

Schematherapie bij jongeren met ASS

Emotieregulatie- problemen bij kinderen

Gezinsgericht werken met het gehechtheidshuis

Zo maak je gehechtheid bespreekbaar in de therapie

Het 'gehechtheidshuis' is ontworpen om met alle leden van een gezin in gesprek te gaan over zorgen én krachten, vanuit het perspectief van gehechtheid. Door de onderlinge invloeden zichtbaar te maken, ontstaan aanknopingspunten voor een systemisch behandelplan.

● **Manon van Dal en Judith de Vroomen**

Over de auteurs

M. van Dal is orthopedagoog-generalist, psychotherapeut, Psychotraumatherapeut NtVP bij Herlaarhof, Reinier van Arkel.

m.van.dal@reiniervanarkel.nl

J. de Vroomen is psychotherapeut, gz-psycholoog bij Herlaarhof, Reinier van Arkel en in een praktijk voor behandeling van volwassenen met vroegkinderlijk traumaklachten.

Trefwoorden:

gehechtheid, intergenerationele patronen, gezinsgericht werken, IMH



Baby Max wordt aangemeld voor hulp omdat hij veel huult. Volgens de kinderarts hoort het huilen erbij,

maar de jeugdarts ziet moeder steeds vaker op het spreekuur; is er een probleem?

Marieke (14) loopt vast op school en thuis. Ze verzuimt geregeld en trekt zich steeds verder terug. Mariekes omgeving voelt zich machteloos; wat te doen?

Noor (41), moeder van drie uit huis geplaatste kinderen, meldt zich bij de volwassenenpsychiatrie met traumagerelateerde klachten en emotieregulatieproblemen. Maar er speelt ook complexe gezinsproblematiek. Hoe kan het gesprek over de traumatische gebeurtenissen op gang komen, zowel met Noor als met haar kinderen?

Casussen als deze komen geregeld voorbij in de eerste- en tweedelijns zorg, waarbij de centrale vraag luidt: is de hulpverlening de plek om alleen het individu of het hele gezin te helpen? In dit artikel belichten wij het belang om klachten van kinderen en volwassenen vanuit een gehechtheids- en systeem-perspectief te benaderen. Deze 'gehechtheidsbril' vormt een belangrijk fundament bij het zoeken naar een manier om de krachten van een gezin te vergroten en aan te sluiten bij de hulpvraag. Hoewel dit gehechtheids- en systeemperspectief niet nieuw is, is het niet altijd eenvoudig om het gesprek hierover aan te gaan met het gezin en daar daadwerkelijk alle leden van het gezin bij te betrekken. Het gehechtheidshuis is



Illustratie: Jedi Noordegraaf

een concreet, visueel hulpmiddel om dit wél te doen.

Werken met het gehechtheids-huis staat niet op zichzelf. In de ggz is een kanteling gaande, waarbij er minder klacht- en individugericht wordt behandeld en de mens meer in relatie tot zijn omgeving wordt gezien (van der Heiden & De Jong, 2021). Deze systemische en transdiagnostische benadering vindt steeds meer navolging (Akwa GGZ, 2023, GGZ Nederland) en het zorgaanbod waarbij op brede, contextuele wijze wordt gehandeld, groeit. Onderzoek van Stolper et al. (2024) benadrukt dat het van belang is om bij de behandeling van een volwassene ook zijn ouderschap en de ouder-kindinteractie te betrekken. Dit draagt bij aan het doorbreken van intergenerationele

overdracht van psychische problematiek en het versterken van een veerkrachtige generatie. Ook bij de behandeling van kinderen en jongeren is betrokkenheid van ouders essentieel; hun beschikbaarheid en bereidheid zijn voorwaarden voor herstel en groei.

Het bespreekbaar maken van zorgen in een gezin en de effecten daarvan op ieder gezinslid zijn cruciaal om gezamenlijk tot oplossingen te komen. Waarbij het gezin de regie houdt. Vermindering van schotten en versnippering binnen de hulpverlening bevordert de onderlinge afstemming en leidt tot een gezinsvriendelijkere aanpak.

Infant Mental Health

De levensloop van een kind is een belangrijk uitgangspunt bij het inrichten van zorg. Wat heeft een

kind nodig in een specifieke ontwikkelingsfase en hoe stemmen we onze zorg daarop af? De Infant Mental Health (IMH) richt zich op kinderen van -9 maanden tot 6 jaar en hun gezinnen (Rexwinkel et al., 2011). Elementen uit deze visie blijken echter ook toepasbaar bij oudere kinderen, jongeren en volwassenen.

Vanuit de IMH-visie wordt het kind benaderd binnen de triade van kind, ouders en omgeving. Zillah Holtkamp ontwikkelde in dit kader het huismodel (figuur 1), als basis voor een gezinsplan waarbij hulpverleners samen met het gezin werken. Het 'klachtgedrag' van het kind wordt idealiter bekeken vanuit een systemische, psychische en biologische invalshoek: het biopsychosociaal model. Holtkamp's huismodel blijkt echter niet alleen relevant voor jonge kinderen, maar ook voor oudere kinderen, jongeren en hun gezinnen.

Bij jonge kinderen kun je ervoor kiezen de behandeling te beginnen bij het kind, de ouder of de ouder-kindrelatie. Welk startpunt je kiest, wordt wel de 'Port of entry' genoemd (Stern, 1995). Holtkamp beoogt met het huismodel deze driehoek inzichtelijk te maken. Ouders hebben een relatie met hun kind, met elkaar als opvoeders en als partners. Daarnaast zijn deze ouders ook individuen met een eigen achtergrond en een 'rugzak' gevuld met persoonlijke ervaringen. Al deze relaties hebben invloed op het kind en andersom, de klachten kunnen dus niet enkel vanuit een individu bekeken en begrepen worden.



Intergenerationele overdracht

Vanuit de IMH-visie wordt het huismodel doorgaans bekeken vanaf het dak: de aanmelding van het kind. Het model kan ook benaderd worden vanuit de fundering; de rugzak van de ouders, zoals Holtkamp het noemt, en de relatie die tussen partners is ontstaan. Intergenerationele overdracht van gezins- en psychische invloeden is van cruciaal belang om de problematiek van een persoon of gezin te begrijpen en kan tevens een aanknopingspunt bieden voor herstel.

De contextuele benadering van Nagy – een belangrijke inspiratiebron voor de systemische visie – biedt een waardevol kader om te begrijpen hoe gezinsleden elkaar beïnvloeden (Boszormenyi-Nagy, I., 2000). De Hongaars-Amerikaanse psychiater benadrukte het belang van relaties en wederkerigheid binnen familiesystemen. Hij beschreef hoe ieder gezinslid betrokken is bij een voortdurende emotionele uitwisseling en daarvoor verantwoordelijkheid draagt. Wanneer deze uitwisseling in balans is, ontstaat een gezonde gezinsdynamiek. Nagy introduceerde het concept relationele erfenis en intergenerationele invloeden: waarden, normen,

loyaliteiten en onbewuste patronen worden doorgegeven aan volgende generaties. Ook trauma's kunnen op deze manier onbewust worden overgedragen, zelfs aan kinderen die niet direct bij de gebeurtenissen betrokken waren.

Recente onderzoeken tonen aan dat wie vier of meer ingrijpende jeugdervaringen met zich meedraagt een verhoogd risico heeft op gehechtheids- en relatieproblemen en psychische klachten (Augeo, 2022). Op latere leeftijd kan dit leiden tot scheefgroei in de persoonlijkheidsontwikkeling (Ball, 2009; Muller e.a., 2017; Wolke, 2012). Wanneer dit leidt tot emotieregulatieproblemen en een beperkt mentaliserend vermogen, is het voor deze volwassenen moeilijk om jonge kinderen adequaat te co-reguleren. Een kind leert immers via co-regulatie hoe het zichzelf kan reguleren (Murray e.a., 2016).

Ouders met vroegkinderlijk trauma, die emotionele tekorten hebben meegemaakt of psychisch belast zijn, hebben vaak ondersteuning nodig bij het vormgeven van een veilige gehechtheidsrelatie met hun kinderen. Steun in de opvoeding en hechte relaties zijn hierbij beschermende factoren (Coppens, L. 2024; van Ee, E., 2024). Wanneer ouders de erfenissen van eerdere generaties erkennen, kan de balans in het systeem hersteld worden (Boszormenyi-Nagy, I., 2000).

Een systemisch en gehechtheidsperspectief geeft behandelaren taal om zowel in de volwassen- als de kind- en jeugdbehandeling een beweging in gang te zetten om de intergenerationele overdracht aan

de volgende generatie te beperken. Casussen zoals die van Max, Marieke en Noor illustreren hoe individuele klachten verweven zijn met bredere gezinsdynamieken. Baby Max laat een goede dosis temperament zien, waardoor zijn ouders onthand raken over hoe voor hem te zorgen. De ouders van Marieke trekken zich steeds verder terug, want hoe meer ze nabij komen, des te harder Marieke vlucht in destructief gedrag. Noor wil haar traumaklachten verminderen, maar gaat gebukt onder het gemis van haar kinderen.

Bij jeugdigen die worden aangemeld voor begeleiding of behandeling is het van groot belang om de aard van de gehechtheidsrelatie tussen het kind en de ouder te begrijpen om vervolgens samen met het gezin te bespreken wat zij nodig hebben. Bij jonge kinderen gebeurt dit vaak vanzelfsprekend - een baby als Max behandel je nooit los van zijn ouders. Kan de visie op het jonge kind ook voor oudere kinderen helpen? En hoe kijken we naar volwassenen met psychische klachten die ook ouderschap dragen?

Het gehechtheidshuis, geïnspireerd op het huismodel, biedt een handvat om het gesprek over de gehechtheidsrelatie aan te gaan. Naast het biopsychosociaal model en de systemische visie, waarop het huismodel is gebaseerd, onderstreept het gehechtheidshuis nog sterker de mogelijke invloeden van intergenerationele overdracht en de gevolgen van een onveilige gehechtheidsontwikkeling bij volwassenen met daarbij het

De elementen van het gehechtheidshuis

Door de verschillende elementen van het gehechtheidshuis na te gaan, kunnen per onderdeel zowel de klachten als de krachten in kaart worden gebracht met het gezin. De *fundering* wordt bepaald door de gehechtheidsrelatie van iedere ouder zélf. Is die veilig of onveilig (ambivalent, vermijdend of gedesoriënteerd)? De *begane grond* wordt gevormd door twee partners die een relatie zijn aangegaan; de partnerrelatie. De *eerste verdieping* is de verbinding als er kinderen komen; de ouderrelatie. De *zolder* vormt de relatie tussen het kind en deze ouder; de gehechtheidsrelatie tussen ouders en kind. Dan de overige onderdelen. De *muren* van het huis bieden bescherming. Zijn het dikke muren, om je veilig te voelen voor de omgeving? De *schoorsteen* staat voor de emotieregulatie. Wordt er goed gekanaliseerd, kan de rook makkelijk naar buiten? Zijn er emotieregulatieproblemen, bij ouders of kinderen, waardoor er conflicten ontstaan? Wanneer het metselwerk onderin de schoorsteen niet goed zit, de emotieregulatie van de ouder: kan deze ouder zichzelf en vervolgens het kind wel voldoende reguleren? Een goede emotieregulatie is onmisbaar om te kunnen mentaliseren: kan de ouder (blijven) kijken naar wat er achter het gedrag van het kind zit, wat het nodig heeft, voelt, denkt?

De *deuren* in het huis staan voor de toegankelijkheid. Is het systeem toegankelijk, of zijn er gesloten ruimtes, geheimen? De *temperatuur* in het huis staat voor de kwaliteit van de verbindingen tussen alle gezinsleden. Is het klimaat verstikkend of eerder kil? De *trap* symboliseert de verbinding tussen ouder en kind. Is het een ladder of een stevig geheel? Is er een leuning nodig? De kwaliteit van het *dak* toont de weerbaarheid en het zelfvertrouwen van het kind. De *dakkapel* staat voor het contact met de sociale omgeving. Kun je makkelijk naar buiten kijken? Of beperken gordijnen of zelfs rolluiken het contact met de buitenwereld?

de de behandeling kan evolueren (White & Morgan, 2006). Dit narratief vormt de basis voor een gezins-(behandel)plan. Een individuele behandeling, zoals bij Noor, is minder effectief wanneer haar rol als ouder, (ex-)partner en individu er in de behandeling niet bij wordt betrokken. Dat geldt ook voor haar kinderen; wat hebben zij nodig? En hoe kan Noor zo worden ondersteund dat overdracht van psychische problematiek wordt verkleind? Heeft baby Max hulp nodig vanwege zijn huilen? Of heeft het gezin hulp nodig hoe hiermee om te gaan? Het gehechtheidshuis is een metafoor voor een systemisch zorgaanbod, om gesprekken tussen hulpverleners en gezinnen te bevorderen en te komen tot een gezinsgerichte aanpak, waarbij de behandeling van individuele gezinsleden samen of in nauwe onderlinge afstemming plaatsvindt.

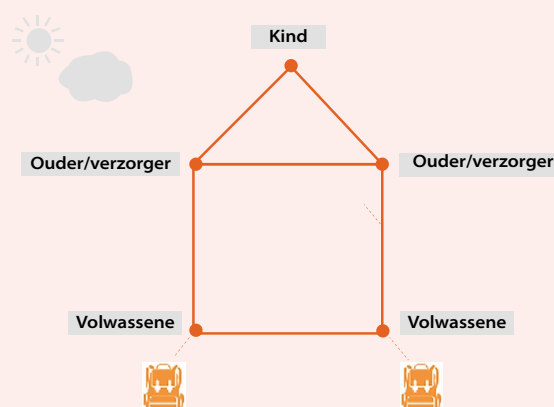
Zoals eerder aangegeven, gebruikt het gehechtheidshuis het basisframe van Holtkamp's huismodel. De fundering symboliseert de gehechtheidsrelatie van de ouder zelf, gevormd door eerdere ervaringen. Op de begane

mogelijke effect op de ouder-kindinteractie.

Het gehechtheidshuis

Het gehechtheidshuis (figuur 2), ontwikkeld door Manon van Dal, Trudy Borrenbergs en Judith de Vroomen, kan bij kinderen en jongeren worden ingezet, maar kan ook bijdragen aan de behandeling van volwassenen die voor individuele behandeling bij de ggz komen. Klachten van een volwassene staan vaak in relatie tot het gezin waarin hij of zij functioneert. Ieder gezinslid speelt een rol in het herstelproces. Het is daarom van

belang het verhaal van het gezin te horen, te begrijpen en samen te reconstrueren. Zo ontstaat een gezamenlijk narratief, dat geduren-



Figuur 1:
Huismodel,
Z. Holtkamp (2021)

De netwerkplaat: belangrijke anderen

Steun in de omgeving

In een wijk staan meerdere huizen waar mensen in een bepaalde fase in hun leven het soms moeilijker hebben en anderen makkelijker. De bekende zegswijze 'It takes a village to raise a child' benadrukt mooi hoe anderen kunnen en mogen ondersteunen. Wie denk je dat je zou kunnen toelaten? Wie mag het zien als het wat moeilijk gaat? Wie mag een belangrijke ander worden voor jouw kinderen?

Klusbus

Soms heb je tijdelijke ondersteuning nodig in een begeleidings- of behandelsetting. Hulpverleners kunnen langskomen om 'tijdelijk iets in de steigers te zetten' of te helpen de 'keuken te verbouwen'. Of om een traprede voor de verbinding tussen ouder en kind te versterken. Een ouder of kind heeft zelf de tools in handen om te herstellen. Hulpverleners helpen mee zoeken of reiken de tools alleen aan. De klusbus vertrekt ook weer. Het gezin in het netwerk voelt zich sterker en voldoende gesteund.

besproken, staat een probleem van iemand nooit op zichzelf, maar in relatie tot de manier waarop de omgeving met het probleem omgaat. Voor de een is het ontbreken van sociale contacten een probleem, voor de ander niet. Een psychose kan worden gezien als een ernstige ziekte, maar sommigen ervaren het als een spirituele verbinding. In elke cultuur wordt anders naar 'problemen' gekeken.

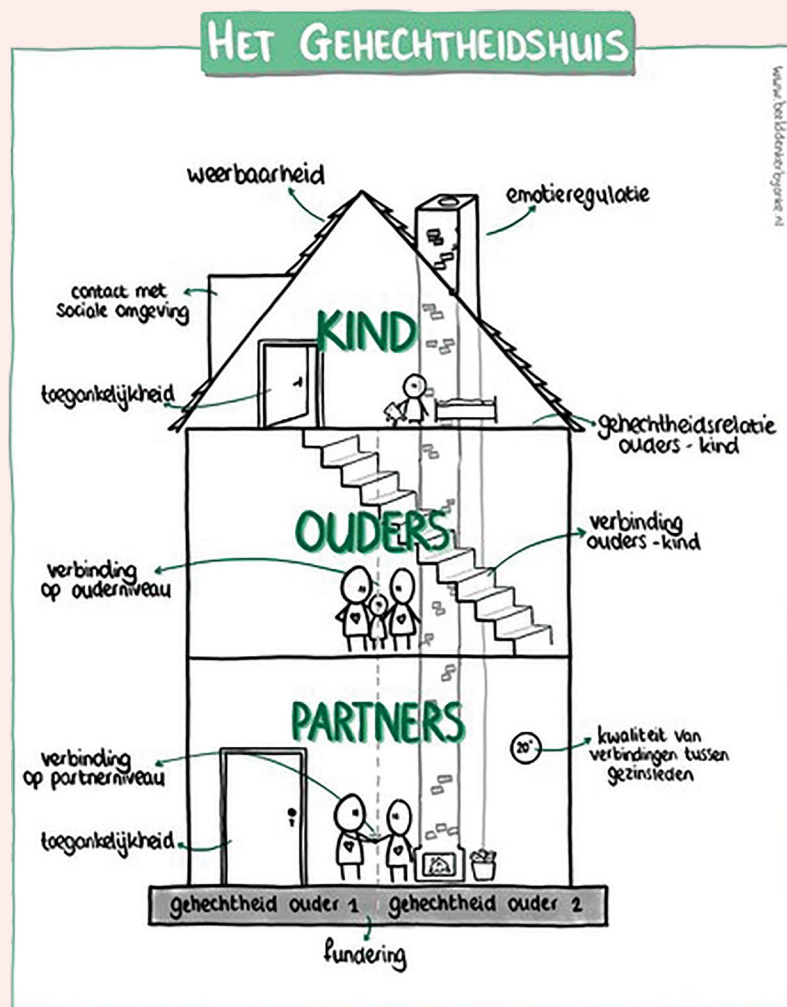
grond ontstaat de partnerrelatie. De eerste verdieping staat voor de ouderrelatie die ontstaat bij de komst van kinderen. En tot slot op zolder: het kind, waarbij de vloer de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind weerspiegelt.

Wanneer een ouder zelf problemen heeft ervaren bij het vormen van een gezonde gehechtheidsrelatie kan de fundering instabiel zijn. Dit beïnvloedt zowel de persoonlijke ontwikkeling als het ouderschap. Klachten bij het kind kunnen dan niet alleen biologisch, maar ook vanuit gehechtheid en interactie worden verklaard en/of versterkt. Het model maakt het gemakkelijker om te spreken over de achtergrond van ouders én de relatie met hun kind. Met behulp van het huis kunnen ook andere thema's worden besproken, zoals communicatie, wederzijds vertrouwen, emotieregulatie en co-regulatie tussen ouders, partners en kind (zie kader).

Samen groeien en herstellen

Bij het gehechtheidshuis hoort, vanuit de systemische visie, een netwerkplaat. Zoals eerder

Figuur 2: Het Gehechtheidshuis



Trudy Borrenbergs, Monien van Dal & Justth de Vroomen - geïnspireerd op het huismodel van Zich Hottkamp

Illustratie: Anke van Vliet



Illustratie: Jedi Noordegraaf

Relaties zijn nodig om vreugde te kunnen delen en moeilijkheden te dragen. Zo kan op latere leeftijd bij volwassenen herstel plaatsvinden in de partnerrelatie, ook al hebben zij eerder een onveilige gehechtheidsrelatie gekend (Johnson, 2019). Iedereen maakt moeilijke momenten mee; door hulp te durven vragen en steun te ontvangen, kan de veerkracht worden versterkt.

Soms kan de hulpverlening een steentje bijdragen bij mentale problemen, maar altijd samen met de jeugdige, de ouder en het bredere netwerk, en rekening houdend met hun maatschappelijke en culturele context. Wie er ook bij jou – alleen – in de kamer zit, de persoon is verbonden met ouders, generaties, scholen, werk en andere vormen van hulp en ondersteuning. Hulpverlening kan bovendien niet alle problemen oplossen. De professionals kunnen individuen en gezinnen vaak wel helpen anders te kijken naar hun klachten. Zo versterken deze individuen en gezinnen hun 'eigen regie': het vermogen zelf richting te geven aan hun leven en keuzes te maken. Dit stelt hen in staat verandering mogelijk te maken of hun zorgen beter te dragen, al dan niet met steun van hun netwerk. De netwerkplaat (figuur 3) maakt inzichtelijk welke belangrijke anderen tot steun kunnen zijn. Terug naar baby Max, die volgens zijn ouders al vanaf de geboorte veel huult. Als hij vijf maanden oud is, wordt hij met hoge koorts

opgenomen in het ziekenhuis. Zijn ouders zijn gespannen; toen Max enkele weken oud was, kreeg hij het RS-virus en lag in kritieke toestand in het ziekenhuis; een ingrijpende periode voor het gezin. De gezinsbehandelaar wil met Max' ouders graag het gesprek aangaan over de rol van hun emoties in de interactie met hun kind. Aan de hand van het gehechtheidshuis vertelt de moeder van Max over haar angstige aanleg. Die werd gevoed door eigen ervaringen met een vader die gevaarlijke epileptische aanvallen had. Max' ouders spreken over hun emotieregulatie en de steun die zij nodig hebben om zelf hun baby te helpen reguleren.

Dankzij de metafoor ziet Max' moeder hoe het komt dat haar eigen fundering onbedoeld scheef is komen te staan, wat van invloed is op hoe zij haar emoties reguleert en wat haar onzekerheid vergroot over de opvoeding van haar temperamentvolle zoon. Is het nodig om te werken aan het huilen van Max, of beter om te kijken naar de 'woonlaag' van de ouder, bij wie de deuren eerst gesloten waren, maar die zich nu openstelt voor verwerking? Kijken naar het gehechtheidshuis betekent ook per laag een inschatting maken of steun nodig is: informeel, door het eigen netwerk, of formeel, met begeleiding of behandeling voor het kind, de ouder of het gezin.

Dan Marieke, wier ouders steeds meer afstand tot hun dochter voelen. Ze omschrijven Marieke op de basisschool als een vrolijk meisje: veel buiten, omringd door vriendjes uit de buurt. In de

puberteit kreeg ze sombere buien. Als met Marieke en haar ouders aan de hand van de huismetaphor wordt gesproken, blijkt het gezin meer zorgen te hebben gekend: een gespannen relatie tussen de ouders, de verzorging van oma in huis en somberheidsklachten van moeder. Marieke zorgde lang voor afleiding voor iedereen, maar in haar puberteit, toen lastige vraagstukken over identiteit, zelfbeeld en autonomie opkwamen, werd de ballast van de (emotionele) problematiek van het gezin te groot voor haar. Het enige wat ze kon doen, was zich steeds verder terugtrekken. Ze kon steeds minder steunen op de 'muren' onder haar.

Door met het gezin samen te focussen op het geheel, en niet alleen op Marieke of de machteloosheid van haar ouders, voelt iedereen zich erkend én betrokken. Samen tekenen ze het huis dat zij vormen, waarbij ieder vanuit de eigen beleving elementen toevoegt. Vader opent het gesprek door te spreken over zijn 'gaten in de schoorsteen'; woede-uitbarstingen die vaak worden getriggerd door ervaringen uit zijn jeugd. Marieke kan haar klachten niet direct verwoorden, maar de gezinsgesprekken over hun gezamenlijke huis, met steeds meer details over onderlinge verbindingen, geven haar ruimte en veiligheid om kleine dingen te delen. Het gezinsbehandelplan richt zich zowel op de relatie tussen de ouders als partners, als op de specifieke band tussen Marieke en haar vader.

En ten slotte Noor, een Syrische

Figuur 3: De Netwerkplaat



vrouw die met haar drie kinderen voor de oorlog is gevlucht en door haar man fysiek wordt mishandeld. De kinderen zijn hier geregeld getuige van en worden zelf ook fysiek mishandeld door hun vader. De kinderen worden uit huis geplaatst; geen van beide ouders is op dat moment in staat voor hen te zorgen en veiligheid te bieden. Noor wordt met traumagerelateerde klachten en een vermoeden van een persoonlijkheidsstoornis aangemeld bij de psychiatrie. Ze wil niets liever dan zelf voor haar kinderen zorgen en is gemotiveerd voor eigen hulpverlening. Noor kampt met pittige nachtmerries, intrusies en verhoogde prikkelbaarheid. Daarnaast ervaart ze veel problemen in het interpersoonlijk contact; met haar (inmiddels ex)-partner, werkgevers en hulpverleners.

Een klachtgerichte behandeling zou kunnen aansluiten bij Noors hulpvraag, maar haar klachten staan niet op zichzelf; er zijn ernstige systemische problemen in het hele gezin. Ook Noor begint met het tekenen van haar huis, eerst de fundering. Zowel zij als haar ex-man hebben meerdere hechtingsbreuken en een onveilige gehechtheidsbasis, met vroegkindelijke traumatisering als gevolg. Dit leidt tot emotieregulatieproblemen, wat zichtbaar werd in de

‘gaten in de schoorsteen’.

Voor Noor is het belangrijk eerst naar binnen te kijken: zichzelf beter leren begrijpen, om van daaruit meer ruimte te krijgen voor de ander. Ze heeft zichzelf en haar kinderen lang beschermd, maar ook blootgesteld aan onveiligheid die ze kent uit haar jeugd en de oorlogssituatie waarin ze leefde. Hiervoor wil ze verantwoordelijkheid nemen. Tegelijkertijd wordt gekeken naar wat haar kinderen nodig hebben om in verbinding met hun moeder te blijven. Hoe kan er meer openheid komen over wat er is gebeurd in het gezin? Hoe kan Noor de kwetsbare ladder tussen haar en haar zoon verstevigen? En: hoe kan Noor, in het huis naast haar, de buurvrouw die haar wil steunen, meer toelaten?

Tot slot

Werken vanuit een gehechtheids- en systemisch perspectief helpt om in gesprek te komen over zowel zorgen als krachten in een gezin en het netwerk eromheen. Het gehechtheidshuis biedt een krachtige metafoer om met alle gezinsleden te spreken over wezenlijke systemische aspecten. De focus verschuift van klachtgericht kijken naar het verhaal achter de zorgen: de achtergrond, de onderlinge verbanden en hoe problemen zich tot elkaar verhouden. Dit biedt inzicht

om samen met het gezin te bepalen wat eerst of gelijktijdig aandacht vraagt en zo tot een passend gezinsplan te komen.

Gezinsgericht werken wint terrein in de ggz en daarbuiten. Tegelijkertijd zitten veel werkvelden vast in structuren en richten zij zich op hun eigen deel van de hulpverlening. De complexiteit van gezinsproblematiek is voor hulpverleners vaak moeilijk te dragen (Stolper, 2024). Dit geldt zowel voor de inhoud als de manier waarop de zorg in Nederland is georganiseerd. Met dit artikel hopen we een bijdrage te leveren aan het doorbreken van deze werkwijze en een meer gezinsgerichte, contextuele en domeinoverstijgende benadering te stimuleren. Zodat herstel en gezond opgroeien voor hen die het extra nodig hebben – van generatie op generatie – daadwerkelijk kunnen verbeteren.

Met medewerking van Zillah Holtkamp en Trudy Borrenbergs. ●

Kernreferenties

- Boszormenyi-Nagy, I. (2000). Grondbeginselen van de contextuele benadering. De Toorts.
- Holtkamp (2021), Het Huismodel als basis voor het gezinsplan -IHM Nederland.
- Johnson, S. M. (2019). Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) for everyday life. The Guilford Press.

De volledige literatuurlijst is beschikbaar via www.kaponline.nl

Schematherapie bij jongeren met autismespectrumstoornis (ASS): doen!

Jongere moet wel kunnen reflecteren op zijn gedrag en gevoelens willen verkennen

Schematherapie bij jongeren met naast bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling ook ASS is een nog vrij onbekend werkveld. De eerste resultaten van een groep behandelaars die deze therapie inzetten voor deze doelgroep zijn echter zó hoopgevend dat zij ook andere therapeuten hopen te enthousiasmeren.

• Alitha Lanting-Werner, Marloes Rikken en Rik Knipschild

Over de auteurs

Mw. A. Lanting-Werner, GZ-psycholoog, i.o. tot Psychotherapeut, werkt bij Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, zorglijn Stemming, Angst en Overige stoornissen.

Eerder bij zorglijn Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

E: a.werner@karakter.com

Mw. M. Rikken, GZ-psycholoog, werkt bij Karakter Kinder- en Jeugdpsychiatrie, TOP GGZ zorglijn Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen.

Dhr. R. Knipschild, GZ-psycholoog en coördinator wetenschappelijk onderzoek bij Karakter.

Trefwoorden:

schematherapie, jongeren, autismespectrumstoornis (ASS), adolescenten



Als gemotiveerde behandelaars met expertise in zowel schematherapie als autismespectrumstoornissen (ASS) zijn we als een projectgroep actief aan de slag gegaan met de toepassing van schematherapie bij cliënten met ASS. We verdiepten ons in de relevante literatuur en verzamelden praktijkervaring om zicht te krijgen op de mogelijkheden en effectiviteit van deze behandelvorm voor deze doelgroep. In dit artikel beschrijven wij onze bevindingen. Schematherapie is een wetenschappelijk bewezen vorm van

psychotherapie, bedoeld voor de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek en andere hardnekkige psychische klachten, zoals terugkerende depressies. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Schematherapie helpt schematherapie bij het herkennen en veranderen van diepgewortelde, disfunctionele patronen in denken, voelen en gedrag. Deze patronen vinden vaak hun oorsprong in onvervulde basisbehoeften tijdens de jeugd. Patiënten leren hardnekkige patronen herkennen en aanpassen, waardoor zij anders leren denken, voelen en handelen. In deze therapievorm wordt gebruik-



Deze foto is illustratief

gemaakt van een combinatie van ervaringsgerichte, cognitieve en gedragsmatige werkvormen. Een veel toegepaste oefening is bijvoorbeeld de meerstoelentechniek. Dit is een rollenspel waarbij stoelen symbool staan voor verschillende kanten van de patiënt, ook wel modi genoemd. Een andere oefening is rescripting, waarbij je een herinnering in gedachten als het ware herschrijft om de betekenis ervan in het hier en nu te veranderen. Combinatie van werkvormen leidt tot meer

regie over het eigen leven en fijnere relaties met anderen. Schematherapie is beschikbaar in verschillende vormen: individueel, in groepsverband of in een combinatie van beide. Daarnaast bestaat er ouderschematherapie, een vorm die wordt toegepast in combinatie met de behandeling van een kind of jongere.

De evidentie van schematherapie

Er is uitgebreid onderzoek verricht naar de effectiviteit van schema-

therapie bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. Een systematische review en meta-analyse van Zhang et al., (2023) bevestigt dat schematherapie een effectieve behandelinterventie is voor deze doelgroep. De resultaten laten zien dat de therapie leidt tot een significante vermindering van klachten en een verbetering van de kwaliteit van leven.

In tegenstelling tot het ruime onderzoek naar schematherapie bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen is het aantal studies naar de inzet van schematherapie bij volwassenen met bijkomend een autismespectrum-

Zou Danny wel in staat zijn te reflecteren? Ja, weten we nu



Deze foto is illustratief

stoornis (ASS) aanzienlijk beperkt. Een artikel van Vuijk et al., (2024) biedt een actueel overzicht van de literatuur op dit gebied. Enkele bevindingen uit de literatuur laten zien dat schematherapie een veelbelovende interventie lijkt bij ASS, met name wanneer sprake is van comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Hoewel het beschikbare bewijs nog beperkt is, tonen de elf internationaal geïncorporeerde publicaties – waaronder casestudies, conceptuele modellen en enkele kleinschalige effectstudies – aan dat zowel vroege maladaptieve schema's (EMS) als schema-modi (SM) mogelijk een centrale rol spelen bij deze doelgroep. De bevindingen van Vuijk et al. (2024) suggereren dat schematherapie bij volwassenen met ASS kan bijdragen aan verbetering van het psychisch functioneren, toename van sociale aanpassing en afname van

negatieve kernopvattingen. Tegelijkertijd laat de literatuur enkele duidelijke hiaten zien. Zo ontbreekt het aan grootschalige, gecontroleerde studies; het merendeel van het onderzoek is kleinschalig, ongecontroleerd en uitgevoerd in een beperkt aantal landen, voornamelijk Nederland en Japan. Daarnaast is er weinig bekend over de effectiviteit van schematherapie bij oudere volwassenen met ASS, bij personen met ASS in combinatie met een verstandelijke beperking en bij jeugdigen. Ook is de psychometrische validatie van veelgebruikte meetinstrumenten ten behoeve van de ASS-populatie nog onvoldoende, wat de interpretatie van de uitkomsten bemoeilijkt. Deze bevindingen onderstrepen de noodzaak voor verdere ontwikkeling van gestandaardiseerde en aangepaste, doelgroep-specifieke schematherapieprotocollen,

evenals de uitvoering van grootschalige gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's).

Schematherapie bij jongeren

Wanneer we kijken naar schematherapie bij jongeren, dan vindt er pas sinds enkele jaren wetenschappelijk onderzoek plaats. In deze onderzoeken worden positieve resultaten gezien van schematherapie, alhoewel nog niet specifiek gericht op ASS. Bovendien is voorzichtigheid bij het interpreteren van de resultaten op zijn plaats, vanwege de kleine onderzoeksgroepen. Onderzoek bij specifiek jongeren met ASS is ons niet bekend.

Van Wijk-Herbrink en collega's (2018) betoogt in onderzoek dat internaliserende en externaliserende gedragsproblematiek bij jongeren als gedragscoping gezien kan worden op basis van ma-

maladaptieve schema's vanuit beschadigende ervaringen in de ontwikkeling. Dit artikel ondersteunt dat schematherapie voor zowel internaliserende als externaliserende gedragsproblematiek een passende behandelvorm kan zijn bij adolescenten. Behandelaren worden uitgenodigd dit meer in te zetten. Roelofs et al. (2016) laten in onderzoek het effect zien van schematherapie bij internaliserende problematiek bij jongeren. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat schematherapie ook kan bijdragen aan afname van externaliserend probleemgedrag bij jongeren, zowel poliklinisch (Karimipour et al., 2021) als in de gesloten jeugdzorg (Van Wijk-Herbrink et al., 2019). Naast schematherapie wordt in diverse onderzoeken in de Jeugdzorg Plus, zowel regulier als met licht verstandelijke beperking, gesproken over de meerwaarde van schematherapeutisch werken als basishouding van het behandel- of begeleidingsteam (Van Wijk-Herbrink et al., 2019).

Tot slot zien we aanvullend in de onderzoeken dat ouders bij de behandeling betrokken worden, zij het op verschillende manieren. Volgens Byrne (2025) kan schematherapie effectief ingezet worden bij problemen tussen jongeren en hun ouders. Ouders kunnen geïnformeerd worden over schematherapie als een *stand alone*-module. Zij kunnen ook actief bij de behandeling van hun kind betrokken worden. Uit onderzoek van Roelofs et al. (2016) blijkt dat ouderbetrokken-

heid bij groepsschematherapie voor jongeren een positieve bijdrage levert aan de therapieresultaten, vooral wanneer ouders zich actief betrokken tonen en zich sensitief ontwikkelen tegenover hun kind. In onderzoek van Roelofs en collega's draaiden ouders parallel aan de jongerengroep mee in de ouderschematherapiegroep.

In de praktijk

We laten jullie graag kennismaken met Danny, een inmiddels zestienjarige jongen met een lange hulpverleningsgeschiede-

Danny dacht aanvankelijk: 'ik ben niet de moeite waard'

nis. Danny heeft veel stemmingsklachten en er zijn zorgen over zijn persoonlijkheidsontwikkeling en vermoedens van ASS. Kernovertuigingen van Danny zijn bij aanvang onder andere: ik ben onzichtbaar, ik ben raar, ik mag er niet zijn, ik ben de moeite niet waard. Zijn motivatie tot behandeling is vanuit deze overtuigingen bij aanvang minimaal. Tijdens een intensieve thuisbehandeling/crisisinterventie voor Danny en zijn ouders verbetert de stemming van Danny. Verder wordt de classifica-

tie autismespectrumstoornis gesteld, waardoor hij steeds beter begrijpt hoe zijn hersenen werken en wat hij nodig heeft. Het 'anders zijn' krijgt een 'ontschuldigende' lading voor Danny zelf en voor zijn ouders. Na het intensieve behandeltraject wordt schematherapie opgestart om te werken aan de belastende kernovertuigingen (schema's) en patronen waarin Danny thuis en op school vastzit. Doel van de therapie is te komen tot afname van de bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling en specifiek stemmingsklachten en suïcidaliteit te verminderen door de maladaptieve schema's aan te passen tot meer positieve schema's over zichzelf, anderen en de wereld. Bij indicatiestelling is ingezet op de schema's die vanuit het brein met ASS zijn ontwikkeld en op eventuele aanpassingen die vanwege de ASS in de behandeling gemaakt zouden moeten worden. De ASS zelf is nooit onderwerp van de behandeling geweest. Wel is getwijfeld aan de haalbaarheid van deze therapievorm, vanwege het brein met ASS. De vraag die ons voorafgaand aan het behandeltraject bezighield, was of Danny wel ontvankelijk zou zijn voor schematherapie, gezien zijn moeite met verbeelding, behoefte aan duidelijkheid en de vraag in hoeverre hij tot reflecteren in staat zou zijn. Inmiddels weten zowel Danny als het behandelteam dat we daar volmondig 'ja' op kunnen zeggen. Hoe is dit mooie behandelresultaat bereikt?

Beloop schematherapie

De behandeling begint met het opstellen van een casusconceptualisatie, in schematherapie 'modusmodel' genoemd. Al tijdens het opstellen van deze conceptualisatie wordt aan de hand van schemavragenlijsten, levenslijn, ervaringsoefeningen en een werkboek helder dat Danny's gezonde kant flink aan het groeien is en zijn vermijdende en zelfbeschadigende copingstrategieën afnemen. Dit betekent concreet dat Danny meer inzicht heeft gekregen in zijn veerkrachtige en kwetsbare kanten. Hij is begonnen met sporten, gaat naar school als zijn energie dat toelaat, legt meer contact met zijn ouders als hij het even lastig heeft, en probeert gezond te eten. Danny denkt na het opstellen van de casusconceptualisatie creatief, actief en detailgericht mee met hoe zijn modusmodel op papier gezet wordt.

Vervolgens wordt wekelijks aan Danny gevraagd om in het modusmodel neer te zetten hoe het met hem gaat, zodat hij leert dat hij verschillende kanten heeft. Denk aan een kwetsbare, gezonde en blijde kant, maar ook een kritische kant en verschillende copingstrategieën. In de therapiekamer lukt het hem goed om rustig te verwoorden wat hij voelt, daarbuiten blijkt dat aanvankelijk lastig. Om deze reden wordt ook ouderschematherapie in gang gezet en zijn er gesprekken met school. Danny's ouders staan ervoor open om samen deze behandeling aan te gaan, wat een

grote bijdrage levert aan het begrijpen van elkaar, en op rustiger en validerender wijze thuis met elkaar communiceren. Dit geeft Danny rust en het gevoel gezien te worden, iets wat hij in zijn jongere jeugd gemist heeft. Daarnaast zorgt het ervoor dat Danny's ouders hem in het dagelijks leven beter kunnen ondersteunen in het generaliseren van wat hij in de therapiekamer geleerd heeft.

Gaandeweg de behandeling worden ervaringsoefeningen toegevoegd aan de behandelafspraken. Denk aan de in schema-

En kijk hem nu, hij gaat naar school, sport, en eet gezond

therapie bekende imaginatie-oefeningen en meerstoelentechniek. Dit zijn interventies waarbij je vanuit ervaringsgericht leren voelt wat je in het hier en nu nodig hebt en daarin verandering kan aanbrengen.

Mooi is dat Danny duidelijk aangeeft wanneer iets wel of niet voor hem werkt, wat maakt dat Danny en zijn behandelaar samen op zoek kunnen naar aanpassingen in de therapie. Zo blijken imaginatie-oefeningen lastig voor Danny te zijn door zijn beperkte mogelijkheid tot

verbeelding van iets wat niet letterlijk gebeurd is. Ook blijkt dat Danny taal geregeld letterlijk opvat, waardoor misverstanden in communicatie kunnen ontstaan. Tevens is het voor Danny belangrijk de behandelduur beperkt te houden, vanwege de energie die het hem kost om oefeningen uit te voeren. Met deze aanpassingen lukt het Danny goed om in contact met zijn behandelaar te blijven, oefeningen uit te voeren, te snappen waarom we de oefeningen doen en daadwerkelijk te durven voelen. Daarnaast merken Danny en zijn behandelaar dat het meer concreet en 'klein' maken van een oefening, samen onderzoeken wat wel werkt en hierbij stilstaan hem helpen. Dit maakt dat Danny niet alleen aan de slag is met het aanpassen van zijn maladaptieve schema's, maar als bijvangst toenemend inzicht krijgt in zijn mogelijkheden en moeilijkheden. Door de oefeningen uit de veilige behandelkamer ook daarbuiten in te zetten, merkt Danny dat interacties met andere jongeren anders gaan verlopen. Door zijn afnemende maladaptieve schema's ontstaat ook meer ruimte om op onderzoek uit te gaan, in plaats van de eerdere overtuiging dat anderen hem toch raar zullen vinden. Wat tot slot heel belangrijk voelt, is dat er na jaren van klachtgerichte therapie ook steeds meer nadruk komt op veerkracht en dat wat goed gaat. Na één jaar heeft Danny toegevoegd naar wat hij nog nooit

eerder heeft ervaren: hij durft te voelen, accepteert zichzelf, maakt voorzichtig vrienden, is al maanden vrij van zelfbeschadiging en gedachtes aan de dood. Hij gaat naar school, sport en eet gezond. Naarmate de maladaptieve schema's verder naar de achtergrond verdwenen, viel steeds meer op wat de rol is van ASS bij hoe Danny zichzelf, de wereld en interacties met anderen ervaart. Hijzelf en zijn omgeving kunnen daar nu nog beter rekening mee houden. Ook bij nazorg enkele maanden later blijkt - ondanks enkele tegenslagen tussentijds - het behandelresultaat nog stevig te staan, en gaat het goed met Danny.

Conclusie

Wat ons betreft benadrukt deze succesvolle behandeling het belang van verdere verkenning van schematherapie bij jongeren met bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling waarbij ook sprake is van ASS. Voorwaarde is wel dat de jongere in voldoende mate kan reflecteren op zijn gedrag, gemotiveerd is om gevoelens verder te verkennen en dat de gestelde behandeldoelen gericht zijn op herstel van gemiste dan wel beschadigde basisbehoeftes, veelal in interactie met anderen. Ook eerdergenoemde aanpassingen in de therapie-setting helpen daarbij, waaronder concreet zijn in taalgebruik, alertheid op behandeluur vanwege extra vermoeidheid, checken of opdrachten aangepast dienen te worden naar mate van verbeel-

dingskracht en overprikkeling en rekening houdend met eventuele rigiditeit en moeite zich in de ander te verplaatsen. Naar onze inschatting kan een jongere met ASS bij bovengenoemde indicaties naast individuele schematherapie ook goed meedraaien in een reguliere schematherapiebehandelgroep, mits er bij de groepsbehandelaren voldoende kennis is van ontwikkelingsproblematiek in combinatie met persoonlijkheidsproblematiek om te zorgen voor een veilige setting waarin de jongere kan oefenen en zich ontwikkelen. Wanneer deze aanpassingen gedaan kunnen worden, is het ons inziens juist van meerwaarde als jongeren kunnen profiteren van voorbeeldgedrag van en uitwisseling met andere jongeren. Tot slot denken we dat de rol van ouders of andere steunfiguren onmisbaar is om te komen tot generalisatie van de behandel-effecten, zo ook in de casus van Danny. Met dit artikel willen we collega's in het werkveld enthousiasmeren en stimuleren om ervaringen uit te wisselen omtrent deze doelgroep. Het zou fantastisch zijn als dit alles leidt tot (meer en op grotere schaal) onderzoek om onze hoopvolle eerste indrukken ook wetenschappelijk te kunnen onderbouwen. ●

Kernreferenties

- Byrne, G. (2025). The Widening Therapeutic Scope of Schema Focused Therapy (SFT): Potential in Addressing Adolescent and Parenting Difficulties: A Theoretical and

Narrative Review. *Clinical Social Work Journal*.

- Vuijk, R., Turner, W., Zimmerman, D., Walker, H., & Dandachi-FitzGerald, B. (2024). Schema therapy in adults with autism spectrum disorder: A scoping review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 31(1).
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641–650.

De volledige literatuurlijst is beschikbaar via www.kaponline.nl

Schematherapie voor emotieregulatieproblemen bij kinderen

Onderzoek naar de werkzaamheid van de interventie STerK

Onderzoek moet uitwijzen of de interventie 'Schematherapie voor emotieregulatieproblemen bij kinderen' (STerK) kinderen van acht tot en met elf jaar kan helpen.

• Vanessa Koetsveld, Moniek Coorn-Baaij en Agnes Nijenhuis

Levi, een jongen van elf met ADHD, heeft zowel internaliserende als externaliserende emotieregulatieproblemen. Hij kampt met angst, slaapproblemen en een separatie-angststoornis. Hij slaapt bij zijn moeder in bed en is bang om zonder haar op schoolkamp te gaan. Tegelijkertijd heeft hij vaak last van boze buien. Zijn moeder, die alleen voor drie kinderen zorgt na een periode van huiselijk geweld, worstelt met zowel het bevorderen van zijn zelfstandigheid als met grenzen stellen. Door haar eigen psychische klachten is ze onbedoeld onvoldoende beschikbaar voor Levi. Bij de ontwikkeling van zowel internaliserende als externali-

serende psychopathologie wordt emotieregulatie steeds vaker beschouwd als een transdiagnostische factor (Aldao, et al. 2016). Dat wil zeggen: emotie(dys)regulatie is

Over de auteurs

Drs. J.E. Koetsveld is GZ-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog (GLOS), E: v.koetsveld@jeugdggz.com.

M.E.A. Coorn-Baaij, MSc is klinisch psycholoog/psychotherapeut, drs. H.A. Nijenhuis is GZ-psycholoog, psychotherapeut en systeemtherapeut. Zij werken bij Jeugd-ggz Dimence Groep Noord-Veluwe.

Trefwoorden

Emotieregulatie, ouder-kindrelatie, schematherapie, speltherapie

een onderliggend mechanisme dat voorkomt bij verschillende psychische klachten en beïnvloedt het ontstaan of voortbestaan van meerdere psychische stoornissen. Hoewel onderzoek aantoont dat vroege interventie noodzakelijk is, zijn de meeste evidencebased behandelingen voor kinderen nog stoornis-georiënteerd en niet transdiagnostisch van aard. Wij onderzoeken of schematherapie als transdiagnostische behandeling geschikt is voor kinderen van acht tot elf jaar met emotieregulatieproblemen. Schematherapie, ontwikkeld door Jeffrey Young, richt zich op het herkennen en veranderen van disfunctionele schema's en modi die ontstaan door onvervulde basisbehoeften in de kindertijd.



Deze foto is illustratief

Schema's zijn diepgewortelde overtuigingen die de perceptie van zichzelf, anderen en de wereld kleuren. Als de emotionele behoeften van een kind onvoldoende vervuld worden, ontstaan maladaptieve schema's die in combinatie met een disfunctionele copingstrategie tot uiting komen in een modus: een gemoedstoestand die op dat moment iemands gedrag, gevoelens en gedachten bepaalt. Binnen het theoretisch kader van de schematherapie worden zeven basisbehoeften van kinderen onderscheiden:

1. Veiligheid & verbinding,
2. Autonomie & competentie,
3. Vrijheid van expressie,
4. Realistische grenzen,
5. Spontaniteit & spel,
6. Rechtvaardigheid en
7. Zelfcoherentie.

Een van de doelen van de interventie STerK (Schematherapie voor emotieregulatieproblemen bij kinderen) is ouders te leren deze behoeften alsnog te vervullen. Voor een uitgebreide beschrijving van schematherapie, zie Vreeswijk et al. (2009).

Bij Levi is vermoedelijk het schema Verlating onderliggend aan zijn (separatie)angst. Op basis van zijn traumatische levensgeschiedenis

en gedrag kan worden verondersteld dat hij verwacht dat belangrijke anderen, zoals zijn moeder, hem zullen verlaten, net zoals zijn vader heeft gedaan. Als copingstrategie klampt hij zich vast aan zijn moeder en toont aangepast gedrag om zo het risico te minimaliseren dat ze bij hem weggaat. Bij Levi is dit zichtbaar in wat in de schematherapie de Willoze Inschikkelijke-modus wordt genoemd. Als hij in deze modus is, doet hij wat anderen van hem vragen en laat hij pleasegedrag zien. Hij moet hiervoor zijn behoefte aan autonomie grotendeels opgeven, en loopt hierin achter op zijn leeftijdsgenoten. Schematherapie is effectief gebleken bij volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen en toont groeiende evidentie bij adolescenten met emotionele en gedragsproblemen (Van Wijk-Her-

**Levi is elf,
maar slaapt
nog bij zijn
moeder in bed**

brink, 2017). Systematisch onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij basisschoolkinderen ontbreekt echter nog. Dit onderzoek beoogt deze leemte te vullen door te kijken naar de effecten van schematherapie op de emotieregulatieproblemen van kinderen. Daarnaast betrekken we ouders nadrukkelijk bij de behandeling, en onderzoeken we of dit bijdraagt aan de kwaliteit van de ouder-kindinteractie.

Behandelprotocol

Het STerK-behandelprotocol omvat 25 kindsessies, tien oudersessies en vijf ouder-kind-sessies, gebaseerd op de modusgerichte speltherapie (Boots et al., 2020) en het enigszins aangepaste protocol voor groeps-schemacoaching voor verzorgers (Roelofs et al., 2020). De schematherapie werd aan de beleavingswereld en het ontwikkelingsniveau van het kind aangepast. Zo werken we met kinderen in de spelkamer of in de psychomotorische therapie (PMT)-zaal. Ook werken we bij kinderen niet met schema's, maar alleen met modi. We gaan ervan uit dat schema's bij kinderen nog in ontwikkeling zijn, en spreken van een tendens tot schema's. De belangrijkste reden is echter dat modi concreter en herkenbaarder zijn.

De behandeling is gericht op het leren kennen en veranderen van modi, die we 'kanten van jou' noemen. We gebruiken diverse werkvormen en materialen om dit te bereiken. Zo maken we een modusmodel met bijvoorbeeld knuffels, speelfiguren of matroesjka's. Ook worden populaire en actuele beelden gebruikt, zoals skins uit Fortnite of posities in het voetbalveld. In de PMT-zaal kan een kind (eventueel samen

met zijn ouders) laten zien hoe zijn beschermer (copingmodus) eruitziet, door bijvoorbeeld een muur te bouwen. Achter die muur kan de therapeut of ouder iets uitbeelden, waarbij het kind mag raden wat dit is. Omdat het zicht van het kind belemmerd wordt door de muur, ervaart het kind op een speelse manier dat zijn beschermmodus niet alleen negatieve emoties buitenhoudt, maar ook positieve interactie kan belemmeren.

Rol van ouders

Binnen de STerK-studie speelt het systeem waarin het kind opgroeit een cruciale rol. Ouders hebben eigen schema's en modi die zowel beschermend als belemmerend kunnen zijn in de interactie met hun kind. Binnen STerK krijgen ouders schemacoaching, waarbij psycho-educatie over basisbehoeften, schema's en modi wordt gecombineerd met strategieën om beter aan de basisbehoeften van hun kind te voldoen en conflicten constructiever op te lossen. Er wordt met ouders zowel cognitief/verbaal als experientieel gewerkt (bijvoorbeeld in een rollenspel of incidenteel een *rescripting* van de eigen problematiek van de ouder). In de ouder-kindsessies leren ouders en kinderen in de spelkamer of PMT-zaal elkaars modi herkennen en oefenen ouders met emotiecoaching in het moment. We verwachten dat dit proces bijdraagt aan een verbeterde ouder-kindinteractie en het kind helpt zich veiliger en autonomer te ontwikkelen.

Design

Gezien het exploratieve karakter van dit onderzoek is gekozen voor een *single case experimental design* (SCED), waarin het effect van een

interventie bij één persoon of een kleine groep herhaaldelijk wordt gemeten om causale verbanden vast te stellen. De herhaaldelijke meting met een baselinedfase (waarin geen behandeling plaatsvindt) geeft de kans zorgvuldig te volgen wat er tijdens de behandeling gebeurt. Kinderen en ouders vullen wekelijks een korte, gepersonaliseerde vragenlijst in met items over emotieregulatie en de ouder-kindrelatie. De onderzoeksopzet omvat een baselinedfase van vijf weken, een interventiefase van veertig tot vijftig weken en een follow-up van vijf weken.

Inclusiecriteria betreffen leeftijd (acht tot en met elf jaar), aanwezigheid van emotieregulatieproblemen, problemen in de ouder-kindinteractie, beheersing van de Nederlandse taal, bereidheid van ouders actief deel te nemen en een positieve inschatting over de mate waarin het kind in staat is te profiteren van speltherapie. Contra-indicaties zijn IQ-niveau < 80, een acuut psychiatrisch toestandbeeld, milde tot ernstige ASS en onvoldoende veiligheid in het gezin. We includeerden zes gezinnen; één werd na start alsnog

'STerK' leerde Levi de Kleine Vos in zichzelf te herkennen

uitgesloten, omdat onveiligheid in het gezin optrad, en een ander stopte zelf vanwege motivatieproblemen. Inmiddels hebben drie gezinnen de behandeling afge-

rond, en doorloopt het laatste gezin momenteel de behandelfase.

Meetmomenten

Naast de wekelijkse gepersonaliseerde metingen scoort de therapeut na elke sessie welke modi bij het kind werden geobserveerd met behulp van de *Mode Observer Scale* (MOS), een gestructureerd observatie-instrument voor modi. Na elke fase meten we de emotieregulatie met de FEEL-KJ-vragenlijst, en de kwaliteit van de ouder-kindinteractie middels de OKIV-R (zelfrapportagevragenlijst) en de EAS-schalen (een gestructureerde observatiemethode). Na afsluiting van de behandeling worden de ervaringen van kinderen, ouders en therapeuten geëxploreerd door afname van een semigestructureerd interview.

Eerste resultaten

Definitieve resultaten zijn nog niet beschikbaar, toch willen we de eerste bevindingen alvast delen, ons realiserend dat nog niet alle gezinnen klaar zijn, en de resultaten van de follow-upmeting nog ontbreken. De behandeling lijkt haalbaar, en meerdere ouders en kinderen rapporteren verbeteringen in zowel de emotieregulatie als de kwaliteit van de ouder-kindinteractie. In één gezin zien we een beperkt effect, mogelijk doordat ouderproblematiek het veranderingsproces van het kind beïnvloedde. Dit suggereert dat ouderverandering essentieel kan zijn voor duurzame veranderingen bij het kind.

Een uitdaging bij het onderzoek is dat ouders zelf vaak een complexe voorgeschiedenis hebben en psychische problemen ervaren. Dit maakt het vrijwel onmogelijk om in weinig tijd tot een werkbare therapeutische relatie te komen.

We zien dat ouders afspraken vergeten, en dat het maken van de casusconceptualisatie veel tijd van ouders vergt. Daarnaast is het interactiepatroon tussen ouders en kind al zo lang gaande dat mogelijk meer tijd nodig is voor ouders

De moeder van Levi zag in dat zij haar zoon haast verstikte

om dit te doorbreken dan het protocol nu biedt. Een mogelijke aanbeveling is om eerst een casusconceptualisatie met de ouders te maken, zodat zij hun eigen schema's en valkuilen beter kennen, en pas daarna de behandeling van het kind te laten beginnen. Levi en zijn moeder hebben aanzienlijk geprofiteerd van de interventie. Levi maakte een modusmodel met knuffels, waarin een kleine vos (zijn Kwetsbare Kind-modus) centraal stond. Hij leerde hem herkennen en verzorgen. Hij verwerkte enkele traumatische ervaringen via rescripting in de zandbak en durfde langzaam aan steeds meer voor zichzelf op te komen. Hij ging op schoolkamp en had veel plezier. Zijn moeder leerde hem meer loslaten en beter voor haar eigen Kwetsbare Kind-modus te zorgen. Ze kon prachtig in een beeld laten zien hoe ze Levi had verstikt als gevolg van haar eigen angst om hem los te laten. Ze kan hem nu meer veiligheid bieden en versterkt, met vallen en opstaan, meer zijn autonomie. De ouder-kindrelatie is sterker geworden.

Conclusie

Het hier beschreven onderzoek moet nog worden afgerond, voordat de hypothesen systematisch kunnen worden getoetst en werkzame elementen kunnen worden geïdentificeerd. De eerste resultaten geven echter hoop op de toepasbaarheid en effectiviteit van schematherapie bij kinderen met emotieregulatieproblemen en hun ouders. Het lijkt erop dat schematherapie een positief effect kan hebben op emotieregulatieproblemen bij kinderen en de kwaliteit van de ouder-kindinteractie kan versterken. ●

Kernreferenties

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Van Dyk, I. S. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4pt1), 927–946. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000638>
- Boots, M., Nijhoff-Huyse, M., Loose, C. (2020). Schematherapie met kinderen. In: Roelofs, J., van Wijk-Herbrink, M., Boots, M. (eds) Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten. Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-368-2528-3_3
- Roelofs, J., Vincken, M., & Elgersma, H. (2020). Groepsschemacoaching voor opvoeders. In J. Roelofs, M. van Wijk-Herbrink, & M. Boots (Eds.), *Toegepaste schematherapie bij kinderen en adolescenten* (pp. 181–196). Bohn Stafleu van Loghum.

De volledige literatuurlijst is beschikbaar via www.kaponline.nl