

“Uiteindelijk wil ik als
therapeut vooral gewoon
mens zijn”

Sophie Pollock

DOOR INGE WOUTERS

Omdat veel wegen naar Rome leiden, is Inge Wouters steeds te vinden voor een kennismaking met een andere therapiestroming. Telkens ontdekt ze boeiende verschillen, maar eens zoveel parallellen met I.V. Zo ook in het gesprek met schematherapeut Sophie Pollock.



Ik stap telkens met de I.V.-grondhouding in een interview: open, nieuwsgierig, niet-wetend. Het is een privilege om mensen te mogen beluisteren die vol passie spreken over hun werk. Te meer als deze mensen, zoals ook Sophie Pollock, gewoon een heel groot hart voor hun cliënten blijken te hebben. Sophie gidst me vakkundig langs begrippen als schema's, modi en basisbehoeften en weet zeer helder te maken hoe deze samenhangen.

Ik interview je voor ons vakblad van I.V.-therapeuten, een groep met een heel diverse achtergrond aan basisopleiding. Het viel me op dat binnen jouw praktijk enkel mensen met een universitair diploma werken. Is dat een bewuste keuze?

“Dat is eerder gekomen omdat wij voornamelijk met derdelijns problematieken werken en schematherapie bij ons een heel belangrijk kader is. In Nederland staat de opleiding tot schematherapeut al open voor een breder publiek, maar in België is de opleiding voorlopig enkel toegankelijk voor klinisch psychologen of orthopedagogen en psychiaters. We bestaan als beroepsvereniging nog maar een zestal jaar en zijn eerst begonnen met het inrichten van een basiscursus. Momenteel werken we aan een cursus voor gevorderden en over twee à drie jaar hopen we een cursus aan therapeutisch werkenden aan te kunnen bieden. Het is zeker de bedoeling de opleiding inclusiever te maken.”

Er is niets mis mee een zekere mate aan kwaliteit voorop te stellen, cliënten komen met ernstige problemen naar jullie.

“Zo zien wij dat ook. Schematherapie is gericht op die problematieken en die mensen die het meest kwetsbaar en gekwetst zijn. Initieel is het ontwikkeld voor borderline problematiek. Van daaruit is het meer en meer toegepast op overige persoonlijkheids- en chronische as I-problematieken waar echt een karakterologische component in zit die verankerd is geraakt. Zoals bij mensen met een chronische depressie die gestoeld is op heel negatieve ouder-kind interacties in de voorgeschiedenis. Zelfs de drie beroepsgroepen waar we ons op dit moment op focussen, krijgen daarom niet meteen een erkenning. Schematherapie is voor ons een specialisatie binnen de psychotherapie dus je moet ook een therapeutische opleiding als basis hebben.”

Hoewel schematherapie voortkomt uit cognitieve gedrags-therapie, is het veel meer dan louter cognitief.

“Dat klopt. Het werd ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Jeffrey Young in de jaren 90. Hij was opgeleid door grondlegger Aaron Temkin Beck als cognitief gedragstherapeut, maar merkte dat dit onvoldoende effectief was bij deze ernstige problematieken. Met elementen uit andere therapievormen vormde hij een eclecticisch model dat inmiddels ruime wetenschappelijke evidentie heeft. Schematherapie gaat naar de wortels dus er zitten heel wat psychodynamische factoren in. Ook cognitieve therapie blijft aanwezig. Daarnaast een heel stuk hechtingsleer, stoelenwerk uit de gestalttherapie, het concept van modi ... Elk menselijk gedrag, chronisch of acuut, kan je perfect in schema- of modustermen vatten, maar schematherapie is meer dan de som van die delen. Hoe je er als therapeut mee werkt, met limited reparenting als houding, is even belangrijk.”

Kan je eerst de termen schema en modi wat meer duiden?

“Schema's zijn belemmerende overtuigingen en gevoelens die ontstaan door herhaalde ervaringen in de kindertijd. Boodschappen die je steeds opnieuw, in meer of mindere mate, kreeg, worden geïnternaliseerd. Schema's gaan enerzijds de bril kleuren waardoor je kijkt en anderzijds ook je gedrag sturen. Dat gedrag, hoe je met je schema's omgaat, noemen we modi. Beide processen leiden ertoe dat schema's zich steeds gaan herhalen. Als je vroeger vaak te horen kreeg dat je stom of waardeloos was, dan zal die persoon die nu vriendelijk naar je lacht je dus wel uitlachen in plaats van oprecht te zijn. Je zal geneigd zijn om dat contact uit de weg te gaan om jezelf zo een nieuwe teleurstelling te besparen. Hierdoor kan je

‘Elk menselijk gedrag, chronisch of acuut, kan je perfect in schema- of modustermen vatten, maar schematherapie is meer dan de som van die delen. Hoe je er als therapeut mee werkt, is even belangrijk’

geen corrigerende informatie opdoen en slaag je er ook niet in om vriendschappen of relaties uit te bouwen. Zo wordt het schema keer op keer bevestigd en nog sterker verankerd in die persoon.”

Ik las dat de modi in verschillende clusters onderverdeeld worden, waarvan de copingmodi er één zijn.

“Juist. De copingmodi zijn onderverdeeld in drie strategieën. Als eerste heb je de overgave, waarbij je het schema je leven laat leiden. Zo laat je je bijvoorbeeld slecht behandelen en stel je je onderdanig op, want je denkt toch niks waard te zijn. Je kan ook je schema proberen te vermijden. Voorbeelden daarvan zijn: niet verder studeren om falen te vermijden, drinken, heel hard werken of veel positieve thrills opzoeken om jezelf af te leiden of juist onthechten en jezelf afsluiten van alle gevoelens. De derde strategie is overcompensatie, waarbij je je schema gaat bevechten en ertegen ingaat. Denk bijvoorbeeld aan een narcistische tegenreactie waarbij je al je prestaties in de verf zet om jezelf en anderen te overtuigen dat je wél iets waard bent. Ook perfectionisme, proberen uit te blinken, de ander gericht aanvallen en kleineren om de overhand te behouden, kunnen vormen van overcompensatie zijn.”

Interessant, naast die copingmodi zijn er ook de oudermodi, de geïnternaliseerde stemmen van mensen van vroeger. Hoe omschrijf je die?

“Omdat dit niet enkel ouders zijn, maar ook peers, leerkrachten en dergelijke is het juister om ‘ouder’ uit het woord weg te laten. Je hebt dan de veeleisende modus van waaruit je dingen tegen jezelf zegt als: het is niet goed genoeg, ik mag pas rusten als het huis gepoetst is. De straffende modus doet je denken: ik ben niets waard, ik doe er niet toe. En de derde, de schuld-inducerende modus, zorgt ervoor dat je je zo verantwoordelijk voelt voor het welzijn van anderen dat je aan je eigen behoeften voorbij moet gaan. Een derde cluster zijn de kindmodi. Je hebt het gekwetste kind dat zichzelf als minderwaardig of dom ziet, de wereld als onveilig, anderen als niet te vertrouwen. De boze kindmodus zet onze grenzen: ik wil dit niet, ik heb er genoeg van. Deze modus komt op een onaangepaste, egoïstische manier voor de eigen behoeften op. Tenslotte heb je de impulsieve of koppige kindmodus die op een onaangepaste manier

‘De veeleisende modus zegt: het is niet goed genoeg. De straffende modus doet je denken: ik ben niets waard, ik doe er niet toe. En de schuldinducerende modus zorgt ervoor dat je aan je eigen behoeften voorbijgaat’

autonomie opeist, die doet gewoon zijn ding. Samen omvatten deze clusters alle ongezonde modi waarop je vastloopt en die klachten doen ontstaan. In schematherapie gaan we enerzijds mensen helpen om schema’s te genezen, om zich niet meer zo onveilig of minderwaardig te voelen. Anderzijds werk je om de copingmodi te verminderen, om die oudermodi weg te krijgen, om het gekwetste kind op te vangen en de boze en impulsieve modus te leren beheersen. De blijde kindmodus en gezonde volwassene, de twee gezonde modi, proberen we te versterken zodat die ervoor kunnen zorgen dat de cliënt op een aangepaste manier voor eigen behoeften leert zorgen.”

Ik denk spontaan aan een cliënte die door een verleden van mishandeling en misbruik elke man als potentiële dader ziet en hen ook zo benadert, waardoor ze vaak in de problemen komt. Haar copingmodus lijkt dan overcompensatie.

“Haar schema zegt: de wereld is onveilig. Haar gekwetste kindmodus voelt zich bedreigd, waardoor ze vanuit overcompensatie al klaar staat met gekruiste degenen om potentiële vijanden uit te schakelen. Het is haar manier om zich staande te houden. Schema’s komen voort uit basisbehoeften, dat is het kernwoord. Elk mens heeft een aantal basisbehoeften die vervuld moeten worden om op te kunnen groeien tot evenwichtige en gezonde volwassene. Om te beginnen is er de veilig hechting: een kind moet kunnen opgroeien in een veilige, voorspelbare omgeving. Een plek waar het kind de boodschap krijgt: je mag er zijn, je bent belangrijk, we zien jou graag. Bij jouw cliënt is deze basisbehoefte aan veiligheid zwaar geschonden waardoor ze dingen moet doen om die basisbehoeften vandaag toch nog vervuld te krijgen. Die overcompensatie staat in dat teken, alleen is die onaangepast. De tweede

basisbehoefte is autonomie: elk kind heeft ruimte nodig om dingen te kunnen ontdekken, te kunnen kiezen, om dingen te leren. Van daaruit kunnen ze competenties en het gevoel van competentie ontwikkelen. Als door overbescherming alles van jou wordt overgenomen, is je basisbehoefte aan autonomie geschonden. Als je niet weet wat je kan, weet je ook niet wie je bent, ook identiteit is een vorm van autonomie.”

Die drie basisbehoeften, autonomie, competentie en identiteit, liggen dus in elkaars verlengde.

“Jawel, en dan heb je de basisbehoefte aan vrije zelfexpressie. Elk kind moet kunnen uiten wat hij voelt, dat het ergens een andere mening over of behoefte aan heeft ... Het kind moet daarin serieus genomen worden. Wat niet hetzelfde hoeft te zijn als altijd gelijk krijgen. De boodschap moet zijn: jouw mening is belangrijk. Dat gaat weer hand in hand met die eerdere basisbehoefte: ik doe ertoe. Een vierde basisbehoefte noemen we spontaniteit en spel. Elk kind moet kind kunnen zijn, spelen en ravotten. Het moet de vrijheid krijgen niet constant achter schoolboeken te moeten zitten of beperkt te worden tot een vierkante tegel omdat er net gepoetst is. Anders worden kinderen geremd of perfectionistisch. Als laatste heeft een kind behoefte aan realistische grenzen. Het moet leren omgaan met een nee, dat niet alles mag of kan. Dat is functioneel voor de ontwikkeling van zelfbeheersing en frustratietolerantie. Zowel een tekort als een teveel aan invulling van een basisbehoefte kan schadelijk zijn. Een teveel van het een gaat immers ten koste van het ander, bijvoorbeeld: te hechte familiebanden gaan ten koste van autonomie.”

Is schematherapie dan voor iedereen? We hebben immers allemaal schema's en modi.

“Het kader is op iedereen van toepassing, maar niet iedereen loopt even hard vast op zijn schema's en modi. In schematherapie zetten we die psycho-educatie in, maar ingebed in een model waarin wij als therapeut onszelf als pleegouder zien. We stellen dat cliënten in hun emotionele ontwikkeling ergens vastgelopen zijn en wij die terug vlot moeten proberen te trekken. Dat doen we door de houding van limited reparenting. Het is een bewuste instrumentele, weliswaar ook oprechte, houding, met als doel de cliënt te laten voelen dat hij voor

jou belangrijk is. In die houding gaan we tegengif bieden voor schema's die ze geleerd hebben. Daar waar zij geleerd hebben 'ik doe er niet toe', gaan wij zeggen en laten voelen 'je doet er wel toe'. Waar zij geen grenzen hebben geleerd, gaan wij wel grenzen geven en zeggen: 'Nee, ik tolereer dit niet, ik wil dat je luistert'. Nog een ander heeft misschien nood aan meer autonomie, dan gaan we inzetten op bekrachtiging: 'Doe maar, je kan het'. We kijken naar wat een individu in zijn ontwikkelgeschiedenis aan basisbehoefte gemist heeft en dat bepaalt hoe wij onze limited reparenting gaan inzetten.”



Sophie Pollock is master in de klinische psychologie, cognitief gedragstherapeut, EMDR-therapeut en senior schematherapeut. Ze heeft als psycholoog in Nederland in een kliniek voor eetstoornissen gewerkt en heeft sinds 2011 haar eigen praktijk Mensis in Heppen. Haar specialisaties zijn eetstoornissen, trauma en persoonlijkheidsproblematiek. Ze geeft supervisie aan collega's, verzorgt lesopdrachten en geeft workshops op congressen. Als lid van het bestuur van Schematherapie Vlaanderen geeft ze mee vorm aan de opleiding tot schematherapeut in Vlaanderen

Hoe doe je dat concreet?

“We trekken gedrag uit elkaar en benoemen het als modus: iemand die drinkt heeft misschien een vermijdende coping-modus die we de zelfsusser gaan noemen. Achter die modus zit het gekwetste kind met zo’n pijnlijke gevoelens dat het die zelfsusser nodig heeft. We gaan die op twee sporen aanspreken in een stoelendialoog waardoor we het stuk dat drinkt apart kunnen aanspreken op zijn gedrag en het effect daarvan op de cliënt. We kunnen dat stuk dan honoreren voor zijn bedoeling om het gekwetste kind te sussen, maar tegelijk grenzen opleggen omdat het gedrag van deze zelfsusser de cliënt en zijn therapeutisch proces in het gedrang brengt. Zo kan je heel warm zijn in je bejegening en de cliënt laten ervaren dat hij als persoon niet wordt afgewezen, de pijn krijgt erkenning, maar tegelijk grenzen stellen aan het copinggedrag. Binnen de limited reparenting gaan we daar de rol van heropvoeder opnemen: ik ben je pleegouder, ik heb je graag, ik ga voor je zorgen, maar je krijgt van mij ook grenzen.”

Ik las een voorbeeld waar je jezelf als therapeut mee in een herinnering van een cliënt zette om het kleine kind te troosten. Had je ook de cliënt als oudere versie van zichzelf in die imaginatie kunnen zetten?

“Schematherapie verloopt in fasen. In het begin komt de cliënt als kind bij jou, hij heeft nog geen gezonde volwassen modus, of alleszins is die nog niet groot genoeg. We gaan dan als pleegouder nog heel erg sturen, begrenzen en overnemen. Naarmate de therapie vordert en de cliënt internaliseert hoe wij de modi en schema’s tegenspreken, groeit de gezonde volwassene. Later ga je de kans geven zelf in dialoog te gaan met zijn copingmodi, bijvoorbeeld tegen de kant die hem doet drinken. In het begin nog erg coachend, maar naarmate de gezonde kant wordt geïnternaliseerd, kan de cliënt dit meer en meer zelf. Tot het punt waar de cliënt is opgegroeid tot een gezonde volwassene. De cliënt doorloopt echt een ontwikkelingstraject van kind, over adolescent naar volwassene. Dat maakt dat we als schematherapeut in het begin heel dicht staan, heel veel overnemen, maar doorheen de jaren therapie, want het is een langdurige therapie, ook steeds minder op het veld komen en op de bank blijven zitten.”

Hoe letterlijk mag ik dat nemen: op de bank zitten? Kom je bij schematherapie uit je stoel?

“We gebruiken verschillende technieken. Je hebt cognitieve



technieken als psycho-educatie, die je vooral in de beginfase veel inzet. Het is een techniek om verkeerde conclusies om te draaien: je was geen lastig kind, je stelde normaal kindgedrag. We gaan gedachten uitdagen of voor- en nadelen van copinggedrag op een rijtje zetten. Een tweede groep zijn gedragstechnieken: je gaat gedragsexperimenten laten doen om hun cognities over zichzelf en de wereld uit te dagen, assertiviteitstraining en zelfcontroletechnieken aanleren. Als derde hebben we het hart van schematherapie: de experiëntiële technieken. Imaginaire re-scripties, waar de therapeut in gedachten bij het kind gaat zitten om het te troosten, te beveiligen, aan te moedigen of te begrenzen en ook stoelendialogen en (historische) rollenspelen komen aan bod. In de stoelendialogen laat je de cliënt in een andere stoel zitten om de coping- of oudermodus te spelen, waarmee je dan als therapeut in dialoog gaat. De rollen omwisselen kan ook. Dan speel je als therapeut de modus van de cliënt en moet de cliënt ertegen ingaan. In historisch rollenspel gaan we terug naar een situatie van vroeger en nemen we afwisselend de rol in van bijvoorbeeld de ouder en het kind. We gaan dat letterlijk uitbeelden, bijvoorbeeld als kind kleiner naast de grotere ouder lopen en omgekeerd. De cliënt schetst de details zodat je als therapeut zo goed mogelijk die andere persoon kan naspelen en nadien wordt er van rol gewisseld. Door die rolwissel kan de cliënt zijn perspectief op gedrag of uitspraken van ouders vaak verruimen. Hij ontdekt misschien dat moeder hem helemaal niet de boodschap wilde geven dat hij onbelangrijk was als ze niet naar hem luisterde, maar erg veel zorgen aan haar hoofd had en daardoor geen ruimte had om ook aandacht te geven aan het kind. Tot slot laat je de cliënt met dit hernieuwde inzicht nog één keer de rol van kind aannemen, waarbij hij duidelijker voor zijn behoeften probeert op te komen. Hierdoor kan therapeut dan voor een corrigerende behoeftebevrediging zorgen in de rol van ouder. Tenslotte is er die limited reparenting, we zetten deze houding echt in als experiëntiële techniek.”

Wat heeft jou op dit pad gebracht?

"Ik ben begonnen als psycholoog op een afdeling voor chronische eetstoornissen, wat nog altijd mijn specialisatie is. Het is een hardnekkige problematiek, waar vaak veel persoonlijkheidsproblematiek en trauma onder zit. Als therapeut ben ik geschoold in gedragstherapie. Dat is in essentie een maintenance model, dat zich aan de hand van protocollen richt op de onderhoudende factoren in het hier en nu en daardoor ook niet altijd tot bij de wortels reikt. Voor sommige cliënten is het goed, zeker als hun eetstoornis nog niet zo complex is, maar voor een bepaalde doelgroep kom je er gewoon niet hiermee. Die zijn soms te ziek om direct het gezonde gedrag toe te passen wat in de gedragstherapie van hen gevraagd wordt: hun coping- en oudermodi zijn nog te sterk en hun gezonde volwassene daarentegen nog niet sterk genoeg. Ook kan je duizend keer tegen iemand zeggen dat die niet te dik is en daarbij hun BMI als evidentie nemen. Maar dat is cold cognition en verandert vaak niets voor hen. Eerder gaat het bij hen terug op een veel dieper gevoel van schaamte en inadequaatheid. Zij moeten kunnen voelen dat het oké is, dat ze echt oké zijn, zelfs los van gewicht. Dat bereik je niet met de standaard gedragstherapie bij de cliëntenpopulatie waar ik mee werk. Ook wetenschappelijk onderzoek wijst dat uit: zo'n 30 tot 40% reageert niet op de CGT-variant voor eetstoornissen en bij anorexia nervosa zijn de cijfers vaak nog slechter. In dat geval moet je voor hen verder durven kijken. Dat is bij de huisarts of psychiater ook zo: als één bepaald middel niet helpt, dan krijg je ook iets anders voorgeschreven. Met schematherapie heb ik gemerkt dat ik veel meer kan bewegen en aansluiten bij de weerstand en noden van de cliënt. Ik heb veel minder drop-out, zie chronische cliënten toch beetje bij beetje veranderen en ook de relatie is veel hechter en dat voelt fijn."

Hoe sta je tegenover integratief werken?

"Alles rond sensorimotor en polyvagaal interesseert me momenteel enorm. En in de toekomst wil ik mij bijkomend nog meer onderleggen in het lichaamsgerichte als toevoeging en ingangspoort. Het lichaam wordt nog te vaak vergeten vind ik en soms loop je, zeker bij complex trauma, daar dan weer op vast. Eigenlijk kom je er niet, vind ik, als je maar op één ding focust, of dat nu psychodynamisch is, gedragstherapie, systeemtherapie, schematherapie ... Dat vind ik het mooie: dat je steeds breder gaat kijken en eclecticischer wordt, waardoor je meer cliënten

ook echt kan helpen. Dat je het niet wijt aan een gebrek aan motivatie bij de cliënt als iets niet werkt, maar gaat kijken welke andere aanpak misschien beter matcht. En natuurlijk kan je als therapeut nooit van alle markten thuis zijn, dus doorverwijzing of parallelle behandelingen zullen altijd aan de orde blijven. Het is alleen jammer dat er zo weinig terugbetaling is, waardoor dat in de praktijk niet altijd mogelijk is voor de cliënt."

Ik hoor je veel mooie dingen zeggen, steeds met de focus op de cliënt. Wat maakt jou zelf warm binnen schematherapie? Wat voedt jou?

"Schematherapie gaat over voelen. Je voelt die band en komt heel dicht bij je cliënt. Ik vind het heel dankbaar dat ik op die uiterst kwetsbare en intieme momenten nabij mag zijn. Dat ik in verbeelding naast zo'n klein meisje op de grond mag zitten en haar op mijn schoot mag nemen en dat ik mag voelen hoe waardevol en helend zo iets voor iemand is. Als een cliënt zegt: 'Dit heeft nog nooit iemand voor mij gedaan', kan je zien hoe mensen echt helen. De keerzijde van die medaille is de grotere belasting voor de therapeut. Mijn werk was iets gemakkelijker vroeger in vergelijking met nu. Nu stap ik letterlijk mee in de pijn van cliënten en dat beïnvloedt mij ook. Daarom is supervisie een belangrijk onderdeel van het opleidingstraject: je moet je eigen verleden, schema's en modi kennen en goed weten welke cliënt welk schema bij jou triggert. Je moet kunnen zien hoe zich dat binnen de sessie uit en of het proces dat zich aan het ontvouwen is aan overdracht en tegenoverdracht gezond is."

Ik las ergens dat je wel iets hebt met 'kwetsbaarheid'?

"Ja, als therapeut vind ik het enorm belangrijk om vooral als mens aanwezig te zijn en de persoon en diens behoeften achter bepaald gedrag te zien. Ik geloof in de kracht en het belang van kwetsbaarheid en daarom wil ik mensen helpen hiermee een gezondere relatie te krijgen. En uiteindelijk wil ik als therapeut vooral gewoon mens zijn. Dat gaat per definitie over kwetsbaarheid, nabijheid, samen ontdekken, samen voelen. Weliswaar afgestemd op de mogelijkheden en hechtingsangsten van de ander. Het moet behapbaar blijven voor de ander, zeker bij een gedesorganiseerde gehechtheid. Die uitwisseling en alles wat bij die kwetsbaarheid en die zachtheid komt, dat is voor mij wat werkt in therapie."

www.schematherapievlaanderen.be