

## Mini-college Pedofilie # 31

Dr Frans E. J Gieles, mei 2022

### Hoe gaat de schematherapeut te werk?

#### Inleiding

In het kader van ‘Wat is schematherapie’ spraken we in college 29 over schema’s: vaste denkpatronen; het zijn er achttien. Deze waren wellicht van nut in de kindertijd, maar daarna vaak genoeg niet meer.

Daarna spraken we in college 30 over *modi*, manieren van doen en laten, waarbij naast het denken ook het temperament, het voelen en willen van de mens in beeld komt, in het bijzonder ook de manier van reactie op een (problematische) gebeurtenis, met een lelijk woord *coping*-stijlen genoemd:

- overgave,
- vermijding of
- overcompensatie.

Ook deze waren wellicht ooit eens nuttig, maar nu misschien niet meer. Zo vast als de *schema*’s kunnen liggen in de mens, zo wisselend kunnen de *modi* zijn. Ze worden opgeroepen door een *trigger* en kunnen in één gesprek meerdere malen wisselen. We noemden daar tien (schema)modi, hoewel er auteurs zijn die er meerdere onderscheiden.

Nu gaan we eens kijken wat de schematherapeut daarmee zoal doet (en laat). We beschrijven hier, zoals de auteurs van onze bronnen ook doen, wat de professionele therapeut doet, dus iemand met een spreekkamer, spreekuur en afspraken met doorgaans een cliënt of patiënt die met een probleem of hulpvraag binnenkomt. We doen dit hier kort, ons beperkend tot de essentie.

Daarna wacht ons een tweede taak, namelijk het bedenken wat iemand die wel mensen wil helpen, hier in het bijzonder mensen met pedofiele gevoelens, maar die geen professionele therapeut is met spreekkamer, maar die ‘gewoon’ met de mensen spreekt, hetzij in een (zelfhulp)groep, hetzij individueel, dus meer als ‘maatje’ of coach dan als professioneel therapeut.

Onze bronnen spreken hier bijna standaard over “technieken”. Dit woord neem ik hier niet over omdat de mens nu eenmaal geen machine is, terwijl de medemens wellicht een helper is, maar toch geen monteur. De helper kan wel methodisch te werk gaan en een *methodiek* volgen, een goed doordachte en gekozen handelwijze.

## De basis: de helpende relatie

Hierover raadpleegden wij in de colleges 23 en 24 al Carl Rogers. Het kernwoord is hier *empathie*: gevoelsmatig meeleven, meevoelen, niet ‘beroepsmatig gespeeld’, maar authentiek, dus echt. Cruciaal is ook het *niet oordelen*. Rogers’ benadering is daarbij vrijwel geheel *non-directief*. De helper geeft geen aanwijzingen, hooguit interpretaties. Dit is ook de gangbare werkwijze in de psycho(dynamische)therapie, zoals wij die in de colleges 18 en 19 al vanuit Gustav Jung beschreven: niet de therapeut doet het werk, de ziel (psyche, geest, *mind*) doet het werk – in zijn of haar eigen tempo. Deze empathische relatie is ook de basis van de schematherapie, alleen daarbij komt nog iets meer kijken, zoals we hieronder zullen zien.

De schematherapie gebruikt ook elementen uit de cognitieve therapie en de gedragstherapie, maar wel vanuit een andere basishouding, namelijk die empathie. Rogers en de psychotherapie werken vanuit die houding vrijwel volledig *non-directief*. De (cognitieve) gedragstherapie werkt wel *directief* maar dan vanuit een *afstandelijke* relatie, vaak met vastliggende protocollen. De schematherapie combineert beide benaderingen door *vanuit* een empathische relatie te werken, maar door onderweg ook *elementen uit* de (cognitieve) gedragstherapie te gebruiken en deels ook *directief* te werk te gaan, namelijk met huiswerkopdrachten en voorstellen tot bepaalde oefeningen, maar dan niet vanuit een vastliggend protocol, maar per persoon, fase en moment verschillend. De schematherapeut werkt vanuit de modi die de cliënt in zijn/haar verhalen en tijdens de gesprekken laat zien. Deze modi kunnen per persoon, fase en moment sterk verschillen, dus verschilt ook de werkwijze van de therapeut per persoon, fasen en moment.

Een belangrijk beginsel hierbij is wat dan in de literatuur *reparenting* wordt genoemd. Dit is het tijdelijk en deels vervangen van de (goede) ouderfiguur.

- Bij de kwetsbare-kindmodi (het verlaten en verdrietige kind) wil de therapeut dit kind troosten en steunen.
- Bij de boze- en impulsieve-kindmodi zal de therapeut goed luisteren – boos zijn mag hier - maar dit kind ook begrenzen en ander gedrag willen aanleren.
- Bij de disfunctionele-oudermodi wil de therapeut deze modi, die van – zoals ik het noem – ‘de ingeslikte ouder’, vaak genoeg een dominante en grillige vader en/of moeder, ronduit willen bestrijden.

## Het begin

De therapie begint uiteraard met het onder woorden brengen van het probleem of de hulpvraag van de cliënt. Dit zal vaak iets zijn als vastgelopen zijn in de actuele situatie. De therapeut reikt dan de gedachte aan dat de bronnen hiervan wel eens in patronen uit de vroege jeugd kunnen liggen. Aan de cliënt wordt dan gevraagd om

zijn of haar leven te beschrijven. Zo ontstaat een *autobiografie*. De therapeut luistert hier met aandacht naar, met empathie en begrip, zonder oordeel en zonder een analyse ervan; hij/zij vraagt dóór, vooral naar *de gevoelens* en het eigen *handelen* van het kind én naar hoe dit afliep.

In zijn reacties gebruikt de therapeut al toepasselijke woorden uit de schema's en de modi die hij/zij bespeurt in het verhaal van de cliënt: 'Als ik het zo hoor, hoor ik hier dat de kleine Annette/Jan hier wel verdrietig over was', gevolgd door: 'Wat deed de kleine Annette /Jan toen als (bijvoorbeeld) pappa zo boos werd?' Hieraan hoort de therapeut dan of het jonge kind reageerde met overgave, vermijden of overcompenseren, gevolgd door de vraag 'En, hielp dit? Hoe ging het dan verder?'

Gaandeweg, of al sneller, introduceert de therapeut dan de begrippen uit de schematherapie, aangepast aan het verhaal van de cliënt:

- 'De verdrietige Annette/de boze Jantje', dan wel:
- 'Je was toen het volgzame kind, hoor ik zo, de brave Annette (*overgave*), of:
- 'Je ging toen slim je vader *vermijden*, 'Jantje op de vlucht dus', hoor ik in je verhaal', of:
- 'Aha! Hier werd Jantje dus heel stoer! (Overcompensatie)'. Of :
- 'Je voelde je *verlaten* en werd ervan overtuigd dat je er "altijd alléén voor zou staan en dat je niemand ooit kon vertrouwen'. Mag ik dit 'een vaste gedachte' noemen? We noemen zoiets ook wel *een schema*, een vastgeroeste manier van denken'. Of:
- 'Tjonge, wat een somber verhaal! Was en bleef je van jongs af aan zo pessimistisch, was en is dat je vaste denkschema?', (negativiteit en pessimisme); dan wel:
- 'Ik hoor je vertellen wat er zoal gebeurd is. OK, maar ik wil vooral weten wat je zelf toen *gevoeld* hebt; kun je dat ook vertellen?' Als de cliënt dan in stilzwijgen vervalt, of antwoordt met 'Nou, ik *denk* eigenlijk dat ...', dan denkt de therapeut al aan het schema 'emotionele geremdheid' en vraagt hij/zij iets als 'Vind je dat moeilijk, te vertellen wat je voelde en voelt? Mocht je als kind eigenlijk wel je gevoel uiten, bijvoorbeeld huilen of boos worden?' ... 'Hebben we hier dan *de Coole Jantje* in het vizier?' (De modus 'de afstandelijke beschermer').

De cliënt wordt ook gevraagd om thuis een vragenlijst in te vullen en die de volgende keer mee te nemen, zodat we die samen eens door kunnen nemen (zie college 30).

Vanuit het autobiografische gesprek en de vragenlijst komt dan de therapeut, *samen met de cliënt*, tot een psychisch/diagnostisch beeld van de cliënt, in de literatuur deftig een *casusconceptualisering* genoemd. De therapeut schrijft dit op, in aan de cliënt aangepaste bewoording: de problemen van nu en de beelden van vroeger, plus de

modi, dus de vaste denkschema's, de *coping* stijl, en de *triggers* daarvan en de belangrijkste gevoelens daarbij.

Daaruit volgt dan een individueel behandelingsplan met fasen. Zo zal het verdrietige kind eerst getroost moeten worden, het verlaten kind gesteund; zo zal het wantrouwende kind iets van vertrouwen in de therapeut moeten gaan voelen, terwijl het ongedisciplineerde/impulsieve kind iets van (zelf)begrenzing nodig zal hebben. Achter het boze kind houdt vaak nog het verdrietige, kwetsbare of verlaten kind zich schuil. Dan krijgt dit kind, vooral het kwetsbare kind, de voorrang in de behandeling.

De therapeut heeft nog iets te doen, eigenlijk al vooraf bij welke therapie of cliënt dan ook, namelijk ervoor zorgen dat hij zijn/haar *eigen schema's en modi* goed kent. Deze kunnen namelijk de behandeling ten goede komen, maar ook hinderen. Een zorgzame therapeut, zowat alle dus, kan het wel prettig vinden om een volgzame-afhankelijke cliënt te hebben die zijn eigen modus in stand houdt, maar ook die van de cliënt. Zo'n cliënt is gebaat bij meer autonomie, dus op zijn tijd verzet, koppigheid en eigenwijsheid.

## De methodische werkwijzen

### De empathische confrontatie

Deze begint dus weer empathisch: 'Ik begrijp heel goed dat je toen

- [a] maar precies deed wat je moeder zei' (overgave) ... of
- [b] '... dat je toen stil weggroop in een hoekje' (vermijden) ... dan wel
- [c] '... op het schoolplein flink stoer lekker ging opscheppen' (overcompensatie).

Dit is de empathie.

Dan volgt de confrontatie. De therapeut gaat door met iets als: 'maar uit je verhalen van nu hoor ik dat je eigenlijk het tegenovergestelde bereikt van wat je wilde bereiken. Je vertelde namelijk dat

- [a] je cheffin/vrouw alleen nog maar méér eisen ging stellen, of
- [b] het contact met je partner/kinderen/collega's/vrienden vrijwel weggevallen is, of
- [c] dat je hierdoor je collega's en je baas (vrienden, partner) alleen maar van je afstoot.

Kun je dit herkennen, kun je je hierin vinden?' Zo ja, of bij een aarzelend ja: 'Dan zit je oude schema/modus, die toen zo nuttig was, je nu alleen maar dwars; je zult daarvan wat meer los moeten komen. Zullen we daar iets aan gaan doen?'

Dit 'kijk er eens anders tegenaan' lenen we uit de cognitieve (gedrags)therapie, maar nu mét empathie.

## Werken met de verbeelding

Deze werkwijze heet in de boeken dan *imagining*, *imaginatie* of *ervaringsgericht werken*. Wat de mens zich verbeeldt, (dag)droomt of fantaseert, zal deels een uiting zijn van wat er mentaal gebeurt of is gebeurd met de mens. Anderzijds kan verbeelding ook mentale krachten oproepen en aan het werk zetten om de mentale gezondheid te verbeteren – verslechteren kan natuurlijk ook.

De therapeut nodigt de cliënt uit om een dergelijke *oefening* te doen. De cliënt wordt bijvoorbeeld gevraagd om zich in te leven in het kwetsbare en verlaten kind, ‘de Kleine Anette’, dan wel ‘Boze Jantje’, en om *het verhaal van toen* te laten gebeuren in de fantasie. ‘Mag ik ook meedoen in het verhaal?’ vraagt de therapeut dan.

De therapeut ‘tovert’ dan voor de verlaten kleine Anette een broer, oom, tante, oma, opa of buurman tevoorschijn die het kind ziet, die goed luistert en die het kind troost en steunt. Voor Boze Jantje kan hij een vader tevoorschijn roepen die *wel* luistert, de boosheid accepteert en die zegt ‘Pffhoe, je bent boos! Dat mag hoor, alleen wil ik dan graag weten waarom je zo boos bent ... en wat we eraan kunnen doen ...’

De cliënt wordt dan gevraagd om deze fantasie thuis nog eens te laten passeren, al dan niet aan de hand van een opname van dat gesprek, en dan het verhaal inclusief de helpende figuur en de luisterend vader.

Dit blijkt te helpen! Het ‘ongezonde verhaal’ krijgt gezonde, genezende elementen toegevoegd en het verhaal wordt ‘een gezond verhaal’. Het verhaal verandert door mentale invloed, en beïnvloedt op zijn beurt de mentale gezondheid. In college 27 is dit “de narratieve methode” genoemd. In de boeken over schematherapie wordt het *rescripting* genoemd: het script, het verhaal wordt herschreven.

De therapeut kan dan het nut van de oefening en de herhaling ervan thuis uitleggen met iets als ‘Je verhaal (schema/modus) was een beetje vastgeroest, alsof het altijd zo gaat. Dat hoeft niet, het kan ook anders gaan. Misschien kun je in je leven van nu ook wel eens een helpende buurman of een wél luisterende persoon ontdekken; als je er maar oog voor hebt en niet star vasthoudt aan je oude verhaal (schema, overtuiging). Kijk maar eens goed en open(- *minded*) rond in de realiteit van nu.’

## Cognitieve psycho-educatie

Hier geeft de therapeut uitleg, bijvoorbeeld over de rechten van het kind en hoe een kind goed opgroeit. Het is heel normaal en ook goed als kinderen huilen of boos zijn. Kinderen hebben recht op goede verzorging, liefde en aandacht. Dit te geven is de taak van de volwassenen. Kinderen hoeven niet voor hun ouders te zorgen, andersom wel. Kinderen hoeven zich nooit schuldig te voelen, ook niet aan seksueel misbruik. Tieners mogen opstandig zijn; zij moeten hun eigen weg zien te vinden.

## De stoelendialoog

Dit is een rollenspel dat tal van variaties mogelijk maakt. De cliënt gebruikt vaak meerdere modi achter elkaar of door elkaar heen; doorgaans zowel functionele als disfunctionele modi. De therapeut nodigt de cliënt uit om afwisselend op de ene en de andere stoel te gaan zitten, bijvoorbeeld die van de ‘willoos inschikkelijke kleine Ansje’, die van ‘de boze Ansje’, of die van de ‘gezonde autonome Ans van nu’. Zo gaan Ansje en Ans, van stoel wisselend, met elkaar in gesprek.

De therapeut kan hier op verschillende manieren aan deelnemen, al naar gelang de persoon en diens verhalen, de fase van de therapie, en het probleem in kwestie. De therapeut kan de rol van de gezonde volwassene op zich nemen, aanvankelijk als model, maar later ook die van de disfunctionele modus en de cliënt vragen de rol van de gezonde volwassene zelf vorm te geven.

Een bijzonder krachtige rol neemt de therapeut aan bij de disfunctionele (‘ingeslikte’) oudermodi, bijvoorbeeld de veeleisende, de straffende en de schuld-indicerende ouder. Deze krijgt een lege stoel toegewezen en nu gaat de therapeut zich wél tegen deze ‘ingeslikte’ figuur verzetten. Nu wordt de therapeut, als model, streng tegen en boos op de strenge en boze ouderfiguur. Uiteindelijk kan de therapeut de lege stoel ook resoluut buiten de deur zetten.

Als de cliënt dit (nog) te griezelig of te indringend vindt, kunnen ook hulpfiguren deze rol toegeschreven krijgen: knuffeldieren, Lego- of Playmobil poppetjes op tafel.

Wat er gebeurt is dat er een *innerlijke* dialoog op gang komt bij de cliënt; zo kunnen de vastgeroeste schema’s en modi in beweging komen. Er komt dynamiek op gang: psychodynamiek, waarbij de gezonde modi het kunnen winnen van de ongezonde.

Zelf gebruik ik hier vaak de metafoor van ‘het innerlijke parlement’, met bijvoorbeeld ‘de Partij van het Gevoel’ contra ‘de Partij van de Rationaliteit’. Wie bij mij is geweest, zal ook ‘het innerlijke kind’ (een beer of marmot) gezien hebben, gezeten links van de gesprekspartner, en ‘de dominante grillige boze moeder’ in de vorm van een oude ezel rechts van de gesprekspartner. Zelf neem ik dan een kleine hulphond ter hand, die zijn oren kan spitsen en kan kwispelen. Wie verder rondkijkt, zal een moeder- en kind-hond zien, en zal zowel een beer als een leeuw en een olifant aantreffen.

In college 20 troffen we al Anna Freud aan in haar kamer voor speltherapie, met muis, konijn, leeuw, olifant, schildpad en alles meer.

Het verschil is dat bij jonge kinderen het spel en de ziel het werk zelf doen; bij tieners en volwassenen roepen we het bewustzijn te hulp: we leggen uit wat het nut van deze oefeningen is. Zowel de begin-diagnose, als de verschillende stappen en

oefeningen worden besproken, alsook de mogelijk ontstane weerstand, irritatie, boosheid en conflicten.

De overeenkomst is dat de therapeut voorzichtig, rustig en met eindeloos geduld, stapje voor stapje verder probeert te gaan. Het gaat erom het evenwicht te vinden en te bewaren tussen enerzijds ‘niet te confronterend’ en anderzijds ‘niet uitdagend genoeg’.

## De zeven fasen

We hebben intussen al meerdere fasen doorlopen van het behandelproces. Hier volgen ze nog even, zoals Young e.a. (2020) deze op blz. 295 weergeven:

1. Stel de modi van de patiënt vast en benoem ze.
2. Onderzoek de oorsprong en (indien relevant) de aanpassingswaarde van de modus in de kindertijd en de adolescentie.
3. Breng onaangepaste modi in verband met actuele problemen en symptomen.
4. Laat zien wat de voordelen zijn om een modus te wijzigen of op te geven indien die de toegang tot een andere modus verhindert.
5. Zoek toegang tot het Kwetsbare Kind via imaginatie.
6. Voer dialogen tussen de modi. In eerste instantie staat de therapeut model voor de modus Gezonde Volwassene; later speelt de patiënt deze modus.
7. Help de patiënt bij het generaliseren van deze modus oefeningen naar situaties in het dagelijks leven buiten de therapie.

We zijn dan nu toe aan fase 7:

## Het gedrag helpen veranderen

De bedoeling is dat het gedrag dat geoefend is in de spreek- of spelkamer ook buiten die setting gaat veranderen in meer functioneel gedrag van de modus van de Gezonde Volwassene. Riepen we eerst de psychodynamische therapie en Rogers te hulp, daarna de cognitieve therapie en de narratieve therapie, nu lenen we methodiek bij de gedragstherapie, echter met behoud van de empathische basis van de helpende relatie en vooral ook met de autonomie van de gezonde Volwassene. ‘Pure’ gedragstherapie is vaak onpersoonlijk, afstandelijk, weinig empathisch en vaak fors directief, vooral in de forensische setting. Het is hier niet ‘moeten’ maar ‘helpen’, helpen te bereiken wat de cliënt zélf wil bereiken – een grondhouding die we ook al tegenkwamen bij het ‘Beter Leven Model’ van college 26.

Hier dus geen ‘ongewenst gedrag afleren door straf’, maar stimulans en eventueel zelf-beloning. Ook het gedrag wordt hier anders genoemd en beschreven. De term ‘ongewenst gedrag’ gebruiken we niet. In de uit het Engels vertaalde boeken komen we wel ‘aangepast gedrag’ tegen, maar dit betekent hier niet: aangepast aan de wetten, normen en waarden, maar: aangepast aan de situatie, passend bij de situatie,

dus functioneel en constructief te werk gaan. Een kind spreek je anders aan dan een partner, collega, baas of werknemer.

Van de methoden uit de ‘pure’ gedragstherapie nemen we dus maar weinig over. Wat wel overeenkomt is het werken in kleine stapjes. Deze therapie werkt wel met huiswerkopdrachten, stapje voor stapje aangepast aan de persoon, het probleem en de fase. Daarbij kan het gaan om het bevorderen van het bewustzijnsproces, bijvoorbeeld om de eigen schema’s modi en de triggers daartoe te leren herkennen, dus om *kennis*. Waar het om *kunde* gaat, gaat het om nieuw gedrag langzaam eens te proberen, te oefenen, en om het, indien functioneel, vaker zo te doen. Dit lijkt op de zogeheten *exposure* die gebruikt wordt bij angsten en perfectionisme: stapje voor stapje het *enge* toch toe te laten om er mentaal minder angstig of vermijgend mee om te kunnen gaan.

## De grenzen

Elk boek over therapie heeft passages over de grenzen ervan, of zou die passages moeten hebben. De hier besproken methodiek kan veel, maar ook weer niet alles. Een cruciaal punt hierbij is dat de methodiek van meet af aan waakt over de autonomie van de cliënt. Elke stap, elke conclusie, elke oefening en elke opkomende irritatie of weerstand wordt besproken.

Het gaat hier om patronen die ontstaan zijn in de kindertijd, en juist kinderen hebben nog weinig autonomie. Het doel van de opvoeding is juist om ze te helpen autonoom te worden. Juist bij volwassenen is zo veel mogelijk autonomie dus een uitgangspunt en een basis.

Dit heeft wel een consequentie: als de persoon niet wil veranderen, dan wil hij niet veranderen. In de forensische setting wordt er dan wel wat druk op gezet (“Als ik mij hier niet aanpas, komt ik de tent niet uit”), maar in de vrije sector, zogezegd, is die druk er niet. De persoon zal zelf druk moeten ervaren (“Als ik zo doorga, verlies ik mijn vrouw/kind/baan”) om te veranderen. Bij enkele van de besproken modi is veranderen extra moeilijk, omdat ze een zeker voordeel opleveren – op de korte termijn, terwijl ze op de langere termijn destructief kunnen zijn.

In onze bronnen worden vaak enkele problemen of diagnoses (‘stoornissen’) genoemd en besproken die extra moeilijk zijn:

- De *perfectionist*, vaak samengaand met de zeer *angstige* mens. Toch valt hier wel mee te werken als men maar genoeg geduld heeft en in kleine stapjes werkt.
- De *borderline* persoonlijkheid. Deze kenmerkt zich door grilligheid en gebrek aan stabiliteit. Hier gaat het dan niet op de instabiliteit van de bipolaire problematiek (manisch-depressief) op zich, maar om de manier waarop de persoon de werkelijkheid waarneemt, betekenis geeft en er mee omgaat. *Border* betekent *grens*. Deze mensen laveren heen en weer op en rond de



grens tussen ‘de realiteit zien’ en ‘in een geheel eigen wereld leven’. Dit laatste heet ook wel ‘psychotisch’, maar deze mensen zijn dit (vaak snel) afwisselend wel en niet. Dit maakt verandering en ook de therapie zelf flink moeilijk. De boeken bevatten er vaak een hoofdstuk over met allerlei extra aanwijzingen.

- De *narcistische* mens. Ook deze krijgt vaak een apart hoofdstuk toebedeeld. In de schema- en modi-theorie wordt narcisme gezien als een (‘coping’)vorm van overcompensatie. Deze mens vindt zichzelf geweldig goed, veel beter dan de medemensen, ook beter dan die stomme rare therapeuten, en dat zullen die weten ook. Veranderen willen zij niet en zij zien de noodzaak ervan ook niet in. Zij belanden vaak op hoge posities ... totdat het misgaat ... en pas dan zullen zij misschien een therapeut (moeten) bezoeken om aan zichzelf te gaan werken. De schematherapeut weet wel dat onder dat narcisme vaak een kwetsbaar, angstig en verdrietig kind zit verborgen, mogelijk vol schaamte- en schuldgevoelens, maar probeer daar als therapeut maar eens bij te komen ...

Wie ik niet voorbij zag komen in de literatuur, is de *autistische* mens. We kwamen deze al tegen in college 28. Daar zagen we dat bij deze mensen de mentale leeftijd danig kan verschillen van de fysieke leeftijd, waarbij de mentale kant vaak achter loopt op de fysieke kant. Als die mentale kant nu nog die is van een jong kind, dan kunnen we ook de modi van het jonge kind verwachten, zonder motief of zonder zelfs maar de mogelijkheid om deze te veranderen.

Als iemand bijvoorbeeld qua mentaal niveau opklimt van peuter naar kleuter, of later naar puber, dan verschijnt er een Koppige Kleuter, later een Koppige Karel. Dit is groei, mooi dus, maar op de fysieke latere leeftijd niet meer functioneel. De koppigheid zal te merken zijn in de behandelkamer, bijvoorbeeld omdat Karel of Karel er ineens niet meer wil komen. Komt hij nog wel, of nog even, dan krijgt de therapeut te horen: “Aan die kinderachtige spelletjes doe ik niet meer mee! Ik ben geen klein kind meer!”

Aan veranderen hebben deze mensen op zich al een gloeiende hekel. Dit zal dus de schematherapeut confronteren met de grenzen van deze methodiek. Wie niet veranderen wil, die wil niet veranderen, punt. Willen we de autonomie van deze medemensen accepteren, dan moeten we ook deze grens accepteren.

In de literatuur over de schematherapie staat dan dat de therapeut ook dit bespreekt en het aan de cliënt laat of deze wil doorgaan of wil stoppen. De therapeut kan dan nog zeggen dat de cliënt hem kan bellen en kan terugkomen zodra er een wens en een bereidheid is om te veranderen, maar dit is het dan.

Wie ook niet in de schema-literatuur voorkomt, is de *pedofiele mens*. Het blijven van verlangen naar een jonger vriendje of vriendinnetje kan heel goed voortkomen uit

een eerdere levensfase, die van het begeerde kind, dus kan heel goed samengaan met het handhaven van de kindmodi, zonder enige wens tot veranderen. Soms zal dat wel moeten, als er ook pedoseksualiteit heeft plaatsgevonden. Wat dan?

Ik bespeur enige overeenkomst in dit werkveld, namelijk dat je aan pedofilie op zich niets kunt doen, en niet hoeft te doen, zolang men daar maar goed en legaal mee kan leven. Waar anderen en ook ik op stuit, is dan vrij veel nevenproblematiek: depressie, angst, suicidaliteit, isolement, en nog zowat meer. Aan die nevenproblematiek kun je dan wel samen gaan werken, om het leven toch iets beter te maken. De pedofiele verlangens accepteer je dan als feit, zolang de cliënt daar goed en legaal mee om kan gaan.

Nog iets is in deze literatuur niet beschreven, namelijk hoe je als niet-professionele therapeut toch mensen wil en kunt helpen. Daar gaan we het dan nog over hebben, toegespitst op de medemens met pedofiele gevoelens of soms ook met pedoseksuele daden.

### **Het huiswerk**

Dit is andermaal: kijk eens goed of je eigen schema's en modi kunt ontdekken. Denk ook al na of en in hoeverre je de bovenstaande methodiek zou kunnen toepassen in je pogingen je medemensen te helpen, of deze misschien al toepast.

### **De bronnen**

Deze zijn dezelfde als die in college 30 zijn vermeld.