

*Probleemgedrag van jongeren kan zo extreem en hardnekkig zijn dat het de focus van behandeling domineert. Maar probleemgedrag is vaak het resultaat van disfunctionele coping met onderliggende kwetsbaarheid. Schematherapie biedt handvatten om toegang te krijgen tot die kwetsbaarheid en daar veranderingen in te bewerkstelligen. Marjolein van Wijk-Herbrink doet onderzoek naar de theorie en toepassing van schematherapie bij jongeren, in het bijzonder jongeren in de gesloten jeugdzorg.*

## HOOPVOLLE RESULTATEN

# SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET EXTERNALISERENDE GEDRAGSPROBLEMEN

### INTRODUCTIE

Jenny is een meisje van vijftien jaar. Zij werd door de kinderrechter in een instelling voor gesloten jeugdzorg geplaatst, omdat zij veel probleemgedrag liet zien en geen hulp accepteerde. Zij had bijna dagelijks ruzie met haar moeder, ging niet meer naar school, had vechtpartijen met leeftijdgenoten, pleegde winkeldiefstallen en hing veelal op straat rond. Op de behandelgroep van de gesloten jeugdzorgvoorziening toont zij een nukkige en afwerende houding. Zij trekt zich terug en wanneer iemand probeert haar te benaderen, reageert ze afwijzend. Zij scheldt groepsgenoten en groepsleiding regelmatig uit en laat ook fysiek agressief gedrag zien.

### GEDRAG VERSUS ONDERLIGGENDE KWETSBAARHEID

Jenny wordt door de maatschappij veelal gezien als een probleemgeval: een meisje met veel probleemgedrag waar consequenties aan gesteld moeten worden. Een meisje dat structuur nodig heeft, dat we moeten 'heropvoeden' en bij wie we positief gedrag moeten belonen. Dat is gedeeltelijk waar, maar niet voldoende.

Want Jenny heeft ook een kwetsbare kant. Een kant van haar die zich eenzaam en alleen voelt, die zich wanhopig

voelt en geen vertrouwen heeft in anderen. Deze kwetsbare kant is ontstaan door gebeurtenissen in haar kindertijd. Jenny's ouders hadden door persoonlijke omstandigheden weinig tijd en aandacht voor haar. Op school werd ze buitengesloten en ernstig gepest. Op haar achtste werd zij seksueel misbruikt door een buurjongen, en na de scheiding van haar ouders was het contact met haar vader onregelmatig en onvoorspelbaar. Door al deze ervaringen ontwikkelde Jenny diepgewortelde overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld: zij raakte ervan overtuigd dat zij een waardeeloos persoon is, dat belangrijke anderen haar altijd in de steek zullen laten, dat niemand te vertrouwen is en dat de wereld een gevaarlijke plek is.

Met deze kennis over haar achtergrond is haar boosheid beter te begrijpen. Haar nukkige en afwijzende houding is misschien wel bedoeld om anderen op afstand te houden: als je anderen niet dichtbij laat komen, kunnen ze je immers ook geen pijn doen. En haar agressieve gedrag is mogelijk een poging ervoor te zorgen dat zij niet opnieuw slachtoffer wordt: zij heeft ervaren dat zij minder gepest wordt als zij letterlijk en figuurlijk van zich afbijt. De eerder genoemde diepgewortelde overtuigingen die Jenny heeft ontwikkeld over zichzelf, anderen en de wereld, sturen haar gedrag dus aan.

## Als je anderen niet dichtbij laat komen, kunnen ze je ook geen pijn doen

### BEHANDELING

Met bovenstaande wordt meteen duidelijk dat het niet voldoende is de behandeling puur en alleen op haar gedrag te richten. Door consequenties te stellen aan ongewenst gedrag en door positief gedrag te belonen, veranderen we misschien tijdelijk haar gedrag. Maar dit zal weinig tot geen effect hebben op de onderliggende, vastgeroeste overtuigingen die uiteindelijk het gedrag weer zullen aansturen.

Wat dan wel? Cognitieve gedragstherapie gericht op die onderliggende overtuigingen? EMDR gericht op de (traumatische) ervaringen in de kindertijd? Systeemtherapie, onder andere gericht op het herstellen van de relatie tussen Jenny en moeder? Dit zijn stuk voor stuk onderbouwde en vaak effectief gebleken interventies. Maar net als veel andere jongeren in de gesloten jeugdzorg wijst Jenny alle hulpverlening af. Zij weigert in gesprek te gaan met hulpverleners en wordt boos en soms zelfs agressief als men probeert haar toch te benaderen. Haar overtuigingen dat niemand te vertrouwen is, dat anderen er niet voor je zijn en je uiteindelijk toch weer in de steek laten, zijn zo sterk dat zij met niemand een (therapeutische) relatie durft aan te gaan. In de praktijk wordt er dan vaak gezegd dat zo'n jongere niet gemotiveerd is voor behandeling, waardoor men zich toch weer puur op het gedrag richt.

Er is echter een vorm van behandeling die erop gericht is om met dit afwerende gedrag om te gaan, om uiteindelijk toch in contact te komen met de onderliggende overtuigingen en kwetsbaarheid: schematherapie. Schematherapie is een evidence-based behandeling voor volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen (Asselt et al., 2008; Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Giesen-Bloo et al., 2006), waaronder ook TBS-patiënten met antisociaal gedrag (Bernstein et al., 2018). Onderzoek naar de toepassing van schematherapie bij jongeren staat echter nog in de kinderschoenen. De afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid en effectiviteit van schematherapie bij

jongeren met externaliserende gedragsproblemen in de gesloten jeugdzorg (Van Wijk-Herbrink, 2018). Dat onderzoek richtte zich op de theorie achter schematherapie, op de toepassing van individuele schematherapie in een gedwongen setting, en op het gebruik van schematherapeutische principes in het creëren van een open behandelklimaat op een behandelafdeling.

### THEORIE ACHTER SCHEMATHERAPIE

Belangrijke theoretische concepten van de schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005) zijn vroegkinderlijke onaangepaste schema's, schema-coping en schemamodi. Wanneer in de kindertijd niet wordt voldaan aan de emotionele basisbehoeften van een kind (veiligheid, autonomie, geborgenheid, spontaniteit en adequate begrenzing), kunnen vroegkinderlijke onaangepaste schema's (verder schema's genoemd) ontstaan. Dit zijn diepgewortelde, vastgeroeste overtuigingen die niet alleen uit cognities bestaan, maar ook emoties, herinneringen en lichamelijke sensaties omvatten. Zo heeft Jenny de overtuiging dat belangrijke anderen haar altijd weer in de steek laten, hetgeen gebaseerd is op vroegkinderlijke ervaringen met haar ouders en gepaard gaat met lichamelijke spanning, angst en verdriet (schema Verlaten).

Bepaalde situaties of omstandigheden kunnen een schema triggeren, waarop mensen volgens Young en collega's (2005) geneigd zijn om één van de volgende drie copingstijlen te hanteren: overgave, vermijding of overcompensatie (*schema-coping*). Bij *overgave* geeft men zich compleet over aan het schema en de bijbehorende emoties (bijv. wanhopig zijn), bij *vermijding* is men geneigd het schema en de bijbehorende emoties uit de weg te gaan (bijv. geen enkele relatie aangaan), en bij *overcompensatie* doet men het tegenovergestelde van wat het schema en de bijbehorende emoties ingeven (bijv. anderen bedreigen of intimideren).

Het derde belangrijke theoretische concept binnen de schematherapie bestaat uit de *schemamodi*. Dit zijn een soort toestandsbeelden, die van moment tot moment kunnen wisselen, en worden ook wel 'kanten van jezelf' genoemd. Volgens Young et al. (2005) ontstaan schemamodi uit combinaties van geactiveerde schema's en copingreacties. Zo kan de combinatie van het schema Verlaten met vermijding bijvoorbeeld een toestandsbeeld geven, waarin iemand geen emoties ervaart en het contact met anderen uit de weg gaat (Afstandelijke beschermer-modus ofwel een afstandelijke kant van iemand). Tabel 1 geeft een beschrijving van deze en andere schemamodi.

TABEL 1. BESCHRIJVINGEN VAN SCHEMAMODI

SCHEMAMODUS	BESCHRIJVING
<i>Kindmodi</i>	<i>Modi waarin de jongere emoties ervaart uit de kindertijd of zich gedraagt als een jong kind</i>
Kwetsbaar kind	Voelt zich angstig, verdrietig, verlaten en eenzaam
Boos kind	Voelt zich boos, omdat niet aan zijn behoeften wordt voldaan
Impulsief / ongedisciplineerd kind	Reageert impulsief en is gericht op directe behoeftebevrediging, is zelf-bepalend en raakt gefrustreerd als grenzen worden gesteld
<i>Kritische modi</i>	<i>Modi waarin de jongere overmatig kritisch is naar zichzelf (vaak geïnternaliseerde boodschappen van ouders of andere volwassenen / kinderen)</i>
Veeleisende kant	Stelt hoge eisen aan zichzelf
Straffende kant	Geeft zichzelf de schuld, haalt zichzelf naar beneden of reageert straffend naar zichzelf
<i>Beschermende coping-modi</i>	<i>Modi waarin de jongere veelal vermijding en soms ook overgave gebruikt om eigen kwetsbaarheid te verhullen</i>
Afstandelijke beschermer	Staat niet in contact met eigen emoties of met anderen, houdt hulp en betrokkenheid af
Boze beschermer	Doet bozig of chagrijnig om anderen op afstand te houden
Onthechte zelfsusser / zelfstimulator	Probeerde emoties te verdoven door gebruik van drugs, alcohol of andere kalmerende of oppeppende activiteiten
Gedweë gehoorzame	Conformeert zich aan wensen en verwachtingen van anderen om conflicten te voorkomen
<i>Overcompenserende coping-modi</i>	<i>Modi waarin de jongere overcompenseert voor eigen kwetsbaarheid</i>
Pest- en aanvalmodus	Is bedreigend, intimiderend of aanvallend naar anderen
Zelfverheerlijker	Gedraagt zich arrogant, voelt zich speciaal of machtig
Overcontroleerder	Probeerde zichzelf te beschermen tegen echte of ervaren dreiging door obsessief-compulsief gedrag of door anderen op paranoïde wijze te controleren
<i>Gezonde modi</i>	<i>Modi waarin de jongere spontaan kind kan zijn of op eigen gedrag, gevoelens en gedachten kan reflecteren en daarop keuzes kan baseren</i>
Blij kind	Is spontaan en blij, voelt zich vrij om blijdschap te uiten
Gezonde jongere	Kan op zichzelf reflecteren en kan op adequate wijze aan eigen behoeften voldoen

## VALIDATIE VAN DE THEORIE BINNEN JONGERENPOPULATIES

Hoewel het concept van schema's al eerder valide was gebleken in jongerenpopulaties, was er nog maar weinig bekend over schema-coping en schemamodi bij jongeren. Wij lieten 699 jongeren (577 jongeren uit het reguliere voortgezet onderwijs en 122 jongeren uit de gesloten jeugdzorg) vragenlijsten invullen over hun schema's, schema-coping, schemamodi en gedragsproblemen. Uit dit onderzoek blijkt dat ook schema-coping en schemamodi valide concepten zijn bij jongeren: dezelfde copingstijlen en

schemamodi konden worden onderscheiden als bij volwassenen (Van Wijk-Herbrink, Roelofs, et al., 2017). Vervolgens onderzochten we de theoretische relaties tussen schema's, copingstijlen, schemamodi en gedragsproblemen (Van Wijk-Herbrink, Bernstein et al., 2018). De resultaten van dit onderzoek zijn in lijn met de theorie van Young en collega's (2005): Schemamodi bestaan inderdaad uit unieke combinaties van schema's en copingstijlen.

Maar er was nóg een belangrijke bevinding: Aan zowel internaliserende gedragsproblemen (angstig en depressief gedrag) als externaliserende gedragsproblemen (opstandig

## Schematherapie is een evidence-based behandeling voor volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen

en agressief gedrag) van jongeren blijken precies dezelfde schema's ten grondslag te liggen. Dit zijn schema's die voortkomen uit ervaringen van onverbondenheid en afwijzing, zoals het eerder genoemde schema Verlating, van Jenny. Andere schema's die hieruit voortkomen zijn Wantrouwen/Misbruik (i.e., anderen zullen altijd misbruik van me maken), Sociale isolatie (i.e., ik hoor er niet bij), Tekortschieten (i.e., ik ben niet goed genoeg) en Emotioneel tekort (i.e., ik krijg nooit de liefde en aandacht die ik nodig heb). Bij internaliserende gedragsproblemen wordt er met overgave-coping gereageerd op deze schema's, terwijl er bij externaliserende gedragsproblemen met overcompensatie-coping wordt gereageerd. Maar de onderliggende kwetsbaarheid is dus dezelfde, evenals de onderliggende behoefte aan verbinding en acceptatie. Dit is belangrijk voor de behandeling van jongeren met opstandig en agressief gedrag, want hun gedrag lokt natuurlijk vaak een tegenovergestelde reactie uit bij mensen. Dit onderzoek ondersteunt de visie om behandeling niet alleen op het probleemgedrag, maar ook op de onderliggende kwetsbaarheid/schema's te focussen.

Een ander onderzoek dat deze visie ondersteunt, is een experiment waarbij werd gekeken naar de relatie tussen ervaren onrecht, boosheid en agressie (Van Wijk-Herbrink, Lobbestael et al., 2018). In dit experiment werden jongens in de gesloten jeugdzorg at random toegewezen aan een experimentele of controleconditie. In de experimentele conditie werd een gevoel van onrecht opgeroepen door middel van een gevoelsinterview over een recente situatie waarin zij onrecht ervaren hadden. In de controleconditie werden de jongens geïnterviewd over een recente neutrale of mild positieve ervaring. Bepaalde schema's bleken de verbanden tussen ervaren onrecht, boosheid en agressie te beïnvloeden. Met andere woorden: jongens bij wie bepaalde schema's, met name het schema Verlating, in hogere mate aanwezig waren, vertoonden meer boosheid en agressie in reactie op ervaren onrecht dan jongens bij wie deze schema's niet of in mindere mate aanwezig waren.

### TOEPASSING SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET GEDRAGSPROBLEMEN

Bovenstaand onderzoek suggereert dat een behandeling gericht op onderliggende schema's kan bijdragen aan de vermindering van ernstige gedragsproblemen. In de gesloten jeugdzorg leggen we de focus op de schemamodi in plaats van op de schema's, zoals gebruikelijk is bij complexe problematiek (Young et al., 2005). Bij complexe problematiek zijn er namelijk soms zoveel verschillende schema's actief, dat het niet meer te behappen is voor de behandelaar en de cliënt. Bovendien zijn schemamodi minder abstract, omdat ze ook gedrag omvatten: elke jongere herkent wel een aantal schemamodi bij zichzelf. Onderzoek heeft uitgewezen dat schematherapie met een focus op schemamodi ook de onderliggende schema's verandert (Giesen-Bloo et al., 2006; Bernstein et al., 2018).

In de behandeling met schematherapie staat *limited reparenting* centraal (Young et al., 2005). Limited reparenting is een basishouding van de behandelaar waarbij geprobeerd wordt om, binnen de grenzen van de therapeutische relatie, zo goed mogelijk te voldoen aan de (gemiste) basisbehoeften van de jongere. Dit houdt in dat er wordt gezorgd voor veiligheid, een luisterend oor en geborgenheid, passende autonomie, spontaniteit en spel, en eerlijke, maar duidelijke regels en grenzen. Daarnaast wordt er binnen de schematherapie gebruik gemaakt van verschillende technieken: werken met de schemamodi in het hier en nu, experiëntiële technieken en technieken uit de cognitieve gedragstherapie. In de eerste fase van de behandeling is er meestal sprake van weinig (intrinsieke) motivatie bij de jongere, waarbij het werken met schemamodi in het hier en nu uitkomst biedt.

### WERKEN MET SCHEMAMODI IN HET HEDEN

Jongeren met gedragsproblemen krijgen vaak kritiek op hun gedrag. Zij hebben eindeloos te horen gekregen wat ze allemaal fout doen en dat ze op een andere manier om moeten gaan met bepaalde situaties, met hun boosheid of andere emoties. Zij zijn erg wantrouwend ten opzichte van hulpverleners en hebben vaak ook geen vertrouwen in hun

eigen mogelijkheden om hun gedrag te veranderen. Binnen de schematherapie helpen we hen allereerst hun eigen gedrag te begrijpen. We schrijven het probleemgedrag toe aan een bepaalde kant van hen, een schemamodus, en gaan op zoek naar de ontstaansgeschiedenis en functie van deze kant. In plaats van kritiek te leveren op het gedrag, tonen we juist begrip voor de kant van hen die dit gedrag vertoont. Het werken met schemamodi in het hier en nu kan worden gedaan door zowel schematherapeuten als hiervoor opgeleide pedagogisch medewerkers, behandelcoördinatoren en andere leden van het behandelteam.

Om het werken met schemamodi in het hier en nu te illustreren, gaan we terug naar de casusbeschrijving van Jenny. Jenny toont op de behandelgroep een nukkige en afwijzende houding. Zij wil geen gesprekken voeren met pedagogisch medewerkers en wil ook geen therapie. Wanneer men probeert om een gesprek met haar aan te gaan, loopt ze weg, blijft nukkig zwijgen of zegt dat ze geen behandeling nodig heeft en dat het prima met haar gaat. Het lukt dus niet om contact met haar te krijgen: het stellen van vragen leidt tot niks en confrontatie met haar houding leidt tot boosheid bij Jenny. De behandelaar (schematherapeut, pedagogisch medewerker of ander lid van het behandelteam) kan hier een *empathische confrontatie* inzetten, waarbij hij\* het gedrag toeschrijft aan een kant (schemamodus) van Jenny, empathie toont voor de functie van de schemamodus/ het gedrag, maar Jenny ook confronteert met de nadelen ervan. De nukkige en afwijzende houding van Jenny is afkomstig van een Afstandelijke en/of Boze beschermer modus (zie tabel 1).

Een empathische confrontatie met deze modus zou er als volgt uit kunnen zien:

'Luister Jenny, ik weet dat je niet met mij wil praten, maar ik wil je iets belangrijks zeggen. En misschien vat je het op als kritiek, maar zo bedoel ik het niet. Ik vind het belangrijk om dit tegen jou te zeggen, ik vind JOU belangrijk. Ik zie namelijk vaak een kant van jou die nukkig en afstandelijk doet. Die kant reageert niet als mensen je iets vragen, en als iemand interesse in je toont jaagt jouw nukkige kant diegene eigenlijk gewoon weg. En ik denk dat ik begrijp waarom die kant van jou er is. Je hebt het als kind niet gemakkelijk gehad en je bent al vaak teleurgesteld of pijn gedaan. Zo'n nukkige kant kan heel goed helpen om anderen op afstand te houden en om ervoor te zorgen dat iemand je niet opnieuw pijn kan doen of teleur kan stellen. Dus ik heb respect voor jouw

nukkige kant, ik snap dat die belangrijk voor je is. Maar het moet ook heel eenzaam zijn als iedereen bij je weg blijft vanwege je nukkige kant. Ik merk soms dat ik ook wat ongeduldig raak als jouw nukkige kant er is, want ik kan dan niks goed doen en ik voel me afgewezen. Ik vat dat niet persoonlijk op, omdat ik weet dat jouw nukkige kant jou helpt en belangrijk voor je is, maar dat is wel het effect wat die kant op anderen heeft. Ik wil jouw nukkige kant alle ruimte geven, maar tegelijkertijd vind ik het ook belangrijk om wel beschikbaar te zijn voor die andere kant van jou, die waarschijnlijk heel eenzaam is. Daarom wil ik je graag blijven opzoeken, ook als jouw nukkige kant mij probeert weg te jagen. Ik weet dat het tijd nodig heeft, maar ik hoop dat je gaat voelen dat ik er echt voor je wil zijn en dat ik er alles aan zal doen om je niet teleur te stellen.'

Bij zo'n empathische confrontatie valideert de behandelaar de ontstaansgeschiedenis en functie van de schemamodus en het bijbehorende (probleem)gedrag, waarbij hij<sup>1</sup> ook aangeeft wat het effect ervan op hem is en welke nadelen dit met zich meebrengt. Sommige jongeren zullen direct reageren op zo'n empathische confrontatie, waardoor er een ingang ontstaat tot een gesprek en de opbouw van een therapeutische relatie, terwijl anderen de boodschap stilzwijgend over zich heen zullen laten komen. De meeste jongeren geven achteraf (soms pas aan het einde van hun behandeling) aan dat een dergelijke boodschap hen wel heeft geraakt, ook al wilden ze dat op het moment zelf niet laten merken. Vaak is het nodig om deze boodschap meerdere malen te herhalen, betrouwbaar te zijn en te blijven terugkomen, voordat de jongere (meer van) zijn<sup>1</sup> kwetsbare kant durft te laten zien.

Wanneer het gedrag van de jongere om directe grenzen vraagt, kan *limit setting* worden toegepast. Neem bijvoorbeeld een situatie waarin Jenny een pedagogisch medewerker uitscheldt en intimideert, nadat die medewerker Jenny heeft aangesproken op het gebruik van scheldwoorden op de groep.

'Jenny, stop. Ik wil graag naar je boosheid luisteren, maar nu zie ik alleen jouw agressieve kant en die accepteer ik niet. Als je zo tegen me praat, dan voel ik me niet prettig

1 Omwille van de leesbaarheid wordt over 'hij' en 'zijn' gesproken als het gaat over jongeren en behandelaren, maar deze kunnen ook worden vervangen door 'zij' en 'haar'.

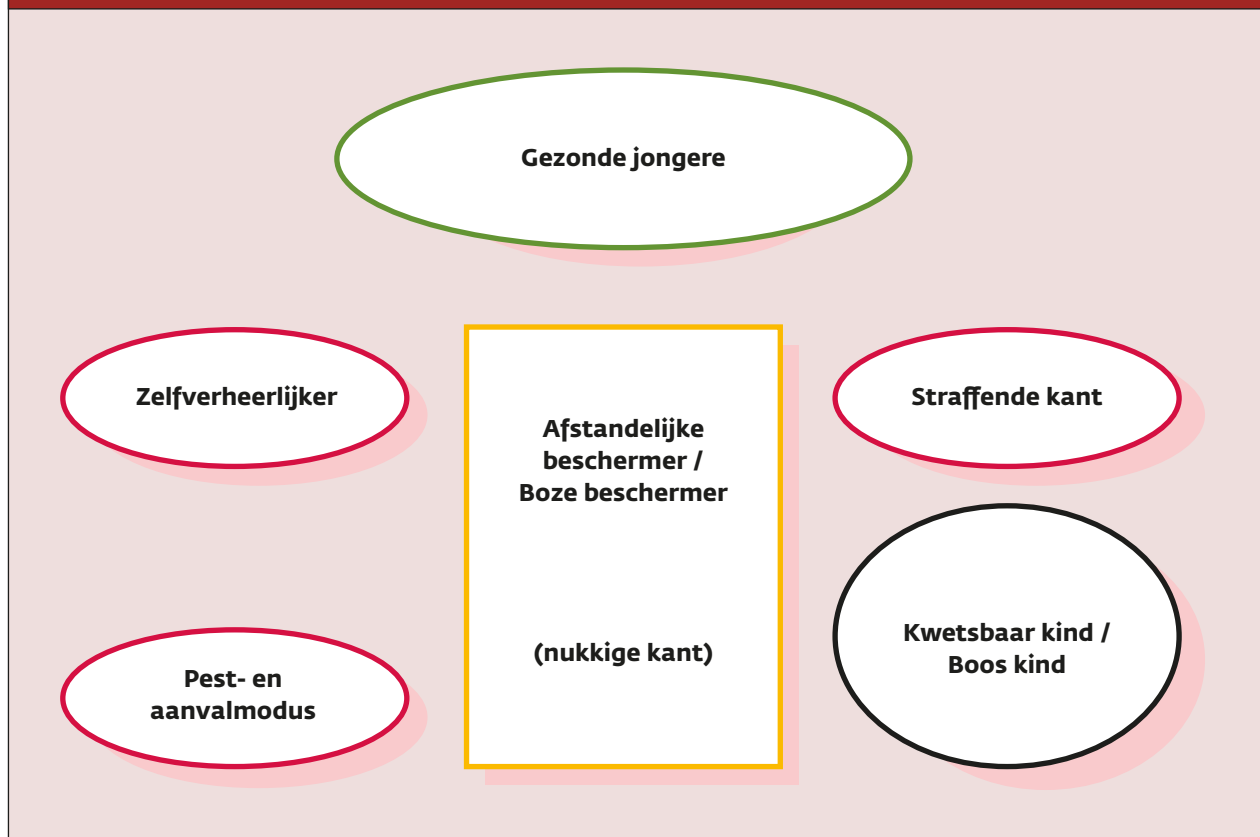
en het maakt mij ook boos. Dan kan ik niet goed meer naar je luisteren, terwijl ik dat wel wil. Laten we samen even apart gaan zitten om dit te bespreken. Als dat nu niet lukt, wil ik met je afspreken om er later op terug te komen.'

De behandelaar laat op deze manier weten geïnteresseerd te zijn in de gevoelens (in dit geval boosheid) van Jenny, maar stelt als voorwaarde dat Jenny stopt met haar uit te schelden en te intimideren. Soms moet het woordje 'stop' meermalen worden herhaald om de verbale agressie van de jongere lang genoeg te stoppen om de interventie te kunnen doen, of moet de jongere specifiek worden geïnstrueerd om de behandelaar

uit te laten praten. Wanneer het schelden en intimideren van Jenny niet zou stoppen, kan de behandelaar een consequentie in het vooruitzicht stellen, zoals een tijdelijke kamerplaatsing. Achteraf, als de gemoederen wat bedaard zijn, is het aan te raden met de jongere samen te bekijken welke van zijn schemamodi hebben bijgedragen aan zijn boosheid, en uiteindelijk hebben geleid tot zijn agressieve kant.

Door middel van het werken met de schemamodi in het hier en nu, waarin limited reparenting een grote rol speelt, lukt het meestal wel om een therapeutische relatie op te bouwen en een begin te maken met het opstellen van een casusconceptualisatie of minimaal een modusmodel, met daarin een overzicht van de verschillende schemamodi van

**FIGUUR 1. MODUSMODEL VAN JENNY MET RECHTSONDER HAAR KWETSBARE KANT EN DE BOOSHEID VAN VROEGER, DAARBOVEN HAAR STRAFFENDE KANT DIE VINDT DAT ZIJ NIKS WAARD IS, IN HET MIDDEN DE VERMIJDENDE COPING-KANTEN DIE PROBEREN HAAR KWETSBARE KANT TE BESCHERMEN, EN LINKS DE OVERCOMPENSERENDE COPING-KANTEN. BOVENIN STAAT HAAR GEZONDE KANT, DIE IN DE THERAPIE GESTIMULEERD EN VERGROOT WORDT. BEHANDELDOELEN VOOR THERAPIE ZIJN HET VERMINDEREN VAN OVERCOMPENSERENDE EN BESCHERMENDE COPING-MODI ZODAT DE KWETSBARE EN BOZE KIND-MODI BEWERKT KUNNEN WORDEN, EN HET VERSTERKEN VAN DE GEZONDE JONGERE-KANT.**





de jongere. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van kaarten waarop verschillende modi staan afgebeeld, zoals de Moduskaarten voor Jongeren (Conrisq Groep, 2018). Op basis van het modusmodel worden behandeldoelen opgesteld.

Het modusmodel van Jenny is weergegeven in Figuur 1.

## EXPERIËNTIËLE TECHNIEKEN

Een belangrijk onderdeel van schematherapie zijn experiëntiële technieken, die alleen een schematherapeut of daartoe opgeleide vaktherapeut inzet (en dus niet pedagogisch medewerkers of andere leden van het behandelteam in de gesloten jeugdzorg). Experiëntiële technieken zijn ervaringsgerichte technieken, waarbij emotie wordt opgeroepen en waarmee mogelijkheden worden gecreëerd om corrigerende emotionele ervaringen op te doen. Omdat informatie effectiever wordt verwerkt als daar emotie bij komt kijken, kunnen experiëntiële technieken bijdragen aan de verschuiving van iets verstandelijk weten naar er emotioneel in geloven. Deze technieken worden liefst zo vroeg mogelijk in de behandeling ingezet, maar wel pas als er een basis voor een therapeutische relatie is ontstaan of als de therapeut voelt dat er wel enige bereidheid is tot het meewerken aan dergelijke oefeningen. De meest gebruikte experiëntiële technieken zijn de *meerstoelentechniek* en *imaginatie met rescripting*. Hieronder worden beide technieken toegelicht aan de hand van de casusbeschrijving van Jenny.

**MEERSTOELENTECHNIEK** Om de functie van Jenny's nukkige kant helderder te krijgen, wordt de meerstoelentechniek ingezet. De schematherapeut zet een aantal stoelen in de therapieruimte en vraagt Jenny om op één van die stoelen plaats te nemen.

Th: Oké Jenny, we gaan vandaag een oefening doen. Ik heb een paar stoelen in de therapiekamer neergezet en je mag op één van die stoelen gaan zitten. Nou mag je, terwijl je in die stoel zit, jouw nukkige kant spelen alsof we een soort rollenspel doen. En ik ga proberen om jouw nukkige kant te interviewen.

J: (rolt met haar ogen terwijl ze gaat zitten in de stoel)

Th: Ja heel goed, ik zie dat je al helemaal in je rol zit, zo zou jouw nukkige kant reageren!

J: (slaat haar armen over elkaar)

Th: Perfect! Nou weet ik dat die nukkige kant van jou het liefst zwijgt, maar ik zou je willen vragen om wel te proberen om antwoord te geven op de vragen die ik aan jouw nukkige kant stel. Oké?

## Ik ga proberen om jouw nukkige kant te interviewen

J: (haalt schouders op)

Th: Oké, we gaan beginnen. Dag nukkige kant van Jenny. Ik heb begrepen dat je heel belangrijk bent voor Jenny, volgens mij heb je haar al vaak geholpen. Hoe oud was Jenny eigenlijk toen jij in haar leven kwam?

J: Pff, ik weet het niet, volgens mij ben ik er altijd geweest.

Th: Oh ja? Was je er al om haar te helpen toen ze nog een baby was?

J: Nou dat misschien niet, misschien vanaf de basisschool toen ik gepest werd?

Th: Ah, dus toen Jenny gepest werd kwam jij als nukkige kant tevoorschijn? Hmm, dus het pesten en jouw aanwezigheid hebben met elkaar te maken?

J: Misschien wel, ik voelde me klote maar wilde het niet laten merken. Door me zo op te stellen kon ik doen alsof het me niet raakte.

Th: Aha, dus jij probeerde Jenny te beschermen?

J: Ja, ze was echt heel ongelukkig maar als je dat laat merken dan wordt je nog veel meer gepest.

Th: Oké, ik snap het. Jij gaf haar een soort pantser tegen de pesterijen. Waar heb je Jenny nog meer mee geholpen?

J: Als ik onverschillig doe, dan raken dingen me ook echt minder. Op zo'n moment boeit iets me echt niet.

Th: Dus jij zorgt er niet alleen voor dat anderen Jenny niet pesten, maar je kan ook haar pijnlijke gevoelens als het ware uitschakelen of verdoven?

J: Ja, zo is het denk ik wel.

Th: Dan snap ik wel dat je zo belangrijk voor haar bent geweest, want ze heeft het niet gemakkelijk gehad.

J: Nee, en eigenlijk nog steeds niet.

Th: Wat bedoel je?

J: Nou, ze wordt nog steeds gepest en ze hoort eigenlijk nergens thuis.

Hier verschuift Jenny, waarschijnlijk door de validatie door de therapeut, van haar nukkige kant richting haar kwetsbare kant. De therapeut vraagt Jenny daarom om op een andere stoel plaats te nemen, die haar kwetsbare kant representeert.



Th: Kom eens op de stoel naast mij zitten? (nadat Jenny van stoel gewisseld is:) Ik heb wel wat geleerd van jouw nukkige kant. Ik begrijp nu dat die kant er niet alleen is om je tegen pesten en teleurstelling door anderen te beschermen, maar dat die je ook helpt bij het uitschakelen van je gevoel. Ik hoorde die kant ook zeggen dat je nog steeds gepest wordt en dat je eigenlijk nergens thuis hoort. Zou je me daar wat meer over willen vertellen?

J: Nou gewoon, ik ben heel anders dan de andere jongeren op de groep. Ik hoor hier niet, maar bij mijn ouders voel ik me ook niet thuis. Ik hoor eigenlijk nergens.

Th: Nu hoor ik meer jouw eenzame kant praten, die zich nergens thuis voelt en het gevoel heeft nergens bij te horen.

J: Nou ja, zo erg is het nou ook weer niet.

Door deze confrontatie met haar eenzame kant, komt haar afwijzende houding weer meer naar voren en dreigt Jenny terug te schieten in haar nukkige kant. Jenny vindt de kwetsbaarheid, die ze in deze stoel ervaart, moeilijk te verdragen. De therapeut helpt haar daarom een handje in het verwoorden van haar gevoelens en komt voor haar op door de nukkige kant aan te spreken:

Th: Ik ga nu iets doen wat je misschien een beetje gek vindt, maar ik wil iets tegen jouw nukkige kant op die stoel daar zeggen. Ik vind het belangrijk dat je dat hoort. (Draait zich naar de lege stoel van de nukkige kant:) Zeg nukkige kant van Jenny, ik snap waarom je er bent en ik vind het fijn dat je Jenny vroeger zo goed geholpen hebt. Ik denk dat je echt belangrijk bent geweest en dat ze je hard nodig heeft gehad. Maar ik vind het lastig dat je er nu ook bent. Want door jou is Jenny ook heel eenzaam en voelt zij zich nergens thuis. Doordat jij mensen op afstand houdt of wegjaagt, heeft zij het gevoel dat ze er alleen voor staat en dat zij nergens bij hoort. Elk mens heeft behoefte aan anderen om zich heen, ook Jenny, dat is heel normaal. Zij heeft er recht op dat mensen haar steunen en er voor haar zijn, dat mag je haar niet ontnemen. (Draait zich weer naar Jenny:) Wat vind je ervan dat ik dit tegen jouw nukkige kant zeg?

J: Tja, ik denk dat het wel klopt, maar ik geloof niet dat die kant het er mee eens is.

Th: Wat zou jij willen dat die kant doet? Bijvoorbeeld een stapje opzij zodat er wat meer ruimte voor jou komt?

J: Ja, dat zou misschien wel goed zijn.

Th: Verschuif de stoel van de nukkige kant maar, kijk

maar hoe ver je hem weg kan zetten dat je je er nog prettig bij voelt.

Door het gebruik van meerdere stoelen kunnen de verschillende kanten (schemamodi) en bijbehorende emoties/wensen duidelijker onderscheiden worden, kunnen dialogen tussen de verschillende modi op gang worden gebracht en kunnen kwetsbare gevoelens meer aan de oppervlakte worden gebracht. De jongere kan worden geconfronteerd met disfunctionele modi of gedragspatronen, en er kan worden geoefend met het toelaten van kwetsbaarheid of met meer gezonde copingstrategieën. Er is een heel scala aan toepassingsmogelijkheden van de meerstoelentechniek, waarvan bovenstaande slechts een voorbeeld is.

**IMAGINATIE MET RESCRIPTING** Bij imaginatie wordt de jongere gevraagd de ogen te sluiten en in de verbeelding terug te gaan naar een situatie uit het verleden. Diagnostisch gezien kan dit informatie opleveren over gemiste basisbehoeften in de kindertijd, maar in de behandeling biedt het ook een kans om schema's te 'helen' door met limited re-parenting een corrigerende emotionele ervaring op te laten doen. In dat geval wordt de situatie als het ware 'herschreven' (rescripting) doordat de therapeut bijvoorbeeld in de imaginatie tegemoet komt aan de basisbehoeften van de jongere.

Onderstaand fragment uit een therapieessie van Jenny illustreert dit.

Th: Doe je ogen dicht en kijk eens of er een beeld naar boven komen van een nare situatie in je kindertijd. Probeer er niet over na te denken, maar laat het maar gewoon opkomen.

J: Ik zie een beeld van mezelf terwijl ik thuiskom van school.

Th: Heel goed. Stap maar in dat beeld en kijk eens om je heen. Waar ben je precies en wat zie je om je heen?

J: Ik ben thuis, in de gang. Ik zie mama, ze staat in de keuken te bellen, ze heeft een klant aan de lijn.

Th: Hoe oud ben je?

J: Ongeveer negen jaar.

Th: Beschrijf de gang eens, geef me maar wat details zoals hoe de vloer eruit ziet, of er iets aan de muur hangt, dat soort dingen.

J: Er liggen tegels op de vloer, ze zijn een beetje gelig. De muren zijn wit, er hangt alleen een trouwfoto van mijn ouders. Verder zie ik de kapstok met jassen eraan. De deur naar de keuken staat open. Ik moet erg huilen, maar

## ‘Hij wil me elke keer voor schut zetten en iedereen lacht erom’

mama legt haar vinger tegen haar lippen dat ik stil moet zijn.

Th: Waarom moet je huilen?

J: Ik ben net weer zo gepest door een jongen uit mijn klas. Hij heeft me van mijn fiets geduwd en trok mijn rok omhoog. Er stonden allemaal kinderen om ons heen die me uitlachten.

Th: Wat gaat er door je heen nu je thuiskomt?

J: Ik ben zo verdrietig. Maar mama heeft weer geen tijd voor me. Ik hoor dat ze een klant aan de telefoon heeft, ze praat weer zo bekakt. Haar werk gaat altijd voor, ze heeft nooit tijd voor me.

Th: Wat doet dat met jou?

J: Ik voel me heel alleen en in de steek gelaten. Ik ren naar mijn kamer en ga met mijn knuffel op bed liggen.

Th: Wat heb je nodig?

J: Iemand die naar me luistert, me helpt.

Th: Ik wil graag in het beeld komen om je te helpen, zie maar hoe ik jouw kamer binnen kom. Zie je me?

J: Ja.

Th: Ik kom naast je zitten op het bed en sla mijn arm om je heen. Ik vind het naar dat je zo verdrietig bent, vertel me maar wat er gebeurd is.

J: (in tranen:) Dit is nu al de zoveelste keer dat hij dit doet. Hij wil me elke keer voor schut zetten en iedereen lacht erom. Hij zei al dat hij het vandaag weer zou doen, ik had expres nog staan treuzelen voordat ik naar huis fietste maar blijkbaar hebben ze op me gewacht. Ik wil niet meer naar school!

Th: Dat snap ik heel goed, het is heel erg wat er gebeurd is en ik accepteer niet dat je zo behandeld wordt. Het is niet oké dat jij bang bent om naar huis te fietsen en dat je niet meer naar school wil door hem. Jij hebt er recht op om je veilig te voelen en om vriendjes en vriendinnetjes om je heen te hebben, dat verdien je ook. Je bent een heel leuk en lief meisje en dit mag niet meer gebeuren.

J: Maar er valt toch niks aan te veranderen. Mama vindt het blijkbaar ook niet belangrijk want zij doet er niks aan.

Th: Het is wél belangrijk en we gaan er ook iets aan doen. Mama heeft het druk met haar eigen dingen en soms zijn de dingen nou eenmaal niet anders, maar het is

belangrijk dat zij weet hoe jij eronder te lijden hebt. Ik ga daarom ook met je moeder praten, en ik ga jou en je moeder helpen om dit op te lossen. Je staat er niet alleen voor.

In dit voorbeeld vindt de rescripting vooral plaats doordat de therapeut een luisterend oor biedt en de Jenny van negen jaar in de imaginatie-oefening de ruimte geeft haar gevoelens te uiten. Ook geeft de therapeut uitleg over de rechten van een kind en laat zij Jenny weten dat ze er niet alleen voor staat. De rescripting kan nog veel verder worden doorgevoerd, door bijvoorbeeld Jenny's moeder in de imaginatie aan te spreken op haar emotionele afwezigheid, door de pesters streng toe te spreken of hen in de imaginatie een consequentie te geven voor hun gedrag, of simpelweg door in de imaginatie iets leuks te gaan doen met Jenny zodat ze zich even zorgeloos en vrij voelt. Alles is geoorloofd zolang het gericht is op het tegemoetkomen aan (gemiste) basisbehoeften en het bieden van tegengif aan vastgeroeste overtuigingen/schema's.

### TECHNIEKEN UIT DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden veelal naast de eerder genoemde technieken ingezet, of worden verweven in het werken met de modi in het hier en nu. Zo kunnen disfunctionele overtuigingen van bepaalde schema-modi worden bewerkt of kan geoefend worden met nieuw, gezond (coping)gedrag. Bij het bestendigen van veranderingen in schema's en schemamodi kunnen gedragsexperimenten en beloningssystemen een belangrijke rol spelen.

### BETREKKEN VAN OUDERS EN HULPVERLENERSSTEEEM

De behandeling met schematherapie is het meest effectief wanneer deze breed wordt gedragen. Waar mogelijk worden ouders nauw betrokken bij de behandeling en maken idealiter ook zelf onderdeel uit van die behandeling. Zeker in de gesloten jeugdzorg, waar de stap van een gesloten setting naar de maatschappij groot en risicovol is, is het van belang om ouders en andere personen uit het steunsysteem van de jongere te betrekken bij de behandeling. Op de OG Heldringstichting in Zetten wordt een pilot gestart met een systeem-gerichte schematherapie (sst), die de opnameduur op de gesloten afdeling moet verkorten en waarbij de jongere en

## De behandeling met schematherapie is het meest effectief wanneer deze breed wordt gedragen

diens gezin tevens ondersteund worden bij de transfer van een gesloten setting naar de maatschappij.

Daarnaast is het van belang dat het gehele hulpverleners-systeem van de jongere betrokken is bij de behandeling. Idealiter spreekt iedereen dezelfde taal, namelijk de taal van de schemamodi, en zijn alle hulpverleners getraind in het gebruik van empathische confrontatie en limit setting. Indien de principes van de schematherapie geïntegreerd zijn in het behandelklimaat en alle leden van het behandelteam daarnaar handelen, zal een behandeling vele malen effectiever zijn dan wanneer de behandeling afhankelijk is van één of enkele uren schematherapie per week. Het is van belang om leden van een behandelteam niet alleen eenmalig te trainen in het gebruik van schematherapeutische principes, maar om dit ook op te volgen met intensieve teamcoaching. Voor de opleiding en doorlopende coaching van behandelteams in het gebruik van schematherapeutische principes is een methodiek ontwikkeld: Safe Path (Bernstein et al., 2014; zie ook Van Wijk-Herbrink, 2018, voor een beschrijving). Recent onderzoek heeft uitgewezen dat het schematherapeutisch werken met behulp van Safe Path in vergelijking met een controlegroep leidt tot een verbetering in leefklimaat en een vermindering in repressief handelen van pedagogisch medewerkers (Van Wijk-Herbrink, Arntz, et al., 2018).

### EFFECTIVITEIT VAN SCHEMATHERAPIE IN DE GESLOTEN JEUGDZORG

Er zijn tot nog toe slechts twee publicaties over de effectiviteit van schematherapie bij jongeren, die beide rapporteren over pilotstudies met vier jongeren. Deze studies laten hoopvolle resultaten zien bij jongeren met persoonlijkheidsproblematiek en internaliserende problemen (Roelofs et al., 2016) of externaliserende gedragsproblemen (Van Wijk-Herbrink, Broers, et al., 2017). De laatste studie werd uitgevoerd binnen de gesloten jeugdzorg, waarbij jongeren op een behandelgroep verbleven waar schematherapeutische principes worden toegepast in de 24-uurs behandeling, aangevuld met individuele schematherapie met een

frequentie van één tot twee keer per week. Alle jongeren in deze studie lieten een afname zien in gedragsproblemen, en de meesten lieten ook een verbetering zien met betrekking tot hun schema's en schemamodi.

In navolging op deze pilotstudie loopt er op de O.G. Heldringstichting een klinische trial, waarbij een behandeling met schematherapie vergeleken wordt met een standaardbehandeling binnen de gesloten jeugdzorg. Binnen de standaardbehandeling verblijven binnen een behandelklimaat gebaseerd op het Sociaal Competentiemodel (Slot & Spanjaard, 1999) en krijgen aanvullende therapie of vaardigheidstraining. Binnen de behandeling met schematherapie wordt het behandelklimaat aangevuld met principes vanuit de schematherapie en krijgen de jongeren individuele schematherapie. Jongeren worden toegewezen aan een behandelconditie door middel van pseudo-randomisatie, en elke drie maanden gedurende de behandeling worden metingen verricht naar gedragsproblemen, schema's, schema-coping, schemamodi en kwaliteit van leven. Na afloop van de behandeling volgen er nog twee follow-up meetmomenten. Resultaten worden in 2019 verwacht.

In afwachting van verder onderzoek kan geconcludeerd worden dat schematherapie een passende behandeling lijkt voor jongeren met gedragsproblemen, en dat er voorlopig bewijs is voor de effectiviteit van schematherapie en de integratie van schematherapeutische principes in de 24-uurs behandeling binnen de gesloten jeugdzorg. Meer onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen, waarbij ook gekeken moet worden naar langere termijneffecten. Mogelijk zou schematherapie, waarbij de gedragsproblemen op een fundamenteeler niveau worden behandeld, kunnen leiden tot minder terugval in probleemgedrag na behandeling, en preventie van 'full-blown' persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenheid.

### OVER DE AUTEUR

*Dr. Marjolein van Wijk-Herbrink is gezondheidszorgpsycholoog en werkt als schematherapeut en wetenschappelijk onderzoeker bij de OG Heldringstichting (JeugdzorgPlus), onderdeel van de Conrisc groep. Zij geeft individuele schematherapie, en traint en coacht behandelteams in het integreren van schematherapeutische principes in het behandelklimaat. Dit artikel is gebaseerd op haar proefschrift uit 2018, Schema therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory and practice, dat vrij toegankelijk is via <https://www.ogheldring.nl/blog/proefschrift-schematherapie/>. Correspondentie over dit artikel: [M.vanWijk@ogheldring.nl](mailto:M.vanWijk@ogheldring.nl).*

## Summary

### SCHEMA THERAPY IN ADOLESCENTS WITH EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS

M. VAN WIJK-HERBRINK

Adolescents with severe behavior problems often show detached and resistant behaviors, causing professionals in youth care to label them as unmotivated for treatment. However, these behaviors, along with more extreme behaviors such as aggression, may be a dysfunctional way of coping with under-

lying, vulnerable schemas. Schema therapy focuses on accessing and ameliorating this underlying vulnerability, and may help to achieve lasting changes in problem behaviors. The aim of this article is to present recent developments and research findings regarding Schema therapy with adolescents with behavior problems, with a focus on the clinical application of Schema therapy. With help of a case example, several Schema therapy techniques are being illustrated. In

residential youth care, Schema therapy is used not only as an individual psychotherapy, but its principles and techniques may also be integrated in the 24-hour treatment climate. It can be concluded that Schema therapy is feasible in this patient population, and preliminary findings suggest that it may be effective in reducing underlying vulnerability as well as behavior problems.

## Literatuur

- Asselt, A.D. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R. van et al., (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy versus transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450–457. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033597
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.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(3), 305–322. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bernstein, D.P., Arntz, A.R., Keulen-De Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V. et al., (2018). *Effectiveness of Schema Therapy versus Treatment-as-Usual for Forensic Inpatients with Personality Disorders: A Randomized Clinical Trial*. Manuscript ingediend voor publicatie.
- Bernstein, D.P., Kersten, G., van den Broek, E. & Gelissen, L. (2014). Team-based schematherapy: a multi-disciplinary, integrative approach to treating patients with severe personality disorders. Symposium presented at the bi-annual conference of the International Society for Schema Therapy, Istanbul, Turkey.
- Conrisq Groep (2018). *Clïëntgericht werken met Schematherapie: Moduskaarten*. <https://www.ogheldringstichting.nl/schematherapie>
- Giesen-Bloo, J., Van Dijk, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of Schema-focused therapy versus Transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–58.
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N.J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2246–2257. doi: 10.1007/s10826-016-0391-z
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg [Enhancement of children's and youth's competence in residential care]*. Baarn, the Netherlands: Intro.
- Van Wijk-Herbrink, M.F. (2018). *Schema therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory and practice* (proefschrift). <https://www.ogheldring.nl/schematherapie/>
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Arntz, A., Broers, N.J., Roelofs, J. & Bernstein, D.P. (2018). A Schema Therapy based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive measures, and team functioning. Manuscript in voorbereiding.
- 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. doi: 10.1007/s10802-017-0386-2
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Broers, N.J., Roelofs, J. & Bernstein, D.P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 261–279. doi:10.1080/14999013.2017.1352053
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Lobbstaal, J., Bernstein, D.P., Broers, N.J., Roelofs, J. & Arntz, A. (2018). The Influence of Early Maladaptive Schemas on the Causal Links between Perceived Injustice, Negative Affect, and Aggression. Manuscript ingediend ter publicatie.
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Roelofs, J., Broers, N.J., Rijkeboer, M.M., Arntz, A., & Bernstein, D.P. (2017). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 220–241. doi:10.1521/pedi\_2017\_31\_295
- Young, Y.E., Klosko, J. & Weishaar, M. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.