

NIEUWE SCHEMA'S EN MODI: EEN PLAAG OF VOORUITGANG?

Tekst: Hannie van Genderen, klinisch psycholoog, supervisor VSt en VGct

In 2021 verscheen een belangwekkend artikel over de aanpassing van de theorie achter schematherapie. Sinds de introductie van schematherapie in 1990 lag de onderzoeksfocus vooral op effectiviteit bij persoonlijkheidsstoornissen en op de betrouwbaarheid en validiteit van meetinstrumenten. Toch rezen er in de theorie en praktijk steeds meer vragen over de samenhang tussen basisbehoeften, schema's, copingstijlen en modi.

Om deze vragen te onderzoeken, brachten prof. dr. Arnoud Arntz en prof. dr. Marleen Rijkeboer in 2020 een groep van 60 onderzoekers, uit 35 landen samen. Dit leidde in 2021 tot het artikel *Towards a Reformulated Theory Underlying Schema Therapy* (1) waarin een aantal belangrijke aanpassingen in het model werd voorgesteld, waaronder een uitbreiding van het aantal schema's en modi. Deze voorstellen riepen uiteraard ook een aantal vragen op.

Om deze ontwikkelingen goed te kunnen duiden, geef ik eerst een korte historische schets van de theorie, gevolgd door een toelichting op het recente onderzoek.

Historische schets

Sinds Jeffrey Young in 1990 zijn *schema-focused approach* introduceerde, heeft schematherapie zich sterk ontwikkeld. Aanvankelijk beschreef Young 18 schema's, maar geen modi (2) en onderscheidde hij vijf basisbehoeften.

- Een veilige, liefdevolle en voorspelbare band met anderen (acceptatie, verbondenheid, veiligheid, voorspelbaarheid);
- Het gevoel dat je iets kunt en onafhankelijk mag zijn van anderen (autonomie, competentie, identiteit);
- De vrijheid om gevoelens en meningen te uiten (gevoelens en meningen uiten);
- De vrijheid om te spelen en plezier te maken (spel en ontspanning);
- Realistische grenzen en voldoende zelfcontrole (begrenzing, zelfbeheersing).

Er bestond toen enkel onderzoek naar de YSQ (Young Schema Questionnaire) (3), maar niet naar de onderbouwing of werkzaamheid van schematherapie.

Tech besloten Arntz en Rijkeboer in Nederland de theorie en vragenlijst wetenschappelijk te onderzoeken. In 1996 gaf Young zijn eerste cursus in Nederland en introduceerde hij ook het concept van modi.

In zijn eerste handboek beschreef Young tien modi, ontwikkeld voor cliënten met een borderline- of narcistische persoonlijkheidsstoornis, omdat zij heel veel schema's bleken te hebben (4). In 2005 verscheen het eerste Nederlandse onderzoek naar de YSQ (5), gevolgd door studies die vanaf 2006 de effectiviteit van schematherapie voor de borderlinepersoonlijkheidsstoornis aantoonde (6). Later volgde bewijs voor de effectiviteit bij cliënten met cluster C-, paranoïde-, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornissen (7), evenals validatie van de bijbehorende modi (8). Deze werden nog niet breed gedeeld in afwachting van de validatie SMI-3, een nieuwe versie van de modi-vragenlijst.

Vanaf 2002 onderzochten David Bernstein, Jill Lobbestael en collega's forensische modi, wat leidde tot de toevoeging van vijf nieuwe modi specifiek voor deze doelgroep (9,10). Al deze nieuwe modi waren in de praktijk een zinvolle aanvulling, omdat zo meer mogelijkheden ontstonden om cliënten met de hiervoor genoemde persoonlijkheidsstoornissen te begrijpen en te behandelen.

Er ontstonden ook steeds meer modi door toepassing op nieuwe doelgroepen en syndroomstoornissen. Naar de validiteit van deze modi is meestal nog geen onderzoek gedaan.

Toelichting op het onderzoek

Dit leidde tot het besef dat de theoretische basis herzien moest worden. Een internationale werkgroep stelde daarom een hervorming van de theorie voor (1). Waarbij het uitgangspunt blijft dat de basisbehoeften in voldoende mate vervuld moeten worden. Wanneer basisbehoeften van kinderen worden vervuld, ontwikkelen zij zich tot gezonde volwassenen met een Gelukkige Kind modus. Is dat niet het geval dan vormen zich disfunctionele schema's.

De wijzigingen betreffen:

- Twee nieuwe basisbehoeften en drie nieuwe schema's;
- De opsplitsing van twee bestaande schema's in vier;
- Een aangepaste definitie van copingstijlen;
- Een geïntegreerd theoretisch model waarin schema's, copingstijlen en modi met elkaar verbonden zijn;
- Nieuwe modi.



Deze voorstellen worden momenteel onderzocht in een grootschalig multicenteronderzoek. Schematherapeuten worden opgeroepen hieraan bij te dragen door vragenlijsten in te (laten) vullen .

Deze veranderingen bieden antwoorden op bestaande vragen vanuit de theorie en praktijk, maar het onderzoek zal uitwijzen of deze ideeën ook allemaal kloppen. En er worden veel vragen gesteld over de veranderingen, daarom licht ik in dit artikel de belangrijkste voorgestelde veranderingen toe. Naar verwachting worden sommige schema's of modi in de toekomst nog aangepast, verwijderd of aangevuld. Zodra de onderzoeksresultaten beschikbaar zijn, volgt daarover verdere berichtgeving.

Rond de vertaling van termen in verschillende talen bestaat discussie. In dit artikel gebruik ik zoveel mogelijk de Nederlandse vertalingen uit *Doorbreek je patronen in vijf stappen* (11), met alternatieve vertalingen en Engelse termen tussen haakjes. Bij elk nieuw schema licht ik toe hoe therapeuten hiermee kunnen werken (via *limited reparenting*) en wat centraal staat in de behandeling. Tot slot deel ik enkele persoonlijke overwegingen over het toepassen van deze vernieuwingen in de praktijk.

Nieuwe basisbehoeften en bijbehorende schema's

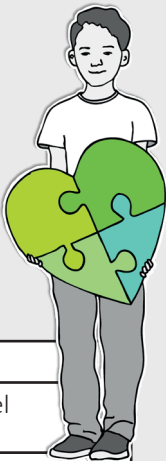
De onderzoekers stellen voor twee basisbehoeften toe te voegen: een Samenhangend beeld van jezelf en van de wereld (Self-coherence) en Rechtvaardigheid (Fairness).

Samenhangend beeld van jezelf en de wereld

De behoefte aan *Samenhangend beeld van jezelf en de wereld (Self-coherence)* is gebaseerd op het werk van Dweck (13), die een model ontwikkelde dat motivatie, persoonlijkheid en sociaal-culturele ontwikkeling integreert.

De door haar geformuleerde basisbehoeften bleken grotendeels te overlappen met het model van Young, maar voegt een uniek element toe: het verlangen naar een samenhangend beeld van jezelf en de wereld.

Deze behoefte ontstaat uit de integratie van ervaringen met acceptatie, voorspelbaarheid, competentie, vertrouwen, controle en eigenwaarde. Ze omvat twee aspecten: identiteit (wie ben ik?) en betekenis (hoe werkt de wereld?). Mensen die hiermee worstelen hebben vaak een onveilige, onvoorspelbare opvoeding gehad en scoren doorgaans hoog op meerdere schema's, vooral die gerelateerd aan gemis aan acceptatie, verbondenheid en veiligheid. Maar ook aan de vervulling van andere basisbehoeften is veelal niet voldaan. Bij onvoldoende vervulling van deze behoefte kunnen twee nieuwe schema's ontstaan: *Verwarring over wie je bent* en een *Onbegrijpelijke wereld* (zie Tabel 1). Deze worden geassocieerd met ernstige problematiek, zoals borderline-, schizoïde- en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve identiteitsstoornis of psychotische stoornissen.



Tabel 1. Schema's samenhangend beeld van jezelf en van de wereld

Niet vervulde basisbehoefte	Schema	Gedachte	Gevoel
Gebrek aan een samenhangend beeld van jezelf en van de wereld	Verwarring over wie je bent (Incoherente identiteit)	Ik ben in de war. Ik ervaar mezelf niet als een geheel. Ik ben de grip op mezelf kwijt en besta uit niet met elkaar verbonden delen. Ik weet niet wie ik ben. Ik begrijp mijn eigen behoeften, emoties en gedachten niet.	Verwarring Vervreemding Existentiële angst
	Onbegrijpelijke wereld	Ik heb geen grip op de wereld. Ik begrijp niet hoe de wereld, inclusief de maatschappij en andere mensen, in elkaar zit. Alles lijkt steeds weer anders, en ik voel me vervreemd van de dingen die om me heen gebeuren. Ik ben bang voor het bestaan, omdat ik niet begrijp wat er gebeurt en wat de betekenis daarvan is.	Verloren

Limited reparenting

Limited reparenting richt zich eerst op de vervulling van primaire basisbehoeften via een veilige en voor- spelbare relatie tussen therapeut en cliënt. Cliënten zullen de therapeut niet meteen vertrouwen en bij het geringste signaal bang zijn dat de therapeut hen in de steek zal laten of niet zal waarderen. Cliënten kunnen soms ook de therapeut testen door grens- overschrijdend gedrag te vertonen, waardoor ook aandacht nodig is voor (gebrek aan) begrenzing en zelfcontrole. In de therapie helpt de therapeut de cliënt ervaringen, gevoelens, gedachten en be- hoeften beter te begrijpen en te integreren. Expe- riëntiële oefeningen worden gecombineerd met psycho-educatie. Als de therapeut in de imaginatie in het beeld stapt, dan corrigeert hij niet alleen het ongewenste gedrag van de ouders, maar hij legt ook aan het kind uit waarom een ouder zo tegenstrijdig doet en valideert hoe verwarrend en onbegrijpe- lijk dit voor een kind is. In een latere fase komt de vervulling van andere basisbehoeften aan bod, afge- stemd op de individuele cliënt.

Behandeling

Het opbouwen van een werkrelatie vergt aanvanke- lijk extra inspanning: cliënten komen mogelijk on- regelmatig en kampen vaak met praktische proble- men of crisismomenten. Snelle moduswisselingen zijn daarbij gebruikelijk. Regelmatig intervisieover- leg is essentieel. De behandeling focust langdurig op experiëntiële technieken zoals imaginaire res- cripting, stoelentechniek en historisch rollenspel. Behandeling van deze complexe stoornissen vergt doorgaans meer tijd dan bij andere persoonlij- heidsproblematiek.

Rechtvaardigheid

Onderzoek bij mensen en dieren laat zien dat het gevoel voor rechtvaardigheid een fundamentele behoefte is (14–16). Mensen willen eerlijk en gelijk- waardig behandeld worden. Bij onrecht reageren zij vaak eerst met woede en protest, maar als dit niet helpt, ontstaat machteloosheid.

Het schema Onrechtvaardigheid (tabel 2) ontstaat wanneer iemand als kind structureel en oneerlijk werd behandeld, zoals bij voortrekken of discrimi- natie. Dit leidt tot de overtuiging van de cliënt dat je altijd en overal tekort wordt gedaan en dat er geen rechtvaardigheid mogelijk is in deze wereld. Dus ook als er in het huidige leven van cliënten geen aanwijzingen zijn dat zij onrechtvaardig behandeld worden, blijven zij in de slachtofferrol hangen en gebruiken zij disfunctionele coping (zoals pesten of manipuleren).

Limited Reparenting

Behandeling vraagt een balans tussen erkenning van het aangedane onrecht in de kindertijd en empathische confrontatie bij overmatige negatieve reacties in het huidige leven. Afhankelijk van de co- pingstijl kan men schakelen tussen Benadeeld Kind, vermijdende copingmodi (Onthechte-, Vermijdende Beschermers, Willoze Inschikkelijke of Zelfsusser) of omkering (Pest & Aanval, Bedrog en Manipulatie modus, Roofdier of Idealiseerder). Hierbij is gebruik van empathische confrontatie of het stellen van grenzen noodzakelijk.

Behandeling

De eerste fase richt zich op correctieve ervaringen via imaginaire rescripting, stoelentechniek of his- torische rollenspel. Daarna volgt realiteitstoetsing via cognitieve technieken en gedragsexperimenten. Is het waar dat de cliënt echt doelbewust onrecht- vaardig behandeld wordt of is er sprake van on- handig gedrag van anderen of pech, waar iedereen wel eens mee te maken heeft. Als er daadwerkelijk sprake is van onrecht moet de cliënt leren hoe dat op een Gezonde Volwassene manier aan te pakken.



Tabel 2. Schema rechtvaardigheid			
Niet vervulde basisbehoefte	Schema	Gedachte	Gevoel
Gebrek aan recht- vaardigheid	Onrechtvaardigheid Oneerlijkheid	Ik kan niet tegen oneerlijkheid en onrechtvaardigheid. De wereld (inclusief andere mensen) is onrechtvaardig en de maatschappij faalt in het aanpakken van dege- nen die zich oneerlijk gedragen. Ik ben (voortdurend) het slachtoffer van oneerlijkheid.	Woede Verontwaardigheid Machteloosheid

Nieuwe schema's door opsplitsing bestaande schema's

Op basis van onderzoek van Yalkin en collega's (12) wordt voorgesteld om twee bestaande schema's op te splitsen, namelijk: Bestraffendheid en Emotionele geremdheid. Beide schema's zijn ontstaan door een tekort op het gebied van spontaniteit, spel en ontspanning (overmatige controle). De opsplitsing van het schema Bestraffendheid (*Punitiveness*) heeft betrekking op het feit dat de bestraffendheid op jezelf en/of op anderen gericht kan zijn.

Omdat de behandelinterventies grotendeels overeenkomen met bestaande aanpakken, worden deze hier niet verder toegelicht.

Het schema Emotionele geremdheid (*Emotional Inhibition*) wordt opgesplitst in:

- *Emotionele geremdheid (Emotional Constriction)*: cliënten voelen zich verplicht emoties en impulsen, met name boosheid, in te houden om anderen niet te kwetsen.
- *Angst voor controleverlies (Fear of Losing Control)*: cliënten maken zich buitensporig zorgen over het verliezen van controle over emoties, uit angst voor schaamte of verlies van eigenwaarde.

Het schema Bestraffendheid wordt opgesplitst in:

- *Interne Bestraffendheid (Internal Punitiveness)*: cliënten vinden dat zij zichzelf streng moeten straffen voor fouten. Zij zijn boos, intolerant, bestraffend en ongeduldig tegen zichzelf als zij niet voldoen aan hun eigen verwachtingen en normen en vergeven zichzelf niets.
- *Externe Bestraffendheid (External Punitiveness)*: cliënten menen dat ook anderen streng gestraft moeten worden voor fouten. Zij zijn boos, intolerant, bestraffend en ongeduldig tegen mensen die niet voldoen aan hun verwachtingen en normen. Zij hebben moeite anderen hun fouten te vergeven.

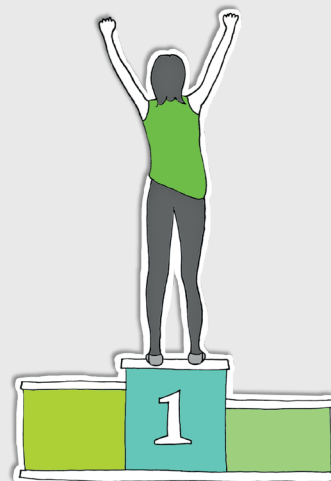
Andere definitie Copingstijlen

Young onderscheidt drie onaangepaste copingstijlen: overgave, vermijding en overcompensatie. Deze baseert hij op de basisreacties op gevaar: bevriezen, vluchten of vechten. De internationale werkgroep stelt dat deze termen verwarrend kunnen zijn, omdat ze verwijzen naar externe stimuli of dreiging, terwijl het eigenlijk gaat om het omgaan met een intern mentaal proces, de activatie van een schema.

Bovendien roept de term 'overcompensatie' associaties op met narcistisch of antisociaal gedrag, wat niet altijd passend is.

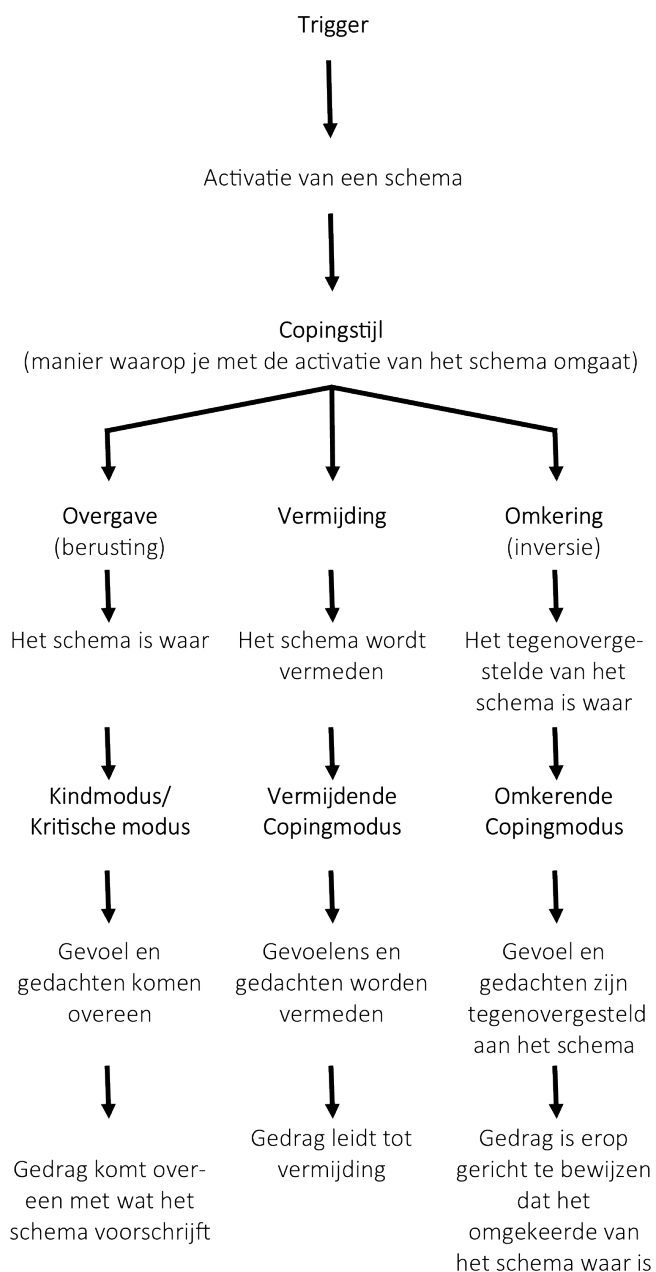
Daarom stellen zij aangepaste termen voor:

- *Overgave (berusting, resignation)*: Cliënten geloven volledig in het schema. Bij minderwaardigheid denken zij dat zij niets waard en slecht zijn. Zij voelen zich somber en verdrietig en gedragen zich er ook naar.
- *Vermijding (avoidance)*: Cliënten proberen schema-activatie te voorkomen door niet te voelen of er niet aan te denken. Bij activatie van minderwaardigheid gaan zij bijvoorbeeld situaties uit de weg waarin hun minderwaardigheid zou kunnen blijken of zij schakelen zoveel mogelijk hun gevoelens uit.
- *Omkering (inversie, inversion)*: Cliënten proberen de activatie van hun schema te lijf te gaan door precies het tegenovergestelde te voelen, denken en doen van wat het schema voorschrijft. Minderwaardigheid wordt bijvoorbeeld omgekeerd in superioriteit. Omdat omkering niet altijd leidt tot opvallend of dominant gedrag, is 'omkering' een neutralere term dan 'overcompensatie'. Omkering kan ook passief of onderdanig zijn, afhankelijk van het schema (bijv. luiheid als omkering van meedogenloze normen, of overdreven nederigheid als omkering van superioriteit).



Verband tussen schema's, copingstijlen en modi

Activatie van een schema in combinatie met een copingstijl leidt tot een schemamodus. Arntz et al. komen op grond van onderzoek naar het verband tussen schema's, copingstijlen en modi door Rijkeboer & Lobbestael (17) en van Wijk-Herbrink et al. (19) tot de conclusie dat overgave leidt tot activatie van Kind modi of Kritische modi en dat vermijding en omkering leiden tot activatie van vermijdende- en omkerende copingmodi.



Nieuwe modi

De werkgroep heeft nieuwe modi voorgesteld vanuit het idee dat bij elk schema één of meer kenmerkende kind-, kritische-, vermijdende- of omkerende modi horen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen in hoeverre deze indeling klopt.

NB: Een overzicht van alle bestaande en nieuwe modi is hier te vinden



Kind- en Kritische modi

Overgave aan schema's leidt tot de overtuiging dat het schema waar is, waardoor cliënten overspoeld raken door gevoelens en zich op kinderlijke wijze gedragen. Dit resulteert meestal in Kind modi, behalve bij de schema's *Meedogenloze Normen*

en *Bestraffendheid*, die leiden tot Kritische modi: respectievelijk de *Veeleisende* en de *Straffende (beschuldigende) modus*. Als cliënten zich overgeven aan meedogenloze normen dan moeten zij alles perfect doen en in extreme mate hun best doen om een doel te bereiken. Cliënten die zich overgeven aan het schema *Bestraffendheid*, zien zichzelf als dom, lelijk en waardeloos. Als er iets misgaat, dan is het hun eigen schuld. Zij vinden dat zichzelf en/of anderen gestraft moeten worden voor hun fouten of mislukkingen.

Er is voor gekozen de term *Oudermodi* te vervangen door *Kritische modi*, omdat ook anderen dan ouders – zoals leraren of pestende leeftijdsgenoten – zulke negatieve overtuigingen kunnen veroorzaken.

Copingmodi

Vermijding en omkering leiden tot activatie van vermijdende- en omkerende copingmodi. Copingmodi beschermen tegen het voelen van de pijn die door de activatie van een schema kan worden veroorzaakt. Met andere woorden cliënten voelen niet dat er iets gebeurt waardoor zij zich gekwetst voelen. Bij vermijding zien we een aantal copingmodi die gericht zijn op het vermijden van situaties of gevoelens door letterlijk situaties uit de weg te gaan of door gedrag dat gevoelens uitschakelt of verdooft. Bij omkering zien we bij vrijwel elk schema gedrag dat leidt tot de overtuiging dat het tegenovergestelde van het schema waar is.

Illustratie van de nieuwe inzichten over het verband tussen schema's en modi

Voorbeeld 1 Modi bij Verlaten

- *Overgave*. Cliënten denken dat iedereen hen in de steek gaat laten en ervaren dat als een klein kind dat door zijn ouders verlaten wordt. Dat kan leiden tot angst en paniek (Verlaten Kind) of woede (Boze Kind)
- *Vermijding*. Cliënten proberen signalen dat iemand hen in de steek zal laten te negeren en niet te voelen op verschillende manieren. Bijvoorbeeld gevoel uitschakelen (Onthechte Beschermers), op een extreme manier afleiding zoeken door scherm-bingen, helemaal opgaan in het werk (Onthechte Zelfsusser) of zich ongeschikt aan de ander opstellen (Willoze Inschikkelijke).
- *Omkering*. Cliënten kunnen net doen alsof zij niemand nodig hebben en hun partner het gevoel geven dat zij liever alleen zijn en het dus

niet erg vinden dat de ander hen verlaat (Hyper autonome of Onafhankelijke* modus). Cliënten kunnen ook de behoefte aan verbondenheid belachelijk maken (Clown*modus).

Voorbeeld 2 Modi bij zich rechten toe-eigenen

- *Overgave*. Cliënten denken dat zij echt superieur zijn aan anderen en mogen doen wat zij willen en gedragen zich als een verwend en opschepperig kind (Verwende Kind modus). Als zij hun zin niet krijgen worden zij extreem woedend (Razende Kind).
- *Vermijding*. Cliënten vermijden te voelen dat zij niet altijd hun zin krijgen door extreme afleiding te zoeken (Onthechte Zelfsusser).
- *Omkering*. Cliënten doen net alsof zij zichzelf helemaal niet zo bijzonder vinden door te doen alsof hun prestaties niets voorstellen (Overdreven Nederige* modus).

Merk op dat we hier zien dat de modus de Willoze Inschikkelijke niet meer gezien wordt als overgave aan een schema, maar als vermijding. Voorheen werd de Willoze Inschikkelijke beschreven als een copingmodus die door overgave aan een aantal schema's ontstond. Het gedrag bestaat inderdaad uit overgave aan wat anderen willen, maar bij nader inzien is dat dus een vermijdende copingmodus, omdat het gedrag een manier is om te voorkomen dat het schema geactiveerd wordt. De activatie van het schema verlating wordt in het voorbeeld vermeden door de ander te *pleasen* door hem in alles zijn zin te geven in de hoop dat de ander hem dan niet zal verlaten.

Meer schema's en modi: een plaag of een vooruitgang?

De combinatie van 23 schema's met drie copingstijlen kan theoretisch leiden tot meer modi dan tot nu toe beschreven. In het model dat nu onderzocht wordt is het aantal modi juist beperkt door overlap (zoals bij Vermijdende modi) en door Kind modi te bundelen. Zo volstaat één Kwetsbare Kind modus, waarbij het onderliggende schema (zoals Verlating of Minderwaardigheid) de nuance bepaalt. Ook externaliserende Kind modi, zoals het Boze Kind, kunnen uit meerdere schema's voortkomen. Onderzoek moet uitwijzen of dit model volledig klopt. Maar stel dat alle nieuwe schema's en modi juist blijken. Zullen we dan door de bomen het bos nog wel zien? Ik denk dat dit wel het geval zal zijn. Ik zie op dit moment meer voor- dan nadelen. Meer

keuzemogelijkheden helpen bij het maken van een nauwkeuriger casusconceptualisatie. Gedrag dat eerder moeilijk te plaatsen was, kan nu verklaard worden. Net als bij de introductie van modi voor forensische of Cluster C-patiënten krijgen we nu handvatten om nieuwe doelgroepen beter te begrijpen en behandelen. Zie het als een kookboek: je hebt meer recepten, maar kiest per cliënt het passende menu. Of anders gezegd voor elke film kies je maar een beperkt aantal kledingstukken voor een bepaalde acteur, maar je hebt keuze uit een enorm magazijn met kostuums. Niet alle schema's en modi zijn immers relevant voor een specifieke cliënt.

Een ander voordeel: het model is stevig onderbouwd en wordt internationaal onderzocht. Daarbij wordt ook gekeken naar culturele toepasbaarheid. Dit voorkomt de wildgroei aan nieuwe, nog niet getoetste modi die je op ISST-congressen soms tegenkomt.

Een nadeel is dat het meer tijd kost om alle nieuwe begrippen te leren herkennen en te gebruiken. En een valkuil kan zijn dat veel tijd wordt besteed aan het zoeken naar de precieze omschrijving, wat gezien kan worden als een Vermijdende Beschermers of de Perfectionistische Overcontroleerder van de therapeut. Maar de ervaring leert dat dit met oefening, en naarmate men meer verschillende cliënten behandelt, vanzelf komt.

Conceptualisering model vereenvoudigen

Het is belangrijk dat het casusconceptualisatiemodel begrijpelijk en werkbaar blijft voor de cliënt.

Als er te veel modi zijn, kan de therapeut deze clusteren tot overzichtelijke categorieën met een herkenbare naam. Zo kun je bijvoorbeeld de Willoze Inschikkelijke en Geruststellingzoeker bundelen onder 'de Pleaser' met de beschrijving: *'Ik pas mij aan en vraag vaak om advies.'*

Hetzelfde geldt voor het samenvoegen van een aantal omkerende copingmodi, zoals in 'de Sterke', die de Zelfverheerlijker, Pest & Aanval en het Roofdier omvat: *'Ik ben beter dan anderen en als zij dat niet erkennen, laat ik dat merken.'*

Een andere aanpak is om je eerst te richten op de meest opvallende schema's en modi, vooral binnen de domeinen acceptatie, verbondenheid, veiligheid en voorspelbaarheid. Voor de therapeut blijft het wel belangrijk zicht te houden op andere schema's en modi die later actief kunnen worden, bijvoor-



beeld door veranderingen in het leven of de behandeling. Dan kan het zinvol zijn om opnieuw naar de casusconceptualisatie en het modusmodel te kijken en het behandelplan aan te passen.

Conclusie

Mijn conclusie is dat de nieuwe inzichten eerder een vooruitgang dan een plaag zijn. Dit is een interessant onderzoek dat tot een verbetering en aanvulling van het schematherapie-model van Jeffrey Young kan leiden.

Maar zoals gezegd is de schematherapie een *work in progress*, dus als uit het onderzoek blijkt dat niet alles een relevante aanvulling is, dan zal dat na afronding van dit onderzoek uiteraard gepubliceerd worden en vermeld worden op de site van de Vereniging voor Schematherapie.

Bronnen

1. Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. PROF. & Panzeri, M. (2021). Towards a Reformulated Theory Underlying Schema therapy: Position Paper of an International Workgroup. Cognitive Therapy and Research. Feb. 2021
2. Young, J.E. (1990, 1994). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
3. Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of maladaptive schemas. Cognitive Therapy and Research, 19, 295 – 321.
4. Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). Schema Therapie. A Practitioners Guide. New York: The Guilford Press.
5. Rijkeboer, M.M. (2005). Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Young Schema-Questionnaire. Universiteit Utrecht: Academisch proefschrift.
6. Giesen-Bloo, J., Dyck, R. van, Spinhoven, Ph., Tilburg, van, Dirksen, C., Asselt, Th. van, Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized

trial of schema-focused therapy versus transference-focused therapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649-658.

7. Bamelis, L.L. M., Evers, M.A.A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. American Journal of Psychiatry, 171, 305-322.

8. Bamelis, L. L., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. Journal of Personality Disorders, 25(1), 41-58.

9. Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaearts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. Legal and Criminological Psychology, 22(2), 420-441.

10. Keulen-de Vos, M. E., Bernstein, D. P., Vanstipelen, S., de Vogel, V., Lucker, T. P., Slaats, M., ... & Arntz, A. (2016). Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study. Legal and Criminological Psychology, 21(1), 56-76.

11. Genderen, H. van (2023). Doorbreek je patronen in vijf stappen. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

12. Yalcin O., Marais I., Lee C, & Correia, PROF (2021). Revision to the Young Schema Questionnaire using rasch analysis: The YSQ-R. Australian Psychologist, 57(1), 8-20.

13. Dweck, C.S. (2017) From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality and development. Psychological Review, 124, 689-719

14. Brosnan, S. F., & de Waal, F. B. (2014). Evolution of responses to (un)fairness. Science, 346(6207), 1251-1276.

15. Prilleltensky, I. (2013). Wellness without fairness: The missing link in psychology. South African Journal of Psychology, 43(2), 147-155.

16. McAuliffe, K., Blake, P. R., Steinbeis, N., & Warneken, F. (2017). The developmental foundations of human fairness. Nature Human Behaviour, 1(2), 0042.

17. Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2012). The relationships between early maladaptive schemas, schema modes and coping styles. Paper presented at the 5th World Conference of Schema Therapy, May 17th-19th, New York, USA.

18. van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. Journal of Abnormal Child Psychology, 46(5), 907-920.