

Praktijkvoorbeeld van een Schematherapie-casusconceptualisatie (Versie 3.8)

We adviseren je om de toelichting op blz. 24 over schemamodi te lezen

Typ je antwoorden in de kaders naast de items.

Naam therapeut:

Melissa

Datum:

17 december 2022

Aantal sessies:

25

**Aantal maanden sinds de eerste
sessie:**

8

*Bij het invullen van dit formulier raden we je aan om de instructies bij elke sectie aandachtig te lezen, evenals de aanvullende instructies in de **Handleiding Casusconceptualisatie** en de formuleringen van de antwoorden in het **Praktijkvoorbeeld van een Casusconceptualisatie**.*

1. Achtergrondinformatie over de cliënt

Naam/nummer cliënt

Sandy

Leeftijd/Geb.dat.:

33

**Huidige Relatiestatus
/seksuele voorkeur/aantal
kinderen:**

Sandy is alleenstaand, heteroseksueel en heeft geen kinderen.

Beroep en functie

Sandy is eigenaar van een klein bedrijf dat culinaire gerechten bereidt die ze levert aan restaurants. Ze heeft 6 mensen in dienst.

Hoogst genoten opleiding

Sandy heeft de middelbare school afgemaakt, maar geen vervolgopleiding genoten.

**Geboorteland/Godsdienst
/ethnische achtergrond**

Sandy is wit en van Europese afkomst. Ze is niet religieus.

2. Waarom is de cliënt in therapie?

Wat zijn de voornaamste factoren die je cliënt motiveren om in therapie te gaan? Welke aspecten van de levensomstandigheden van je cliënt, ingrijpende gebeurtenissen, symptomen/stoornissen, of problematische emoties/gedragingen dragen bij aan zijn/haar problemen (bijv. gezondheidsproblemen, relatieproblemen, woede-uitbarstingen, anorexia, middelenmisbruik, problemen op het werk, levensfaseproblematiek)?

a. Aanvankelijk	Sandy kreeg op 17-jarige leeftijd de diagnose anorexia nervosa. Op haar 21-ste werd ze opgenomen en daarna volgde ze vier jaar therapie en trad er enige verbetering op in haar eetstoornis. Momenteel heeft ze een normale maar lage BMI van 18,5, maar ze is continu bezig met eten en pogingen tot restrictie, en heeft de afgelopen tijd dagelijks gebraakt door het zelf op te wekken. Ze heeft zich aangemeld voor therapie omdat ze van deze preoccupatie af wil komen. Ze heeft hierover gezegd: 'Als dat mogelijk is wil ik mijn leven graag terug'.
b. Momenteel	Sandy heeft momenteel last van angst en paniekaanvallen, en voelt zich overvraagd door het dagelijks leven. Ze is gepreoccupeerd met gedachten over dat haar eetstoornis de overhand neemt en haar schade toebrengt. Ze erkent dat ze eenzaam is maar heeft moeite met het leggen van sociaal contact. Ze lijkt gemotiveerd om haar eetstoornis te overwinnen, aan haar angst te werken en te beginnen met het leggen van betekenisvolle sociale contacten, met als uiteindelijk doel dat ze een partner vindt en een gezin kan stichten. Echte stappen in de richting van die doelen heeft ze echter nog niet gezet.

3. Algemene indruk van de cliënt

Beschrijf kort en in gewone taal hoe je cliënt over het algemeen overkomt tijdens de sessies (bijv., gereserveerd, vijandig, goedkeuring zoekend, behoeftig, welbespraakt, niet emotioneel). Let wel: dit item is niet bedoeld voor het bespreken van de therapeutische relatie of veranderingsstrategieën.

a. Aanvankelijk	Sandy wilde graag een positieve indruk wekken; ze was meegaand en pleasend. Aanvankelijk was ze gemotiveerd, kwam ze haar sessie-afspraken trouw na en deed ze haar huiswerkopdrachten. Wel had ze er moeite mee om haar emoties toe te laten, en begreep ze niet dat je emoties in je lichaam kunt voelen. In plaats daarvan beschouwde ze emoties als iets 'in je hoofd'.
b. Momenteel	Sandy is inmiddels gemotiveerder en actiever betrokken bij de therapie, maar heeft de afgelopen tijd ook afspraken vlak van tevoren afgezegd en doet niet altijd haar huiswerkopdrachten. Wanneer dit aan de hand is, wekt ze gewoonlijk een afstandelijke en onverschillige indruk. Ook vermijdt ze het om over haar eetstoornis te praten en zoekt ze afleiding van dit onderwerp door over andere dagelijkse bezigheden te praten. Wel werkt ze tijdens de sessies mee aan experiëntiële oefeningen en heeft ze vooruitgang geboekt op het vlak van het kunnen benoemen van de emotie die ze ervaart, al kost dit haar nog steeds moeite en ervaart ze er ongemak bij.

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

Belangrijkste classificaties: Vermeld voor elke stoornis de naam en de code in de ICD-11 of DSM-5(-TR). Geef hier aan welk systeem je gebruikt:

ICD-11

1.	6B81	Boulimia nervosa	2.	6A71.6	Terugkerende depressieve stoornis, momenteel in gedeeltelijke remissie
3.	6B00	Gegeneraliseerde angststoornis	4.	6D10.1	Middelmatig ernstige persoonlijkheidstoornis

5. Huidige niveau van functioneren in belangrijke levensgebieden

Geef je cliënt in de onderstaande tabellen een score voor zijn/haar huidige functioneren in elk van de 5 levensgebieden, en een score voor Leefstijl/zelfzorg. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor een gedetailleerde beschrijving van elke categorie en de 6-punts beoordelingsschaal (1=*afwezig of zeer laag niveau van functioneren*, 6=*zeer goed of uitstekend niveau van functioneren*). Geef in kolom 3 een korte uitleg over je argumentatie voor elke score *in termen van gedrag*. Als je cliënt in het verleden op een duidelijk ander niveau heeft gefunctioneerd dan momenteel het geval is, licht dit hier dan toe.

5.1 Levensgebieden		
Levensgebied	Score	Uitleg of toelichting
5.1.1 Presteren in beroep of opleiding	4	Sandy leidt een succesvol, groeiend bedrijf. Maar ze werkt extra hard om pijnlijke gevoelens te vermijden. Haar werk neemt het merendeel van haar wakkere uren in beslag, en ze werkt vaak door tot laat op de avond. Ook heeft ze last van onzekerheid bij het nemen van dagelijkse beslissingen, bijvoorbeeld over hoeveel voorraad ze moet bestellen, en zoekt ze daar geruststelling over bij haar werknemers door hen te vragen wat ze moet doen.
5.1.2 Langdurige liefdesrelaties	1	Sandy is eenzaam. In haar tienerjaren heeft ze veel vluchtige seksuele contacten gehad; dit was in haar ogen de enige manier om genegenheid van mannen te krijgen, omdat het haar onmogelijk leek dat er ooit iemand van haar kon houden en haar kon accepteren zoals ze was. Ze had één heteroseksuele relatie die ongeveer 8 maanden duurde. Deze relatie eindigde op haar 21-ste nadat haar vriend was vreemdgegaan terwijl zij in het ziekenhuis lag vanwege haar eetstoornis. Ze heeft al meer dan 10 jaar geen vaste relatie meer gehad.
5.1.3 Familiërelaties	2	Sandy's moeder woont dicht bij haar en komt in het weekend vaak onaangekondigd langs. Op werkdagen komt ze tijdens de lunchpauze soms ook naar Sandy's werk. Sandy vindt dit irritant, maar het lukt haar meestal niet voor zichzelf op te komen; ze verwacht dan kritiek over dat ze niet om haar moeder geeft en heeft ook medelijden met haar, omdat ze eenzaam is, geen eigen vriendinnen heeft en zich naar Sandy toe presenteert als een slachtoffer, iemand die steun nodig heeft. Haar broer is getrouwd en woont in een andere provincie, ze heeft zelden contact met hem. Ze heeft een hekel aan hem omdat hij haar als kind minachtend bejegende. Haar jongere zusje heeft een baan gevonden in een ander land en is geëmigreerd, en afgezien van beleefde wensen met Kerst en verjaardagen hebben de zussen weinig contact met elkaar.
5.1.4 Vriendschappen en andere sociale relaties	2	Sandy heeft heel weinig betekenisvolle banden met anderen en vermijdt uitgaan met vrienden. Ze maakt zich zorgen dat anderen haar een vervelende sta-in-de-weg vinden, en ze denkt dat mensen zich verplicht voelen om haar mee uit te vragen. Ze bezoekt af en toe een workshop over haar werk voor restaurants, maar heeft daar geen blijvende sociale contacten aan overgehouden.

5.1.5 Zelfstandig functioneren en tijd alleen doorgebracht	2	Sandy brengt veel tijd alleen door, maar houdt zichzelf dan druk bezig of kijkt tv-series om gevoelens van eenzaamheid en isolement te vermijden. Van die tijd alleen kan ze niet genieten of er troost uit putten, en zodra ze stopt met werken voelt ze zich meestal verdrietig om het feit dat ze alleen is en niemand heeft die ze kan bellen. Ook zoekt ze op die momenten van alleen zijn haar toevlucht in eetbuien, gevolgd door zelf opgewekt braken.
---	----------	--

5.2 Leefstijl/zelfzorg: lichaamsbeweging, eetgewoonten, slaappatronen, enz.		
Leefstijl	Score	Uitleg of toelichting
Leefstijl/zelfzorg	2	Sandy slaapt gewoonlijk vrij goed, al kan ze na 's avonds lang te hebben doorgewerkt soms niet in slaap komen door haar zorgen over werkgerelateerde problemen. Ze doet niet regelmatig aan een bepaalde vorm van lichaamsbeweging of sport, en haar eetpatroon is inconsistent als gevolg van haar eetstoornis.

6. Belangrijke levensproblemen

Noem drie of meer belangrijke levensproblemen (zoals symptomen en disfunctionele copingpatronen) waarvan je denkt dat er in de therapie inzicht in moet komen en aan gewerkt moet worden om je cliënt verlichting te laten ervaren van de klachten waarmee hij/zij zich heeft aangemeld. Dit kunnen dezelfde problemen zijn als in de expliciete hulpvraag van je cliënt (zie sectie 2), maar dat hoeft niet het geval te zijn.

6.1

Levensprobleem:

Boulimia nervosa: Preoccupatie met regels rondom eten en haar figuur, met als overcompensatie sterke neigingen tot eetbuien en het opwekken van braken.

Sandy's hoofd zit momenteel vol negatieve gedachten; die gedachten hebben te maken met een hekel hebben aan zichzelf qua uiterlijk, en met een continue angst om aan te komen. Ze legt zichzelf regelmatig restricties op om minder te eten en krijgt vervolgens onweerstaanbare neigingen om te snoepen en zich over te geven aan eetbuien, met name 's avonds als ze alleen thuis is. Ook op haar werk eet ze af en toe tussendoortjes met veel calorieën, zoals gebakjes en chocola, gevolgd door zelf opgewekt braken. Deze preoccupatie neemt een groot deel van haar tijd in beslag en de eetbuien en het opwekken van braken worden gevolgd door sterk zelfkritische en zelfstraffende gedachten.

6.2

Levensprobleem:

Sociaal isolement en eenzaamheid

Sandy voelt zich eenzaam en verlangt ernaar om vrienden te hebben en te kunnen settelen met een man en een eigen gezin. Uitgaan en mensen ontmoeten als stappen op weg naar dat doel vermijdt ze echter, omdat ze gelooft dat niemand werkelijk van haar kan houden en dat vrienden zich alleen maar verplicht zouden voelen om haar uit te nodigen. Ook is ze bang om een hechter contact met anderen aan te gaan, omdat dit de angst voor verlating oproept en ze zich in het verleden, toen ze wel hechter contact toeliet, in de steek gelaten heeft gevoeld en het gevoel had: 'ze zullen je altijd weer alleen laten'. Sandy's voornaamste relatie is die met haar moeder, die ze vaak ziet, met name in het weekend. Ze vertelt andere mensen nooit over haar eigen ervaringen of aspecten van haar eigen leven, omdat ze gelooft dat die anderen haar dan zullen veroordelen of haar saai of vervelend zullen vinden. Maar in plaats van dit te erkennen, draagt ze redenen aan waarom ze geen sociale contacten aangaat (rationaliseren). Door die vermijding wordt haar gevoel van isolement en eenzaamheid echter versterkt, met depressiviteit tot gevolg.

6.3

Levensprobleem:

Chronische angst in verband met piekeren en rumineren

Sandy maakt zich continu zorgen, niet alleen over haar uiterlijk en gewicht, maar ook over beslissingen die ze op haar werk moet nemen. Die zorgen zijn vermengd met rumineren over thema's zoals niet aardig genoeg zijn, dat mensen niet in haar geïnteresseerd zijn, en beelden van zichzelf als iemand die alleen oud wordt. Die negatieve gedachten worden afgewisseld met fantasieën over een man vinden en een gezin stichten. Haar continu aanwezige angst wordt in stand gehouden door zoveel te piekeren hetgeen ook bijdraagt aan haar sombere stemming en dan leidt tot het nog meer ontlopen van andere mensen. Op haar werk piekert ze over elke kleine beslissing die ze moet nemen, en ze rumineert over onbeduidende foutjes. Dat leidt er vervolgens toe dat ze op haar werk steeds opnieuw om geruststelling vraagt bij het nemen van beslissingen.

6.4 Andere levensproblemen:

Niet assertief kunnen zijn in relaties

Sandy is vaak erg meegaand en gericht op anderen pleasen en tevreden houden. Dit komt vaak tot uiting bij haar moeder, die dichtbij woont en zich aan Sandy opdringt, bij haar thuis en op haar werk. Om te vermijden dat ze veel tijd met haar moeder moet doorbrengen blijft Sandy vaak tot laat op haar werk (al is het overwerken ook een manier om haar gevoelens van eenzaamheid te vermijden, door druk bezig te blijven). Op haar werk komt haar moeder vaak vlak voor lunchtijd binnenstappen, en gaat ze bij Sandy zitten voor een praatje, terwijl dat Sandy vaak slecht uitkomt. Sandy is niet in staat om haar moeder hierop aan te spreken, haar eigen behoeften aan haar duidelijk te maken en grenzen te stellen aan dit gedrag.

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 je cliënt die hebben bijgedragen aan zijn/haar huidige levensproblemen en aan het ontstaan van de maladaptieve schema's en modi die je verderop beschrijft. Vermeld alle belangrijke problematische/ongunstige/ beschadigende ervaringen of levensomstandigheden. Zie de Handleiding Casusconceptualisatie voor gedetailleerdere richtlijnen.

Sandy is de middelste van drie kinderen. Haar ouders zijn destijds getrouwd omdat haar moeder ongepland zwanger raakte van haar broer. Haar moeder schaamde zich hier diep over. Haar vader was een extraverte maar niet warme man die vaak op reis was voor zijn werk. Voordat Sandy's moeder zwanger raakte, werkte ze als fotomodel, en was ze zich zeer bewust van haar uiterlijk en lichaamsgewicht. Ondanks die uiterlijke kwaliteiten vond ze zichzelf toch niet goed genoeg voor haar man, en toen ze eenmaal getrouwd waren, onderwierp ze zich aan hem en had ze geen eigen zelfstandig leven meer. Ze was veel met zichzelf bezig, vaak gedeprimeerd en zat klem in een slachtofferrol. Ze gaf haar kinderen geen koestering of genegenheid en was niet in staat om op hun behoeften in te spelen. Ze was vaak gestrest en geëgerd over de eisen die het inspelen op de behoeften van haar kinderen met zich meebrachten. Toen Sandy twee jaar was en haar zusje werd geboren, werd dit nog erger. Zo leerde Sandy dat haar behoeften niet belangrijk waren: als ze om een knuffel vroeg, beschuldigde haar moeder haar er vaak van dat ze 'weer eens het veeleisende kind uithing' en klaagde ze dat 'er iets met haar mis was'. Ook in andere opzichten gedroeg haar moeder zich kritisch en beschamend naar Sandy, door neerbuigende opmerkingen over haar uiterlijk te maken en tegen haar te zeggen dat ze jurkjes moest dragen en er meer als een meisje moest uitzien, en ook daarmee dus te impliceren dat er iets mis was met Sandy.

Sandy's vader gaf blijk van een duidelijke voorkeur voor haar broer, en door hem voelde ze zich verwaarloosd en gekwetst. Ze voelde zich verlaten door hem, en op de momenten dat er een herinnering hieraan naar boven kwam, beschreef ze een pijnlijk besef van 'ze laten je altijd in de steek' en daarbij voelde ze ook boosheid. Toch hield ze vast aan een geïdealiseerd beeld van haar vader als een vriendelijk en goed iemand.

Als kind was Sandy vrij mollig en werd ze hier door haar moeder en broer mee geplaagd. Ook op school werd ze door haar klasgenoten hardvochtig gepest om haar gewicht, en toen ze naar de middelbare school ging, werd dat nog erger. Op school had Sandy één goede vriendin die net als zij werd buitengesloten door de andere meiden. Sandy en haar vriendin werden er door hun klasgenoten mee geplaagd dat ze te serieus waren, te veel hun best deden op school en nog met poppen speelden en andere spelletjes deden, terwijl de andere meiden geïnteresseerd raakten in jongens en feestjes geven. Door al die kritiek raakte Sandy sociaal steeds meer geïsoleerd en verergerde haar gevoel dat er niemand was op wie ze kon vertrouwen en van wie ze mocht verwachten dat die ander aardig tegen haar zou zijn en haar geen kwaad zou proberen te doen. Ook versterkte de kritiek haar perceptie van zichzelf als iemand die voor niemand de moeite waard of belangrijk was, en droeg het bij aan haar gevoel dat ze niet bekwaam was om zelfstandig beslissingen te nemen. Het streven om dingen perfect te doen was haar manier om hiermee om te gaan.

Toen Sandy negen jaar was, was ze samen met haar vader in de keuken toen hij het bewustzijn verloor, op de grond viel en overleed aan een hartinfarct. Ze voelde zich door hem in de steek gelaten en gaf zichzelf er de schuld van dat ze zijn dood niet had kunnen voorkomen. Haar moeder nam de leiding van haar vaders bedrijf over en werd nu nog gestrester en prikkelbaarder dan voorheen. Uit angst dat haar moeder ook zou overlijden en doordat ze haar moeder nu als een hulpeloos slachtoffer zag, besloot Sandy om haar zoveel mogelijk te helpen, en nam ze een reddende rol op zich, waarbij ze alles deed wat ze maar kon om haar tevreden te stellen. Haar moeder raakte afhankelijk van alcohol en verwaarloosde de kinderen nog meer dan vroeger, zodat Sandy nog meer het gevoel kreeg dat ze vervelend was en een last voor haar moeder. Als puber op de middelbare school werd Sandy opstandig en begon ze te roken en te drinken, in de hoop dat de andere rebelse leerlingen haar dan zouden accepteren. Om aandacht van jongens te krijgen, begon ze op haar vijftiende met het hebben van losse seksuele contacten. Maar haar vriendinnen waren populairder bij de jongens dan zij. Ze schreef dit toe aan haar overgewicht (BMI 25.6) en begon restrictief te eten om af te vallen. Op haar zeventiende voldeed ze aan de criteria voor anorexia nervosa, met een BMI van 17. Met dit lichaamsgewicht voelde ze zich zelfverzekerder en meer geaccepteerd door haar medeleerlingen, en dat versterkte het restrictieve eetgedrag. Toen ze 21 was, was haar BMI gedaald tot 14,5 en moest ze worden opgenomen, nadat ze in een crisis belandde toen haar vriend het dreigde uit te maken. De opname leidde tot enkele positieve veranderingen en in de jaren daarna lukte het haar om onder begeleiding van een therapeut een gezond gewicht te bereiken en behouden. Maar haar vriend ging vreemd en verbrak de relatie alsnog, en haar minderwaardigheidsgevoel veranderde niet. 'Ik kan voor niemand goed genoeg zijn', zei ze. 'Ik probeer iets te bedenken wat ik leuk vind aan mezelf. Maar er is niks. Ik kan wel alle negatieve dingen voor je opnoemen. Ik zou niet met mezelf willen omgaan.'

7.2 Beoordeling van onvervulde basisbehoeften

Hieronder staat een lijst met alle basisbehoeften van een kind in zijn/haar relatie met de ouders of andere verzorgers, in met name de eerste levensjaren. Geef voor elke behoefte aan in hoeverre deze is vervuld, op basis van je beschrijving van de geschiedenis in sectie 7.1, met behulp van deze schaal:

X = onvoldoende informatie om te kunnen beoordelen

0 = niet tot nauwelijks

1 = in zeer beperkte mate

3 = in gemiddelde mate

5 = in zeer grote mate.

Noteer je score in het daarvoor bestemde vakje en geef daarna:

- Een korte omschrijving van de oorzaken van de onvervulde behoefte, op basis van informatie uit de levensgeschiedenis en andere bronnen; zie voor suggesties de **Handleiding Casusconceptualisatie**. Beschrijf indien van toepassing verschillende levensfasen: bijvoorbeeld: babytijd en vroege kinderjaren, latere kinderjaren, adolescentie.
- Een opsomming van de vroeg ontstane maladaptieve schema's waar de onvervulde behoefte aan heeft bijgedragen. **Geef hier geen verdere uitleg;** in sectie 8 wordt meer informatie over specifieke schema's gevraagd.

7.2.1 Behoefte aan verbinding (koestering, acceptatie, onvoorwaardelijke liefde)

		Score	2
(a) Oorzaken	Sandy heeft zich in geen enkele levensfase veilig geliefd gevoeld. Haar moeder was egocentrisch, emotioneel afstandelijk en niet ontvankelijk voor Sandy's behoeften aan nabijheid, genegenheid, geruststelling en troost, waar ze ook actief afwijzend op kon reageren. Ze was bij tijden behoorlijk depressief en bijna altijd vooral met zichzelf bezig. Sandy's vader was zo veel afwezig door zijn werk dat ze zich regelmatig door hem in de steek gelaten voelde als hij wel thuis was; hij was niet erg warm en gaf haar broer meer aandacht.		
(b) Schema's	Emotionele Verwaarlozing, Minderwaardigheid en Schaamte, Verlating en Instabiliteit, Sociaal Isolement, Onderwerping, Zelfopoffering		

7.2.2 Behoefte aan steun en begeleiding bij het uiten en verwoorden van behoeften en emoties, en bij het leren van een gezonde socialisatie

		Score	2
(a) Oorzaken	Wanneer Sandy een behoefte uitte of een emotie liet zien, reageerde haar moeder daar prikkelbaar en afwijzend op. Toen ze haar moeder bijvoorbeeld eens om een knuffel vroeg, raakte haar moeder geërgerd en zei ze tegen Sandy dat er iets mis was met haar. Haar vader negeerde haar het grootste deel van de tijd en besteedde het merendeel van de tijd die hij thuis was aan haar broer. Als gevolg hiervan leerde Sandy haar emoties en behoeften te onderdrukken en werd ze sociaal angstig en vermijdend.		
(b) Schema's	Emotionele Verwaarlozing, Minderwaardigheid en Schaamte, Emotionele Geremdheid, Onderwerping.		

7.2.3 Behoeftte aan veiligheid, betrouwbaarheid, rechtvaardigheid, consistentie en voorspelbaarheid

		Score	1
(a) Oorzaken	Sandy's moeder was emotioneel vaak opvliegend, onvoorspelbaar, en instabiel. Die onvoorspelbaarheid werd nog erger toen haar moeder afhankelijk raakte van alcohol na de plotselinge dood van haar man, toen Sandy negen jaar was. Moeder ging zich opstellen als een slachtoffer dat gered moest worden, en was nu nog minder in staat om er op een consistente manier te zijn voor Sandy. Sandy's broer gedroeg zich regelmatig agressief tegen haar, en haar moeder noch haar vader (toen hij nog leefde) deed ook maar iets om haar daartegen te beschermen. Op school werd Sandy gepest en voelde ze zich niet beschermd door zowel haar familie als de schoolleiding.		
(b) Schema's	Onderwerping, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid, Minderwaardigheid en Schaamte, Wantrouwen en Misbruik		

7.2.4 Behoeftte aan het krijgen van compassievolle, duidelijke, passende begeleiding en grenzen, ter ondersteuning van het leren van realistische grenzen en zelfcontrole

		Score	2
(a) Oorzaken	Sandy heeft nooit passende begeleiding gekregen. Geen van beide ouders besteedde er tijd aan om haar doelen en dromen te leren kennen, laat staan om haar te helpen met het nastreven daarvan op een authentieke en evenwichtige manier. Op tienerleeftijd werd ze echter rebels en had ze losse seksuele contacten, soms op een risicovolle manier. Haar moeder was onvoldoende op haar afgestemd om dit op te merken, en voor zover ze er wel iets van merkte, was ze niet in staat was om het initiatief te nemen om haar dochters veiligheid te bewaken en haar te helpen met haar zelfcontrole, en daar de benodigde stappen toe te zetten.		
(b) Schema's	Emotionele Verwaarlozing, Onderwerping, Emotionele Geremdheid		

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

		Score	1
(a) Oorzaken	Beide ouders hebben Sandy nooit aangemoedigd tot enige vorm van spontaniteit, speelsheid of plezier maken. In plaats daarvan werd ze door hen bekritiseerd en omlaaggehaald. Als gevolg daarvan is ze haar spontaniteit gaan onderdrukken en heeft ze geleerd om haar aandacht af te leiden van het ervaren van haar eigen spontane emoties en behoeften.		
(b) Schema's	Minderwaardigheid en Schaamte, Onderwerping, Emotionele Geremdheid.		

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

		Score	1
--	--	--------------	----------

(a) Oorzaken	Geen van beide ouders gaf Sandy als kind het gevoel dat ze geloofden in haar als persoon of in haar vermogen om zich te ontwikkelen tot een capabel, succesvol iemand. Ze hoorde haar moeder bijvoorbeeld aan vriendinnen vertellen dat Sandy niet goed was op school. Geen van beide ouders boden haar begeleiding en steun bij het opbouwen van meer zelfvertrouwen en assertiviteit. Sandy's gevoel van competentie en zelfvertrouwen werd ondermijnd door de herhaalde kritiek en opmerkingen van haar moeder over dat ze tekortschoot, in plaats van dat moeder haar steunde bij het ontdekken en leren nastreven van haar eigen doelen en bij het leren herkennen van de dingen waar ze goed in was of die ze goed deed. Na de dood van haar vader raakte haar moeder nog meer door zichzelf in beslag genomen en was ze nog minder beschikbaar om aandacht te geven aan dit aspect van Sandy's leven.
(b) Schema's	Emotionele Verwaarlozing, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid, Minderwaardigheid en Schaamte, Sociaal Isolement en Vervreemding, Mislukking, Wantrouwen en Misbruik, Onderwerping, Meedogenloze normen en Overmatig Kritisch zijn, Negativiteit en Pessimisme.

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

	Score	2
(a) Oorzaken	Sandy had nauwelijks enig gevoel van vrijheid en controle over haar eigen leven. Er werd van haar verwacht dat ze er op een bepaalde manier uitzag, 'meer als een meisje', jurkjes zou dragen een slank postuur zou hebben, en, bovenal, dat ze de behoeften van haar moeder voorrang zou geven boven die van haarzelf. Haar moeder maakte vaak spottende opmerkingen over haar uiterlijk. Ze werd er thuis en op school mee geplaagd dat ze mollig was. Ze werd niet gerespecteerd om het feit dat ze haar schoolwerk serieus nam, van leren hield, en met poppen speelde en de spelletjes deed waar zij in geïnteresseerd was.	
(b) Schema's	Emotionele Verwaarlozing, Minderwaardigheid en Schaamte, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid, Onderwerping, Zelfopoffering, Goedkeuring en Erkenning zoeken.	

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

	Score	1
(a) Oorzaken	Geen van beide ouders liet blijken afgestemd te zijn op Sandy of haar te waarderen, en ze lieten Sandy nooit expliciet merken dat ze als persoon waardevol was zoals ze was. Beide ouders en haar broer lieten haar op directe en indirecte manieren voelen dat zij in allerlei opzichten beter waren dan Sandy. Haar moeder beschaamde haar regelmatig over haar gewicht en uiterlijk, en ze leerde van haar moeder, broer, vader en leeftijdgenoten dat ze pas liefde waard zou zijn als ze een bepaald streefgewicht zou bereiken. Haar manier om liefde te vinden, door middel van schoolwerk of in haar privéleven, bestond alleen nog uit prestaties leveren. Ze raakte ervan overtuigd dat trouw blijven aan zichzelf uiteindelijk tot verlating en eenzaamheid zou leiden.	
(b) Schema's	Minderwaardigheid en Schaamte, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid, Emotionele Geremdheid, Meedogenloze normen en Overmatig kritisch zijn.	

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

	Score	2
--	--------------	----------

(a) Oorzaken	Als Sandy voor het overlijden van haar vader nog enigszins het gevoel had dat hij een veilige haven was voor het gezin, dan maakte zijn plotselinge dood daar een einde aan. Wat haar moeder betreft, zij gaf Sandy met haar onvoorspelbaarheid en depressieve episodes al voor die tijd niet het gevoel dat ze een veilige haven was, zelfvertrouwen had en wist hoe ze dingen voor elkaar kon krijgen. Ook nu nog komt haar moeder over als zwak en behoeftig, en wendt ze zich tot Sandy om haar de kracht te geven waar ze zelf niet over beschikt. Na de dood van haar vader zijn Sandy's gevoelens dat ze geen ouder had die er voor haar was en die capabel en sterk was nog verder toegenomen.
(b) Schema's	Onderwerping, Zelfopoffering, Negativiteit en Pessimisme, Meedogenloze normen en Overmatig kritisch zijn.

7.3 Mogelijke temperaments-/biologische factoren

Noem hier de facetten van het temperament en andere biologische factoren die mogelijk relevant zijn voor de problemen en symptomen van je cliënt en voor de therapeutische relatie. We raden je aan om de instructies in de **Handleiding Casusconceptualisatie** aandachtig te lezen; hierin wordt besproken hoe lastig het is om onderscheid te maken tussen aangeboren biologische factoren en de gevolgen van tegenslag en on vervulde behoeften, en wordt het bestaan van neurodiversiteit onderkend. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor een lijstje bijvoeglijke naamwoorden die vaak als beschrijving van het temperament worden gebruikt. Je kunt alleen een paar bijvoeglijke naamwoorden uit de lijst in de handleiding noemen, maar indien gewenst kun je ook een uitgebreidere toelichting geven.

Onderworpen, pessimistisch, geneigd tot negatieve gevoelens. Snel overspoeld. Vanwege het disfunctionele karakter van het gezin is het moeilijk om deze factoren te onderscheiden van aangeleerde gedragingen.

7.4 Mogelijke culturele, etnische en religieuze factoren

Leg indien van toepassing uit wat de rol is geweest van bepaalde normen en waarden vanuit de etnische en religieuze achtergrond of de sociale of leefomgeving van je cliënt bij het ontstaan van de huidige problemen (bijv., groeide op in een omgeving waar buitensporig veel nadruk werd gelegd op competitie en status in plaats van op de kwaliteit van relaties).

Sandy groeide op in een omgeving waar de status van een meisje werd verhoogd door een knap uiterlijk en een slank figuur. Dit werd naar haar gecommuniceerd door haar moeder, die zich zeer bewust was van haar eigen uiterlijk en gewicht. Dezelfde waarden kreeg ze ook mee van haar medeleerlingen, die haar er als kind mee pestten dat ze mollig was en haar meer gingen accepteren toen ze was afgevallen.

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

8.1 Vermeld hier alle vroeg ontstane maladaptieve schema's die je in sectie 7.2 hebt genoemd.

Schema's genoemd in 7.2	Emotionele Verwaarlozing, Minderwaardigheid en Schaamte, Mislukking, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid, Sociaal Isolement en Vervreemding, Verlating en Instabiliteit, Wantrouwen en Misbruik, Onderwerping, Zelfopoffering, Goedkeuring en Erkenning zoeken, Emotionele Geremdheid, Negativiteit en Pessimisme, Meedogenloze normen en Overmatig Kritisch zijn.
--------------------------------	---

8.2 Selecteer de 4 – 6 schema's die volgens jou de *belangrijkste rol spelen in de huidige levensproblemen van je cliënt*. Leg de focus op **primaire (onvoorwaardelijke)** schema's; we raden je aan om de instructies hierover in de **Handleiding Casusconceptualisatie** zorgvuldig te lezen. Specificeer de naam van het schema en geef een korte omschrijving van de ervaring van je cliënt wanneer dit schema wordt geactiveerd, met betrekking tot aspecten zoals emotie, overtuigingen, lichamelijke ervaring. Geef hier geen details over copingpatronen; deze komen in de volgende sectie aan bod.

8.2.1 Vroeg maladaptief schema: Emotionele Verwaarlozing

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze voelt een pijnlijke leegte en een diep verlangen naar verbinding, maar heeft geen enkele verwachting dat ze dit zal vinden. Ze heeft het gevoel van: 'Ik zal nooit vinden wat ik nodig heb'.
---	---

8.2.2 Vroeg maladaptief schema: Verlating en Instabiliteit

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze is bang voor hecht contact met anderen, en staat het zichzelf niet toe omdat dit al snel de angst oproept dat die ander weggaat. Ze voelt zich bij tijden alleen en zwartgallig, alsof ze kortstondig iets van steun heeft gevoeld, maar plotseling weer gedumpt is. Ze heeft dit tijdens een sessie een keer verwoord als: 'Ik ben alleen en ze komen niet terug'.
---	--

8.2.3 Vroeg maladaptief schema: Minderwaardigheid en Schaamte

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze voelt zich niet goed genoeg, alsof er iets mis met haar is. Ze is ervan overtuigd dat ze waardeloos is, geen liefde waard en dat er nooit iemand in geïnteresseerd kan zijn om haar te leren kennen, of die haar als een waardevol persoon zou kunnen beschouwen. Dit gaat soms gepaard met een beeld waarbij ze zichzelf ziet krimpen en heel klein ziet worden.
---	--

8.2.4 Vroeg maladaptief schema: Afhankelijkheid en Onbekwaamheid

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze vindt van zichzelf dat ze niet competent is en vertrouwt dus niet op haar eigen oordeel. Ze gelooft dat ze anderen nodig heeft om haar te begeleiden en gerust te stellen. Ze heeft gedachten zoals: 'Ik kan dit niet'; 'Stel dat ik het fout doe'; of: 'Ik heb iemand nodig om me hierbij te begeleiden'.
---	---

8.2.5 Vroeg maladaptief schema: Sociaal Isolement en Vervreemding

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze voelt zich anders dan andere mensen en heeft het gevoel dat ze er niet bij hoort. Ze gelooft dat om die reden elke poging tot het leggen van betekenisvol intermenselijk contact zal mislukken.
---	--

8.2.6 Vroeg maladaptief schema: Wantrouwen en Misbruik

Beschrijving van patroon wanneer geactiveerd	Ze heeft een diep wantrouwen in anderen, in alle situaties. Ze verwacht niet dat er ook maar iemand op een betrouwbare manier om haar zal geven of haar zal respecteren, en ze gaat ervan uit dat ze op een onvoorspelbare manier zal worden gekwetst of aangevallen.
---	---

9. Meest relevante schemamodi (momenteel)

9.1 Gezonde modi

Geef in de onderstaande tabellen een overzicht van de voornaamste kenmerken van het gezonde en adaptieve functioneren van je cliënt.

9.1.1 Blij Kind

Geef bondig weer in hoeverre je cliënt in staat is tot ervaringen van vrede, tevredenheid en voldaanheid, en om oprecht spontaan, speels, zorgeloos en creatief te zijn. Dit gaat over authentieke ervaringen en niet over het op een oppervlakkige manier tentoonspreiden van een van deze kwaliteiten tijdens een copingmodus.

Vermogen tot naturel en spontaan zijn	Haar leven geeft hier geen enkel blijk van.
Vermogen tot speelsheid en om op een onschuldige manier plezier te hebben	Haar leven geeft hier geen enkel blijk van.
Vermogen om creatief te zijn	In haar bedrijf toont ze creativiteit bij het bedenken en bereiden van de culinaire gerechten die ze verkoopt, en die originaliteit draagt bij aan haar zakelijke succes.

9.1.2 Gezonde Volwassene

Geef aan de hand van de volgende onderverdeling een overzicht van de sterke kanten van de Gezonde Volwassene van je cliënt. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor een volledige beschrijving van het begrip Gezonde Volwassene. Geef voor elke eigenschap een of meer voorbeelden uit specifieke levensgebieden. Je kunt ook voorbeelden geven van het vermogen van je cliënt om zich op een volwassen manier en collaboratieve manier in te zetten voor de therapie. Indien een bepaalde vaardigheid in een slechtere mate of beperkt aanwezig is, benoem dit dan en illustreer het zo mogelijk met voorbeelden.

1. Metabewustzijn: het vermogen om een stap terug te doen en te reflecteren op zichzelf en anderen	Dit is zeer beperkt aanwezig. Het kost Sandy moeite om een stap terug te doen en te reflecteren. In de therapie is ze weliswaar gaan inzien dat haar Overcontroleerder met Eetstoornis, de zelftroost door overwerken en het piekeren en rumineren copingmodi zijn. Dit inzicht heeft echter niet geleid tot het vermogen om een stap terug te doen en voldoende onderscheid te maken tussen zichzelf en deze copingmodi om de gedragingen merkbaar te verminderen.
2. Contact met emoties: het vermogen om open te staan voor emoties en emoties te ervaren, en om met zelfacceptatie en zelfcompassie te reageren op het ervaren van emotionele pijn en onzekerheid	Deze eigenschap is heel zwak. Haar modus Overcontroleerder met Eetstoornis en haar vermijdende coping zorgen ervoor dat ze chronisch niet in contact is met haar emoties en ze heeft regelmatig zelfkritiek.
3. Gerichtheid op de realiteit: het vermogen om beslissingen te nemen die zijn gebaseerd op de werkelijkheid en daar ook naar te handelen	In Sandy's werksituatie heeft haar zakelijke succes te maken met het feit dat ze beslissingen neemt die van realiteitszin getuigen, met als kanttekening dat ze voor de juistheid van haar zakelijke beslissingen voortdurend bevestiging zoekt bij haar werknemers. In haar sociale leven is ze echter niet in staat tot realisme over de mate van haar eenzaamheid en de oorzaken ervan, zodat ze hier betekenisvolle veranderingen in kan aanbrengen.
4. Een coherent identiteitsbesef: het vermogen om een coherent besef in stand te houden van wie je bent, in termen van persoonlijke overtuigingen, normen en waarden, levenshoudingen en motivaties.	Sandy's identiteitsbesef is gekoppeld aan de door haar eetstoornis en perfectionisme gedreven overcontrolerende modi. Wanneer haar kwetsbare kind wordt getriggerd, wordt dit afgewisseld met angst, depressie en twijfel aan zichzelf, en raakt ze verstrikt in piekeren en rumineren.
5. Assertiviteit en wederkerigheid: het vermogen om voor zichzelf op te komen, met respect voor wederkerigheid en congruente communicatie	Op haar werk kan Sandy tot op zekere hoogte wel assertief zijn, maar haar vermogen tot wederkerigheid is beperkt. Wanneer dingen niet goed uitpakken, reageert ze onderworpen omdat ze niet in contact staat met haar eigen behoeften of anderen de schuld geeft van haar problemen.
6. Agency en verantwoordelijkheid: het vermogen om verantwoordelijkheid te nemen voor persoonlijke beslissingen, daden en de gevolgen daarvan.	In haar werk neemt Sandy verantwoordelijkheid, maar ze trekt vaak teveel de verantwoordelijkheid naar zich toe voor kleine foutjes of moeilijkheden. Ook al voelt ze zich gevangen en hulpeloos in haar persoonlijke en sociale leven, ze is niet in staat om verantwoordelijkheid te nemen voor de gevolgen van haar vermijdende coping of haar eetstoornisgedrag.

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, oprechtheid en compassie	Dit is beperkt, aangezien haar zorgzaamheid voor anderen wordt gedreven door zelfopoffering en een overmatige focus op hun behoeften ten koste van die van haarzelf. Dit geldt met name in de relatie met haar moeder. Ze heeft een gering vermogen tot werkelijke compassie met zichzelf of anderen.
8. Hoop en zingeving: Het vermogen om ook tijdens de tegenslagen van het leven vertrouwen te vinden en behouden.	Hier zijn weinig aanwijzingen voor, aangezien het merendeel van haar activiteiten in sterke mate schema-gedreven is, zowel in haar werkzame als in haar privéleven, wat tot uiting komt in rigide overcompenserende copingmodi, buitensporig veel rumineren en piekeren, en chronische vermijding.

Benoem hierna in de secties 9.2 tot en met 9.4 de modi die het belangrijkste zijn voor het begrijpen van de huidige levensproblemen van je cliënt, en volg de instructies voor het formuleren van je antwoorden op.

9.2 Kindmodi (hier niet het Blij Kind vermelden)

9.2.1 Kwetsbare kindmodi

Geef linksboven een beschrijving van de voornaamste kenmerken van het Kwetsbare Kind van je cliënt of vermeld specifieke subtypen van het Kwetsbare Kind die belangrijk zijn voor de conceptualisatie (zoals Eenzame Kind, Verlaten Kind, Vernederde/Beschaamde Kind, Bange Kind, Misbruikte Kind, enz. ...). Vermeld rechtsboven de voornaamste schema's die horen bij elke modus of elk subtype.

Geef naast Vb 1, Vb 2 en Vb 3 twee of drie voorbeelden van wat er gebeurt wanneer deze modi worden geactiveerd. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor uitleg over wat er bij a, b en c precies van je wordt gevraagd.

Vanaf hier wordt in dit praktijkvoorbeeld meermaals de copingmodus Geruststellingzoeker gebruikt. Dit is een toevoeging gebruikt door Edwards (2023). Let op: deze copingmodus wordt niet in de vertaalde handleiding of in de modilijst genoemd. Gezien de toepasbaarheid en het gebruik in de Engelstalige versie is ervoor gekozen de term hier aan te houden.

Kwetsbare kindmodus of subtype:	Schema's die bij de modus horen
Eenzame Kind	Emotionele Verwaarlozing, Sociaal Isolement
Afhankelijke Kind	Afhankelijkheid en Onbekwaamheid
Vernederde/Beschaamde Kind	Minderwaardigheid en Schaamte
Verlaten Kind	Verlating en Instabiliteit
Misbruikte Kind	Wantrouwen en Misbruik

Vb. 1	a) Geactiveerde modus en voorbeeld van een trigger-situatie	Vernederde/Beschaamde Kind: Een kennis merkt op dat nu Sandy een normaal gewicht heeft bereikt, ze wel een partner zal vinden en een liefdevolle relatie zal krijgen.
	b) Ervaring van kwetsbaarheid (emoties, beelden, gedachten) tijdens de kindmodus	Een diep gevoel van schaamte. Gedachte: 'Als ze me kende, zou ze wel weten dat er niks leuks aan mij is, ondanks dat ik ben afgevallen'. Beeld van zichzelf als iemand die te zwaar en onaantrekkelijk is.
	c) Copingmodus (indien aanwezig)	Vermijdende Beschermers; Anorectische Overcontroleerder, Zelfkastijdende Overcontroleerder

Vb. 2	a) Geactiveerde modus en voorbeeld van een trigger-situatie	Afhankelijke Kind: Ze moet ingrediënten bestellen voor de recepten die ze bereidt met haar bedrijf, maar twijfelt of ze een grotere of juist een kleinere hoeveelheid moet bestellen.
	b) Ervaring van kwetsbaarheid (emoties, beelden, gedachten) tijdens de kindmodus	Voelt zich incompetent. Gedachte: Ik kan dit niet zelf beslissen. Beeld van zichzelf op 7-jarige leeftijd waarbij ze niet op de hoogte is van de spelregels van een spelletje dat haar vader en broer doen.
	c) Copingmodus (indien aanwezig)	Pessimistische (of Depressieve) Piekeraar. Geruststellingzoeker.

Vb. 3	a) Geactiveerde modus en voorbeeld van een trigger-situatie	Eenzame Kind: Ze is alleen thuis na een lange werkdag.
	b) Ervaring van kwetsbaarheid (emoties, beelden, gedachten) tijdens de kindmodus	Ze voelt een pijnlijke leegte. Gedachte: Ik zal nooit iemand vinden. Beelden van zichzelf moederziel alleen. Beeld van een veel oudere versie van zichzelf die nog altijd alleen is.
	c) Copingmodus (indien aanwezig)	Pessimistische (of Depressieve) Piekeraar; Onthechte Zelfsusser (troosteten).

9.2.2 Andere kindmodi

Beschrijf linksboven een of meer andere kindmodi, zoals het Boze of Woedende Kind, Razende Kind of Impulsieve Kind. Vermeld rechtsboven vervolgens de belangrijkste schema's die horen bij elke modus die/elk subtype dat je noemt.

Geef naast Vb. 1 en Vb. 2 een of twee voorbeelden van wat er gebeurt wanneer deze modi worden geactiveerd. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor instructies over wat er precies wordt gevraagd onder a, b en c.

Andere Kindmodi		Schema's die bij de modus horen (indien van toepassing)
Boze of Woedende Kind		
Vb. 1	a) Geactiveerde modus en voorbeeld van een trigger-situatie	Boze of Woedende Kind: getriggert door herinneringen aan haar vader, die haar meestal negeerde, haar niet beschermde toen ze op school werd gepest en plotseling overleed.
	b) Ervaring van kwetsbaarheid (emoties, beelden, gedachten) tijdens de kindmodus	Boosheid/woede. Lichamelijke spanning. Gedachte: Hij gaf niet om me. Hij liet me gewoon achter. Beeld van haar vader, liggend op de keukenvloer op de dag van zijn overlijden.

	c) Copingmodi (indien aanwezig)	Boze Rumineerder.
Vb. 2	a) Geactiveerde modus en voorbeeld van een trigger-situatie	Boze of Woedende Kind: getriggerd als haar moeder naar haar werk komt in de verwachting dat Sandy bij haar komt zitten en een praatje met haar maakt, terwijl ze wil werken.
	b) Ervaring van kwetsbaarheid (emoties, beelden, gedachten) tijdens de kindmodus	Gedachten: 'Het kan haar niet schelen; ze ziet me niet; wat is ze toch een lastig mens; ze heeft zo weinig oog voor mij, ik kan niets doen om haar te stoppen'. Beelden van zichzelf terwijl ze tegen haar moeder schreeuwt.
	c) Copingmodus (indien aanwezig)	Willoze Inschikkelijke, Vermijdende Beschermers.

9.3 Disfunctionele oudermodi

Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor een definitie van oudermodi en een volledige lijst ervan. Noteer in de onderstaande tabel de meest opvallende oudermodi die je hebt gevonden; deze mogen afzonderlijk zichtbaar zijn of vermengd met andere ouderkenmerken.

Geef voor elke modus een of twee voorbeelden van het type boodschappen (expliciet of impliciet) dat het kind heeft opgevangen van de geïnternaliseerde ouder.

Oudermodus of -kenmerk	Voorbeelden van expliciete of impliciete boodschappen aan het kind
Kritisch	'Je hebt me teleurgesteld; je bent een teleurstelling.' 'Je bent niet goed genoeg.'
Afwijzend	'Je bent te incompetent voor het nemen van zelfs de eenvoudigste beslissingen.'
Verlatend	'Niemand is in je geïnteresseerd; je bent een last.'
Vernederend	'Je kunt er niet op vertrouwen dat ik bij je blijf.'
Schuldinducerend	'Er is iets met je mis.' 'Met jouw uiterlijk zal het je nooit lukken om een man in je geïnteresseerd te krijgen.'
Verwaarlozend	Stem van moeder: 'Zie je dan niet dat ik eenzaam ben, je moet er tijd aan besteden om mij gezelschap te houden. Hoe kun je zo egoïstisch zijn dat je dat niet inziet?'
	'We hebben allemaal onze eigen interesses, bezigheden en eigen leven te leiden, en jij bent gewoon niet belangrijk of waardevol voor ons.'

9.4 Maladaptieve copingmodi

Noteer in de onderstaande tabel de meest opvallende copingmodi die je hebt aangetroffen, en classificeer ze in de brede categorieën Onthecht/Vermijdend, Overgave, Overcompenseerder, enz. etc. Noteer in de rechterkolom de schema's die bij elke modus horen (indien van toepassing). Zie voor gedetailleerde instructies de **Handleiding Casusconceptualisatie**.

Copingmodus-categorie	Copingmodus	Schema's die bij de modus horen
Overcompensatie	Perfectionistische Overcontroleerder	Meedogenloze normen
Overcompensatie	Overcontroleerder met Eetstoornis	Meedogenloze normen
Overcompensatie/Rumineren	Zelfkastijdende Overcontroleerder	Meedogenloze normen
Onthecht/Vermijdend	Onthechte Beschermers	Emotionele Geremdheid
Onthecht/Vermijdend	Onthechte Zelfsusser	
Onthecht/Vermijdend	Vermijdende Beschermers	
Overgave	Willoze Inschikkelijke	Onderwerping
Overgave	Hulpeloze Inschikkelijke	Afhankelijkheid en Onbekwaamheid
Overgave	Geruststellingzoeker	Zelfopoffering
Overgave	Redder/Zelfopofferaar	Negativiteit en Pessimisme
Rumineren	Rumineerder (piekeren, depressief, boos)	

Selecteer nu **maximaal drie** van deze copingmodi en geef in de onderstaande tabellen een gedetailleerde beschrijving van je cliënt tijdens de modus. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor meer details over wat precies de bedoeling is in de secties a t/m e.

9.4.1 Naam van de modus	Onthechte Zelfsusser
(a) Voorbeeld van een situatie	Aan het eind van de werkdag, als het personeel naar huis is.
(b) Ervaring en gedrag tijdens deze modus	Ze voelt zich alleen en gedeprimeerd. Ze blijft op haar werk, richt haar aandacht op werktaken en werkt lang door; soms gaat ze pas na tien uur 's avonds naar huis.
(c) Modus is coping voor wat in het Kind?	Eenzame Kind
(d) Waarde van deze modus in de beleving van cliënt	Houdt de eenzaamheid op afstand.
(e) Problematische gevolgen voor cliënt	Houdt haar eenzaamheid in stand doordat het haar ervan weerhoudt om vrienden te maken of betekenisvolle relaties op te bouwen.

9.4.2 Naam van de modus	Overcontroleerder met Eetstoornis
(a) Voorbeeld van een situatie	Dit is een chronische standaardmodus geworden. Sandy is continu bezig met haar eetregels en met lichaamsdelen van zichzelf die ze niet slank genoeg vindt. Haar restrictieve gedrag neemt toe in reactie op elke situatie die haar eenzaamheid of gevoel van schaamte en incompetentie activeert.
(b) Ervaring en gedrag tijdens deze modus	Door te focussen op het volgen van restrictieve eetregels worden pijnlijke emoties onderdrukt, en dit geeft haar een gevoel van macht en controle. Na een eetbui of het eten van verboden voedingsmiddelen verandert haar focus meteen, en neemt de drang om zich van het voedsel te ontdoen door te braken het over (dit kan tot wel drie keer per dag gebeuren); na afloop voelt ze dan schaamte en zelfwalging.
(c) Modus is coping voor wat in het Kind?	Eenzaamheid, Schaamte, Mislukking, Afhankelijkheid en Onbekwaamheid.
(d) Waarde van deze modus in de beleving van cliënt	Het geeft haar een gevoel van controle, waardoor ze zich kan afsluiten voor pijnlijke, verwarrende, verontrustende emoties.
(e) Problematische gevolgen voor cliënt	Ze is continu met deze gedachten en gedragingen bezig. Ook is ze zich bewust van de risico's van het regelmatig opwekken van braken. Bloedonderzoek heeft al twee keer een kaliumgebrek uitgewezen, en de tandarts heeft haar gewaarschuwd voor tandglazuurerosie. Deze preoccupatie draagt eraan bij dat ze betekenisvol contact met anderen vermijdt en houdt haar eenzaamheid in stand.

9.4.3 Naam van de modus

Pessimistische (of Depressieve) Piekeraar en Geruststellingzoeker

(a) Voorbeeld van een situatie	Sandy moet op haar werk een beslissing nemen over hoeveel voorraad ze moet bestellen.
(b) Ervaring en gedrag tijdens deze modus	Ze voelt zich onzeker over de beslissing en is bang om een fout te maken, en zich vervolgens beschaamd en incompetent te voelen. Ze piekert over de verschillende opties die ze heeft, op een ineffectieve manier. Vervolgens zoekt ze advies en geruststelling bij haar werknemers die eigenlijk niet de deskundigheid bezitten om haar goed te kunnen adviseren.
(c) Modus is coping voor wat in het Kind	Angst om beschaamd te worden en voor de buitenwereld als incompetent gezien te worden.
(d) Waarde van deze modus voor cliënt	Ze hoopt dat het piekeren en geruststelling zoeken haar zullen helpen om het probleem van hoeveel ze moet bestellen op te lossen.
(e) Problematische gevolgen voor cliënt	Door het piekeren en geruststelling zoeken wordt een continue toestand van angst in stand gehouden. Zelfs als ze wel effectieve beslissingen neemt, leert ze daar niet van of vertrouwt ze niet op haar kundigheid.

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 zich in de loop der tijd ontvouwt, soms in reactie op de reacties van anderen op gedragingen van cliënt eerder in de sequentie. Identificeer en benoem alle modi die hierbij betrokken zijn: kindmodi, oudermodi en copingmodi. Hier kunnen ook gezonde modi bij betrokken zijn, maar het gaat vooral om sequenties die leiden tot de instandhouding van schema's, en dus niet eindigen in de modus Gezonde Volwassene.

Geef minstens drie voorbeelden van gebeurtenissen in het leven van je cliënt die laten zien hoe zijn/haar disfunctionele modi in stand worden gehouden. Deze gebeurtenissen moeten illustratief zijn voor één of meer specifieke levensgebieden die in sectie 5.1 als problematisch zijn benoemd. Je mag zelf bepalen of je nieuwe voorbeelden gebruikt of voorbeelden die je in sectie 9.4 (waarin de nadruk lag op één enkele copingmodus) ook hebt gebruikt.

Beschrijf de trigger-situatie en geef daarna bij (a) tot en met (e) de gevraagde specifieke informatie. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor meer details en voorbeelden van wat de bedoeling is bij (a) tot en met (e).

10.1 Trigger-situatie:

Sandy's moeder kwam tijdens de lunchpauze naar haar werk, ging bij haar in haar werkkamer zitten en begon een praatje.

a) Kind- en oudermodi die worden geactiveerd (of vermeden/verborgen door de coping

Sandy voelt zich onder druk gezet om haar moeder gezelschap te houden en beleefd te zijn (Veeleisende Ouder, Schuldinducerende Ouder en Vernederde/Beschaamde Kind). Ook is ze er gefrustreerd over dat haar moeders aanwezigheid haar stoort en van haar werk houdt (Boze of Woedende Kind).

b) Copingmodus/-modi: Naam en gedrag	Willoze Inschikkelijke: Probeert haar moeder te pleasen. Boze Beschermers: Trekt een muur van boosheid op en sluit zich af van haar moeder (emotioneel). Vermijdende Beschermers: Na een poosje verlaat ze haar kantoor en laat ze haar moeder alleen achter.
c) Modus-sequentie	Hoewel ze zich overvallen voelt door de opdringerigheid van haar moeder, en daar boos om is, onderdrukt ze haar boosheid en probeert ze zich aan te passen aan de behoeften van haar moeder omdat ze bang voor haar is, maar ook medelijden met haar heeft en zich verantwoordelijk voor haar voelt omdat ze zo alleen is (Willoze Inschikkelijke). Uiteindelijk wordt ze zichtbaar boos, maar ze uit dat alleen indirect (Boze Beschermers). Ze zegt tegen haar moeder dat ze dringend iets moet regelen, wat niet waar is (Willoze Inschikkelijke), loopt haar kamer uit en laat haar moeder alleen achter (Vermijdende Beschermers).
d) Effect van de coping op de situatie, op andere mensen en/of op cliënt	Nadat ze haar kamer is uitgelopen, voelt ze zich gefrustreerd en paniekerig, en kan ze zich moeilijk op haar werk concentreren (Rumineerder). Ze weet dat haar moeder uiteindelijk weg zal gaan en haar later zal verwijten dat ze niet bij haar is gebleven, en terwijl ze hierover rumineert, slaan haar emoties om van boosheid in angst, en vervolgens in de schaamte die ze zal voelen als haar moeder haar straks zal beschuldigen.
e) Leg uit in wat voor opzichten de coping schadelijk is voor cliënt/ hoe de coping schema's in stand houdt	De Willoze Inschikkelijke, Vermijdende Beschermers, Boze Beschermers en Rumineerder leggen haar boosheid het zwijgen op of onderdrukken deze, en voorkomen dat ze assertief is tegen haar moeder, terwijl dat nodig is om een langetermijnoplossing te bereiken. Als gevolg daarvan worden haar eigen behoeften nog steeds niet vervuld. Bovendien vormen deze modi een voedingsbodem voor de woede-uitbarstingen die ze af en toe heeft naar haar moeder, en waar ze zich achteraf schuldig over voelt.

10.2 Trigger-situatie:

	Tijdens een cursus van de Chef's Club waarvoor ze zich heeft opgegeven om nieuwe ideeën op te doen voor haar gerechten, stelt een vrouwelijke medecursist haar voor om een keer samen koffie te drinken om over hun werk te praten.
a) Kind- en oudermodi die worden geactiveerd (of verborgen/vermeden door de coping)	Sandy voelde zich angstig en had gedachten zoals: Als ze me beter leert kennen, zal ze me niet echt aardig vinden. Ze zal inzien hoe dom en incompetent ik eigenlijk ben. (Vernederde/Beschaamde Kind – Beschamende Ouder). Ze vond de vrouw best aardig, maar was zich ervan bewust dat als ze zichzelf zou toestaan om contact met haar te leggen, dat zou leiden tot de verwachting dat ze verlaten zou worden (Verwaarlozende Ouder – Verlaten Kind). Ook zag ze er tegenop dat ze dingen zou moeten eten en drinken die niet op haar lijstje met toegestane levensmiddelen stonden, en dit riep angst en boosheid op (Overcontroleerder met Eetstoornis – Boze of Woedende Kind).
b) Copingmodus/-modi: Naam en gedrag	Overcontroleerder met Eetstoornis: Bewust van haar eetregels. Vermijdende Beschermers: Voelt zich angstig en slaat de uitnodiging af, zorgt dat ze fysiek uit de buurt van de vrouw blijft. Zelfkastijdende Overcontroleerder: Wordt overdreven kritisch op zichzelf en verwijt zichzelf dat ze haar eenzaamheid zelf in stand houdt. Onthechte Zelfsusser: Heeft een eetbui, gevolgd door zelf opgewekt braken. Zit thuis gedachteloos voor de tv.

c) Modus-sequentie	Sandy zei dat ze moeilijk kon inschatten wat er eerst kwam. Het Vernederde/Beschaamde Kind – de Beschamende Ouder, en het Verlaten Kind – de Verwaarlozende ouder leken er allemaal tegelijk te zijn. Bovenop deze cocktail kwam al snel ook nog de druk om iets te eten waarmee ze haar eetregels zou overtreden (Overcontroleerder met Eetstoornis). Ze sloeg de uitnodiging meteen af met de hoge werkdruk van dat moment als excuus, waardoor ze geen tijd had (Vermijdende Beschermers). De rest van de cursus zorgde ze ervoor dat ze fysiek uit de buurt van de vrouw bleef (Vermijdende Beschermers). Eenmaal thuis raakte ze daarna verstrikt in zelf-aanvallend rumineren (Zelfkastijdende Overcontroleerder). Ze leidde zichzelf af door tv te kijken en veel te snoepen, uiteindelijk gevolgd door zelf opgewekt braken (modi die passen bij de Onthechte Zelfsusser).
d) Effect van de coping op de situatie, op andere mensen, en/of op cliënt	De vrouw die haar uitnodigde was waarschijnlijk verbaasd en bevreemd door haar reactie, en misschien zelfs teleurgesteld en gekwetst, zodat het onwaarschijnlijk is dat ze Sandy in de toekomst nog een keer zal uitnodigen. Dit draagt bij aan de instandhouding van Sandy's eenzaamheid. Eenmaal thuis na afloop van de cursus raakte Sandy nog meer van streek door haar zelfkritiek, en dat leidde weer tot activiteiten waarmee ze zichzelf probeert af te leiden, onthecht zelfsussen.
e) Leg uit in wat voor opzichten de coping schadelijk is voor de cliënt/schema's in stand houdt	Al deze copingmodi weerhouden Sandy van het aangaan van betekenisvolle banden met andere mensen en de modi houden haar eenzaamheid en haar gevoel van minderwaardigheid en onbekwaamheid in stand.

10.3 Trigger-situatie:	Sandy moet op haar werk een beslissing nemen over hoeveel voorraad ze moet bestellen.
a) Kind- en oudermodi die worden geactiveerd (of vermeden/verborgen door de coping)	Ze voelt zich onzeker over de beslissing (Afhankelijke Kind/Verwaarlozende Ouder) en is bang om een fout te maken (Bange Kind/Straffende Ouder + Vernederde/Beschaamde Kind/Beschamende Ouder).
b) Copingmodus/-modi: Naam en gedrag	Rumineerder: Rumineert onproductief over de beslissing. Hulpeloze Inschikkelijke Ze bevriest en voelt zich verlamd. Geruststellingzoeker: Ze benadert werknemers en vraagt hen angstig om advies over de beslissing.
c) Modus-sequentie	Ze rumineert angstig en op een ineffectieve manier over de beslissing en de verschillende opties (Rumineerder). Ze raakt steeds geagiteerder en angstiger, en vervolgens bevriest ze en voelt ze zich totaal hulpeloos (Hulpeloze Inschikkelijke). Uiteindelijk vraagt ze haar werknemers om advies en geruststelling, terwijl zij niet echt de deskundigheid bezitten om haar te adviseren (Geruststellingzoeker).
d) Effect van de coping op de situatie, op andere mensen en/of op cliënt	Haar gedrag irriteert haar werknemers en die verliezen hun respect voor haar. Maar ze proberen geduld met haar te hebben en doen hun best om haar de geruststelling te geven waar ze om vraagt.

e) Leg uit in wat voor opzichten de coping schadelijk is voor cliënt/schema's in stand houdt

Haar onvermogen om het probleem zelf op te lossen houdt haar gevoel van onbekwaam en afhankelijk zijn in stand. Ze voelt de irritatie van haar werknemers wel aan, en dat verergert de schaamte die ze toch al voelt (schema Minderwaardigheid/Schaamte). En zo ontwikkelt ze nooit een manier van omgaan met het bestellen van voorraad die bij een Gezonde Volwassene hoort.

11. De therapeutische relatie

11.1 Persoonlijke reacties van de therapeut op de cliënt

Beschrijf je persoonlijke reacties op je cliënt, **en noem zowel reacties die gunstig zijn voor de therapie als problematische reacties**. Beschrijf voor de gunstig werkende reacties in het kort hoe deze bijdragen aan een betekenisvolle therapeutische relatie. Benoem voor de problematische reacties de kenmerken/gedragingen van de cliënt waardoor je reacties worden getriggerd. Welke schema's en modi worden bij jou geactiveerd wanneer dit gebeurt? Wat voor invloed hebben je reacties op de behandeling, met name op het vlak van je vermogen om deze cliënt reparenting te bieden?

Aanvankelijk was Sandy heel afstandelijk, en doordat ze maar beperkt vooruitgang werd mijn schema Minderwaardigheid geactiveerd. Ik ging me overdreven richten op de casusconceptualisatie en de redenen om in therapie te gaan, maar deed dat op een overmatig intellectualiserende manier, die me een gevoel van controle en competentie gaf. Ik voelde me overmatig verantwoordelijk voor Sandy's langzame vooruitgang, en door met haar mee te gaan in het intellectueel analyseren dacht ik een manier te kunnen vinden om haar problemen op te lossen. Ik beseft nu dat dit mijn eigen coping was, en dat dit het proces van Sandy in de therapie helpen om met haar emoties in contact te komen in de weg stond. Ook ben ik beïnvloed door haar modus Hulpeloze Inschikkelijke, die aanvankelijk een gevoel van hulpeloosheid bij me opriep, maar ook frustratie en boosheid over haar gebrek aan bereidheid om zichzelf te helpen. Maar het wordt nu tijd dat ik ga accepteren dat het een uitdaging is om met haar te werken, en dat ik bij het geven van reparenting in de relatie geduldig en systematisch te werk zal moeten gaan.

11.2 Samenwerking aan therapiedoelen en -taken

Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor een gedetailleerde definitie van samenwerking en voor details over de schaal (van 1 t/m 5) die je hieronder gebruikt om je score te geven.

11.2.1 Score voor de mate van samenwerking aan doelen en taken:

2

11.2.2 Beschrijf het samenwerkingsproces met de cliënt

Leg uit waar je score op is gebaseerd door te beschrijven op wat voor momenten jij en je cliënt de afgelopen tijd positief hebben kunnen samenwerken, in die zin dat het bijdroeg aan een effectieve samenwerking, en beschrijf aspecten van de relatie die problematisch zijn, in die zin dat ze een effectieve samenwerking verhinderen. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor enkele suggesties.

Hoewel Sandy sommige actieve doelen voor de therapie af en toe accepteert – zie de beschrijving in sectie 12 – en erkent dat ze zal moeten veranderen om een gelukkiger en vervullender leven te krijgen, is ze het grootste deel van de tijd niet in staat om actief te werken aan doelen waarbij ze contact zoekt met andere mensen om betekenisvolle relaties te kunnen opbouwen. Wanneer ik dit ter sprake breng, kapt ze het af en verandert ze van onderwerp.

11.2.3 Hoe kan de samenwerkingsrelatie worden verbeterd?

Stel dat de samenwerking middelmatig of laag scoort, beschrijf hier dan de hindernissen en obstakels die de samenwerking bemoeilijken en beschrijf wat voor veranderingen er nodig zijn om hier iets aan te doen. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor gedetailleerdere suggesties.

Vanwege de dominante aanwezigheid van Sandy's copingmodi Overcontroleerder met Eetstoornis, Rumineerder en haar Vermijdende modi, lukt het heel moeilijk om haar actief te betrekken bij een samenwerking aan gedragsdoelen, en is het in dit stadium waarschijnlijk nog te vroeg om hierop te focussen. Aan de andere kant komt ze haar afspraken wel regelmatig na, zodat het er toch op lijkt dat ze enige baat heeft bij het samenzijn met iemand die open en niet-oordelend is, en ontwikkelt ze heel langzaam enige tolerantie voor kwetsbare emoties. Daarom lijkt het voor nu het beste om de nadruk te leggen op het bieden van intensievere reparenting in de relatie en het modelen van emotie-expressie.

11.3 Reparentingrelatie en -band

11.3.1 Score voor de reparentingrelatie en -band

3

Lees in de **Handleiding Casusconceptualisatie** de definitie van de reparentingrelatie en -band en geef deze daarna een score op de in de handleiding beschreven beoordelingsschaal (van **1: Zwak** t/m **5: Sterk**). Type je score in het vakje hierboven.

11.3.2 Beschrijf de reparentingrelatie en -band tussen de cliënt en de therapeut

Geef een beschrijving van gedragingen van je cliënt naar jou, de therapeut toe, die relevant zijn voor de mate waarin hij/zij openstaat voor het ontvangen van reparenting. Geef details en voorbeelden van gedragingen, emotionele reacties en uitspraken van je cliënt in relatie tot jou die aanwijzingen geven over hoe zwak of sterk de reparentingband is.

Aanvankelijk kon Sandy niet in contact komen met kwetsbare emoties. Toen ze het huiswerk een keer niet perfect af had, verwachtte ze dat ik haar zou veroordelen. Na verloop van tijd begon ze in te zien dat ik niet kritisch en oordelend was, anders dan haar moeder (en broer). Ze begon zich open te stellen voor mijn acceptatie en bevestiging van haar behoeften en emoties, en kon tijdens de sessies wat makkelijker in contact komen met een zekere kwetsbaarheid. Als ze tijdens een sessie kwetsbaar was, was dat vrij ongemakkelijk voor haar, maar voelde ik soms de neiging om haar daarna een knuffel te geven. Als ik dat voorzichtig aanbood, wees ze het af. Dit voorval illustreert hoe intens ze naar verbinding en zorgzaamheid hunkert en tegelijk niet in staat is het te ontvangen. Desondanks is er een reparentingband opgebouwd en lukt het haar inmiddels steeds beter om zich open te stellen voor mijn empathische uitingen van begrip van haar eenzaamheid. Ook gebruikt ze me als een klankbord om na te gaan of de emoties die ze in haar leven ervaart authentiek zijn of niet.

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

Als de reparentingband niet zo sterk is, beschrijf hier dan de obstakels die volgens jou een sterkere band in de weg staan, en leg uit of deze obstakels te maken hebben met copingmodi van jezelf of van je cliënt. Wat voor specifieke stappen kun je als therapeut zetten om de band te versterken?

Ik denk dat onze band sterker zal worden naarmate ik consistent uiting blijf geven aan mijn zorgzaamheid voor haar, me tijdens onze sessies zachtaardig en warm blijf gedragen, acceptierend blijf reageren op haar reacties op alles wat ze deelt en haar vorderingen blijf aanmoedigen. Toch neemt Sandy tussen de sessies door nog steeds geen contact met me op, ondanks mijn uitnodiging om dat wel te doen. Nu ze de afgelopen tijd meerdere malen heeft afgezegd, hapert de continuïteit van haar vooruitgang; dit kan een reactie zijn op het feit dat ik teveel druk op haar uitoefen om aan gedragsdoelen te werken. Ik moet haar vriendelijk maar nadrukkelijk controneren met de vermijdende coping en toewerken naar het opbouwen van een stevig commitment van haar kant om regelmatig aanwezig te zijn. Ik zal haar moeite om vertrouwen in mij te hebben op een empathische manier benoemen. Ook zal ik haar op een empathische manier confronteren met haar onregelmatige aanwezigheid en op een niet-oordelende manier met haar delen wat voor invloed dit op mij heeft.

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

Als er nog andere factoren zijn die een merkbare invloed hebben op de therapeutische relatie of deze in de weg staan (zoals een groot leeftijdsverschil, cultuurverschil, geografische afstand), licht deze dan hier toe. Wat valt er bij jouw cliënt te doen aan deze factoren?

n.v.t.

12. Therapiedoelen: Interventies, vooruitgang en obstakels

Selecteer minimaal vier therapiedoelen die centraal staan in je werk met deze cliënt. De doelen dienen zo te worden geformuleerd dat jij als therapeut je cliënt kunt helpen om eraan te werken door middel van concrete therapietaken. Die taken kunnen worden beschreven in termen van verandering in specifieke schema's, modi, cognities, emoties, gedragingen, relatiepatronen, symptomen, enz.

Geef in de onderstaande tabellen eerst een korte omschrijving van elk doel (bovenaan) en daarna een toelichting bij elk doel, naast a t/m e. Zie de **Handleiding Casusconceptualisatie** voor meer details over wat er precies wordt gevraagd. Als er nog andere belangrijke therapiedoelen zijn, kun je daar in sectie 12.5 een korte beschrijving van geven.

12.1 Therapiedoel:

Het maaltijdenplan van de diëtist blijven volgen, zodat ze zich aan een normaal dieet houdt en op gewicht kan blijven zonder restrictief te hoeven eten (en vervolgens eetbuien te krijgen, gevolgd door zelf opgewekt braken).

(a) Schema's en modi om aan te werken	Ze zal zich bewust moeten leren worden van de rol van haar modi Overcontroleerder met Eetstoornis, Perfectionistische Overcontroleerder, Zelfkastijdende Overcontroleerder en Rumineerder. Ook zal ze de gevoelens van eenzaamheid en minderwaardigheid van het Eenzame Kind beter moeten leren verdragen.
(b) Relevante gedragingen Gezonde Volwassene	Haar metabewustzijn van deze copingmodi versterken, zodat ze deze werkelijk kan herevalueren en kan gaan inzien hoe deze modi haar in haar leven gevangen houden. Haar tolerantie voor kwetsbare emoties versterken, waarbij ze pijn, verwarring en controleverlies ervaart.

(c) Interventies en motivering	Stoelwerk kan haar helpen om deze copingmodi te gaan herkennen en zich ervan los te maken, zodat ze de rol van deze modi in haar leven kan herevalueren. Cognitieve herstructurering kan haar helpen met het ontwikkelen van attitudes en overtuigingen die op de realiteit zijn gebaseerd, ter vervanging van de schema-gedreven attitudes en overtuigingen. Regelmatig en systematisch opvolgen hoe het gaat met haar pogingen om zich aan het dieetplan te houden en exploratie van de processen die plaatsvinden wanneer ze zich er niet aan houdt.
(d) Vooruitgang en obstakels	In reactie op het stoelwerk heeft ze een zeker metabewustzijn getoond. Maar dit zet zich niet door in het dagelijks leven buiten de sessies. Ze heeft nog maar beperkt vooruitgang geboekt met het volgen van het dieetplan, en valt elke keer dat er iets gebeurt wat haar van streek brengt terug in haar oude patronen. Haar coping hiermee bestaat uit afwijzend reageren tijdens de sessies of sessies overslaan.

12.2 Therapiedoel:

Dat het nemen van beslissingen minder angst oproept bij Sandy, met name op haar werk.

(a) Schema's en modi om aan te werken	Schema's: Minderwaardigheid/Schaamte, Afhankelijkheid/Onbekwaamheid, Mislukking, Negativiteit/Pessimisme. Modi: Rumineerder, Hulpeloze Inschikkelijke, Geruststellingzoeker.
(b) Relevante gedragingen Gezonde Volwassene	Metabewustzijn van deze copingmodi, zodat ze deze modi kan doorbreken. Zelfcompassie voor de emoties van het Kwetsbare Kind.
(c) Interventies en motivering	Sandy helpen om copingmodi te gaan herkennen en te gaan inzien hoe haar problemen erdoor in stand worden gehouden; zichtbaar maken van haar Kwetsbare Kind en reparenting aanbieden in de relatie en binnen de imaginatieoefening, door middel van imaginatie met rescripting. Aanleren van cognitieve herstructurering, strategieën voor het omgaan met angst, gecombineerd met mindfulness en/of ontspanningsoefeningen. Gebruik maken van flashcards, imaginatie-oefeningen.
(d) Vooruitgang en obstakels	Tijdens de sessies kan Sandy erkennen dat de copingmodi niet helpend zijn en inzien dat ze bijdragen aan haar angst en gedeprimeerde stemming. Buiten de sessies lukt het haar echter niet om dit vol te houden, en suggesties om het thuis te monitoren heeft ze niet opgevolgd. Wanneer we imaginatiewerk proberen te doen, wordt haar Onthechte Beschermers vaak geactiveerd en kan ze zich niet openstellen voor reparenting van de behoeften van haar Kwetsbare Kind.

12.3 Therapiedoel:

Dat Sandy meer tolerantie ontwikkelt voor haar echte emoties, en binnen de context van de therapie manieren leert om die emoties te communiceren.

(a) Schema's en modi om aan te werken	Dit betekent dat ze al haar copingmodi gaat herkennen en herbeoordelen, en dat ze toegang krijgt tot het ervaren van het Kwetsbare en het Boze of Woedende Kind, en de daarmee gepaard gaande belangrijkste schema's zoals Emotionele Verwaarlozing en Minderwaardigheid.
(b) Relevante gedragingen van de Gezonde Volwassene	Dat Sandy zich bewust wordt van haar gemoedstoestand, emoties verdraagt, de betekenis ervan begrijpt en manieren vindt om ze op een acceptabele manier te uiten.

(c) Interventies en motivering	Bij directe of indirecte signalen van een bepaalde emotionele toestand probeer ik deze te benoemen, er empathie voor te tonen en de emotie te normaliseren. Als ze hierop ingaat, kan ik er met haar aan werken om woorden te vinden die haar ervaring adequaat weergeven. Ik moet meer experiëntieel werk doen (stoedialogen en imaginatie met rescripting) om haar Onthechte Beschermers-modus te omzeilen en toegang te krijgen tot haar modi Kwetsbare Kind en Boze of Woedende Kind, zodat ik haar kan helpen met het vinden van een ingang om er reparenting aan te geven.
(d) Vooruitgang en obstakels	In eerste instantie heb ik dit niet voorgesteld als een expliciet therapiedoel omdat Sandy meer openstond voor concrete gedragsdoelen. Toen ik kortgeleden toch opperde om dit als een expliciet doel te kiezen, reageerde ze sceptisch en stelde ze zich er niet actief voor open. Maar toen ik mild en vashoudend doorzette, lukte het haar na verloop van tijd beter om samen te werken aan dit doel.

12.4 Therapiedoel:

Dat Sandy de relatie met haar moeder verandert door minder tijd met haar door te brengen, en door, wanneer moeder en dochter wel samen zijn, vaker haar eigen behoeften te uiten.

(a) Schema's en modi om aan te werken	Hiermee zouden haar Emotionele Geremdheid, Onderwerping en Minderwaardigheid worden aangepakt, evenals het bijbehorende Eenzame en Vernederde/Beschaamde Kind en haar coping door middel van Willoze Inschikkelijke, Redder/Zelfopofferaar, Vermijdende Beschermers, Boze Beschermers en Onthechte Zelfsusser.
(b) Relevante gedragingen van de Gezonde Volwassene	Dat ze zich tijdens de bezoeken van haar moeder assertief leert opstellen, haar moeder een specifiek, beperkt aantal momenten aanbiedt waarop ze langs mag komen, en haar, als ze toch op een ander moment komt, duidelijk laat blijken dat ze niet beschikbaar is.
(c) Interventies en motivering	Imaginatie met rescripting om te werken aan de geïnternaliseerde Schuldinducerende Ouder. Sandy begeleiden bij het vinden van manieren om voor zichzelf op te komen en eerlijker te zijn in de relatie. Imaginair oefenen van assertief gedrag.
(d) Vooruitgang en obstakels	De tot nu toe geboekte vooruitgang is beperkt. Hoewel ik als therapeut het werken hieraan heb aanbevolen als een doel, is Sandy er het grootste deel van de tijd niet serieus mee bezig en vermijdt ze het om eraan te werken. Haar motivatie wordt negatief beïnvloed door haar schema Zelfopoffering en haar eenzaamheid, factoren die ook het boeken van vooruitgang in de weg staan. Waarschijnlijk is het nog te vroeg om effectief aan dit doel te werken, en kunnen we daar beter mee wachten tot Sandy meer contact heeft met haar Boze of Woedende Kind, en minder moeite heeft met het uiten daarvan (Doel 12.3).

12.5 Andere therapiedoelen:

Dat Sandy op een meer betekenisvolle manier contacten aangaat met andere mensen, zodat ze steunende vriendschappen kan ontwikkelen.

(a) Schema's en modi om aan te werken	Hiermee zou tegelijk ook worden gewerkt aan haar schema's Emotionele Geremdheid, Onderwerping en Minderwaardigheid, aan de bijbehorende modus Eenzame en Beschaamde Kind, en aan haar copingmodi in de vorm van Willoze Inschikkelijke, Redder, Vermijdende Beschermers en Onthechte Zelfsusser.
--	--

(b) Relevante gedragingen Gezonde Volwassene	Dat ze contact zoekt met anderen met het doel vriendschappen op te bouwen, en deelneemt aan sociale en vrijetijdsactiviteiten die haar buiten de werksfeer met anderen in contact brengen; en dat ze tijdens gesprekken met anderen oefent met het delen van informatie over haar leven en haar ervaringen.
(c) Interventies en motivering	Ik heb haar aanbevolen om op de bovenstaande manieren contacten met anderen te leggen, en aangeboden om haar te begeleiden bij het stap voor stap experimenteren hiermee. Ik heb aangeboden om haar te helpen met het gaan herkennen van triggers waardoor ze zich terugtrekt uit sociaal contact, zoals herinneringen aan haar vader en de woede dit oproept, of haar angst dat haar autonomie wordt afgepakt op momenten dat de Schuldinducerende Ouder actief is.
(d) Vooruitgang en obstakels	Hoewel ze de motivering hiervoor verstandelijk lijkt te begrijpen, is er nog geen enkele sprake van vooruitgang. Als ik hierover begin, verandert ze van onderwerp of rationaliseert ze door argumenten aan te dragen waarom ze er nog niet klaar voor is. Om haar te helpen met daadwerkelijk doen wat ze verstandelijk wel begrijpt dat nodig is, zal ik meer gebruik moeten maken van empathisch confronteren.

13. Overige opmerkingen of uitleg (optioneel):



© 5 September 2024. International Society of Schema Therapy

Het zonder toestemming maken van kopieën of vertalingen van een deel van of het gehele formulier is verboden. Op de website van de ISST verschijnen de komende tijd geautoriseerde vertalingen in meer dan 30 talen

<https://schematherapysociety.org>, Mocht u behoefte hebben aan meer informatie over het formulier, willen weten of er in een bepaalde 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 u via het volgende e-mailadres contact met de ISST opnemen:

cc@isst-schemasociety.org.

Een toelichting bij enkele van de schemamodi in dit Praktijkvoorbeeld

Binnen de schematherapie-gemeenschap is er enige variatie in de modi die worden gebruikt. Het *Supplement bij de Handleiding Casusconceptualisatie Schematherapie – Lijst met Schemamodi* bevat daarom twee lijsten, een basislijst met modi die in brede kring bekend zijn en door de meeste schematherapeuten, supervisors en docenten worden gebruikt, en een uitgebreide lijst met daarin nog andere modi uit de recente literatuur. Sommige modi in dit Praktijkvoorbeeld zijn afkomstig uit die uitgebreide lijst. In deze korte toelichting geven we lezers die deze modi nog niet kennen voldoende duidelijkheid om mee vooruit te kunnen, en in de onderstaande literatuurlijst vind je de literatuur waarin deze modi worden beschreven en besproken. Bij het schrijven van je eigen casusconceptualisatie kun je de modi gebruiken die jij en je supervisor kennen, en het is niet noodzakelijk om modi uit de uitgebreide lijst te gebruiken, maar in dit Praktijkvoorbeeld zie je hoe je ze kunt gebruiken als je dat wél wilt.

- **De Overcontroleerder met Eetstoornis:** Dit is een specifieke vorm van een Perfectionistische Overcontroleerder, die veel wordt aangetroffen bij eetstoornissen: zie Edwards (2017), Simpson (2020), Simpson et al. (2018).
- **De Redder/Zelfopofferaar:** Dit soort gedrag werd altijd als onderdeel van de modus Willoze Inschikkelijke beschouwd. Maar volgens Edwards (2022) kan het zinvol zijn om de zelfopoffering die bij het schema Zelfopoffering apart te vermelden, als een afzonderlijke modus. De modus Redder/Zelfopofferaar wordt ook vermeld in Brockman et al. (2023, p. 282).
- **Geruststellingzoeker:** Ook Geruststelling Zoeken is gedrag dat tot nu als onderdeel van de modus Willoze Inschikkelijke werd beschouwd. Het is gedrag dat hoort bij het schema Goedkeuring/Erkenning Zoeken en is in de CBT-literatuur herhaaldelijk genoemd als gedrag dat psychologische problemen in stand houdt. Vandaar dat Edwards (2023) het apart vermeldt als een modus binnen het schema Overgave.
- **Rumineermodi (of repetitieve onproductieve denkmodi, zoals ze in de Schemamodilijst worden genoemd):** In de CBT-literatuur worden deze copinggedragingen al dertig jaar onderkend en zijn ze in verschillende categorieën ingedeeld. Voor de schematherapie zijn ze van belang bevonden door Brockman en Stavropoulos (2020), Stavropoulos, Haire, Brockman en Meade (2020), en Brockman et al. (2023), die de term Overanalyseerder noemen. Uitgaand van de CBT-literatuur zegt Edwards (2023) dat er verschillende soorten rumineren zijn, waar het woord Overanalyseerder niet allemaal bij past. De vormen die hier worden onderscheiden zijn Piekeren, Depressief Rumineren, en Boos Rumineren.
- **Zelfkastijdende Overcontroleerder:** Dit is een Kritische modus en een vorm van zelfaanvallend rumineren die Brockman et al. (2023, p. 9), Edwards (2022), en Simpson (2018, p. 51) onderscheiden van de Straffende Ouder omdat het een copingmodus is.

Geraadpleegde literatuur

- Edwards, D. J. A. (2017). An interpretative phenomenological analysis of schema modes in a single case of anorexia nervosa: Part 2 - coping modes and superordinate themes. *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 17(1), 1-12. <https://doi.org/10.180/20797222.2017.1326730>
- Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: An applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.763670/full>
- Simpson, S. (2020). Schema therapy assessment of eating disorders. In S. Simpson, & E. Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders: Theory and practice for individual and group settings* (pp. 37-55). Routledge.

- Simpson, S. G., Pietrabissa, G., Rossi, A., Seychell, T., Manzoni, G. M., Munro, C., Nesci, J. B., & Castelnuovo, G. (2018). Factorial structure and preliminary validation of the schema mode inventory for eating disorders (SMI-ED). *Frontiers in Psychology*, 9, 600. <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2018.00600/full>
- Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R., & Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*, 24(2), 99-113. <https://doi.org/10.1111/cp.12205>
- Brockman, R. N., Simpson, S., Hayes, C., van der Wijngaart, R., & Smout, M. (2023). *Cambridge guide to schema therapy*. Cambridge University Press.
- Brockman, R., & Stavropoulos, A. (2020). Repetitive negative thinking in eating disorders: Identifying and bypassing overanalysing coping modes and building schema attunement. In S. Simpson, & E. Smith (Eds.), *Schema therapy for eating disorders* (pp. 69-81). Routledge.