



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## Als ik nee zeg, voel ik me niet meer schuldig – schemagerichte assertiviteitstraining

Hendrik Van Eeghem

---

**SAMENVATTING** In dit artikel verdedigt de auteur de stelling dat klassieke gedragstherapeutische assertiviteitstraining bij een aantal patiënten met een ernstige sociale fobie of met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis weinig uithaalt; klassieke assertiviteitstraining is alleen zinvol bij patiënten die hoofdzakelijk vaardigheidstekorten vertonen. Vanuit een schemagerichte visie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005) werkt deze training immers niet in op de achterliggende schema's, maar louter op het daaruit voortvloeiend copinggedrag.

Als alternatief wordt een nieuwe vorm van assertiviteitstraining beschreven: schemagerichte assertiviteitstraining. Daarin wordt zowel aandacht besteed aan het aanleren van sociale vaardigheden als aan het – met behulp van experiëntiële en cognitieve procedures – aanpakken van schema's. Deze training wordt toegelicht aan de hand van een casus. Het resultaat is dat men tot echte assertiviteit komt – assertiviteit waarmee men zich niet meer schuldig voelt als men 'nee' zegt.

---

### Inleiding

Assertiviteit betekent eigenlijk vrijheid: vrijheid om je rechtmatige plaats in het sociale verkeer in te nemen zonder geplaagd te worden door angst- of schuldgevoelens. Het aanleren van verschillende complexe sociale vaardigheden door middel van assertiviteitstraining wordt in de psychologie reeds tientallen jaren als de aangewezen weg naar deze vrijheid beschouwd.

Assertiviteitstraining is een traditionele gedragstherapeutische methode waarvan de belangrijkste ingrediënten instructie, modeling, gedragsherhaling (rollenspel), feedback en huiswerk (het uitvoeren van de nieuwe vaardigheden in de eigen context) zijn. Aan sommige trainingen worden ook zelfregulatieprocedures (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b) of cognitieve herstructureringstechnieken toege-

DRS. H.M.A. VAN EEGHEM is klinisch psycholoog en heeft een privé-praktijk in Sint-Michiels Brugge, België. E-mail: hendrikvaneeghem@hotmail.com.

voegd. Deze laatste beperken zich meestal tot het wijzigen van negatieve automatische gedachten die de uitvoering van assertief gedrag in de weg staan.

Assertiviteitstraining is in de eerste plaats gericht op het opheffen van socialevaardigheidstekorten en op de aanpak van sociale angst en sociale fobie. Daarnaast heeft de training (als deelbehandeling) ook haar nut bij zowat alle vormen van psychopathologie waarin subassertiviteit een rol speelt, zoals bij depressiviteit, verslavingsproblematiek en verschillende gedragsstoornissen (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

In dit artikel wil ik de stelling verdedigen dat een aantal patiënten met subassertieve problemen onvoldoende gebaat is bij de klassieke assertiviteitstraining, die hoofdzakelijk met operante gedrags technieken inwerkt op vaardigheidstekorten en vermijdingsgedrag. Vooral patiënten met ernstige sociale angst of met een forse sociale fobie zouden onvoldoende profiteren van de klassieke training. Niet zelden ervaren dergelijke patiënten schuldgevoelens, angst, spanning, schaamte of zelfs afkeer wanneer zij reactieve assertieve vaardigheden (zoals weigeren, reageren op kritiek of voor zichzelf opkomen) uitvoeren. Anderen rationaliseren hun subassertief gedrag ('assertiviteit is grof, onbeleefd of getuigt van weinig klasse') en weer anderen ervaren het stellen van assertief gedrag als egodystoon ('dit ben ik niet'). Volgens mij gaat het effect van assertiviteitstraining bij hen voor het grootste deel de mist in.

Voor deze doelgroep en ook voor patiënten met een ontwikkelende persoonlijkheidsstoornis werd een nieuwe vorm van assertiviteitstraining ontwikkeld: schemagerichte assertiviteitstraining. Assertiviteitstraining wordt hierbij uitgebreid met principes en technieken uit de schematherapie van Young (Young, Klosko, & Weishaar, 2005; Young & Pijnaker, 1999), die uitgaat van de veronderstelling dat vroege, disfunctionele cognitieve schema's de oorzaak zijn van heel wat hardnekkige stoornissen. Het uitgangspunt van schemagerichte assertiviteitstraining is dus dat er een verband is tussen dergelijke schema's en bepaalde ernstige vormen van subassertiviteit.

Bovendien hebben de ontwikkelingen in schematherapie gezorgd voor belangrijke vernieuwingen en verbeteringen in de manier waarop assertiviteitstraining momenteel gegeven wordt. Het is dus niet de bedoeling om een volledige schematherapie te gaan toepassen op subassertieve patiënten. Wat wel wordt beoogd is het verrijken van de huidige assertiviteitstrainingen met bevindingen uit de schematherapie.

### Schematherapie

De schematherapie van Young et al. (2005) werd oorspronkelijk ontwikkeld als een uitbreiding van de cognitieve therapie voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen. In deze integratieve en constructivistische psychotherapie worden elementen uit cognitieve, gedragstherapeutische, psychodynamische, hechting- en gestaltmodellen met elkaar gecombineerd (Young et al., 2005; Young & Mattila, 2002). Daardoor kunnen vroege onaangepaste schema's die als drijvende kracht achter heel wat problemen worden beschouwd, vanuit verschillende invalshoeken worden gewijzigd. Ondertussen komen er ook toepassingen voor As-I-stoornissen (zie bijvoorbeeld Bamber, 2006; Young & Mattila, 2002). De belangrijkste hoekstenen van de schematherapie zijn vroege onaangepaste schema's, schemadomeinen, copingstrategieën en schemamodi.

Volgens Young et al. (2005) hebben kinderen een aantal fundamentele behoeften: de behoefte aan veilige hechting, aan autonomie en competentie, aan de mogelijkheid om behoeften en gevoelens te kunnen uitdrukken, aan spontaniteit en spel en aan realistische beperkingen. Wanneer deze behoeften door schadelijke ervaringen in de kindertijd niet vervuld worden, kunnen ze – in interactie met het temperament – leiden tot de vorming van vroege, onaangepaste schema's. Een *Vroeg onaangepast schema* (verder 'schema' genoemd) omschrijven Young et al. (2005) als:

'een breed, algemeen verbreid thema of patroon, dat bestaat uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen. Dit schema is grotendeels disfunctioneel en heeft betrekking op zichzelf en op de relaties met anderen; het is ontstaan tijdens de kindertijd of de adolescentie en is in de loop van de tijd verder uitgebreid.'

Young onderscheidt achttien afzonderlijke schema's, zoals Verlating/Instabiliteit, Wantrouwen/Misbruik, Emotionele deprivatie en Falen (voor een uitvoerige beschrijving van de achttien schema's zie Young et al., 2005). Deze schema's worden gegroepeerd in vijf *schemadomeinen*, die verwijzen naar niet-vervulde basisbehoeften van kinderen:

1. onverbondenheid en afwijzing;
2. verzwakte autonomie en verzwakte prestatie;
3. verzwakte grenzen;
4. gerichtheid op anderen;
5. overmatige waakzaamheid en inhibitie.

(Onaangepaste) *copingstrategieën* zijn reacties die patiënten ontwikkelen om de intense emoties van schema's niet te hoeven ervaren. Er bestaan drie soorten copingstrategieën:

1. overgave aan het schema (de persoon geeft zich over aan het schema en gedraagt zich in overeenstemming met het schema);
2. schemavermijding (waarbij de persoon zijn leven zodanig probeert in te richten dat het schema nooit geactiveerd wordt);
3. overcompensatie van het schema (de persoon verzet zich tegen het schema door te denken, te voelen of te handelen alsof het tegendeel van dit schema waar is).

Bij sommige persoonlijkheidsstoornissen (zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis) stelde Young een onwerkbaar aantal schema's en copingstrategieën vast (Young et al., 2005). Daarom ontwikkelde hij een nieuw ordeningsprincipe, de *schemamodus*. Een schemamodus kan men omschrijven als een set van bij elkaar horende schema's en copingstrategieën, die samen in bepaalde situaties en op bepaalde ogenblikken het denken, voelen en handelen van de patiënt overheersen (Van Genderen & Arntz, 2005). Deze schemamodi uiten zich door momentane en wisselende gemoedstoestanden. Er bestaan verschillende schemamodi:

- *kindmodi*, waarbij de patiënt zich overgeeft aan de schema's en zich identificeert met het misbruikte, vernederde, verlaten of eenzame kind;
- *onaangepaste-copingmodi*, die de intense emoties die voortvloeien uit de schema's onderdrukken (zoals de Onthechte Beschermer);
- *disfunctionele-oudermodi*, waarin de patiënt zich vereenzelvigd met de straffende, eisende of kritische ouder;
- *Gezonde-Volwassenemodus* (gebaseerd op Rijkeboer, Van Genderen & Arntz, 2007).

De *behandeling* in schematherapie bestaat uit een brede, integratieve aanpak, waarbij binnen een cognitief-gedragstherapeutisch raamwerk ook interpersoonlijke en experiëntiële technieken worden opgenomen (McGinn & Young, 1996). Dit schept de mogelijkheid om schema's op cognitief, emotioneel, gedragsmatig en interpersoonlijk niveau aan te pakken. Tijdens de behandeling combineert de therapeut al deze technieken om schema's te genezen en onaangepaste copingstrategieën te vervangen door gezondere vormen van gedrag. De belangrijkste van deze procedures zal ik verderop bespreken.

#### Theoretische achtergrond

Vanuit een schemagerichte visie werkt een klassieke gedragstherapeutische assertiviteitstraining vooral in op de copingstrategieën zonder

de schema's zelf aan te pakken. Copingstrategieën maken immers zelf geen deel uit van de schema's, maar zijn reacties om met deze schema's om te gaan. In dit verband zal assertiviteitstraining bij patiënten met vroege onaangepaste schema's volgens mij weinig uithalen omdat ze niet ingaat op de achterliggende schema's. Ook de exposurecomponent van assertiviteitstraining door het hiërarchisch aanbieden van steeds moeilijker sociale situaties zal niet veel effect sorteren. De training zal daarom vooral haar nut hebben bij mensen met hoofdzakelijk socialevaardigheidstekorten (zoals mensen die erg zacht praten of geen gesprek met een ander kunnen aanknopen).

In het cognitieve model (zie bijvoorbeeld Clark, 2001) krijgen schema's over het zelf en over de anderen (zoals inefficiëntie en onbekwaamheid om met sociale situaties om te gaan) een belangrijke rol toebedeeld in het verklaren van de sociale fobie. Volgens Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo en Cunha (2006) zou klinische ervaring bij ernstig sociaal fobische patiënten echter uitwijzen dat er andere schema's dan inefficiëntie en sociale incompetentie een rol spelen en moet men eerder aansluiting zoeken bij de schema's die Young beschreef.

Studies naar de rol van vroege onaangepaste schema's (zoals gedefinieerd door Young) bij sociale fobieën en sociale angst zijn schaars.

Davina Howell (2010) onderzocht de etiologische factoren van *sociale angst* door middel van het aanbieden van vijf vroege herinneringen aan proefpersonen met ernstige sociale angst. Uitgangspunt was dat deze herinneringen bepaalde schema's zouden activeren. Uit het onderzoek bleek dat schema's aangestuurd werden door herinneringen aan specifieke situaties of personen. Het schema Defect/Schaamte werd vooral uitgelokt door herinneringen aan de schooltijd en het schema Falen kwam vooral voor bij herinneringen aan sociale situaties. Door de kleine omvang van de groep proefpersonen en de niet-klinische onderzoekspopulatie kon ze echter geen statistische significantie voor deze resultaten aantonen.

Een uitgebreider onderzoek naar de relatie tussen schema's en *sociale angst* werd verricht door Calvete en Orue (2008). Zij kwamen onder meer tot de volgende vaststellingen:

- Sociale angst is hoofdzakelijk geassocieerd met schema's van verlaten, falen en emotionele inhibitie.
- Onderwerping wordt vooral verbonden met de angst in angstwekkende sociale situaties.
- Defect/Schaamte wordt geassocieerd met de angst in contacten met het andere geslacht.

In het onderzoek scoorden proefpersonen met veralgemeende sociale angst (angst voor elke sociale situatie om negatief geëvalueerd

te worden) hoger dan proefpersonen met specifieke sociale angst op de volgende schema's: Verlating, Defect, Falen, Afhankelijkheid, Emotionele Inhibitie en Onvoldoende Zelfcontrole.

In een onderzoek naar de schema's van *sociaal fobici* vonden Pinto-Gouveia et al. (2006) dat patiënten met een sociale fobie in vergelijking met patiënten met andere angststoornissen of met een controle-groep zonder angststoornissen hoger scoorden op de volgende schema's: Wantrouwen/Misbruik, Sociale ongewenstheid/Defect, Gerechtigdheid, Emotionele deprivatie en Schaamte. Deze schema's zorgden voor de meeste variantie in de angst die de proefpersonen ervoeren in moeilijke sociale situaties en in de angst voor negatieve evaluatie. Pinto-Gouveia en collega onderzoekers bevelen dan ook aan om bij sociaal fobici systematisch achterliggende schema's op te sporen.

Tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis zijn er grote overlappingsen vast te stellen. Er gaan dan ook steeds meer stemmen op om niet langer onderscheid te maken tussen deze twee beelden (bijvoorbeeld Chambless, Fydrich, & Rodebaugh, 2006). In een overzicht van het onderzoek naar de relatie tussen schema's en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis kwamen Carr en Francis (2010) tot de conclusie dat de schema's Onderwerping, Verlating en Emotionele inhibitie een tussenliggende rol spelen in het verband tussen verscheidene vroegkinderlijke ervaringen (verwaarlozing, misbruik, overbescherming door de moeder en de mate van warmte in het gezin) en de symptomen van de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

Samenvattend kan men stellen dat er aanwijzingen zijn dat schema's een rol spelen bij sociale angst en sociale fobie. Deze schema's zijn hoofdzakelijk terug te vinden in het schemadomein Onverbondenheid en Afwijzing.

Met betrekking tot de sociale fobie stellen Pinto-Gouveia et al. (2006) dat men vooral oog moet hebben voor de invloed van de schema's Wantrouwen/Misbruik, Emotionele deprivatie en Schaamte. Het onderzoek bij sociaal fobici wordt echter bemoeilijkt door het feit dat deze groep door een verdere opdeling in gegeneraliseerde sociale fobie en specifieke sociale fobie erg heterogeen is. Bovendien zijn er qua symptomatologie belangrijke gelijkenissen tussen de gegeneraliseerde sociale fobie en de ontwijkende persoonlijkheidsstoornis vast te stellen.

Bij sociale angst zijn vooral de schema's Falen, Verlating en Emotionele inhibitie terug te vinden. Voor specifieke sociale situaties worden dan weer aparte schema's aangeduid.

Over het algemeen zijn de onderzoeksresultaten weinig eenduidig. Een verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat sociale fobieën of sociale angst vanuit verschillende schema's aangestuurd worden. Zo kunnen mensen met een schema Sociale isolatie, Kluwen of Afhankelijkheid een sociale fobie ontwikkelen doordat ze in de loop van hun leven weinig sociale vaardigheden hebben verworven. Maar de schema's Defect, Onderwerping of Zelfopoffering kunnen even goed tot een sociale fobie leiden door de angst om negatief geëvalueerd te worden. Verder en vooral meer gedifferentieerd onderzoek is noodzakelijk.

#### Assertiviteitstraining en schematherapie

Assertiviteitstraining werd van meet af aan opgenomen in het arsenaal van de schematherapie (zie onder meer Bricker, Young, & Flanagan, 1993; Kellogg & Young, 2006; McGinn & Young, 1996; Young et al., 2005). Terwijl experiëntiële en cognitieve technieken in schematherapie gebruikt worden om de schema's te verzwakken, heeft assertiviteitstraining (als onderdeel van het gedragsgedeelte in schematherapie) tot doel de negatieve copingstrategieën die de schema's in stand houden, te vervangen door nieuwe, meer aangepaste gedragspatronen.

Daarnaast speelt assertiviteitstraining een rol bij het werken met schemamodi; in het schemamodel dient deze procedure onder meer om de Gezonde Volwassene te versterken en de Bestraffende-oudermodus af te zwakken (Kellogg, 2009), of om het Boze en Impulsieve Kind op een meer geschikte manier zijn gevoelens te laten uitdrukken (Kellogg & Young, 2006).

Terzijde wil ik opmerken dat in verscheidene schemagerichte technieken, zoals imaginatie met rescripting en schemadialogen, nogal wat elementen van assertiviteit kunnen worden vastgesteld, bijvoorbeeld het uiten van behoeften en wensen (expressieve assertiviteit) of het voor zichzelf opkomen (reactieve assertiviteit) in imaginatie of rollenspel. Dergelijke procedures zijn bedoeld om de modus Gezonde Volwassene te versterken. De Gezonde Volwassene is blijkbaar een uiterst assertieve volwassene.

#### Globale opzet van de schemagerichte assertiviteitstraining

Momenteel wordt schemagerichte assertiviteitstraining op individuele basis gegeven aan volwassen patiënten met een sociale fobie of met sociale angst, bij wie subassertiviteit een ernstig probleem vormt.



Deze training is ook aangewezen voor patiënten met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis.

In schemagerichte assertiviteitstraining wordt zowel aandacht gegeven aan het aanleren van vaardigheden als aan het aanpakken van achterliggende schema's. Terecht betreuren Van Dam-Baggen en Kraaimaat (2000b) dat er bij de behandeling van de sociale fobie momenteel te veel nadruk wordt gelegd op cognitieve en emotionele factoren en te weinig op handelings- of vaardigheidsaspecten. Negatieve copingstrategieën van schema's zijn immers jarenlang ingeslepen en moeten via een leerproces vervangen worden door nieuwe adequate assertieve responsen. Het kan ook zijn dat gezond assertief gedrag gewoonweg nooit verworven werd.

In tegenstelling tot klassieke assertiviteitstraining, waarbij meestal één (of twee aansluitende) vaardigheden per sessie aangeleerd en ingeoefend worden, kan in de schemagerichte assertiviteitstraining één vaardigheid meerdere sessies in beslag nemen. Dit heeft tot gevolg dat het aantal sessies niet vastligt. Door in te gaan op deze schema's staat de therapeut wel langer en grondiger stil bij elke vaardigheid, maar dikwijls zal hij tijd winnen doordat dezelfde schema's bij verschillende vaardigheden worden teruggevonden; bij het schema Onderwerping merkt men bijvoorbeeld dikwijls problemen bij de vaardigheden kritiek geven/reageren op kritiek, eigen mening geven, voor eigen rechten opkomen en waardering krijgen. Dit betekent dat het behandelen van één schema invloed kan hebben op meerdere vaardigheden.

In assertiviteitstraining werkt men (conform de regels van de gedragstherapie) gewoonlijk met hiërarchieën van gedrag, waarbij de patiënt situaties oefent in volgorde van toenemende moeilijkheidsgraad. In het schemamodel van Young et al. (2005, p. 170) begint de therapeut echter onmiddellijk met de centrale schema's en copingstijlen. Dit betekent dat er in schemagerichte assertiviteitstraining niet geoefend wordt met standaardsituaties, maar onmiddellijk met persoonlijke situaties waar de patiënt het moeilijk mee heeft. Op die manier krijgt men toegang tot de achterliggende schema's.

Assertiviteitstrainingen kunnen variëren in de mate waarin ze gestructureerd zijn (Schouten, 2002): zo kan men al dan niet met een vaste agenda werken, kan men kiezen uit persoonlijke situaties of standaardsituaties om mee te oefenen of kan men al of niet eigen problemen in de training inbrengen. Schemagerichte assertiviteitstraining bevat zowel een gestructureerd als een ongestructureerd gedeelte: een gestructureerd deel waarin men assertieve vaardigheden aanleert volgens een vaste agenda en een ongestructureerd gedeelte waarin dieper wordt ingegaan op achterliggende schema's.

In tegenstelling tot schematherapie, waar eerst cognitieve en experimentiële technieken worden aangewend vooraleer over te stappen naar

het gedragsgedeelte, bewandelt men in schemagerichte assertiviteitstraining de omgekeerde weg: vertrekkend vanuit het oefenen van assertieve vaardigheden wordt overgegaan op experiëntiële en cognitieve procedures om de achterliggende schema's die geactiveerd worden door het stellen van assertief gedrag, te bestrijden. Volgens Young is het immers erg belangrijk dat de schema's worden uitgedaagd wanneer ze worden opgeroepen, dat wil zeggen: wanneer het schema intense emoties activeert bij de patiënt (Young & Pijnaker, 1999). Dit betekent dat experiëntiële en cognitieve procedures worden gebruikt wanneer de patiënt overmatige angst-, schuld- of schaamtegevoelens ervaart bij het toepassen van assertieve vaardigheden of wanneer hij erbij blokkeert. Wanneer er echter bij het uitvoeren van een bepaalde assertieve vaardigheid geen intense gevoelens van angst, schuld, schaamte, enzovoort (m.a.w. geen schema's) zijn vast te stellen, blijft het oefenen van de sociale vaardigheid beperkt tot de klassieke assertiviteitstraining.

Hierna zullen de verschillende fasen in schemagerichte assertiviteitstraining worden voorgesteld. Stukjes casuïstiek uit de behandeling van Inge, een jonge vrouw met ernstige sociale angst, illustreren daarbij verschillende technieken uit de schemagerichte assertiviteitstraining.

#### Assessment

De assessmentfase heeft tot doel het vaststellen en meten van sociale angst, sociale vaardigheden, schema's en hun copingstrategieën. Er bestaan verschillende vragenlijsten waaruit men kan kiezen om sociale angst en sociale vaardigheden te meten:

- de Sociale Angst Schaal (Willems, Tuender-de Haan, & Defares, 1973) onderzoekt de emotionele reacties en cognities in verschillende interacties;
- de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000a) bevraagt verscheidene sociale interacties en bevat vijf subschalen: kritiek geven, aandacht vragen, waardering uitspreken, initiatief nemen en jezelf waarderen;
- analoog aan de IOA is de Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG; Arrindell, De Groot, & Walburg, 1984), die uit vier subschalen bestaat: uiten van negatieve gevoelens, uiten van onzekerheid en ontoereikendheid, jezelf kenbaar maken en uiten van positieve gevoelens;
- de Sociale Cognitielijst (SOC; Van Kamp & Klip, 1981), die bedoeld is om de cognitieve aspecten van assertiviteit en subassertiviteit te onderzoeken. Het eerste deel van deze vragenlijst

meet de verwachtingen en eisen met betrekking tot sociale situaties, het tweede deel het zelfbeeld en ideeën over het eigen functioneren.

Omdat er rechtstreeks gewerkt wordt met materiaal uit het leven van de patiënt, geeft de therapeut een zelfobservatielijst (situatie – gedrag – effect) mee, waarin de patiënt zijn probleemsituaties noteert.

Om de achterliggende schema's te ontdekken kan gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld de YSQ-S1 (Young & Pijnaker, 1999), die vijftien schema's onderzoekt.

De assessmentfase wordt afgesloten met het opstellen van een beperkte en uitsluitend op assertieve problemen gerichte casusconceptualisering (schemagerichte assertiviteitstraining is immers gericht op het verbeteren van assertiviteit en niet op het behandelen van de hele persoonlijkheid).

#### Psycho-educatie

De doelstellingen van psycho-educatie zijn enerzijds uitleg geven over assertiviteitstraining en anderzijds het schemamodel voorstellen aan de patiënt. In het eerste deel wordt het begrip assertiviteit afgebakend van subassertiviteit en agressiviteit. Daarbij geeft de therapeut telkens de kenmerken van deze drie reactiewijzen weer, samen met de relationele implicaties ervan. Vervolgens bespreekt hij de werkwijze en de agenda van de training. Het is handig als hij een brochure kan meegeven. Daarna worden de resultaten van de assertiviteitsvragenlijsten en de zelfobservatielijst samen besproken.

In het tweede deel van de psycho-educatie introduceert de therapeut het schemamodel. De angst-, schuld-, schaamtegevoelens en blokkades bij bepaalde assertieve situaties worden geduid als symptomen van achterliggende schema's. De patiënt krijgt uitleg over deze schema's en hun copingstrategieën, hoe ze oorspronkelijk zijn ontstaan en wat hun invloed op dit moment is op de assertiviteitsproblemen van de patiënt. Daarbij kan ook literatuur worden ingeschakeld, zoals het zelfhulpboek *Leven in je leven* van Young en Klosko (2005).

#### Oefenen van basisvaardigheden

Analoog aan de werkwijze van Van Dam-Baggen en Kraaimaat (2000b) gaat het aanleren van basale sociale vaardigheden het oefenen van specifieke assertieve vaardigheden vooraf. Het beheersen van deze basisvaardigheden vergemakkelijkt immers het aanleren van meer

complexe specifieke sociale vaardigheden. De belangrijkste basisvaardigheden die in schemagerichte assertiviteitstraining aan bod komen zijn feedback geven, luisteren en niet-verbaal gedrag.

Deze fase beperkt zich tot het gestructureerd aanleren van vaardigheden, omdat er bij deze relatief neutrale vaardigheden zelden of nooit intense emoties (die op actieve schema's duiden) worden vastgesteld. Aangezien technieken om basale en specifieke sociale vaardigheden aan te leren reeds in talloze publicaties beschreven staan, ga ik hier niet verder op in. Voor meer informatie verwijst ik naar onder meer de handleidingen van Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979; 2000b), Schouten (2002) en Smith (2007).

#### Specifieke socialevaardigheidstraining

In deze fase worden de volgende specifieke vaardigheden geoefend: uitnodigen, informatie vragen, waardering uiten en reageren op waardering, gesprekken beginnen, voor eigen mening opkomen, kritiek geven en reageren op kritiek, verzoek doen, weigeren en reageren op weigering, en voor eigen rechten opkomen. Het aanleren van elke vaardigheid verloopt daarbij volgens een vast programma (zie kader 1).

#### **Kader 1**

Overzicht van de agendapunten in de sessies specifieke socialevaardigheidstraining

- Gestructureerd gedeelte: specifieke sociale vaardigheidstraining:
  - huiswerkbespreking;
  - uitleg over de vaardigheid;
  - aangeven gedragscriteria van de nieuwe vaardigheid;
  - modeling en rollenspel;
- Feedback en bespreking
- Ongestructureerd gedeelte – schemagerichte interventies:
  - cognitieve technieken;
  - experiëntiële technieken;
- Nabespreking en voorbereiding huiswerk

*Gestructureerd gedeelte: sociale vaardigheidstraining*

Volgens Young et al. (2005) blijft het effect van cognitieve en experiëntiële technieken op de schema's in de lucht hangen als de copingstrategieën die voortvloeien uit de schema's, niet vervangen worden door meer adequaat gedrag. Het is dus ook belangrijk om de socialevaardigheidstraining *an sich* te verzorgen.

De socialevaardigheidstherapie begint met huiswerkbespreking. Daarin komen zowel de uitgevoerde assertieve vaardigheden als de schemagerichte oefeningen aan bod (zie verderop 'huiswerkbespreking'). Belangrijk is dat de therapeut hier de principes van empathische confrontatie toepast. (Empathische confrontatie betekent dat de therapeut enerzijds begrip toont voor het schemahandhavend gedrag van de patiënt, maar hem ondertussen confronteert met de noodzaak tot verandering.) Daarna bespreekt hij samen met de patiënt de inhoud en het doel van de vaardigheid die in deze sessie zal worden geoefend.

Een volgend punt op de agenda is het aangeven van de gedragscriteria van de vaardigheid. Deze criteria bepalen hoe een vaardigheid zo effectief mogelijk kan worden uitgevoerd. (Voor de vaardigheid 'kritiek geven' kan dat bijvoorbeeld zijn: zichtbaar aangeven dat men niet tevreden is, concreet en specifiek zijn, wensen uiten in plaats van negatieve kritiek.) Per vaardigheid die wordt aangeleerd, geeft de patiënt één of meerdere situaties aan waarmee hij het moeilijk heeft. Oefensituaties kunnen ook aangeleverd worden vanuit de zelf-observatielijst die de patiënt heeft ingevuld.

Wanneer het doel, de gedragscriteria en de oefensituaties duidelijk vastgesteld zijn, kan de patiënt starten met het oefenen van de gewenste sociale respons. Dit gebeurt door middel van rollenspel. Daarbij neemt de therapeut de rol van de opponent op zich. Door rolomkering kan de patiënt observeren hoe hij het gewenste gedrag optimaal kan uitvoeren.

*Feedback en bespreking*

Aansluitend op het rollenspel volgt een intensieve feedback. Net zoals in een klassieke assertiviteitstraining evalueert de therapeut het uitvoeren van de pas geoefende vaardigheid volgens de gedragscriteria. Eerst benoemt hij de positieve punten en daarna wijst hij op de te verbeteren gedragingen, die dan in een volgend rollenspel bijgestuurd worden.

Het tweede deel van de feedback is gericht op het herkennen en benoemen van de schema's die een rol spelen bij deze vaardigheid.

Daarvoor worden de gevoelens (angst, schuld, schaamte, afkeer) en gedachten die een patiënt bij het uitvoeren van deze vaardigheid moeilijkheden opleveren, verder geëxploreerd. Als een patiënt bijvoorbeeld problemen heeft om voor zichzelf op te komen bij zijn superieuren en daarbij intense emoties ervaart, onderzoekt de therapeut via een gerichte anamnese of er zich in het verleden vergelijkbare situaties hebben voorgedaan, die doen denken aan deze situatie.

Schema's kunnen ook worden opgespoord aan de hand van diagnostische imaginatie. Daarbij worden via de verbeelding schema's geactiveerd en daardoor vastgesteld. Deze vorm van diagnostiek levert gegevens op over de koppeling tussen actuele assertieve problemen en schema's en laat bovendien toe de oorsprong van die schema's in de kindertijd te begrijpen.

#### Casus Inge (1)

Inge heeft het erg moeilijk met waardering krijgen bij het oefenen met specifieke sociale vaardigheden. Wanneer ze een compliment van iemand anders krijgt, raakt ze overstuur. Ze voelt zich namelijk altijd minderwaardig ten aanzien van anderen (schema Defect/Schaamte).

Bij de bespreking en bij de diagnostische imaginatie komt naar voren dat haar ouders (die van bescheiden komaf waren) haar steeds inprenten dat ze haar plaats in het leven moest kennen en dat het onbehoorlijk was om met jezelf te koop te lopen. Ondanks het feit dat het thuis geen vetpot was, heeft ze haar studie informatica kunnen afronden en werkt ze nu bij een grote firma.

#### *Ongestructureerd gedeelte: schemagerichte therapie*

De volgende fase bestaat uit het toepassen van cognitieve en experiëntiële technieken op de achterliggende schema's. Door het integratief karakter van schematherapie is het therapeutisch arsenaal daarvoor zeer groot; ik beperk me dan ook tot een korte bespreking van de belangrijkste technieken. Voor een uitgebreide en vollediger bespreking van schemagerichte technieken verwijs ik naar Young et al. (2005) en naar Van Genderen en Arntz (2005).

#### *Cognitieve interventies*

Cognitieve interventies hebben tot doel om een rationele argumentatie tegen het schema op te bouwen en op verstandelijk niveau de modus

Gezonde Volwassene te versterken. Naast het toepassen van de gebruikelijke technieken uit de cognitieve therapie (zie bijv. Beck, 1995) wordt de geldigheid van het schema onderzocht. Om de geldigheid na te gaan zoekt de patiënt naar bewijzen die het schema bevestigen en bewijzen die het schema ontkrachten. Tabel 1 geeft een aantal voorbeelden van bewijzen voor en tegen.

*Tabel 1. Voorbeelden van bewijzen voor en tegen het schema Defect/Schaamte van Inge.*

Bewijzen voor het schema	Bewijzen tegen het schema
1. Ik ben minder dan iedereen.	Ik ben helemaal niet minder dan iedereen; ik heb als informaticus best mijn plaats in de maatschappij.
2. Mijn familie was armer dan andere, dus het is niet meer dan normaal dat ik me niet moet vergelijken met anderen.	In mijn jeugd heeft niemand me laten vallen omdat ik minder had dan zij. Integendeel, ik was tamelijk populair op school en had genoeg vrienden.
3. Mijn familie was om je voor te schamen.	Wie zegt daar nu nog iets over? En dat zegt toch niets over mijzelf? Ik heb hard gewerkt om in het leven vooruit te komen en dat is me gelukt!

Daarna worden de bewijzen vóór kritisch onderzocht op hun juistheid of worden ze in een ander kader geplaatst.

#### Casus Inge (2)

Bij het onderzoeken van de bewijzen die voor het schema Defect pleiten beseft Inge dat de reden waarom haar ouders zich zo bescheiden opstelden verband hield met de depressie van haar vader. Haar vader was lange tijd depressief geweest ten gevolge van jarenlange werkloosheid en bijkomende financiële problemen. Door zijn depressie had hij geen hoge dunk van zichzelf en de zelfverwijten en zelfkritiek breidden toen al snel uit naar verwijten en kritiek op de andere gezinsleden, waarop de gezinsregel ontstond dat men zijn (kleine) plaats in het leven moest (er)kennen.

Uiteindelijk moet dit alles leiden tot het formuleren van een nieuw adaptief schema.

#### Casus Inge (3)

Inge komt tot de conclusie dat de depressie van haar vader en de daaruit voortvloeiende gezinscultuur een van de belangrijkste

oorzaken was van haar schema Defect/Schaamte. Er zijn dus voldoende bewijzen dat haar minderwaardigheidsgevoelens niet voortvloeien uit een tekort aan talenten, uit tekortkomingen, uit inherente gebreken of andere factoren in haar zelf, maar door de manier waarop haar vader haar heeft opgevoed. Zij is evenveel waard als ieder ander.

Andere cognitieve technieken zijn flashcards (flitskaarten waarop gezonde reacties beschreven staan die patiënten kunnen lezen bij een 'schema-aanval') en schemadagboeken (een zelfobservatielijst waarin de patiënt gezonde reacties ontwikkelt op dagelijkse situaties waarin schema's worden geactiveerd).

#### *Experiëntiële technieken*

Experiëntiële technieken bestrijden de schema's op affectief niveau. De belangrijkste emotiegerichte technieken zijn de imaginatietechniek, de schemadialoog en het historisch rollenspel.

Imaginatie met rescripting is een krachtige procedure die bij de behandeling van de sociale fobie tot opmerkelijke resultaten leidt (zie bijvoorbeeld Wild, Hackmann, & Clark, 2008). Deze procedure heeft tot doel om de betekenis van vroegere, pijnlijke ervaringen die met een schema geassocieerd worden, te wijzigen. Wanneer negatieve gevoelens de uitvoer van gezond assertief gedrag afremmen of het effect ervan teniet doen doordat de patiënt er zich slecht bij voelt, kan dit te wijten zijn aan het schema zelf of aan de Straffende-Oudermodus, die schuld- en angstgevoelens induceert bij het Kwetsbare Kind dat zich nu assertief opstelt. In imaginatie met rescripting roept de patiënt een levendig beeld op van zo'n vroegere situatie en herschrijft het beeld door zijn gedachten, gevoelens en behoeften te uiten tegen de ouder of een andere persoon. Op die manier wordt het beeld vervangen door een nieuwe, meer adequate voorstelling van zichzelf. Bij de rescripting wordt de patiënt aangemoedigd om ook de pas geleerde assertieve vaardigheden toe te passen in de vroegkindelijke situatie, dat wil zeggen het stellen van expressief gedrag (uiten van behoeften en wensen) en reactief gedrag (opkomen voor zichzelf) tegenover de ouder.

#### Casus Inge (4)

In de imaginatie met rescripting wordt het schema Defect/Schaamte aangepakt: in haar verbeelding gaat Inge terug naar een avond uit haar kindertijd waarop ze trots en blij haar uitstekende schoolprestaties aan haar ouders toonde. Haar vader



vond dat ze zich niet zo moest aanstellen en wees haar streng en kil terecht. In de rescripting ventileert Inge haar woede tegen haar vader omdat hij nooit eens iets goeds over haar kon zeggen en vervolgens uit ze haar behoeften om gewaardeerd te worden. In de verbeelding troost de volwassen Inge het afgewezen kind (reparenting) en steunt haar bij het antwoorden tegen haar vader.

Na de rescripting raakt ze niet meer overstuur bij het ontvangen van complimenten. Integendeel, ze komt nu tot de conclusie hoeveel steun en waardering ze al die jaren heeft moeten ontberen en vindt dat ze er vanaf nu volop recht op heeft.

Eventueel kan het uitvoeren van een bepaalde sociale vaardigheid worden voorbereid door deze imaginair te oefenen in toekomstige sociale situaties. Wanneer patiënten zo ver zijn dat ze geleerd hebben het onderscheid te maken tussen hun gezonde kant (de modus Gezonde Volwassene) en hun schemakant, kan een schemadialoog opgezet worden. Een schemadialoog moet toelaten dat een innerlijk conflict tussen het schema en de gezonde kant wordt opgelost door het gezonde schema te versterken en het disfunctionele schema af te zwakken. Nadat de therapeut de schemakant (of moduskant) heeft benoemd, speelt de patiënt beide kanten na in de vorm van een dialoog. De therapeut kan eventueel in het begin van de dialoog de gezonde kant spelen.

#### Casus Inge (5)

Op het werk had de baas van Inge een team samengesteld om een nieuw project uit te werken en Inge was er niet in opgenomen. In plaats van naar haar baas toe te stappen om uitleg te vragen, had ze zich depressief teruggetrokken, ervan overtuigd dat ze niet goed genoeg was.

In het voorbeeld wordt een samenvatting van de schemadialoog tussen de Gezonde Inge en het schema Defect/Schaamte weergegeven (zie dialoog).

#### *Dialoog Gezonde Inge (GI) en schema Defect/Schaamte van Inge (D/S).*

- 
- |     |   |
|-----|---|
| D/S | Je bent niet goed genoeg om in het team te zitten. Zie je wel, je bent echt minder waard dan de andere informatici. Moesten ze jou hier echt kennen, dan zouden ze weten van hoe weinig betekenis jij wel bent! |
| GI  | Nochtans haal ik bij mijn jaarlijkse evaluatie op het werk hoge scores en is iedereen tevreden over mij.  |
| D/S | Indien dat werkelijk zo was, dan zat je nu in het team.   |
-

---

GI Nu moet je stoppen! Ik heb geen zin om me minderwaardig te voelen. Ik ben een volwaardige informaticus die hier al verschillende zaken heeft gerealiseerd. Er zijn gewoon andere redenen waarom de baas mij niet in het team opgenomen heeft; ik ben nu bezig met een grote opdracht die op tijd klaar moet zijn. Het feit dat hij me een belangrijke taak heeft opgedragen zegt genoeg. Als ik minderwaardig was, zat ik hier niet!

---

De schemadialoog gaat verder tot de gezonde kant duidelijk de bovenhand haalt en de schemakant steeds zwakker wordt.

Een andere experiëntiële techniek is het historisch rollenspel: daarin worden vroegere problematische situaties in een rollenspel nagespeeld en wordt nagegaan wat de patiënt en (bij rolomkering) de opponent ervaren in die situatie. De patiënt wordt daarop geleerd om vanuit de modus Gezonde Volwassene adequater te reageren in die situatie.

#### *Huiswerk*

Nadat een bepaalde sociale vaardigheid is 'afgewerkt', wordt deze geoefend in de praktijk. De therapeut en patiënt spreken concreet één of meerdere situaties af om een vaardigheid (bijv. verzoek doen) te oefenen. Het uitvoeren kan vooraf worden gegaan door imaginair oefenen of door het lezen van een flashcard met daarop de sterkste argumenten die uit de cognitieve en experiëntiële fasen werden verkregen. De patiënt noteert verder op een formulier hoe de situatie verliep, wat hij dacht, wat hij voelde, wat hij deed en wat de opponent deed. Deze gegevens worden dan in de huiswerkbespreking van de volgende sessie doorgenomen.

Het huiswerk is niet alleen rechtstreeks gericht op het uitvoeren van assertiviteit, maar ook op de technieken die de schema's bestrijden. Bij de schemadialoog schrijft de patiënt thuis de dialogen tussen de Gezonde Volwassene en de schema's verder uit; het huiswerk op imaginatie met rescripting houdt in dat de patiënt thuis de imaginatie herhaaldelijk op zichzelf oefent. Dit is echter pas mogelijk als de Gezonde Volwassene sterk genoeg is om het Kwetsbare Kind te steunen; dit wil zeggen dat de imaginatie in de sessies reeds voldoende keren gelukt moet zijn.

### De therapeutische relatie bij schemagerichte assertiviteitstraining

Meer dan in cognitieve gedragstherapie wordt de therapeutische relatie in schematherapie als een wezenlijk onderdeel van de behandeling beschouwd. Het gebruik van 'empathische confrontatie' (zie eerder) en 'limited reparenting' zijn hierbij essentieel. Bij limited reparenting biedt de therapeut (binnen de grenzen van het toelaatbare) datgene aan de patiënt aan wat deze als kind van zijn ouders niet kreeg. Anders gezegd: de therapeut vervult de kinderlijke, niet-vervulde behoeften van de patiënt en biedt zo tegenwicht aan de schema's.

Ook in schemagerichte assertiviteitstraining is het belangrijk dat een therapeut flexibel is en zijn gedrag weet aan te passen aan het soort schema dat een patiënt vertoont. In hun handboek hebben Young et al. (2005, p. 213 e.v.) voor elk schema aangegeven hoe de therapeut zich – als instrument tot verandering – kan opstellen. Vanaf het moment dat de therapeut het primaire schema van de patiënt heeft vastgesteld, zal hij in de therapeutische relatie de juiste reparentingstijl voor dat schema gebruiken. Zo zal hij zich bij het schema Defect niet veroordelend, maar acceptierend opstellen; bij Onderwerping is hij niet-directief en stimuleert hij de patiënt om zelf keuzes te maken; bij Afhankelijkheid waakt de therapeut ervoor dat de patiënt zich niet afhankelijk opstelt ten opzichte van hem, maar stimuleert hij hem juist om zelf beslissingen te nemen, enzovoort.

#### Casus Inge (6)

Het primaire schema van Inge is Defect/Schaamte. Om tegengif aan dit schema te geven, geeft de therapeut haar algemeen veel bevestiging en bij het oefenen met de verschillende vaardigheden krijgt Inge veel waardering voor gelukke deelaspecten. Via empathische confrontatie gaat de therapeut in op de punten die nog niet zo goed lukten.

#### Discussie

Momenteel is er nog maar weinig onderzoek naar de rol van schema's bij as-I-stoornissen verricht. Schematherapie werd immers in de eerste plaats ontwikkeld voor persoonlijkheidsstoornissen en de meeste studies zijn dan ook op deze problematiek gericht. Toch komt er gaandeweg meer aandacht voor de mogelijkheden van schematherapie bij de behandeling van as-I-stoornissen, zoals stress op het werk

(Bamber, 2006), depressie (Young & Mattila, 2002) en relationele problemen (Atkinson, 2008). Ik hoop dat het ontwikkelen van de schemagerichte assertiviteitstraining voor mensen met een stevige sociale fobie deze tendens verder stimuleert.

De vraag kan worden gesteld of het invoegen van schemagerichte technieken in assertiviteitstraining geen overdreven benaderingswijze van de problematiek is. Zou het niet volstaan om de training aan te vullen met bijvoorbeeld cognitieve therapie (Beck, 1995)? Volgens mij is dit niet het geval: verschillende onderzoeken wijzen immers op de rol van vroege onaangepaste schema's (zoals gedefinieerd door Young) bij ernstige sociale angst en sociale fobieën (Calvete & Orue, 2008; Carr & Francis, 2010; Howell, 2010; Pinto-Gouveia et al., 2006), wat de weg vrijmaakt voor het gebruik van schematherapie.

Nochtans wordt er ook in cognitieve therapie vanuit een schema-model gedacht; in het geval van de sociale fobie wordt er vanuit deze hoek gewezen op de rol van de schema's Inefficiëntie en Sociale incompetentie. Volgens Pinto-Gouveia et al. (2006) valt het echter te betwijfelen of deze schema's een zwaarwichtige rol spelen bij ernstig sociaal-fobische patiënten en dient men zich eerder te richten op de rol van de schema's, zoals Young die beschreef. Men kan zich eveneens afvragen of een louter cognitieve aanpak wel krachtig genoeg is om taai schema's zoals Wantrouwen/Misbruik of Emotionele deprivatie aan te pakken. Schematherapie daarentegen biedt een rijk palet aan behandelingswijzen door cognitief, gedragsmatig, relationeel en experiëntieel in te grijpen op schema's. Ook de goede resultaten van een experiëntieel techniek, zoals imaginatie met rescripting, bij de behandeling van de sociale fobie pleiten voor het gebruik van schematherapie (Wild, Hackmann, & Clark, 2008).

Ten slotte wil ik er nogmaals op wijzen dat schemagerichte assertiviteitstraining in de eerste plaats voorbehouden is aan een beperkte groep van mensen met een ernstige sociale fobie of met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis, bij wie een klassieke assertiviteitstraining weinig soelaas brengt. Ik ben van mening dat een assertiviteitstraining die tevens inwerkt op achterliggende schema's, de patiënt vrijheid verleent om voor zichzelf op te komen. Door het aanpakken van onaangepaste schema's en het aanleren van nieuwe gezonde schema's wordt de patiënt meer en meer overtuigd van zijn recht op assertiviteit, echte vrijheid dus.

---

**ABSTRACT** In this article the author defends the thesis that classical behavioural assertiveness training is of little use in some patients with severe social phobia or avoidant personality disorder. According to the author a classic assertiveness training is only useful in patients

who suffer mainly from social skill deficits. From a schema-focused point of view (Young et al., 2005), such training treats only the consequent coping behaviours, but not the underlying schemes. Alternatively, he describes a new form of assertiveness training: schema-focused assertiveness training. The training is not only focused on learning social skills but also on the treatment of schemes, by using experiential and cognitive procedures. By means of a case study the training is illustrated. The result is that one comes to real assertiveness, assertiveness in which one does no longer feel guilty when one says 'no'.

---

#### Referenties

- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *De Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag. Handleiding, deel 1*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Atkinson, T.W.A. (2008). Schematherapie bij relatieproblematiek. In: M.F. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (red.), *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek* (pp. 145-161). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bamber, M. (2006). *Cbt For Occupational Stress In Health Professionals. Introducing a Schema-focused Approach*. London/New York: Taylor & Francis Ltd.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Bricker, D., Young, J.E., & Flanagan, C.M. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. In: K.T. Kuehlwein & H. Rosen (red.), *Cognitive Therapies in Action* (pp. 88-125). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Calvete, E. & Orue, I. (2008). Social anxiety and dysfunctional cognitive schema's [Ansiedad social yesquemas cognitivos disfuncionales]. *Psicologia conductual*, 16, 5-21.
- Carr, S. & Francis, A. (2010). Do Early Maladaptive Schemas Mediate the Relationship Between Childhood Experiences and Avoidant Personality Disorder Features? A Preliminary Investigation in a Non-Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 34(4), 343-358.
- Chambless, D.L., Fydrich, Th., & Rodebaugh, Th.L. (2006). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety*, 25, 8-19.
- Clark, D.M. (2001). A Cognitive Perspective on Social Phobia. In: W.R. Crozier & L.E. Alden (red), *International Handbook of Social Anxiety: Concepts, Research and Interventions Relating to the Self and Shyness* (pp. 405- 430). New York: John Wiley & Sons Ltd.

- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2000a). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding (2<sup>e</sup> herziene druk)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2000b). *Sociaalvaardigheids-therapie: een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling*. Praktijkreeks Gedragstherapie. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F. (1979) Assertieve training. In: J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haayman, & E.J. Zwaan (red.), *Handboek voor Gedragstherapie* (hoofdstuk B7: pp. 1-76). Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Genderen, H. van & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Howell, D. (2010). *Social anxiety. Early childhood memories and early maladaptive schemas*. Saarbrücken: VDM Verlag.
- Kamp, I. van & Klip, E. (1981). Cognitieve aspecten van subassertief gedrag. *Gedragstherapeutisch Bulletin*, 14, 45-56.
- Kellogg, S.H. (2009). Schema Therapy: A Gestalt Oriented Overview. *Gestalt!*, 10, 1 (internet: <http://www.g-gej.org/10-1/schematherapy.html>).
- Kellogg, S.H. & Young, J.E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458.
- Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- McGinn, L.K. & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. In: P. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: The Guilford Press.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Rijkeboer, M., Genderen, H. van, & Arntz, A. (2007). Schemagerichte therapie. In: E.H.M. Eurelings-Bontekoe, R. Verheul, & W.M. Snellen (red.), *Handboek persoonlijkheidspathologie* (pp. 285-302). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schouten, J. (2002). *Ik ben d'r ook nog. Een handleiding voor assertiviteitstrainingen*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- Smith, M.J. (2007). *Als ik nee zeg, voel ik mij schuldig*. Amsterdam, Ambo.
- Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D.M. (2008). Rescripting Early Memories Linked to Negative Images in Social Phobia: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 39(1), 47-56.
- Willems, L.F.M., Tuender-de Haan, H.A., & Defares, P.B. (1973). Een schaal om sociale angst te meten. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 28, 415-422.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (2005). *Leven in je leven. Leer de valkuilen in je leven herkennen*. Amsterdam: Harcourt.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.

- Young, J.E. & Mattila, D.E. (2002). Schema-focused therapy for depression. In: M.A. Rienecke & M.R. Davidson (red.), *Comparative Treatments of Depression*. New York: Springer Publishing.
- Young, J.E. & Pijnaker, H. (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.