vind je een beschrijving van negen basisbehoeften van een kind in de relatie met zijn of haar ouders of andere verzorgers in met name de eerste levensjaren. De categorisering van de basisbehoeften heeft een update ondergaan, zodat actuele ontwikkelingen in onderzoek zijn meegenomen. Toen Young het eerste overzicht presenteerde, van basisbehoeften in vijf hoofdcategorieën (zie Young, Klosko, en Weishaar, 2003), was elk van die behoeften gekoppeld aan één van de vijf schemadomeinen waarin hij de 18 basale maladaptieve schema's classificeerde. De validiteit van die domeinen is in de praktijk niet voor alle vijf bevestigd door onderzoek, en tegenwoordig wordt erkend dat een theorie over behoeften beter gebaseerd kan worden op wat we weten over adaptief opvoeden en adaptief functioneren. Uitgaand van het werk van Dweck (2017) formuleerden Louis, Wood en Lockwood (2020) en Louis, Lockwood en Louis (2024) zeven basisbehoeften.



Zie de bovenstaande afbeelding voor een overzicht van deze behoeften: Emotionele koestering en onvoorwaardelijke liefde, speelsheid en emotionele openheid, autonomie gunnen, autonomie ondersteunen en betrouwbaarheid worden beschouwd als de behoeften die bij kinderen het vroegst ontstaan. De behoefte aan een intrinsiek gevoel van eigenwaarde komt aan de orde wanneer een kind op de leeftijd komt dat het wordt geholpen met het nastreven van doelen en ambities op zo'n manier dat er een balans ontstaat tussen enerzijds een resultaat bereiken en anderzijds het aanmoedigen van aspecten zoals authenticiteit, initiatief, samenwerking, en volharding. Naast de vervulling van deze behoeften is er nog de behoefte om de ouder/therapeut als zelfverzekerd en competent te ervaren (d.w.z. als sterk en in staat om te doen wat ze zeggen.). Veilige gehechtheid wordt beschouwd als het resultaat dat optreedt wanneer al deze behoeften in de loop der jaren van de ontwikkeling voldoende worden vervuld.

Op het Formulier voor casusconceptualisatie zijn deze behoeften uitgewerkt tot negen categorieën basisbehoeften. Die behoeften zijn gebaseerd op de bovenstaande beschrijving, maar er zijn twee extra categorieën aan toegevoegd waarin specifieke punten worden beschreven die klinisch waardevol zijn om te belichten:

- 1) 7.2.2 is een uitbreiding van 7.2.1, de behoefte aan verbinding. Deze behoefte is toegevoegd vanwege de centrale rol ervan voor het begrijpen van de problemen die veel cliënten hebben met het uiten van hun behoeften en emoties in woorden.
- 2) Ook 7.2.4 over het stellen van duidelijke grenzen, een aspect van 7.2.1 en 7.2.3, wordt apart vermeld, vanwege het belang ervan voor een gezonde ontwikkeling.

7.2.1 Behoefte aan verbinding (koestering, acceptatie, onvoorwaardelijke liefde): Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers in staat zijn om af te stemmen op de ervaring en behoeften van hun kind, en het kind een gevoel geven dat ze emotioneel verbonden zijn, dat zijn/haar gevoelens worden geaccepteerd en dat zij/hij welkom is en erbij hoort. Onderdeel hiervan is ook dat er op een respectvolle en zorgzame manier grenzen worden gesteld, maar dit wordt in 7.2.4 apart behandeld.

7.2.2 Behoefte aan steun en begeleiding bij het uiten en verwoorden van behoeften en emoties en het aanleren van een gezonde socialisatie: Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers afgestemd zijn op de ervaring van het kind en de taal aanreiken om gemoedstoestanden onder woorden te brengen zonder schaamte of oordeel. Dit ondersteunt het kind bij het leren van en oefenen met prosociaal gedrag in sociale contexten.

7.2.3 Behoefte aan veiligheid, betrouwbaarheid, rechtvaardigheid, consistentie en voorspelbaarheid: Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers hun kind een stabiele en veilige omgeving bieden waarbinnen zichzelf betrouwbaar en consistent zijn en het kind weet waar het aan toe is als het gaat om hun reacties op het kind en op situaties uit het dagelijks leven.

7.2.4 Behoefte aan het krijgen van begeleiding en grenzen, op een compassievolle, duidelijke, gepaste manier, ter ondersteuning van het aanleren van realistische grenzen en zelfcontrole: Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers in staat zijn om hun kind structuur en begeleiding, en op een duidelijk manier grenzen te stellen, mét gezag, maar tegelijk empathisch, liefdevol en niet-straffend, en om het kind te ondersteunen bij het aanleren van een gepaste mate van controle over emoties en impulsen zonder dat het doorslaat naar extreme remming. Hoewel deze behoefte hier afzonderlijk wordt vermeld, wijst onderzoek uit

dat grenzen stellen een aspect is van zowel onvoorwaardelijke liefde en emotionele koestering (zie 7.2.1) als betrouwbaarheid (7.2.3).

7.2.5 Behoeftte aan steun bij en aanmoediging tot spelen, emotionele openheid en spontaniteit:

Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers zelf spontaan en speels kunnen zijn, deze eigenschappen bij hun kinderen ondersteunen en er tijd en ruimte voor maken.

7.2.6 Behoeftte aan bevestiging van het vermogen om competentie te ontwikkelen en van de ruimte daarvoor (ondersteunen van autonomie):

Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers vertrouwen hebben in het vermogen van hun kind om te leren, toe te groeien naar steeds grotere competentie en veerkracht bij het onder de knie krijgen van nieuwe levensgebieden en het aangaan van uitdagingen, en voort te bouwen op het positieve in plaats van te focussen op fouten en gebreken.

7.2.7 Behoeftte aan respect voor de ontwikkeling van autonomie, door bijvoorbeeld privacy en vrijheid te krijgen om dingen op een eigen manier te leren doen (autonomie gunnen):

Om deze behoefte te kunnen vervullen, moeten ouders/verzorgers: hun kinderen de vrijheid geven om hun eigen beslissingen te nemen en dingen op hun eigen manier te doen wanneer ze dat willen; hun kinderen naarmate ze ouder worden meer privacy geven; hen niet dwingend opleggen wat ze moeten doen; hen niet overmatig beschermen; en hun ontwikkeling als een uniek, eigen individu respecteren en aanmoedigen.

7.2.8 Behoeftte aan steun en begeleiding bij het ontwikkelen van een intrinsiek gevoel van eigenwaarde dat niet afhankelijk is van beter zijn dan anderen:

Om deze behoefte te vervullen moeten ouders/verzorgers het kind erbij steunen om trouw te zijn aan zichzelf in plaats van indruk op anderen te willen maken, door hun kind de waarde bij te brengen dat alle mensen evenveel waard zijn ongeacht hun status, rijkdom of succes.

7.2.9 Behoeftte aan een ouder/verzorger die als zelfverzekerd en competent wordt ervaren (een gezond rolmodel):

Om deze behoefte te vervullen moeten ouders/verzorgers het kind de impliciete boodschap meegeven dat ze als ouders sterk, verstandig en zelfverzekerd zijn en zijn opgewassen tegen de praktische problemen van het leven. Dit geeft het kind een basis om vertrouwen te hebben in hun steun, te weten dat het in sterke, capabele handen is, en erop te vertrouwen dat het gewoon kind mag zijn en zich mag bezighouden met de ontwikkelingstaken die bij de leeftijd horen.

Ga voor het invullen van sectie 7.2 als volgt te werk en doorloop voor elke behoefte de volgende stappen:

- Gebruik de schaal in het formulier om een score te geven voor de mate waarin de behoefte is vervuld. Baseer je score op 1) informatie uit het verslag van de cliënt over de levensgeschiedenis, 2) informatie uit meetinstrumenten zoals YSQ en de YPI, 3) informatie die tijdens de sessies naar voren is gekomen, met name tijdens het werken met experiëntiële technieken zoals oefeningen waarin afbeeldingen worden beoordeeld, 4) eventuele overige informatie, afkomstig van andere bronnen, zoals ontmoetingen met familieleden (indien beschikbaar).

- Geef in de ruimte voor **Oorzaken** een samenvatting van de belangrijke kenmerken van de opvoeding van je cliënt. Wees je ervan bewust dat behoeften van kinderen verschillen afhankelijk van hun levensfase (bijv. babytijd, vroege kinderjaren, latere kinderjaren, adolescentie). Soms zullen die behoeften misschien de hele kindertijd slecht zijn vervuld, maar in andere gevallen is dit in de ene fase beter gegaan dan in de andere fase, als gevolg van veranderingen in het gezinsleven (zoals een tijdelijke afwezigheid van een ouder, echtscheiding, een financiële crisis) of traumatische gebeurtenissen (zoals een ernstige ziekte of overlijden van een gezinslid).
- Ga na welke specifieke vroeg ontstane maladaptieve schema's zijn ontstaan als gevolg van het feit dat een behoefte niet voldoende is vervuld, en benoem deze schema's. **Let wel:** er is geen één-op-één verband tussen specifieke schema's en specifieke behoeften. Verscheidene onvervulde behoeften kunnen bijdragen aan het bestaan van één schema, met als resultaat dat hetzelfde schema onder meerdere behoeften wordt vermeld.

7.3 Mogelijke temperaments-/biologische factoren

Vermeld hier de facetten van het temperament van je cliënt die mogelijk relevant zijn voor de problemen, symptomen en de therapeutische relatie. Als beschrijving van de aspecten van het basistemperament van je cliënt kun je een keuze maken uit de bijvoeglijke naamwoorden in de onderstaande lijst; deze biedt voldoende keuzemogelijkheden, maar als je wilt, mag je ook andere omschrijvingen gebruiken.

emotioneel stabiel	introvert	angstig	vormt intense gehechtheidsrelaties
gelijkmatig	huiselijk	teruggetrokken	niet alert/onvoldoende reactief
optimistisch	rustig	gedwee/onderdanig	onoplettend voor signalen van gevaar
veerkrachtig	passief	gereserveerd	overdreven inschikkelijk
warm	coöperatief	voorzichtig	overdreven beheerst
empathisch	hartelijk	prikkelbaar	overgeorganiseerd
sociaal	extravert	impulsief	dominant
zelfverzekerd	avontuurlijk	geneigd tot negatieve gevoelens	hardvochtig
vrolijk	energiek	pessimistisch	vijandig/negativistisch
vindingrijk	hyperactief	snel overspoeld	strijdlustig

Hoewel met 'temperament' dus kenmerken worden bedoeld die biologisch bepaald zijn en vanaf de geboorte aanwezig, wordt ook onderkend dat het met name bij kinderen die opgroeien in ongunstige omstandigheden onmogelijk is om duidelijk onderscheid te maken tussen kenmerken die het gevolg zijn van erfelijke, biologische factoren en kenmerken die zijn ontstaan als gevolg van verwaarlozing, een inconsequente aanpak of mishandeling door de ouders, of andere ervaringen met onvervulde behoeften. Noem hier alle biologische factoren die mogelijk een belangrijke rol hebben gespeeld bij het ontstaan van schema's of modi en samenhangen met de problemen en symptomen van de cliënt en met de therapeutische relatie. Dit kunnen factoren zijn zoals lengte, lichamelijke aandoeningen en factoren in verband met neurodiversiteit, zoals kenmerken van een aandachtstekort, hyperactiviteit of het autismespectrum.

7.4 Mogelijke culturele, etnische en religieuze factoren

Leg indien van toepassing uit wat de rol is geweest van specifieke normen en waarden vanuit de religieuze of etnische achtergrond van de cliënt of zijn/haar sociale en leefomgeving in het ontstaan van de huidige problemen (bijv. behoorde tot een gemeenschap die buitensporig veel nadruk legde op competitie en status in plaats van op de kwaliteit van relaties).

8. Meest relevante vroeg ontstane maladaptieve schema's (Momenteel)

Sectie 8.1: Geef een opsomming van alle op jonge leeftijd ontstane maladaptieve schema's die je hebt gevonden. Vermeld alleen de namen en weid er verder niet over uit. Als het goed is heb je ze al genoemd in sectie 7.2, waarin je elk schema hebt gekoppeld aan een of meer onvervulde behoeften.

Sectie 8.2: Kies uit je lijstje van vroeg ontstane maladaptieve schema's in sectie 8.1 de 5 of 6 schema's die het belangrijkste zijn voor de huidige levensproblemen van de cliënt. Bij het invullen van deze sectie is het belangrijk om

1. ... aandacht te schenken aan het verschil tussen primaire (of onvoorwaardelijke) en secundaire (of voorwaardelijke) schema's. Primaire schema's zijn gebaseerd op het op een emotioneel pijnlijke, directe manier ervaren van een onvervulde behoefte: emotionele verwaarlozing, verlating/instabiliteit, minderwaardigheid/schaamte, afhankelijkheid /onbekwaamheid, verstrengeling/kluwen/onontwikkeld zelf, mislukking, sociaal isolement/vervreemding, kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar (trauma). Secundaire schema's kunnen 1) een uiting zijn van manieren van coping met de primaire schema's, om de pijn te verzachten of vermijden: onderwerping /invalidering, zelfopoffering, goedkeuring en erkenning zoeken, emotionele geremdheid, zich rechten toe-eigenen/zelfverheerlijking; 2) bestaan uit een combinatie van een onvoorwaardelijke ervaring van pijn en coping: wantrouwen/misbruik; 3) kenmerken zijn van overcompenserende coping en/of oudermodi: meedogenloze eisen/hyperkritisch zijn, of 4) bestaan uit meerdere gevolgen van primaire schema's en coping: gebrek aan zelfcontrole/zelfdiscipline, negativiteit en pessimisme, straffende houding.
2. ... te onderkennen dat daar waar sprake is van sterke, diep ingewortelde copingmodi, de cliënt weinig blijk zal geven van erkenning van het bestaan van primaire schema's of daar informatie over zal geven. In zo'n geval is het belangrijk dat je primaire schema's die waarschijnlijk aanwezig zijn wél achterhaalt, uit o.a. informatie in de levensgeschiedenis of op grond van hoe je de cliënt ervaart tijdens de sessie.

De grootste nadruk moet liggen op de primaire schema's of op andere schema's die iets zeggen over primaire schema-ervaringen, zoals wantrouwen/misbruik, gebrek aan zelfcontrole/zelfdiscipline, negativiteit/pessimisme en straffende houding.

Vul de naam van het schema in en geef daarna een beschrijving van de ervaring van de cliënt wanneer dit schema wordt geactiveerd met betrekking tot emoties, cognities (gedachten, overtuigingen, aannames) en specifieke gedragingen, extern (waarneembaar) en intern (innerlijke sequenties van denken, zelfinstructie, fantasie, enz.). Treed hier niet in detail over copingmodi; die komen in sectie 9.4 aan bod.

9. Meest relevante schemamodi (momenteel)

De opbouw van dit formulier is georganiseerd rondom de indeling van modi in de categorieën Gezonde volwassene, kind-, ouder- en copingmodi. Toch bestaat er binnen de schematherapiegemeenschap wel enige variatie in de manier waarop specifieke modi binnen deze brede categorieën worden gedifferentieerd en benoemd. Een samenvatting van deze modi is te vinden in een extra document, getiteld *ISST lijst van schemamodi - Supplement bij de Handleiding Casusconceptualisatie*. Dit supplement is bedoeld als nuttig naslagwerk, maar het gebruik ervan is niet verplicht.

Sectie 9.1 Gezonde modi

9.1.1 Blije Kind

Geef in hoofdlijnen weer in hoeverre de cliënt in staat is om ervaringen te hebben van zich vredig, tevreden en voldaan voelen en van oprecht spontaan, speels, zorgeloos en creatief zijn. Dit gaat over authentieke ervaringen, en niet over het op een oppervlakkige manier tonen van dit soort kwaliteiten terwijl iemand in een copingmodus verkeert.

9.1.2 Gezonde Volwassene

Dit is de sectie waarin je aandacht besteedt aan de positieve waarden, interne en externe krachtbronnen, sterke eigenschappen en capaciteiten van de cliënt. De **Gezonde Volwassene** is geen enkelvoudige modus, maar een geheel van meerdere eigenschappen die kenmerken hoe een volwassen, compassievol persoon met psychologisch inzicht in een bepaalde situatie zou denken, voelen en handelen. Een aspect van de Gezonde Volwassene is dat deze fungeert als een leider die de andere modi kan integreren en de capaciteiten op het vlak van zelfregulatie aanstuurt. Een ander aspect is het vermogen tot spontaniteit, authenticiteit en het type volwassen functioneren dat door Alfred Adler (1938) 'het creatieve zelf' wordt genoemd (Kałużna-Wielobób, Strus, en Ciecuch, 2020), door Carl Rogers wordt aangeduid (1967) als de 'volledig functionerende persoon' (zie ook Maurer en Daukantaitė, 2020), en door Abraham Maslow (1973) als 'zelfverwerkelijking' of 'zelftranscendentie'. Weer andere auteurs gebruiken de term 'wijsheid' (Baltes en Staudinger, 2000). De iModes-kaartjes van David Bernstein, met afbeeldingen van de 16 kwaliteiten van de Gezonde Volwassene, zijn gebaseerd op deze visie op volwassenheid. Hij verdeelt de kwaliteiten onder in vier hoofdgroepen: zelfsturing, zelfregulatie, verbinding en transcendentie. Ook de handboeken voor de classificatie van psychische aandoeningen, DSM-5 en ICD-11 geven definities van een rijp, volwassen functioneren die met deze kwaliteiten overlappen. In deze definitie zijn die aspecten het hebben van een coherente identiteit, een gevoel van eigenwaarde, het vermogen tot emotieregulatie en impulscontrole, en het vermogen om intimiteit en vervulling te ervaren (Bach en Bernstein, 2019). Deze visie op een gezond volwassen functioneren komt overeen met de op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde benaderingen van geluk die tijdens de ISST-conferentie van 2024 in Warschau werden gepresenteerd door Sonja Lyubomirsky, en ook worden beschreven in haar boeken, met daarin bevindingen waar uitgebreid onderzoek naar is gedaan (Lyubomirsky, 2008, 2014).

Deze kwaliteiten of sterke eigenschappen worden samengevat in acht categorieën die de inzichten in de hiervoor genoemde literatuur reflecteren. Ze zijn bedoeld als praktische handvatten om klinici te helpen met het beoordelen van (a) de mate waarin een cliënt kwaliteiten van de Gezonde Volwassene bezit, en (b) wat er in de therapie moet gebeuren om kwaliteiten die zwak ontwikkeld of geheel afwezig zijn te versterken of ontwikkelen. Deze categorieën dienen meer als een leidraad dan als een uitputtende opsomming.

Aangezien de Gezonde Volwassene diverse kwaliteiten omvat, kan iemand bepaalde capaciteiten

en sterke eigenschappen ervan prima ontwikkeld hebben, terwijl andere zwak zijn ontwikkeld.

Het formulier vraagt je om een samenvatting te geven van de sterke eigenschappen van de Gezonde Volwassene van de cliënt, uitgaand van de onderstaande categorieën, en om voor elk ervan een of meer voorbeelden te noemen uit specifieke levensgebieden. Je kunt ook voorbeelden noemen die te maken hebben met het vermogen van de cliënt om op een volwassen, collaboratieve manier mee te werken aan het therapieproces. Wanneer een bepaalde capaciteit beschadigd of beperkt aanwezig is, benoem je dit en licht je het indien mogelijk toe met voorbeelden.

1. Metabewustzijn: Het vermogen om een stap terug te doen en te reflecteren op zichzelf en anderen

Alle bekende therapiebenaderingen onderkennen het belang van het vermogen om een stap terug te doen en te reflecteren op de eigen ervaring en die van anderen. In de literatuur worden hier verschillende termen voor gebruikt, zoals metabewustzijn, afstand nemen, decentreren, mentaliseren, defusie, mindfulness, of mindfulness met afstand. Aan het begin van de therapie zitten veel cliënten nog volledig verstrikt in hun eigen ervaring van de problemen en zijn ze nauwelijks tot niet in staat om een stapje terug te doen en op hun ervaring te reflecteren. Dat bemoeilijkt het effectief werken aan de processen in schematherapie.

2. Contact met emoties: Het vermogen om open te staan voor emoties en emoties te ervaren, en om met zelfacceptatie en compassie te reageren op het ervaren van emotionele pijn en onzekerheid

Carl Rogers gebruikte de term 'openstaan voor de ervaring' voor dit vermogen om menselijk (emotioneel) bewust en aanwezig te zijn en op een intelligente manier te kiezen voor dingen die betekenis hebben en authentiek voelen. Dat betekent dat mensen in contact staan met hun eigen persoonlijke behoeften en emotionele reacties op situaties, en de emoties die ze ervaren kunnen verdragen. Onderdeel hiervan is het vermogen tot zelfacceptatie en zelfcompassie (Neff, 2013). Copingmodi belemmeren dit, doordat ze de toegang tot het deel van het autobiografische geheugen dat verbonden is met emoties en vroeg ontstane schema's blokkeren. De Gezonde Volwassene heeft wel toegang tot die emoties, maar is dankzij andere hiervoor genoemde capaciteiten in staat om onderscheid te maken in en zelfcontrole uit te oefenen over de manier waarop behoeften, emoties en zorgen worden geuit. Openstaan voor emoties gaat ook over positieve emoties, die ook worden uitgeschakeld door copingmodi, en maakt ervaringen zoals dankbaarheid en persoonlijke zingeving mogelijk.

3. Gerichtheid op de realiteit: Het vermogen om beslissingen te nemen die zijn gebaseerd op de werkelijkheid, en daar ook naar te handelen

De Gezonde volwassene richt zich op de werkelijkheden van de wereld en is in staat om correcte, goed geïnformeerde inschattingen van dagelijkse situaties te maken, die gebaseerd zijn op de werkelijkheid en dus getuigen van realiteitszin, en niet zijn vertekend door simplistisch denken of te snel getrokken conclusies die niet voldoende op informatie en bewijs zijn gebaseerd. Onderdeel hiervan is het onder ogen zien van pijnlijke aspecten van de werkelijkheid, zonder deze te ontkennen of er afleiding van te zoeken met behulp van copingmodi. Dit gaat gepaard met het vermogen om de verkregen informatie te gebruiken als uitgangspunt voor rationeel, praktisch, probleemoplossend gedrag. Hierbij hoort ook het op verantwoordelijke wijze uitvoeren van de praktische taken die horen bij een effectieve manier van leven in alle belangrijke levensgebieden (werk, plannen en managen van financiën, familie- en intieme relaties, sociale activiteiten, gezondheid en vrijetijdsbesteding). Iets anders wat hierbij hoort, is het vermogen om problemen

van welke aard dan ook te onderkennen en benoemen, en stappen te zetten om die problemen op te lossen op een gezond volwassen manier. Dat vereist vaardigheden die nodig zijn om informatie die relevant is voor het begrijpen van een probleem, te kunnen opzoeken en verzamelen, opties voor actie te kunnen afwegen en de gekozen acties te kunnen plannen en evalueren.

4. Een coherent identiteitsbesef: Het vermogen om een coherent besef van wie je bent in stand te houden, in termen van persoonlijke overtuigingen, normen en waarden, en motivaties

Deze sterke eigenschap gaat over de ervaring van gegrond zijn in een coherent zelfbesef dat consistent is, door de tijd heen en in alle belangrijke levensgebieden. Het gaat gepaard met het vermogen te kunnen omgaan met allerlei verschillende emoties en toestanden, ook als deze met elkaar botsen. Andere mensen worden ervaren als losstaande, zelfstandige middelpunten van hun eigen ervaring. Er is geen sprake van abrupte overgangen tussen verschillende zelftoestanden of modi, en ook niet van disfunctionele modi waarin iemand extreme toestanden ervaart, van bijvoorbeeld chaos, fragmentering of versmelting met een ander. Herinneringen zijn grotendeels correct en consistent, en geen product van of combinatie met fantasie. Iemands zelfnarratief (d.w.z. 'wie ben ik en wat is belangrijk voor mij') is realistisch, flexibel en wordt niet gekenmerkt door idealisering, oversimplificering, overcompenserende zelfverheerlijking of identificatie van zichzelf als een slachtoffer.

5. Assertiviteit en wederkerigheid: Het vermogen om voor zichzelf op te komen, met respect voor wederkerigheid en congruente communicatie

Assertiviteit, dat wil zeggen, in verschillende situaties voor jezelf kunnen opkomen, is een belangrijke sterke eigenschap die het 'ik' in relatie tot anderen helpt afbakenen en beschermen. Assertiviteit vanuit de Gezonde Volwassene kenmerkt zich door het wederkerigheidsprincipe en beschermt en bevordert eveneens een 'wij'-besef. Wederkerigheid is de basis van waaruit mensen volwassen relaties kunnen aangaan waarin er wederzijds respect is. Dit is zowel een waarde als een capaciteit. Als waarde betekent het een commitment om evenveel respect te hebben voor de behoeften, perspectieven en ervaring van jezelf als voor die van anderen. Als capaciteit betekent het dat je in staat bent om vanuit die basis consistent te handelen. Assertiviteit zonder wederkerigheid gebeurt meestal vanuit overcompenserende coping. Wanneer wederkerigheid wordt gecombineerd met contact met emoties en het verdragen daarvan, maakt het congruente (Rogers, 1957) communicatie van ervaringen en behoeften mogelijk, evenals het vermogen om in conflictsituaties op een respectvolle manier compromissen te sluiten. Dit is tevens de grondslag van assertiviteitstraining, een goed onderzochte methode in de CGT (zie bijv. Albertyn en Emmons, 2008). Ook is het wederkerigheidsprincipe de basis voor de oriëntatie van mensen op de bredere maatschappij waarin ze leven, en gaat het gepaard met het vermogen anderen te accepteren, zonder vooroordelen op grond van etniciteit, cultuur, godsdienst, politieke voorkeur, seksuele voorkeur/genderidentiteit, enz.

6. 'Agency' en verantwoordelijkheid: Het vermogen om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen beslissingen, daden en de gevolgen daarvan.

Het hoort bij een goed ontwikkelde Gezonde Volwassene dat mensen verantwoordelijkheid kunnen nemen voor al hun daden. Dit gaat gepaard met een besef van 'agency', waarbij iemand zich gemotiveerd en in staat voelt tot handelen in het eigen belang en volgens de eigen waarden. Onderdeel daarvan is ook het vermogen om verplichtingen aan te gaan en zich daar vervolgens ook aan te houden. Dat zijn allemaal aspecten van integriteit, wat betekent dat je consistent en betrouwbaar bent en handelt met een helder moreel kompas dat is geworteld in een authentiek zelfbesef. Verantwoordelijkheid nemen voor de eigen keuzes en daden lukt meestal niet bij iemand

die handelt vanuit copingmodi. Mensen die standaard in een copingmodus zoals de Overcompenseerder verkeren, zijn niet volledig in contact met hun eigen behoeften en met de behoeften en ervaring van anderen; zelfs als ze wel consistent handelen, getuigen hun beslissingen dan gewoonlijk van een zekere starheid en onvoldoende beoordelingsvermogen. Om verantwoordelijkheid te kunnen nemen, moeten mensen in staat zijn een stapje terug te doen en te reflecteren. Veel menselijk gedrag vindt plaats zonder bewuste reflectie, en is gebaseerd op automatische copinggewoonten die vaak lang geleden zijn ontstaan; en wanneer mensen automatisch gedrag vertonen, zonder reflectie, kunnen ze er moeite mee hebben om de verantwoordelijkheid voor hun daden te accepteren.

7. Niet alleen om zichzelf geven: Het vermogen om betrokkenheid te tonen naar anderen, ook binnen de samenleving als geheel, met een houding van openheid, directheid en compassie

De term gemeenschapszin (Gemeinschaftsgefühl, red.) wordt door Adler (1938) gebruikt voor mensen die geven om het algemene welzijn en gemotiveerd zijn om dat na te streven, in plaats van alleen bezig te zijn met hun eigen welzijn of dat van hun directe familie. Dit is iets anders dan zelfopoffering als copingstrategie, en vloeit voort uit een gevoel van eigenwaarde dat is gebaseerd op wat je te bieden hebt, zonder enig gevoel van je waarde te moeten bewijzen. Deze mensen hebben een houding van vriendelijkheid en compassie naar anderen, uiten spontaan dankbaarheid en hebben een commitment aan pro sociaal gedrag. Ze bekijken de gevolgen van hun daden niet alleen vanuit het perspectief van nu, maar houden ook rekening met de effecten voor toekomstige generaties (Kałużna-Wielobób et al., 2020).

8. Hoop en zingeving: Het vermogen om ook tijdens de tegenslagen van het leven vertrouwen te vinden en behouden

Dit betekent dat mensen hoop en zingeving kunnen vinden, ook wanneer ze worden geconfronteerd met tegenslag en verlies. Dit is een voortvloeisel van het vermogen om door een bredere lens naar zichzelf (en het leven als geheel) te kijken, in het besef dat begrippen zoals goed en kwaad en rechtvaardigheid en onrechtvaardigheid ingewikkeld zijn. Iemand met deze sterke eigenschap kan accepteren dat er niet altijd een antwoord is op de waaromvraag, en kan met een gevoel van hoop en zingeving doorgaan met het leven. Sommige mensen beschouwen deze sterke eigenschap als een vorm van natuurlijke wijsheid of spiritualiteit die in tijden van pijnlijke tegenslag en problemen een gevoel van kracht en richting geeft. Sommige mensen ontleen dit aan een vorm van geïnstitutionaliseerd geloof, voor anderen is het niet aan een formeel referentiekader gekoppeld.

9.2 Kindmodi

9.2.1 Kwetsbare Kind

Noteer in de bovenste rij van de tabel de voornaamste kenmerken van het Kwetsbare Kind van de cliënt of noem de specifieke subtypen van het Kwetsbare Kind die belangrijk zijn voor de conceptualisatie (bijv. Eenzame Kind, Verlaten Kind, Beschaamde Kind, Afhankelijke Kind, Doodsbange Kind, Misbruikte Kind, enz. ...).

Noteer daarna in de rechterkolom de specifieke schema's die met elke modus of subtype gepaard gaan. Noteer voor Afhankelijke kind bijvoorbeeld: Afhankelijkheid/Incompetentie; en voor het Beschaamde kind: Minderwaardigheid/Schaamte.

Geef in de rijen naast respectievelijk Vb. 1, Vb. 2 en Vb. 3 drie voorbeelden van wat er gebeurt wanneer een van deze modi/subtypen wordt geactiveerd. Beantwoord alle drie de deelvragen:

- a) Benoem de specifieke modus en geef een kort voorbeeld van een trigger-situatie.
- b) Beschrijf kenmerken van de ervaring van kwetsbaarheid van de cliënt tijdens deze modus, in termen van emotioneel overreageren en schema-gedreven beelden, gedachten en overtuigingen.
- c) Als de cliënt in één of meer copingmodi schiet, benoem deze dan alleen zonder verder in detail te treden; het beschrijven van copingmodi komt in sectie 9.4 aan bod.

9.2.2. Andere kindmodi

Beschrijf in deze sectie één of meer andere kindmodi zoals het Boze of Woedende Kind, Razende Kind of Impulsieve Kind.

Geef bovenaan de naam van de modus of modi en noteer de schema's (indien van toepassing) die er direct mee samenhangen.

Geef in de rijen met respectievelijk Vb. 1 en Vb. 2 één of twee voorbeelden van wat er gebeurt wanneer deze modi worden geactiveerd. Beantwoord de drie deelvragen:

- a) Benoem de specifieke modus en geef een kort voorbeeld van een trigger-situatie.
- b) Beschrijf kenmerken van de ervaring van kwetsbaarheid van de cliënt tijdens deze modus, in termen van gedachten en overtuigingen, lichamelijke symptomen, emoties, beelden en herinneringen.
- c) Als de cliënt in één of meer copingmodi schiet, benoem de modus/modi dan alleen, zonder in detail te treden; het beschrijven van copingmodi komt in sectie 9.4 aan bod.

9.3 Disfunctionele oudermodi

Disfunctionele oudermodi zijn internalisaties van ervaringen met een ouder of andere belangrijke andere gezagsfiguur die destijds niet is tegemoetgekomen aan de behoeften van het kind. Ook positieve gedragingen van een gezonde ouder worden geïnternaliseerd, en dragen juist bij aan een gezonde, adaptieve ontwikkeling. Die positieve eigenschappen zijn: onvoorwaardelijk koesterend en accepterend zijn, betrouwbaar, consistent en kundig zijn, afgestemd en speels zijn, het ondersteunen van de ontwikkeling van 'agency' en autonomie in een mate die past bij de leeftijd van het kind/de adolescent, en het respecteren van de intrinsieke waarde van het kind, los van prestaties en talenten (Louis, Wood, en Lockwood, 2020). Young, Klosko en Weishaar (2003) gebruikten aanvankelijk de termen Straffend, Veeleisend en Kritisch als aanduidingen voor specifieke **disfunctionele oudermodi**. De modus **Schuldinducerende Ouder** werd benoemd door Jacobs et al. (2015), en Peled (2016) beschreef nog diverse andere **disfunctionele oudermodi**, zoals de **Overbezorgde Ouder** en de **Toegeeflijke Ouder**. Edwards (2022) gaf een geïntegreerd overzicht van al deze modi, en de onderstaande tabel is gebaseerd op dat overzicht.

Type onvermogen om tegemoet te komen aan behoefte van het kind	Kenmerken
Geeft niet de juiste structuur of begeleiding	Onachtzaam/verwaarlozend; te toegeeflijk; naïef
Overbeschermend, verhindert de ontwikkeling van de autonomie van het kind	Overbezorgd; overbeschermend; wekt gevoelens op van slachtofferschap of schuld

Stemt niet af op het kind of verbreekt de verbinding	Invalidierend; afwijzend; verlatend
Is kritisch en dwingend	Veeleisend; straffend; beschuldigend; beschamend; dwingend/controlerend; mishandelend
Is onvoorspelbaar	Instabiel; emotioneel wispelturig; onvoorspelbaar; beangstigend

Oudermodi kunnen afzonderlijk voorkomen, maar vaak is er sprake van een combinatie van verschillende van deze eigenschappen.

Noteer in de linkerkolom van de tabel op het formulier voor casusconceptualisatie de voornaamste kenmerken van de **disfunctionele oudermodi** die je hebt gevonden. Geef daarna in de rechterkolom bij elk kenmerk voorbeelden van het soort boodschappen dat (expliciet of impliciet) door de geïnternaliseerde ouder wordt afgegeven. Bijvoorbeeld:

Straffend: 'Je bent een slecht iemand en verdient straf.'

Veeleisend: 'Voldoe aan mijn verwachtingen om je op bepaalde manieren te gedragen, voldoe aan hoge eisen, enz.'

Overbezorgd: 'De wereld is een gevaarlijke plek en je moet heel voorzichtig zijn en dicht bij me blijven.'

9.4 Maladaptieve copingmodi

Geef in deze sectie informatie over de meest prominent aanwezige maladaptieve copingmodi die je hebt gevonden. Geef er een opsomming van in de tabel. Noteer onder a) de categorie waartoe de modus behoort (overgave, overcompenseren, enz.); onder b) de namen van de modi; onder c) indien van toepassing, het schema dat **bij de modus hoort**. Vermeld geen schema's die mogelijk met de modus samenhangen, maar alleen degene die er direct bij horen (bijv., voor Zelfverheerlijker: Zich rechten toe-eigenen/Grandiositeit; voor Willoze Inschikkelijke: Onderwerping).

Selecteer daarna **maximaal drie** van deze copingmodi en gebruik de tabel voor het geven van een gedetailleerde beschrijving van de ervaring van de cliënt in deze modus:

- Geef een voorbeeld van een situatie die tot activering van de modus leidt (of, indien van toepassing, vermeld dat het een standaardmodus is.)
- Beschrijf de ervaring en het gedrag van de cliënt in deze modus.
- Vermeld voor zover bekend voor **wat** in het Kind de modus een copingmechanisme is, of geef aan dat dit nog onduidelijk is.
- Beschrijf wat in de ervaring van de cliënt de waarde is van deze copingmodus.
- Beschrijf de problematische gevolgen van deze manier van coping.

Misschien activeert de trigger-situatie ook nog andere copingmodi, maar dit is niet de plek om daarop in te gaan. In de volgende sectie krijg je de vraag om te kijken naar sequenties van modi die in een specifieke situatie worden geactiveerd.

10. Sequenties van modi en instandhouding van schema's

In deze sectie beschrijf je hoe een uitlokkende gebeurtenis een opeenvolging van modi in gang kan zetten die na verloop van tijd ontstaat. Benoem alle modi die hierin voorkomen: kindmodi, volwassen modi en copingmodi. Er kunnen ook volwassen modi bij betrokken zijn, maar de focus ligt hier op sequenties die leiden tot de instandhouding van schema's; de sequentie kan dus niet eindigen in de Gezonde Volwassene.

Geef minstens drie voorbeelden van situaties in het leven van je cliënt die illustreren hoe de disfunctionele modi van de cliënt in stand worden gehouden. De voorbeelden moeten gaan over één of meer specifieke levensgebieden die in sectie 5.1 als problematisch zijn benoemd. Je mag nieuwe voorbeelden introduceren, maar als je wilt kun je ook voorbeelden herhalen die je al hebt gebruikt in sectie 9.4 (waarin de nadruk lag op één enkele copingmodus).

Beschrijf de trigger-situatie en geef in de onderstaande rijen de volgende informatie:

- a) Welke kind- en oudermodi er worden geactiveerd. Een kindmodus wordt meestal samen met een oudermodus geactiveerd. Een voorbeeld: als er een Beschaamd Kind is, is er ook een Straffende of Beschamende Ouder. Soms lijkt de cliënt direct in een copingmodus te schieten en zijn deze kind- en oudermodi helemaal niet zichtbaar. Op de achtergrond zijn ze echter wel degelijk aanwezig, immers, de copingmodus is geactiveerd als copingmechanisme met deze modi.
- b) Benoem de copingmodi die bij de sequentie betrokken zijn en geef voor elke modus een korte beschrijving van het gedrag van de cliënt in deze modus.
- c) Geef een volledige beschrijving van alle modi in de juiste volgorde. Noem hier alleen de namen van de modi plus relevante informatie zoals de impact op andere mensen. Treed niet in detail over specifieke gedragingen van de cliënt. Een voorbeeld: Misbruikte Kind en Straffende Ouder – Wantrouwende Overcontroleerder – Anderen voelen zich aangevallen en trekken zich terug – Verlaten Kind – Boze of Woedende Kind – Slachtoffer vol zelfmedelijden – Vermijdende Beschermers (trekt zich terug en is alleen).
- d) Geef indien van toepassing een beschrijving van de impact op de situatie, en met name op andere mensen, van het feit dat de cliënt overschakelt naar andere modi. In de sequentie hierboven kun je beschrijven hoe mensen reageren op de modus Wantrouwende Overcontroleerder van de cliënt, bijvoorbeeld: 'Ze voelen zich aangevallen en raken op hun hoede, en meestal trekken ze zich emotioneel of fysiek terug; soms uiten ze boosheid en dat leidt dan tot een verhitte ruzie'.
- e) Beschrijf hoe deze sequentie van modi leidt tot de instandhouding van de onderliggende maladaptieve schema's, doordat het bij het Kind de verwerking van emoties verhindert en/of doordat het verhindert dat de cliënt leert hoe in het hier en nu manieren te vinden om belangrijke basisbehoeften te vervullen.

11. De therapeutische relatie

11.1 Persoonlijke reacties van de therapeut op de cliënt

Iedere cliënt kan bij de therapeut een eigen, specifieke combinatie van reacties oproepen. Sommige van die reacties zijn gezond en bevorderlijk voor de therapeutische relatie en het therapieproces, andere leiden tot problemen doordat de therapeut in een copingmodus schiet die problematisch is voor de therapie. Door zich van deze reacties bewust te worden en ze te gaan begrijpen, kan de

therapeut makkelijker in de Gezonde Volwassene blijven en voorkomen dat hij/zij in een copingmodus schiet. Ook kunnen reacties van de therapeut een nuttige bron zijn van informatie over de schema's en modi van de cliënt.

Beschrijf je persoonlijke reacties op de cliënt; beschrijf **zowel reacties die bevorderlijk zijn voor de therapie als reacties die problematisch zijn**. Geef voor de bevorderlijke reacties een korte beschrijving van de manier waarop deze bijdragen aan een betekenisvolle therapeutische relatie. Ga voor de problematische reacties na door welke kenmerken/gedragingen van de cliënt ze worden getriggerd. Welke schema's en modi worden er bij jou geactiveerd wanneer dit gebeurt? Wat voor invloed hebben je reacties op de behandeling, en specifiek, op de mate waarin je in staat bent om deze cliënt reparenting te bieden?

11.2 Samenwerking aan therapiedoelen en -taken

Inleiding: Definitie van therapeutische samenwerking

Met de therapeutische samenwerking wordt de kwaliteit bedoeld van de alliantie tussen de therapeut en de cliënt, waarbij met name de mate waarin beide partijen het eens kunnen worden over de doelen en taken van de therapie van belang is. Andere aspecten van de therapeutische samenwerking zijn de mate waarin het de therapeut lukt om met de cliënt te overleggen over de inhoud en het voornaamste onderwerp van de sessie, en de mate waarin de cliënt actief meewerkt aan de therapie. Die actieve betrokkenheid kan worden vastgesteld aan de hand van de belangstelling die de cliënt toont tijdens de sessie, het al dan niet actief meewerken met de therapeut, de consistentie in het bijwonen van de sessies en het al dan niet doen van het therapiehuishwerk.

Een voorbeeld ter illustratie: De therapeut en de cliënt hebben overeenstemming kunnen bereiken over doelen die belangrijk zijn voor de cliënt, en de cliënt is enthousiast over het bereiken van deze doelen. Tijdens de sessies verloopt de dialoog over de belangrijkste gespreksonderwerpen en onderwerpen ter exploratie gemakkelijk, en lijkt de cliënt bereid om stil te staan bij interpersoonlijke problemen. Het gebeurt echter regelmatig dat de cliënt niet op komt dagen voor een afspraak of de tijd van een afspraak wil verzetten. Dit lijkt niet te kloppen met het enthousiasme tijdens de sessies en met de niet al te lastige levensomstandigheden van de cliënt. Wat het huiswerk betreft: dit doet de cliënt ongeveer 50% van de tijd, en de redenen om het niet te doen klinken vaak niet overtuigend. In een casus als deze zou de samenwerking op de onderstaande schaal een score van 3 krijgen.

11.2.1 Score voor samenwerking aan doelen en taken

Geef een score voor de mate van therapeutische samenwerking, *gebaseerd op het gedrag van je cliënt binnen en buiten de sessies*. Neem in je score mee in hoeverre je cliënt betrokken is, actief meewerkt, zich aan afspraken houdt, enz. Geef je score voor de mate van samenwerking op de volgende 5-puntsschaal:

- 1 = ZEER LAAG** (bijv., zegt vaak af, doet geringschattend over datgene waar in de therapie aan wordt gewerkt, toont nauwelijks commitment)
- 2 = LAAG** (bijv., is inconsistent in het actief meewerken, mist regelmatig een sessie, is er niet met de aandacht bij)
- 3 = MIDDELMATIG** (bijv., is soms aarzelend en sceptisch, is regelmatig aanwezig, doet een

deel van het huiswerk)

4 = HOOG

(bijv., is betrokken en bereid om actief mee te werken en zich in te zetten in de therapie)

5 = ZEER HOOG

(bijv., enthousiast, geconcentreerd, reageert snel en positief op het werk dat in de therapie wordt verzet)

11.2.2 Beschrijf het samenwerkingsproces met de cliënt

Geef een toelichting op je score door eerst een beschrijving te geven van de positieve manieren van samenwerken die jij en de cliënt hebben meegemaakt en die aan een effectieve samenwerking hebben bijgedragen. En beschrijf daarna de aspecten van de relatie die problematisch zijn, doordat ze een effectieve samenwerking in de weg staan. Zaken die je bij deze evaluatie kunt betrekken zijn bijvoorbeeld de mate waarin a) jullie het gevoel hebben op dezelfde manier tegen dingen aan te kijken, b) het met elkaar eens zijn over doelen en veranderingsstrategieën, en c) conflicten kunnen bespreken en oplossen.

11.2.3 Hoe kan de samenwerkingsrelatie worden verbeterd?

Als de score op jullie samenwerking matig of laag is, met welke veranderingen kunnen jij en je cliënt de samenwerking dan verbeteren? Denk hierbij aan de verschillende factoren die samenwerken bemoeilijken. Die factoren kunnen bestaan uit:

- a) chronische onderlinge misverstanden;
- b) gebrek aan overeenstemming over de therapiedoelen;
- c) gebrek aan overeenstemming over wat er moet gebeuren om de therapiedoelen te bereiken;
- d) problematische reacties en gedragingen bij je cliënt zoals hulpeloosheid en passiviteit, passief-agressief gedrag, een laatdunkende houding ten opzichte van de therapeut en de therapie, het niet doen van huiswerk, sessies overslaan.
- e) problematische reacties en gedragingen van jezelf doordat je getriggerd raakt, bijvoorbeeld redden, bestraffend toespreken, preken of je cliënt proberen te sussen en gunstig te stemmen.

Geef suggesties voor mogelijke manieren om deze problemen en obstakels aan te pakken.

11.3 Reparentingrelatie en -band

Inleiding: Omschrijving van de reparentingrelatie en -band

De termen 'reparentingrelatie' en 'reparentingband' verwijzen naar de sterkte en diepgang van en het type gehechtheid tussen de therapeut en de cliënt en de band die ze samen hebben opgebouwd. Dit hangt af van de ontvankelijkheid van de cliënt voor limited reparenting in de relatie als reactie op het aanbod van de therapeut om de basisbehoeften van de cliënt te vervullen (door eigenschappen/gedragingen te tonen zoals warmte, acceptatie, non-verbale uitingen van medeleven, bevestiging en het stimuleren van autonomie). Tijdens het werken met emoties hoort hier ook het vermogen van cliënt bij om kwetsbaar te zijn, accepterend te reageren op en ontvankelijk te zijn voor reparenting van het Kwetsbare Kind of andere kindmodi zoals het Boze of Woedende Kind en het Razende Kind.

De therapeut geeft hier een beschrijving en beoordeling van de reacties van de cliënt op pogingen tot het geven van reparenting, zodat hij/zij de manier van reparenting geven in toekomstige sessies kan aanpassen.

Een voorbeeld ter illustratie: De therapeut probeert de cliënt regelmatig bevestiging te geven voor de pijn en het lijden die hij/zij ervaart in verband met actuele zorgen. Maar de cliënt reageert daar vaak op door elke behoefte aan bevestiging te bagatelliseren of ontkennen. Wanneer de therapeut empathisch begrip toont voor de verwarring en onzekerheid die de cliënt voelt over diens huidige omstandigheden, reageert de cliënt meestal alleen met een nietszeggende blik. Kortgeleden is die reactie veranderd, doordat er soms tranen in de ogen van de cliënt verschenen en de cliënt zich naar de therapeut toe boog. De cliënt is aangemoedigd om tussen de sessies door te bellen indien er behoefte is om te praten, met name omdat er een nieuwe interpersoonlijke crisis is ontstaan. De cliënt heeft één keer gebeld om te vertellen hoe het ging, maar bood toen excuses aan voor de inbreuk in het privéleven van de therapeut.

In dit voorbeeld is de reparentingband nog pril en wijst deze op een voorzichtige hechting. Het is onduidelijk of het gedrag van de therapeut tijdens de sessies op een of andere manier bijdraagt aan die moeite met het opbouwen van een veiligere reparentingband.

11.3.1 Score voor de reparentingrelatie en -band

Geef met een score aan hoe sterk de reparentingrelatie en -band zijn, gebaseerd op het gedrag van de cliënt en jullie emotionele band, binnen en buiten de sessies.

Geef je beoordeling van de sterkte van de reparentingband door een score te geven op de volgende 5-punts beoordelingsschaal. De onderstaande beschrijvingen zijn voorbeelden van het type cliëntgedrag dat op elk niveau (bij elke score) kan voorkomen, in de vorm van verbaal en non-verbaal gedrag (bijv., lichaamstaal, oogcontact):

- 1. ZEER ZWAK, MINIMAAL:** De therapeut ervaart de relatie als erg onpersoonlijk; de cliënt is meestal afstandelijk en niet in staat om de belangstelling en het medeleven van de therapeut te onderkennen of erop te reageren. Of de cliënt heeft standaard een afwijzende of laetdunkende houding ten opzichte van de therapeut en de therapie. Of de cliënt wisselt verschillende modi af, die geen van alle werkelijk contact kunnen maken met de therapeut als persoon.
- 2. ZWAK:** De therapeut ervaart de relatie meestal als tamelijk onpersoonlijk. De cliënt is tamelijk afstandelijk, en beperkt in staat om te reageren op de belangstelling en het medeleven van de therapeut. Of de cliënt reageert vaak kortaf, afwijzend of laetdunkend op de therapeut en de therapie. Of de cliënt wisselt zeldzame momenten van schijnbaar openstaan voor de therapeut als mentor of ouderfiguur af met, meestal, afstandelijk en/of afwijzend of laetdunkend zijn.
- 3. MIDDELMATIG:** De cliënt kan soms wel op de therapeut reageren als op een ouderfiguur, vriend, of mentor, en lijkt momenten te hebben waarop hij/zij de therapeut als oprecht betrokken ervaart, en kan zich kwetsbaar opstellen naar de therapeut en vertrouwen tonen. Dit is echter niet van blijvende aard en de cliënt schiet vaak in afstandelijker modi met minder contact, of kan afwijzend of laetdunkend zijn.
- 4. STERK:** De cliënt reageert op de therapeut als op een ouderfiguur, vriend of mentor, en ervaart de therapeut meestal als oprecht betrokken. De cliënt kan meestal kwetsbaar zijn naar en vertrouwen hebben in de therapeut, binnen de relatie zelf, en kan tijdens experimenteel werk meestal toelaten dat de therapeut het Kwetsbare Kind beschermt en ervoor zorgt.
- 5. ZEER STERK:** De cliënt reageert consistent op de therapeut als op een ouderfiguur, vriend of mentor, en ervaart de therapeut als oprecht betrokken. De cliënt kan consistent kwetsbaar zijn naar en vertrouwen hebben in de therapeut; dit lukt de cliënt zowel in de relatie op zich als tijdens experimenteel werk, door gewoonlijk toe te laten dat de therapeut het Kwetsbare Kind beschermt en ervoor zorgt.

11.3.2 Beschrijf de reparentingrelatie en -band tussen cliënt en therapeut

Geef een beschrijving van de gedragingen van je cliënt naar jou toe die iets zeggen over de mate waarin hij/zij openstaat voor het ontvangen van reparenting.

Geef details over en voorbeelden van hun gedragingen, emotionele reacties en uitspraken in de omgang met jou die aanwijzingen opleveren over hoe zwak of sterk de reparentingband is.

11.3.3 Hoe kunnen de reparentingrelatie en -band worden verbeterd of versterkt?

Als de reparentingband niet zo sterk is, leg dan uit welke obstakels een sterkere band in de weg lijken te staan; deze kunnen te maken hebben met copingmodi van jouzelf of van je cliënt. Wat voor specifieke stappen kun je zetten om de band te versterken?

11.4 Andere minder algemeen voorkomende factoren die de therapeutische relatie beïnvloeden (optioneel)

Als er factoren zijn die een merkbare invloed hebben op de therapeutische relatie of deze bemoeilijken (zoals een groot leeftijdsverschil, cultuurverschil, geografische afstand), licht deze dan hier toe. Hoe kun je hier met de cliënt over in gesprek gaan?

12. Therapiedoelen: Vooruitgang en obstakels

Selecteer minstens vier therapiedoelen die centraal staan in je werk met deze cliënt. De doelen moeten zo worden geformuleerd dat jij je cliënt kunt helpen om er met behulp van concrete therapietaken aan te werken. Die taken kun je beschrijven in termen van verandering in specifieke schema's, modi, cognities, emoties, gedragingen, relatiepatronen, symptomen, enz. Geef in elke tabel eerst een bondige beschrijving van het therapiedoel (bovenaan) en ga er daarna dieper op in door in elke tabel in de rijen naast a t/m e respectievelijk:

- (a) een samenvatting te geven van de modi en schema's waaraan gewerkt gaat worden, en daarbij duidelijk te maken op wat voor manier ze samenhangen met het specifieke doel;
- (b) een beschrijving te geven van nieuwe gedragingen van de Gezonde Volwassene die met het doel samenhangen;
- (c) een beschrijving te geven van de specifieke interventies die je gebruikt en van je argumentatie om deze interventies te kiezen;
- (d) een samenvatting te geven van de geboekte vooruitgang en de obstakels die je bent tegengekomen tijdens het implementeren van deze therapiestrategie.

In 12.5 kun je een korte beschrijving geven van eventuele overige belangrijke therapiedoelen.

13. Overige opmerkingen of uitleg (optioneel)

Als je nog andere informatie wilt opnemen of uitleg wilt geven op eerder gegeven antwoorden, kun je dat hier doen, als dat je supervisor of beoordelaar helpt om een beter beeld te krijgen van je conceptualisatie van deze cliënt, de therapeutische relatie en de vooruitgang in de therapie. Als je wilt, kun je hier extra pagina's voor gebruiken.

Literatuur

- Adler, A. (1938). *Social interest: A challenge to mankind* (Translated by J. Linton and R. Vaughan). Faber and Faber Ltd.
- Alberti, R., and Emmons, M. (2017). *Your perfect Right: Assertiveness and equality in your life and relationships* (10th ed.). Impact.
- Bach, B., and Bernstein, D. P. (2019). Schema therapy conceptualization of personality functioning and traits in ICD-11 and DSM-5. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(1), 38-49.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000464>
- Baltes, P. B., and Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.122>
- Bernstein, D. P. (2018). *Qualities of the Healthy Adult: iModes cards*.
<https://www.i-modes.com/en/shop/healthy-adult-strengths-tool/>
- Dweck, C.S. (2017). From needs to goals to representations: Foundations of a unified theory of motivation, personality and development. *Psychological Review*, 124, 689-719.
<https://doi.org/10.1037/rev0000082>
- Louis, J. P., Lockwood, G., & Louis, K. M. (2024). A model of core emotional needs and toxic experiences: Their links with schema domains, well-being, and ill-being. *Behavioral Sciences*, 14(6), 443. <https://doi.org/10.3390/bs14060443>
- Louis, J. P., Wood, A., & Lockwood, G. (2020). Development and validation of the Positive Parenting Schema Inventory (PPSI) to complement the Young Parenting Inventory (YPI) for Schema Therapy (ST). *Assessment*, 27(4), 766-786. doi:10.1177/1073191118798464
- Edwards, D. J. A. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Frontiers in Psychology*, 12 online:
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Jacka, F.N., O'Neil, A., Opie, R. et al. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Medicine*, 15 (1), 1-13.
<https://doi.org/10.1186/s12916-017-0791-y>
- Kałużna-Wielobób, A., Strus, W. I., and Ciecuch, J. (2020). Community feeling and narcissism as two opposite phenomena. *Frontiers in Psychology*, 11, 2621.
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.515895>
- Lyubomirsky, S. (2008). *The how of happiness: A new approach to getting the life you want*. Penguin.
- Lyubomirsky, S. (2014). *The myths of happiness: What should make you happy, but doesn't, what shouldn't make you happy, but does*. Penguin.
- Maslow, A. (1973). *The farther reaches of human nature*. Penguin.
- Maurer, M. M., and Daukantaitė, D. (2020). Revisiting the organismic valuing process theory of personal growth: A theoretical review of rogers and its connection to positive psychology. *Frontiers in Psychology*, 11 <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.01706>
- Neff, K. D. (2013). The science of self-compassion. In C. Germer, and R. Siegel (Eds.), *Compassion*

and wisdom in psychotherapy (pp. 79-92). Guilford.

Peled, O. (2016). A hierarchy of confrontational interventions facing 8 dysfunctional parent modes. *Schematherapy Bulletin*, 4, 2–9.

Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

Rogers, C. R. (1967). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Constable.

Young, J. E., Klosko, J., and Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford.



© 5 September, 2024. International Society of Schema Therapy

Het is verboden om zonder schriftelijke toestemming van de ISST kopieën of vertalingen van dit document te maken. Op de website van de ISST verschijnen de komende tijd geautoriseerde vertalingen in meer dan 30 talen, zie <https://schematherapysociety.org>. Mocht u behoefte hebben aan meer informatie over deze handleiding, willen weten of er in uw taal een geautoriseerde vertaling beschikbaar is of in aanmerking willen komen voor het maken van een vertaling in een taal die nog niet beschikbaar is, dan kunt

contact opnemen met de ISST via dit e-mailadres cc@isst-schemasociety.org