

UNIVERSITEIT TWENTE

# Evaluatie van schemagerichte therapie

Een kwalitatief onderzoek van het  
patiëntenperspectief op de behandeling in een  
klinische setting

**Carolin Bräutigam**  
**S1023136**

## Inhoud

Samenvatting .....	II
Abstract .....	III
1. Inleiding .....	1
1.1 Relevantie .....	1
1.2 Persoonlijkheidsstoornis .....	2
1.3 Schematherapie .....	4
1.4 Belang van het onderzoek .....	10
1.5 Onderzoeksvraag .....	12
2. Methode .....	13
2.1 Context van het onderzoek .....	13
2.2 Deelnemers .....	14
2.3 Dataverzameling .....	15
2.4 Materiaal .....	15
2.5 Analyse .....	16
2.6 De ontwikkeling van codes .....	17
3. Onderzoekresultaten .....	19
3.1 De “Relatiecodes” .....	19
3.2 De “Gevoelcodes” .....	25
3.3 De “Cognitiecodes” .....	27
4. Conclusie en Discussie .....	32
4.1 Belangrijkste bevindingen .....	32
4.2 Kritische Reflectie .....	39
4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek .....	42
4.4 Afsluitend commentaar .....	42
Referenties .....	44

## **Samenvatting**

**Aanleiding:** Mensen met persoonlijkheidsstoornissen lopen op verschillende gebieden in hun leven vast. Daardoor veroorzaken ze niet alleen hoge kosten voor de maatschappij, maar ervaren ze vooral een hoge lijdensdruk. Uit enkele effectstudies blijkt dat schematherapie een goede behandelingsmethode is. Daarbij is tot nu toe echter nauwelijks onderzoek gedaan naar het perspectief van patiënten die met schematherapie worden behandeld. Uit andere onderzoeken is gebleken dat het patiëntenperspectief veel informatie over en inzicht in de behandeling geeft. In dit onderzoek wordt gehoor gegeven aan de patiënt en zijn ervaring met schematherapie in een klinische setting. Doel van het onderzoek is om de schematherapie vanuit het patiëntenperspectief te evalueren, om de behandeling te kunnen verbeteren.

**Methode:** Dit onderzoek maakt deel uit van een grotere studie naar schemagerichte klinische groepsbehandeling. Daarvoor zijn de eindevaluaties van 16 patiënten kwalitatief onderzocht. De codes werden op inductieve manier ontwikkeld. Het verzadigde coderingsschema heeft betrekking op relaties, gevoelens en cognities. Door middel van de codes werden de ervaringen met de therapieblokken die door de patiënten beschreven zijn geanalyseerd.

**Resultaten:** Uit de resultaten blijkt dat het thema ‘relaties’ met medepatiënten en therapeuten als moeilijk ervaren wordt, maar dat de patiënten het toch erg waarderen en als leerzaam beleven. Het thema ‘gevoelens’ speelt in de therapie een belangrijke rol en het contact met en het inzicht in gevoelens wordt als lastig ervaren. Uiteindelijk waarderen de patiënten het thema ‘gevoelens’ echter omdat het hen helpt betekenis aan hun emoties te geven. Bovendien blijkt het thema ‘cognities’ een belangrijk onderwerp van de behandeling te zijn. Het thema heeft vooral betrekking op intense overtuigingen van de patiënt en wordt als moeilijk en confronterend beleefd. Uiteindelijk wordt het gewaardeerd en vele beschrijven dat daardoor hun zelfbeeld en zelfwaarde is veranderd. Met betrekking tot de thema’s ‘gevoelens’ en ‘cognities’ worden vooral therapieblokken genoemd waarin de patiënten gedachtes en overtuigingen moeten tonen. Bovendien waarderen ze vooral het therapieblok ‘Beeldend’.

**Conclusie:** De patiënten hechten veel waarde aan de relaties met medepatiënten en therapeuten. Deze bevinding kan met het verminderd sociaal en interpersoonlijk functioneren van de patiënten, die meestal weinig tot geen sociale contacten hebben, in verband worden gebracht. Verder beleven ze het inzicht in hun gevoelens en cognities in het begin als confronterend, maar ervaren ze het uiteindelijk als behulpzaam. Aan de kunsttherapie waarderen ze vooral dat ze op eigen manier met problemen bezig kunnen zijn en beleven de inzichten die ze eruit halen als behulpzaam. Deze bevindingen komen met eerdere onderzoeken overeen.

## **Abstract**

**Background:** People with personality disorders have big issues in various parts of their life. As a result their treatment puts a high economic strain on society, but is also an enormous psychological burden for the individual patient. In numerous effect studies it has become obvious that schema-therapy is a good method of treatment. However, the perspective of the patients, being treated with schema-therapy, has barely been analysed yet. Nevertheless, research proves that the perspective of the patients provides information about the treatment as well as insights. In this study we provide a platform for the patient and his experiences with schema-therapy in a clinical setting. The objective of this study is to point out the perspective of the patients for an evaluation and better understanding of schema-therapy. This should eventually provide therapists with the ability to improve the treatment.

**Method:** This research is part of a group schema-therapy study. For the research we analysed the evaluations of 16 patients in terms of their quality. The codes were developed inductively and the saturated coding scheme relates to relationships, feelings and cognitions. With the help of the codes this study analysed the patients' experiences with the therapy blocks.

**Results:** The results indicate that the patients perceive the topic 'relationship' with therapists and fellow patients as difficult and sometimes even as unpleasant. However, they very much appreciate the relationships as salutary. The issue of 'feelings' is of high significance for the patients, but, on the one hand, is often experienced as being difficult and confronting and insightful on the other. In the end patients appreciate the issue because they could make meaning out of their emotions. Another subject in the treatment of patients are 'cognitions', which are also highly important. The topic is especially related to intense convictions of the patients about themselves. Those convictions are usually experienced as hard and confronting. Eventually the patients appreciate the topic and many claim that their self-perception and self-esteem has changed. In regards to the topics of 'feelings' and 'cognitions' the patients mention mainly the therapy blocks in which they had to express their convictions and feelings. Moreover, they particularly appreciate art therapy.

**Conclusion:** The relationship to fellow patients and the therapist is very important for the patient. This realisation stands in relation to the poor social and interpersonal skills of most patients, who usually have only very few or even no social interaction. At first they experience the insight into their feelings and cognitions as disturbing, but eventually perceive it as helpful. Patients appreciate the art therapy, because they are able to deal with problems in their own way and perceive the newly gained knowledge to be of avail. These findings agree with the current state of science and research.

# 1. Inleiding

## 1.1 Relevantie

Het onderzoek richt zich op de beleving van schemagerichte therapie volgens Young door mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Aan deze stoornis lijden in Nederland volgens Verheul & van Brink (1999) 13,5 % van de normale populatie en 60,4 % van de psychiatrische populatie. Mensen met persoonlijkheidsstoornis veroorzaken enorme kosten voor de maatschappij omdat de betrokkenen verminderd productief zijn en een groot beroep doen aan medische zorg (Soetemann, Haarkaat-van Roijen, Verheul & van Busschbach, 2008a). Ze ervaren daarbij vooral een hoge lijdensdruk (Nakao et al., 1992), verminderd levenstevredenheid en functioneren slecht op sociaal en interpersoonlijk niveau (Lim, Sanderson & Andrews, 2000; Oltmanns, Melley & Turkheimer, 2002). Om deze reden is de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen zowel voor de maatschappij als voor de patiënt van bijzonder belang.

Een effectief gebleken behandelingsmethode voor persoonlijkheidsstoornissen is schemagerichte therapie volgens Young. Dit is uit enkele effectiviteitsstudies gebleken die de werkzaamheid van schematherapie, vooral voor de Borderline Persoonlijkheidsstoornis, bewezen (Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009). Door de effectstudies werd dus al aangetoond dat schematherapie een werkzame behandelingsmethode voor persoonlijkheidsstoornissen is, met name voor de Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Het werd echter alleen duidelijk dat schematherapie werkt, maar niet precies hoe. Daarom wordt in dit onderzoek gehoor gegeven aan de patiënt en open gestaan voor zijn perspectief op de behandeling met schemagerichte therapie volgens Young. Dit onderzoek is dus een kwalitatieve analyse van het patiëntenperspectief op de behandeling. De behandeling met schematherapie vond daarbij plaats in een klinische setting en het patiëntenperspectief wordt duidelijk in de eindevaluaties van de patiënten over de behandeling. Deze eindevaluaties maakten deel uit van de therapie en werden enkele weken voor hun ontslag door de patiënten geschreven. Daarbij beschrijven de patiënten in hun eindevaluaties de ervaring en beleving van schematherapie.

Het achterliggende doel van het onderzoek is uit te vinden aan welke therapieonderwerpen de patiënten bijzondere waarde hechten en op welke manier de onderwerpen voor de patiënten belangrijk zijn. Daardoor zal de werkwijze van de behandeling beter begrepen worden en kan van de ervaringen van de patiënten worden geleerd.

Uiteindelijk zal het patiëntenperspectief helpen schemagerichte beter te begrijpen en de therapie door middel van de opgedane inzichten te verbeteren en zo effectief mogelijk te maken.

## 1.2 Persoonlijkheidsstoornis

### *Definitie*

Een persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich volgens de Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM-IV-TR) als “een langdurig patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene; is pervasief en star, stabiel en van lange duur; het begin ervan kan worden teruggevoerd naar de adolescentie of vroege volwassenheid en de stoornis veroorzaakt in significante mate lijden.” (American Psychiatric Association (APA), 2000, p. 345-346).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen tien verschillende persoonlijkheidsstoornissen. Deze zijn onderverdeeld in drie clusters: Cluster A, het vreemd, excentriek cluster, Cluster B, het dramatisch, emotioneel, impulsief cluster en Cluster C, het angstig cluster. Onder cluster A vallen de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Onder cluster B vallen de theatrale, de borderline, de narcistische en de antisociale persoonlijkheidsstoornis en cluster C bestaat uit de ontwijkende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Bovendien worden persoonlijkheidsstoornissen die niet aan een van de clusters voldoen als “persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO)” geclassificeerd (APA, 2000, p. 345-346).

### *Kosten voor de maatschappij*

Uit onderzoek naar de prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in Nederland blijkt dat bij 13,5 % van de normale populatie en bij 60,4 % van de psychiatrische populatie minimaal één persoonlijkheidsstoornis wordt gevonden (Verheul & van den Brink, 1999). De economische belasting door mensen met persoonlijkheidsproblematiek is duidelijk hoger dan door mensen met andere geestelijke gezondheidsproblemen. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis veroorzaken zowel indirecte (verminderde productiviteit door afwezigheid en inefficiëntie op werk) als directe kosten (medische kosten) en zijn daardoor bijna twee keer duurder dan mensen zonder persoonlijkheidsproblematiek. Daarnaast zijn de

kosten voor onbehandelde persoonlijkheidsstoornissen in Nederland duidelijk hoger dan voor andere psychopathologie, zoals bijvoorbeeld depressie of gegeneraliseerde angststoornis (Soeteman et al., 2008a). Volgens Soeteman, Verheul en van Busschbach (2008b) lopen de medische, werk gerelateerde en justitiële kosten voor de maatschappij in totaal op tot tussen de 3,6 en 7 miljard euro per jaar.

### *Persoonlijkheidsproblematiek en persoonlijk en sociaal functioneren*

Naast de kosten voor de maatschappij hebben persoonlijkheidsstoornissen significant invloed op het globale functioneren van de patiënten (Houston, Mainous & Schilling, 1996). In 1992 onderzochten Nakao et al. het globale psychische, sociale en beroepsmatige functioneren van mensen met en zonder persoonlijkheidsstoornis. De resultaten tonen zelfs aan dat hoe duidelijker sprake kan zijn van een persoonlijkheidsstoornis des te lager het globale functioneren van een persoon is. Bovendien is uit hun studie gebleken dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis een hoge lijdensdruk ervaren. Dit is ook uit studies van Lim et al. (2000) en Oltmanns et al. (2002) gebleken die een associatie van persoonlijkheidsstoornissen met verminderd sociaal, interpersoonlijk en beroepsmatig functioneren en verminderde levenstevredenheid vonden. In 2006 toonden Cramer, Torgersen en Kringlen in hun onderzoek zelfs aan dat mensen met persoonlijkheidsproblematiek des te minder levenskwaliteit ervaren naar mate ze meer aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis voldoen. Een verklaring voor de verminderde levenskwaliteit en tevredenheid zou kunnen zijn dat mensen met persoonlijkheidsstoornissen meer negatief affect en stress ervaren en problemen hebben met sociale steun en interpersoonlijke relaties (Chen, Cohen, Kasen & Johnson, 2006). Ze ervaren verder een hoog niveau van inadequatie waarbij het gevoel ook toeneemt met de ernst van de persoonlijkheidsstoornis (ten Kate, Eurelings-Bontekoe, Muller, & Spinhoven, 2007).

Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen functioneren echter niet alleen op sociaal, interpersoonlijk en beroepsmatig niveau slecht maar zijn ook verminderd zelfzorgzaam (Skodol et al., 2002). Dit belemmert zowel het leven van de patiënten zelf maar ook dat van hun gezinsleden (Bamelis, Evers & Arntz, 2012). Bovendien maakt een persoonlijkheidsstoornis de patiënten kwetsbaarder voor andere psychische stoornissen (Beard, Heathcote, Brooks, Earnest & Kelly, 2007). Uit het onderzoek van Zanarini et al. (1998) is gebleken dat een grote hoeveelheid van de mensen met een persoonlijkheidsstoornis vooral aan de criteria voor stemmings-, angst-, afhankelijkheids- en eetstoornissen voldoet. Volgens Cramer et al. (2006) zijn deze comorbide psychische stoornissen bij patiënten met

persoonlijkheidsstoornis als waarschuwingssignaal voor de ernst van de persoonlijkheidsstoornis te interpreteren.

Concluderend ervaren patiënten met persoonlijkheidsstoornis een grote lijdensdruk en veroorzaken enorme kosten voor de maatschappij. Daardoor is het relevant om onderzoek naar effectieve behandelmethodes te doen en deze te optimaliseren om het leed van de patiënten te verminderen en de maatschappij te kunnen ontlasten.

### 1.3 Schematherapie

Schemagerichte therapie werd in 1990 ontwikkeld door Jeffrey E. Young en is een integratieve vorm van psychotherapie, waarbij elementen uit een veelvoud van therapeutische scholen en psychologische theorieën in een theoretisch model geïntegreerd zijn. Dit overkoepelend theoretisch model beoogt inzichten uit de leertheorie, de cognitieve theorie, de ‘client-centered’ therapie, de hechtingstheorie en de psychodynamische theorie te integreren (van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008, p. 9-10).

Young werd opgeleid in de school van Beck en Ellis, die als grondleggers van de cognitieve (gedrags-)therapie worden beschouwd. Deze therapievorm maakte de gedragstherapie geschikt voor een brede groep mensen waarbij Young zich over de zogenoemde moeilijke patiënten ontfermde: patiënten met een persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-5. Enkele jaren geleden golden deze patiënten als niet behandelbaar. Young’s schemagerichte therapie is echter stapsgewijs, helder en systematisch opgebouwd en een goede behandelingsmethodiek voor mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Schipper, 1999, p. IX-X).

Zoals de naam al zegt staan de schema’s van een patiënt centraal bij de schemagerichte therapie. Schema’s zijn rigide kennisstructuren die uit overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld bestaan (Rijkeboer, van Genderen & Arntz, 2007, p. 285) en de manier van waarneming beschrijven. Ze worden ook als karakterkenmerken van de persoonlijkheid gezien (van Vreeswijk, Broersen & Schurink, 2009, p. 9). Ieder mens ontwikkelt schema’s in de kindertijd op basis van biologische factoren en ervaringen met en waarnemingen van emoties, handelingen en hun betekenis (Rijkeboer et al., 2007, p. 285-286; van Vreeswijk et al., 2009, p. 9). Deze helpen het kind zijn leefwereld te begrijpen, te interpreteren en te ordenen. Daarbij kan zowel sprake zijn van meer aangepaste en functionele schema’s als van schema’s die op basis van tekorten op basale emotionele behoeften van het kind worden ontwikkeld. De schema’s die op basis van tekorten worden ontwikkeld zijn



noemde Young “early maladaptive schemas” (EMS) en deze zijn van disfunctionele aard. De EMS ontwikkelen zich in de vroege kindertijd ( Schippers, 1999, p. X) en zijn vaak bij mensen aanwezig met moeilijke of door misbruik beïnvloede kinderjaren (Young & Kellog, 2006). Het kind probeert betekenis aan zijn ervaringen te ontleen (Nordahl, Holthe & Haugum, 2005) en ontwikkelt disfunctionele schema’s: persistente en zichzelf bevestigende waarheden over zichzelf en de wereld (Schippers, 1999; p. X). De disfunctionele schema’s leiden vervolgens tot gedragingen en reactiepatronen die passen bij het schema. Als volwassene blijven de EMS nog steeds actief maar verliezen hun nut en veroorzaken psychologische en emotionele stress (bv. angst/depressie) als ze door een situatie worden geactiveerd (bv. het verlatenheids-EMS wordt door reële of vermeende separatie geactiveerd) (Young, Klosko & Weishaar, 2005, p. 9). Om deze reden worden EMS in tegenstelling tot de functionele schema’s in verband gebracht met eenzaamheid, interpersoonlijke conflicten en moeilijkheden, inadequate werkprestatie, verslaving en psychosomatische klachten, enz. (Nordahl et al., 2005). Mensen waarbij diverse EMS aanwezig zijn hebben vaak levenslang psychische problemen en de meerderheid voldoet aan de criteria voor persoonlijkheidsstoornis (Young & Kellog, 2006).

Gebaseerd op zijn werk onderscheidt Young achttien verschillende early maladaptive schema’s (Willemsen, 2005). De herkenning van deze schema’s maakt het mogelijk de cognities van een persoon in schema’s en gedachten te onderscheiden. Dit betekent dat duidelijk kan worden wat de persoon als “zelfspraak” herkent en welke onderliggende en moeilijk herkenbare, op basis van tekorten ontwikkelde, assumpties de gedachten beïnvloeden (Schippers, 1999, p. X).

### *Copingstijlen*

Bij de schemagerichte therapie staat vooral het begrijpen en actief veranderen van de onderliggende disfunctionele schema’s (EMS) van de cliënt centraal (Rijkeboer et al., 2007). Het verkennen van de bijhorende copingstijlen is echter ook een belangrijk doel van de schemagerichte therapie (Nordahl et al., 2005). De copingstijlen zijn de wijze van omgaan met het schema en bepalen het observeerbare gedrag (Willemsen, 2005). Buiten de thuissituatie en in de volwassen leeftijd veroorzaken de copingstijlen echter vaak problemen. Bovendien behouden en bevestigen ze de EMS steeds weer (Young & Kellog, 2006). Er wordt onderscheid gemaakt tussen drie verschillende copingstijlen waarmee een kind volgens Young op een stressvolle omgeving reageert: “overgave”, “vermijding” en “overcompensatie”(Willemsen, 2005). Bij overgave gedraagt de patiënt zich volgens het

schema en past zijn gedachten en gevoelens aan het schema aan. Vermijding betekent dat de patiënt probeert de emoties die met het schema samen gaan te vermijden. De patiënt distantieert zich ervan doordat hij zich terug trekt of de emoties met drugs of alcohol vermijdt of niets meer voelt (dissociëren). Overcompensatie betekent dat de patiënt op tegenovergestelde manier ageert om het disfunctionele schema ongeldig te maken. De drie copingstijlen beschrijven de manier van interpretatie en de omgang met problemen als reactie op een geactiveerd schema. Door deze reactie en interpretatie worden de EMS steeds versterkt omdat ze selectief zijn voor bevestigende ervaringen (Young et. al, 2005, p. 35-38).

### *Schemamodi*

Vooraf bij complexere persoonlijkheidsproblematiek blijkt dat veel verschillende disfunctionele schema's bij patiënten actief zijn. Bovendien worden in korte tijd meerdere copingstijlen afwisselend gehanteerd waardoor een snelle wissel in gedachten, gedrag en gevoelens kan optreden. Om deze abrupte wissels te verklaren, hebben Young en collega's (geciteerd volgens van Vreeswijk et al., 2008, p. 25) voor de borderline en narcistische persoonlijkheidsstoornis een schemamodusmodel ontwikkeld. Schemamodi beschrijven de omzet van de door de schema's opgeroepen gedachten in gedrag (van Vreeswijk et al., 2008, p.24). Een modus is dus een alles overheersende emotionele toestand waarin een patiënt kan verkeren. Daarbij is een schema van stabiele aard (trait) en een modus is een momenteel toestandsbeeld (state). Bovendien staat een schema voor een thema (bv. minderwaardigheid) terwijl een modus voor een constellatie van verschillende op dat moment actieve schema's en copingstijlen staat (van Vreeswijk et al., 2008, p. 24). Een modus wordt gedragsmatig door de copingstijl geuit en is daardoor herkenbaar. Verder wordt een modus en het bijhorende gedrag uitgelokt door situaties waarop de patiënt overgevoelig reageert. Tot nu toe zijn 22 modi beschreven waarvan sommige vooral bij mensen met persoonlijkheidsstoornis voorkomen (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2008). Schemamodi spelen echter ook bij mensen zonder persoonlijkheidsproblematiek een rol. Het verschil is de mate van activiteit en het onafhankelijk ageren van de modi. Hoe gezonder iemand is hoe minder de modi los van elkaar staan en hoe minder de disfunctionele modi overheersen (van Vreeswijk et al., 2008, p. 25).

### *Focus van de behandeling*

De focus van de behandeling met schematherapie ligt op de schema's en hun bijhorende modi en copingstijlen. Daarbij geeft schematherapie bij de behandeling vooral

plaats aan experiëntiële technieken (Arntz, 2010). Deze technieken hebben volgens ten Napel-Schutz, Abma, Bamelis en Arntz (2011) twee doelen: Ten eerste het uitlokken en het ervaren van emoties die met schema's geassocieerd zijn, om het inzicht van de patiënt te vergroten. Ten tweede wordt met de experiëntiële technieken beoogd deze emoties en hun onderliggende schema's te verwerken en te corrigeren. Bij het corrigeren van emoties helpt volgens van Vreeswijk et al. (2008, p. 48) vooral het beperkte 'reparenting', waarmee een therapeutische houding bedoeld is die de patiënt de gemiste ouderlijke zorg geeft. Bovendien is volgens van Vreeswijk et al. (2008, p. 48) de therapeutische relatie misschien het meest experiëntiële element van de therapie. Op de ene kant beleeft de patiënt door empathische confrontatie door de therapeut van alles. Op de andere kant ervaart de therapeut de schema's in het contact met de patiënt. Verder vallen onder de experiëntiële technieken onder andere imaginatieoefeningen en rollenspelen. Deze maken het ontdekken en voelen van de schema's mogelijk en brengen het bijhorende copinggedrag naar voren. Daardoor verkrijgt de patiënt inzicht in zijn gevoelens, gedachtes en gedrag en wat zijn gedrag oproept bij anderen (van Vreeswijk et al., 2008, p. 50-51).

Bovendien zijn in de behandeling gedragsmatige en cognitieve technieken geïntegreerd. De verandering van de schema's kan daarbij in het licht van Bowlby's hechtingstheorie worden gezien. De experiëntiële, cognitieve en gedragsmatige technieken beïnvloeden de schema's, modi en copingstijlen dusdanig dat de gezonde en volwassene kant van de patiënt meer en meer de overhand in denken, voelen en gedrag krijgt (Arntz, 2010).

### *Behandeling in een klinische setting*

Oorspronkelijk werd schematherapie door Young als ambulante behandelingsmethode voor persoonlijkheidsstoornissen ontwikkeld (van Vreeswijk et al., 2008). Daarom is minder bekend over de behandeling in een klinische setting dan in ambulante therapie (Muste, 2008). Voor de klinische behandeling wordt maar vooral gekozen als met een ambulante behandeling onvoldoende resultaat geboekt wordt. Bovendien wijzen volgens de landelijke richtlijn voor persoonlijkheidsstoornissen (Werkgroep Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen geciteerd volgens Muste, 2008) ernstige problematiek van de patiënten en slecht functioneren op sociaal, interpersoonlijk en beroepsmatig niveau naar een klinische setting. Bij patiënten zonder sociaal netwerk en sociale rollen, die op enkele gebieden in hun leven vastlopen, wordt tegenwoordig vaak voor een toepassing in een klinische setting gekozen (Muste, 2008).

De focus van de behandeling in een klinische setting verschilt daarbij niet van die in de ambulante behandeling. Weliswaar spelen in een klinische setting de relaties met medepatiënten in het therapeutische milieu een bijzondere rol voor de behandeling. Het therapeutische milieu wordt uit therapeuten, staf, medepatiënten en het programma gevormd. In dit milieu is de patiëntengroep het centraal aangrijpingspunt van de behandeling. Via de relaties in de groep worden de schema's van de patiënten zichtbaar gemaakt en bewerkt. Dit betekent dat de individuele processen via de processen in de groep worden bewerkt. De nadruk van de behandeling ligt dus zowel in de ambulante als in de klinische setting op de individuele processen. De relaties met de medepatiënten en het therapeutisch milieu zijn in het klinische setting echter cruciale factoren voor de behandelmethodiek die in de ambulante therapie minder aanwezig zijn (Thunnissen & Muste, 2002).

### *Evaluatie van de therapie*

De laatste tien jaren werd veel aandacht gewijd aan de effectiviteit van schemagerichte therapie bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen (Bamelis et al., 2012). Uit enkele studies is de effectiviteit van deze therapie bij de behandeling van de Borderline persoonlijkheidsstoornis gebleken: In het onderzoek van Giesen-Bloo et al. (2006) werd het effect van de behandeling met schematherapie of met de transference-focused psychotherapy (TFP) bij patiënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis vergeleken. Uit de resultaten bleek dat het risico voor drop-out bij schematherapie lager is dan bij TFP. Bovendien verbeterde de levenskwaliteit en de algemene psychopathologische dysfunctie bij de patiënten die met schematherapie werden behandeld meer in vergelijking met TFP. De onderzoekers concludeerden dat schematherapie in alle metingen effectiever is dan TFP. Het succesvolle effect van schemagerichte therapie werd ook in een studie van Farrell, Shaw & Webber (2009) aangetoond. De onderzoekers onderzochten het effect van schematherapie in groepen bijvoegend aan individuele therapie in vergelijking met uitsluitend individuele psychotherapie bij vrouwen met een Borderline persoonlijkheidsstoornis. Het blijkt dat de patiënten die naast de individuele therapie met schematherapie in groepen werden behandeld bij alle metingen significant verbeterden. De patiënten hadden minder symptomen en het algemene functioneren was verbeterd. De patiënten in de controlegroep verbeterden echter niet.

Naast de effectiviteit van schematherapie is ook het perspectief van de patiënten op de therapeutische relatie onderzocht: In een kwantitatieve studie van Spinhoven, Giesen-Bloo,

van Dyck, Kooiman, & Arntz (2007) vergeleken de perspectief van de patiënten op schemagerichte therapie met transference-focused psychotherapy (TFP) voor de Borderline persoonlijkheidsstoornis. De patiënten beoordeelden de therapeutische relatie bij de schemagerichte therapie positiever dan bij de TFP en de therapeutische relatie was voorspeller voor de uitkomst van de therapie. Bovendien onderzochten ten Napel-Schutz et al. (2011) in een kwalitatieve studie de verbeteringsmogelijkheden van schemagerichte therapie vanuit het perspectief van patiënten met Cluster C, paranoïde, narcistische en theatrale persoonlijkheidsstoornis. De onderzoekers interviewden de patiënten over hun ervaringen met schematherapie technieken. De patiënten werden als deelnemers van een multicenter Randomized Controlled Trial (RCT) volgens schematherapie behandeld. Door middel van semigestructureerde interviews studeerden de onderzoekers de eerste fase van imaginatieoefeningen in de context van schematherapie vanuit het perspectief van de patiënten. Daarbij ging het voornamelijk om de “diagnostische imaginatie” en de “imaginatie van een veilig plek”. Deze oefeningen horen bij de experiëntiële technieken van schematherapie en hebben twee doelen: (1) Het uitlokken van emoties die met schema’s geassocieerd zijn, om het inzicht van de patiënt te vergroten en (2) deze emoties en hun onderliggende schema’s te verwerken en te corrigeren. De 10 deelnemers met een leeftijd tussen 22 en 54 jaar werden vanuit verschillende instellingen met verschillende therapeuten na het criterium “maximale variatie” gekozen om een grote bandbreedte aan meningen en ervaringen te verkrijgen. Uit de resultaten bleken een aantal moeilijkheden met de imaginatieoefeningen in het begin die zich met toenemende ondervinding echter oplosten en de patiënten de oefeningen konden waarderen. Bij de introductie van de oefeningen hadden sommige patiënten problemen met de imaginatie van positieve situaties of problemen de situatie te verbeelden of zich voor te stellen wat de ander zou zeggen. Bovendien meldden sommige patiënten dat hun spanning omhoog ging omdat ze niet wisten hoe lang de oefeningen zullen duren. Met toenemende ondervinding gaven echter bijna alle patiënten aan dat een bepaalde lengte van de oefening disfunctioneel zou zijn. Verder vermeldden de patiënten concentratieproblemen, wat ze hun therapeut echter niet vertelden. In het geheel blijkt dat de meeste patiënten de imaginatieoefeningen als ingrijpende en confronterende maar effectieve methode beleefden. In vergelijking met andere therapie methoden favoriseerden ze de behandeling door schematherapie.

## 1.4 Belang van het onderzoek

Volgens Adler & McAdams (2007) is het patiëntenperspectief wetenschappelijk van groot belang omdat ze zicht op de betekenis van psychotherapie voor de patiënt geeft. De onderzoekers studeerden verhalen van patiënten die vanwege specifieke problemen in ambulante, individuele therapie waren. Omdat de onderzoekers de verhaallijn studeerden moesten de deelnemers hun therapie hebben beëindigd om aan het onderzoek te mogen deelnemen. Ten eerste groepeerden de onderzoekers de deelnemers echter op basis van hun subjectief ervaren welzijn en hun stadium van ik-ontwikkelen. Vervolgens vergeleken de onderzoekers de verhaallijn van twee patiëntengroepen: Op de ene kant van patiënten die zich zowel in een hoog stadium van ik-ontwikkeling bevonden als een hoge mate aan welzijn ervoeren. Op de andere kant patiënten die zich in een hoog stadium van ik-ontwikkeling bevonden maar weinig welzijn ervoeren. Uit de resultaten blijkt dat patiënten die zich aan het eind van hun behandeling in een hoger stadium van ik-ontwikkeling bevinden en een hoge mate van welzijn ervaren, de rol van de therapeut als minder belangrijk beschrijven. Patiënten in een hoger stadium van ik-ontwikkeling maar met weinig ervaren welzijn geven in hun verhalen de therapeutische relatie echter een bijzonder betekenis. Op basis van de resultaten concludeerden Adler & McAdams (2007) dat het belangrijk is inzicht in de betekenis van psychotherapie voor de cliënt te verkrijgen. Daardoor zal de betekenis van therapie voor de ontwikkeling van verhalen die de gewenste uitkomst (als de verhoging van welzijn en ik-ontwikkeling als mate voor de psychologische gezondheid) ondersteunen, worden begrepen.

Analoge resultaten blijken uit het onderzoek van Adler, Skalina & McAdams (2008). De onderzoekers gebruikten een vergelijkbaar onderzoeksopzet als Adler & McAdams (2007) en vroegen patiënten die vanwege specifieke problemen in behandeling waren om een verhaal over hun therapie te schrijven. Hun diagnose was maar, zoals bij Adler & McAdams (2007), niet bekend. In vergelijking met het onderzoek van Adler & McAdams (2007) kozen Adler et al. (2008) daarvoor de verhaallijn van de patiënten zonder voorafgaande kennis over hun psychologische gezondheid te onderzoeken. Toch trokken ze dezelfde conclusie: De verhalen die patiënten over hun psychotherapie schrijven, geven zicht op de psychologische gezondheid van de patiënt. Patiënten die na de behandeling een hoge mate aan subjectief welzijn ervaren, beschrijven in hun verhalen vooral hoe ze door hun geleverde inspanning hun problemen baas werden. Patiënten die zich alleen in een hoger stadium van ik-ontwikkeling bevinden, geven de therapeutische inspanning in een coherent verhaal van groei en voortgang weer. Deze resultaten zijn volgens Adler et al. (2008) belangrijk voor de verbetering van therapie: Als wetenschappers de manier van zingeving van de cliënt aan een psychotherapie

begrijpen, zullen ze therapeutische interventies kunnen verbeteren door zich op de subjectieve ervaring van de cliënten te concentreren.

Het blijkt dat wetenschappers zich al met het perspectief van de patiënt bezig houden en aan deze een grote betekenis voor de verbetering van psychotherapie hechten. Daarom zou naast effectstudies ook gehoor gegeven worden aan het patiëntenperspectief. Schematherapie is al als effectief aangetoond en de patiënten geven de voorkeur aan deze behandelingsmethode. Het blijkt echter dat nog enkele dingen kunnen worden verbeterd. Daarvoor zijn vooral de ervaringen en meningen van patiënten van belang die precies kunnen uiten wat ze aan de therapie als behulpzaam beleefden en wat ze minder waardeerden. Onderzoekers als ten Napel-Schutz et al. (2011) vermoeden al dat specifieke technieken die bij schematherapie centraal staan in het begin een beangstigende of vreemde indruk kunnen maken. Om op deze en andere vragen een antwoord te kunnen geven moet gehoor gegeven worden aan de patiënt zelf. Daarvoor biedt de methode van ‘grounded theory’ in een kwalitatief onderzoek de mogelijkheid op een iteratieve manier met het perspectief van de patiënten te werken zonder zich door theorieën te laten beperken. Daardoor kan de onderzoeker open staan voor de ervaringen en meningen van de patiënten.

Doel van het onderzoek zal zijn uit de ervaringen van de patiënten met schematherapie te leren om de therapie in de zin van de patiënt te kunnen verbeteren. Daarvoor worden in dit onderzoek de evalueerders van de behandeling van de patiënten onderzocht. Deze evaluaties maken deel uit van de therapie en de patiënten schrijven ongeveer zes evaluaties tijdens hun behandeling. De inhoud heeft betrekking op hun voortgang maar ook op hun beleving van de therapie. Hoe het schrijven van de evaluaties precies werkt leren de patiënten van elkaar. Voor het onderzoek wordt echter alleen de laatste evaluatie onderzocht. Deze hebben de patiënten enkele weken voor hun ontslag geschreven. Door het onderzoek zal het mogelijk zijn inzicht in de beleving van de patiënten van schematherapie te verkrijgen. Dit zal bij voorbeeld helpen verbeterpunten voor de therapieoester of de introductie van sommige technieken helder te krijgen. Ook kan het moeilijkheden in de relatie met therapeuten en medecliënten naar voren brengen. Het bestaat verder de mogelijkheid dat de patiënten onderdelen van de therapie in het bijzonder waarderen die op dit moment tweederangs zijn. De veelheid aan mogelijke inzichten is niet te voorspellen en het is belangrijk open te staan voor de ervaringen van de patiënten. Door naar de wensen en behoeften van de patiënten te luisteren en deze te respecteren zal uiteindelijk de therapie optimaliseert kunnen worden.

## 1.5 Onderzoeksvraag

Het perspectief van de patiënt op zijn behandeling werd in de afgelopen jaren al door onderzoekers als Adler & McAdams (2007), Adler et al. (2008) en ten Napel-Schutz et al. (2011) onderzocht. In vergelijken met dit onderzoek zijn er echter duidelijke verschillen in de onderzoeksoptellingen. Adler & McAdams (2007) en Adler et al. (2008) onderzochten wel het patiëntenperspectief maar de deelnemers waren vanwege specifieke problemen in ambulante, individuele therapie. Hun onderzoek had dus geen betrekking op persoonlijkheidsstoornissen en schematherapie. Bovendien waren ze alleen aan de verhaallijn van de patiëntenevaluaties en niet aan hun perspectief op de therapieblokken en –technieken geïnteresseerd. Het onderzoek van ten Napel-Schutz et al. (2011) had wel betrekking op persoonlijkheidsstoornissen en schematherapie en de deelnemers waren ook in klinische behandeling maar de onderzoekers interviewden de patiënten alleen over een specifieke behandelingstechniek.

In dit onderzoek staat daarom het patiëntenperspectief op de behandeling met schematherapie in een klinische setting centraal. De patiënten met persoonlijkheidsstoornis evalueerden hun therapie enkele weken voor hun ontslag maar in het kader van de therapie. Dit betekent dat met materiaal (de eindevaluaties) wordt gewerkt dat sowieso deel van de therapie uitmaakt en niet extra voor dit onderzoek werd verzameld. In de eindevaluaties wordt naar de beleving van en ervaring met de verschillende blokken en technieken gekeken en open gestaan voor de opmerkingen van de patiënten. Daarvoor wordt op zoek gegaan naar thema's die in de eindevaluaties naar voren komen zonder naar bepaalde ervaringen te vragen. Met thema's zijn daarbij zich door verschillende patiënten herhalende onderwerpen bedoeld die betrekking hebben op de behandeling.

Doel van dit onderzoek is dus open te staan voor de thema's die de patiënten met persoonlijkheidsstoornis in hun eindevaluaties ter sprake brengen. Daardoor zal van hun perspectief op schemagerichte therapie geleerd kunnen worden om deze in de zin van de patiënt te kunnen verbeteren.

Om deze reden is voor volgende onderzoeksvraag gekozen:

***Aan welke thema's wijden de patiënten in hun eindevaluatie bijzondere aandacht en op welke manier zijn deze voor hen belangrijk?***



## 2. Methode

### 2.1 Context van het onderzoek

Het onderzoek vindt plaats bij 'de Wieke', centrum voor klinische psychotherapie in Enschede. 'De Wieke' is onderdeel van Mediant Geestelijke Gezondheidszorg, waar mensen met persoonlijkheidsstoornissen volgens schematherapie in een groepsverband worden behandeld. 'De Wieke' richt zich aan mensen bij die ambulante of deeltijdbehandelingen onvoldoende of geen effect hadden, die ernstige problemen in de relaties met anderen hebben en/of bij die vanwege de thuissituatie een verandering onmogelijk is en/of die geen steunend sociaal netwerk hebben. De patiënten worden tot een jaar voor vijf dagen per week intensief in een klinische setting behandeld. Dit betekent dat ze van zondagavond tot vrijdagmiddag in een groep bij 'de Wieke' verblijven. In de weekenden gaan de patiënten naar hun eigen woning om niet afhankelijk van 'de Wieke' te worden. De patiënten leven in een groepsverband van 24 tot 27 personen. In deze groepen worden de maaltijden genuttigd en het onderhoud van huis en tuin uitgevoerd. Bovendien worden in de groepen de huisvergadering, de TG (therapeutische gemeenschap) vergadering, de weekevaluaties en de patiënten/staf ontmoeting (PSO) gehouden. In deze vergaderingen gaat het vooral om de samenwerking en de verantwoordelijkheden. Andere activiteiten en therapieën vinden in kleinere groepen plaats (A, B, C), waarbij elke groep hetzelfde basisprogramma volgt. Bij dit programma horen de groepspsychotherapie, de sociotherapie, de maatschappelijke oriëntatie (MO), het therapieblok 'Cognitief', het therapieblok 'Ervaringsgericht' en de vaktherapieën 'Beeldend', 'Drama' en 'PMT'. In deze blokken wordt op verschillende manieren en mate met experiëntiële, cognitieve en gedragsmatige technieken gewerkt. De groepspsychotherapie vindt twee keer per week plaats en het wordt gepraat over gevoelens en gedachtes. Bovendien vindt eenmaal per week een groeps gesprek en individuele therapie plaats in die de groep als toehoorder fungeert. In de sociotherapie kan de dagelijkse gang van zaken maar ook de voorbereiding op het weekend worden besproken. Bovendien wordt het aangaan van contacten ondersteunt. In de maatschappelijke oriëntatie gaat het om sociale en praktische problemen van de patiënten. In 'Cognitief' staat het verstandelijk begrijpen van en werken met de schema's centraal. In 'Ervaringsgericht' leert de patiënt methodieken om zijn schema's zodanig te beïnvloeden dat zijn gezonde, volwassene kant meer de overhand in denken, voelen en gedragen krijgt. Bij de vaktherapieën 'Beeldend' en 'Drama' gaat het vooral om het ontwikkelen van een eigen vormgeving en bewustwording. Bij 'PMT' staan thema's als vertrouwen, ontspanning, lichaamsbeleving en afstand/nabijheid centraal.

Daarnaast zijn er individuele keuzemogelijkheden, zoals sport of trauma. Bovendien wordt soms door het behandelteam individuele therapie maar ook bepaalde keuzeblokken geadviseerd. Daarbij kan zowel sprake van psychotherapie als van psychomotorische en non-verbale therapie zijn.

Bovendien verzamelt de instelling tijdens de behandeling alle acht weken ‘periodieke evaluatie registraties’ (PER) van de patiënten. Deze horen bij het behandelingsconcept en leveren een bijdrage in geschreven vorm van de patiënt aan zijn groepsleden, de leden van de andere groepen en de therapeuten. Deze worden vervolgens besproken met het doel te kijken welke vooruitgang in de behandeling is bereikt. Wat de bedoeling van de PERs is en hoe ze geschreven moeten worden leren de patiënten van elkaar. In hun laatste PER, de eindevaluatie, evalueren de patiënten de behandeling en hun voortgang voor de laatste keer voordat ze worden ontslaan.

Dit onderzoek maakt deel uit van een wetenschappelijk onderzoek in samenwerking tussen ‘de Wieke’- Mediant en de Universiteit Twente Enschede: ‘Een evaluatie van schemagerichte klinische groepsbehandeling’. Het onderzoek wordt door Grietje Schaap en Prof. Dr. Gerben Westerhof gecoördineerd en omvat zowel kwalitatieve als kwantitatieve methoden. Patiënten die aan het onderzoek deelnamen waren tot een jaar in groepsbehandeling met schemagerichte therapie bij ‘de Wieke’. Dit deel van het onderzoek is een kwalitatief onderzoek van de eindevaluatie van de patiënten over de behandeling.

## 2.2 Deelnemers

De deelnemers waren patiënten die volgens schematherapie bij ‘de Wieke’, centrum voor klinische psychotherapie, werden behandeld. Ze werden allemaal binnen een periode van 16 manden behandeld en ontslaan. In deze periode waren de patiënten tussen 2 en 12 manden in therapie bij ‘de Wieke’ omdat ze op meerdere gebieden in hun leven vast liepen. Voor de deelname aan het onderzoek tekenden de patiënten een toestemmingsverklaring voor de verwerking van hun geanonimiseerde gegevens en de deelname aan metingen. Het betreft 3 mannen en 13 vrouwen met persoonlijkheidsstoornissen in de leeftijd tussen 22 en 45 jaar. Om bias te voorkomen was echter niet bekend aan welke soort persoonlijkheidsstoornis de deelnemers lijdten. In totaal werden 16 eindevaluaties van 16 patiënten geanalyseerd.

## 2.3 Dataverzameling

Het onderzoek van ‘de Wieke’ en de Universiteit Twente werd goedgekeurd door de ethische commissie van beide instellingen. Voor het uitvoeren van het onderzoek was de toestemming van de patiënten nodig. Aan het begin van hun behandeling werden de patiënten door een informatiefolder over het onderzoek voorgelicht (informed consent). In de informatiefolder was de achtergrond en het doel van het onderzoek beschreven en wat een deelname voor de patiënt betekent. Verder werd erop gewezen dat de gegevens anoniem worden verwerkt en de patiënt zeker kan zijn dat ze op geen enkele manier tot hem te herleiden zijn. Wanneer de patiënten daarmee eens waren en aan het onderzoek deel wilden nemen, moesten ze een toestemmingsverklaring tekenen. De auteur van dit onderzoek was niet met de patiënten bekend en kende ook hun diagnose niet om bias te voorkomen. Voor het onderzoek was de auteur van dit onderzoek op drie dagen bij ‘de Wieke’ – Mediant aanwezig om de evalueaties uit de patiëntendossiers te halen. Voordat de evaluaties per email verstuurd werden mochten, moest de data worden geanonimiseerd. Dit betekent dat alle namen en kernmerken die naar de patiënten en therapeuten hadden kunnen leiden uit de evaluaties werden verwijderd. Bovendien werden de evaluaties om de behandelingsduur en het geboortjaar aangevuld.

## 2.4 Materiaal

Tijdens hun behandeling schrijven de patiënten idealiter zes ‘Periodieke evaluaties registraties’ (PERs) die over een periode van ongeveer acht weken evalueren. Daarbij gaan de patiënten op de verschillende therapieblokken in en beschrijven of en welke voortgang ze hebben bereikt. Deze evaluatie levert de patiënt zelf maar ook de medepatiënten en therapeuten een bijdrage in geschreven vorm. Het doel daarvan is de voortgang in de behandeling te bekijken. Hoe dit werkt en wat de bedoeling is leren de patiënten van elkaar en de PERs gaan niet volgens vast format en instructies. Door het lezen en bespreken van de evaluaties van hun medepatiënten zien de patiënten in de loop van tijd vrij veel evaluaties en zijn vrij om zelf hun proces te beschrijven. Verder wordt iedere evaluatie van een patiënt samen met medepatiënten en therapeuten besproken en de patiënt krijgt de mogelijkheid om toelichting en reactie te geven. Het gesprek wordt afgesloten met de voornemens voor de komende periode. Doel van de evaluaties en hun bespreking is te bekijken of en welke vooruitgang in de behandeling is bereikt en de patiënt erop te attenderen. De patiënt wordt zich bewust wat hij in de behandeling al heeft bereikt en wat de volgende stap is. De

evaluaties helpen de patiënt dus zowel bij het waarnemen van al bereikte doelen als bij het focussen op het volgende. Hun laatste PER, de eindevaluatie, schrijven de patiënten enkele weken voor hun ontslag. Voor het onderzoek werd alleen deze evaluatie uit het patiëntendossier gehaald, de andere evaluaties werden niet betrokken.

De eindevaluaties verschillen in de lengte van 2,5 tot 10 A4 pagina's. Ofwel ze niet volgens een vast format gaan lijkt de opbouw van de verschillende eindevaluaties op elkaar. Van de 16 evaluaties wordt in 15 met een inleiding begonnen. In deze inleiding beschrijven de patiënten hun veranderingsproces tijdens de behandeling bij 'de Wieke'. Aansluitend gaan ze over naar de therapieblokken die apart worden beschreven. De beschrijving van een blok omvat een kwart tot een half pagina. Ook binnen de blokbeschrijvingen lijkt de opbouw steeds op elkaar: In de therapieblokken beschrijven de patiënten eerst verschillende onderdelen en/of oefeningen van het therapieblok en richten ten slotte van ieder beschrijving het woord tot de betrokkene therapeut. Aan het eind van ieder evaluatie wordt een passage aan de medepatiënten gewijd. Welke therapieblokken beschreven worden verschilt daarbij echter qua patiënt omdat de patiënten vooral de blokken beschrijven aan die ze betekenis hechten.

## 2.5 Analyse

Het programma Atlas.ti dient als middel om het onderzoek uit te voeren en gegevens te verzamelen die de onderzoeksvraag kunnen beantwoorden: ***Aan welke thema's wijden de patiënten in hun eindevaluatie bijzondere aandacht en op welke manier zijn deze voor hen belangrijk?***

In hun eindevaluaties beschrijven de patiënten de behandeling qua therapieonderdeel. Daarbij gaan ze vooral op hun voortgang en hoe ze de behandeling beleefden in. Ze benoemen daarbij vooral moeilijkheden die ze door de behandeling zijn tegen gekomen en hoe ze deze wel of niet konden oplossen. Bovendien uiten sommige patiënten kritiek aan de behandeling, het concept, of de werkwijze. In de analyse gaat het erom op te sporen wat de deelnemers precies benoemen, dus welke thema's in de evaluaties naar voren komen. Daarbij gaat het echter alleen om thema's met betrekking tot de therapieblokken en de relaties met medepatiënten en therapeuten. De inleiding in die de patiënten hun voortgang en hun verandering tijdens de behandeling beschrijven wordt echter vanwege de intensieve tijdsbesteding van kwalitatief onderzoek niet bij de analyse betrokken. De verhaallijn van de hele behandeling is dus voor de analyse niet belangrijk maar de beleving van de

therapietechnieken en de relaties binnen de behandeling. De analyse begint dus pas bij de beschrijving van de blokken en negeert de algemene inleiding. Voor de thema's die binnen de therapieblokbeschrijving en de passages aan medepatiënten en therapeuten naar voren komen worden codes ontwikkeld. Deze codes worden vervolgens aan enkele zinnen of aan tekstfragmenten toegewezen in die de patiënt zijn ervaringen beschrijft. Één tekstfragment omvat meerdere op elkaar volgende zinnen die maar binnen een therapieblokbeschrijving aan een of meer codes kunnen worden toegewezen. Daarbij kan het bijvoorbeeld om de beschrijving van een bepaalde oefening door de patiënt gaan. Één tekstfragment is dus inhoudelijk duidelijk van de overige onderwerpen af te grenzen die in de passage worden beschreven. Omdat een zin of tekstfragment meerdere ervaringen kan bevatten, werd ervoor gekozen om meerdere codes toe te wijzen te kunnen. Door de codes worden der ervaringen van de patiënten verschillende thema's toegewezen en maken de ervaringen van de patiënten overzichtelijker.

## 2.6 De ontwikkeling van codes

Voor de ontwikkeling werd gebruik gemaakt van de inductieve methode van coderen. Dit betekent dat voorafgaand aan het onderzoek geen codes bestaan. Bovendien werd niet vanuit een theorie of een bestaand concept gewerkt. Om codes te kunnen ontwikkelen werd begonnen met het nauwkeurig lezen van 11 van de 16 evaluaties. Door het meervoudig lezen werden steeds meer overeenkomsten tussen de patiënten maar ook afwijkingen duidelijk. Deze konden met de tijd gegroepeerd worden omdat ze betrekking op een thema hadden. Op deze manier werden meer en meer thema's geïdentificeerd. Moeilijk was echter een codenaam voor elk thema te vinden die zowel aan de overeenkomsten tussen de patiënten maar ook aan de afwijkingen voldoet. Daarvoor was het noodzakelijk zich van de precieze formulering in de evaluaties los te maken en zich op een bepaald niveau van abstractie te begeven. Bovendien was het schrijven van de definities van de codes ingewikkeld. De codes moeten echter gedefinieerd zijn om ze duidelijk van elkaar te kunnen afgrenzen. Daarbij werden enkele codes weer verworpen omdat duidelijk werd dat ze toch hetzelfde beschrijven als een ander code. Verder was het groeperen van de codes tot codefamilies moeilijk omdat men bij de inductieve methode van coderen behoorlijk vele codes tegen komt en snel het overzicht kwijt raakt. Bovendien waren sommige codes moeilijk aan een familie toe te wijzen omdat ze qua definitie niet bij een familie leken te horen. Daarbij hielp een van de evaluaties aparte opsomming van alle codes en het omdopen van een codefamilie.

Door middel van dit iteratief proces werden vier codefamilies geïdentificeerd: Ten eerste de “relatiecodes” die betrekking hebben op de relatie met medepatiënten en therapeuten. Ten tweede de “gevoelcodes” die aan intense gevoelens van de patiënt tegenover zichzelf en zijn omstandigheden gerelateerd zijn. De derde en laatste codefamilie, de “cognitiecodes”, hebben betrekking op overtuigingen, kennis van de patiënt over zichzelf en zijn omstandigheden. Deze drie codefamilies werden op basis van 11 vanuit de 16 eindevaluaties ontwikkeld. De overige vijf eindevaluaties werden ter succesvolle verzadiging van het coderingsschema gebruikt.

### 3. Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk zal op de resultaten qua code worden ingegaan. In paragraaf 3.1 zullen de resultaten van de “relatiecodes” worden besproken. Deze zijn bovendien weergegeven in tabel 1. Omdat sommige codes op elkaar lijken wordt in de tabel een definitie voor iedere code gegeven. Ter illustratie is bovendien voor iedere code een voorbeeld citaat uit een eindevaluatie bijgevoegd en aangegeven hoe vaak de code in totaal werd toegewezen. In paragraaf 3.2 wordt op resultaten van de “gevoelcodes” ingegaan die weergegeven zijn in tabel 2. Tot slot komen de resultaten van de “cognitiecodes” in paragraaf 3.3 ter sprake en worden in tabel 3 verduidelijkt.

#### 3.1 De “Relatiecodes”

De “relatiecodes” geven weer hoe de patiënt het leven en werken in een groepsverband en de relaties met de therapeuten heeft ervaren. Deze zijn echter binnen de codefamilie op logische manier geordend. Ten eerste zijn codes ontwikkeld die beschrijven wat de patiënt aan het groepsverband en de therapeuten waardeert (“Aandacht”, “Begrip”, “Steun”, “Geduld”, “Luisteren” en “Spiegeling/Feedback”). Ten tweede zijn codes ontwikkeld die betrekking hebben op het samenleven en -werken (“Contact met anderen”, “Gemeenschap”, “Tijd voor zichzelf” en “Delen met anderen”), tot slot gevolgd door codes die betrekking hebben op de interactie in een groep (“Mening/Gedachtes uiten” en “Grenzen aangeven”).

##### *Aandacht*

Ten eerste komt binnen de “relatiecodes” het thema aandacht naar voren. De patiënten waarderen de aandacht die ze door therapeuten en medepatiënten hebben ontvangen. De dank richt zich vooral aan de therapeuten en voornamelijk aan de sociotherapeuten die steeds aanwezig waren: *“Er was altijd aandacht voor me, ik wist dat ik bij jullie terecht kon en dat voelde erg goed”*, maar ook aan de leefgroep: *“Er is ruimte om te delen, en we willen graag aandacht aan elkaar besteden.”*

##### *Begrip*

Verder blijkt begrip een belangrijk onderwerp te zijn. De patiënten hechten veel waarde aan het begrip dat ze in de trauma- en psychotherapieblokken van de medepatiënten ontvangen. Daardoor vinden ze veel herkenning: *“Ik vond het heel fijn om met mensen in één blok te zitten die je ‘begrijpen’, die soms soortgelijke dingen hebben meegemaakt”*. Ook

waarden ze het begrip dat ze door de vaktherapeuten ervaren: *“Psychomotoriektherapeut bedankt voor je steun, je zorg en begrip”*.

### *Steun*

Het vaakst noemen de patiënten in hun eindevaluaties hoezeer ze zich door medepatiënten en therapeuten door hulp en advies gesteund voelden. Steun te ontvangen blijkt dus een belangrijke ervaring voor de patiënten te zijn. Onder de therapeuten benoemen ze voornamelijk de sociotherapeuten en maatschappelijk werkers: *“Door samen met (naam maatschappelijk werker) de gesprekken met (...) aan te gaan voelde ik me gesteund, ik deed het gesprek zelf maar wat was het fijn dat je er bij was! Je kon evt. inspringen als ik overmand werd door mijn emoties(...)”* In de psychotherapieblokken ervaren de patiënten vooral steun door de medepatiënten om aan de slag te gaan: *“Mijn eigen groep heeft hier overigens ook een groot aandeel in gehad, zij hebben me erg gesteund en aangezet te gaan praten en mijn tijd te nemen.”*

### *Geduld*

Daarnaast waarderen de patiënten vooral het geduld van hun medepatiënten maar ook van de therapeuten voor de tijd die ze nodig hebben om te wennen en met de groep en therapie in te laten en aan de slag te gaan: *“Als laatste wil ik jullie oprecht bedanken voor al het geduld wat jullie hadden met mij want ik beseef echt wel dat het voor jullie als leefgroep niet altijd heel makkelijk is geweest om met mij om te gaan, vooral voor de mensen die er rond de zelfde periode als mij binnen zijn gekomen.”*

### *Luisteren*

Verder komt het thema luisteren in de eindevaluaties naar voren. De patiënten zijn dankbaar voor het oprecht luisteren van therapeuten en vooral van hun medepatiënten: *“Ik wil jullie super bedanken. Jullie geduld, jullie luisterende oren, jullie knuffels, jullie liefde...met tranen in mijn ogen zeg ik eerlijk, ik ben van jullie gaan houden!”* Bij de therapeuten zijn vooral de therapeuten van het psychotherapie- en traumablock en de sociotherapeuten bedoeld: *“(Naam klinische psycholoog), ik wil je bedanken voor je tijd en aandacht. Hoewel ik het vaak eng vond, is het voor mij ook goed geweest, je luisterde en dat was voor mij al erg belangrijk.”*



## *Spiegeling/Feedback*

Bij het thema spiegeling en feedback door medepatiënten en therapeuten wordt duidelijk dat het de patiënten niet steeds meteen kunnen waarderen. De patiënten ervaren het als confronterend en eng maar achteraf beleven ze het als behulpzaam en inzicht gevend: *“Ik plande mijn weekenden altijd erg vol, hier ben ik dan ook vaak op gespiegeld in de planning en evaluatie. Dat vond ik soms best moeilijk maar heeft me ook geholpen om hier steeds meer de balans in te vinden.”* Positieve spiegeling en feedback geeft hun echter meer zelfvertrouwen: *“De keer dat ik voorzitter moest zijn vond ik spannend en ik was behoorlijk zenuwachtig maar, ik wou het wel graag doen omdat ik het wel als een goede oefening kon zien. Achteraf kreeg ik fijne reacties en was ik toch wel een beetje trots op mijzelf.”*

## *Contact met anderen*

Het aangaan van contact met anderen blijkt voor de meeste patiënten een moeilijk thema te zijn. Het leven in een groep mensen helpt echter contact met anderen aan te gaan en mensen dichterbij te laten komen. Sommige patiënten vinden het maken van contact met anderen tot het eind moeilijk, ervaren het echter uiteindelijk als goed: *“Contact maken in de leefgroep heb ik tot het eind toe moeilijk gevonden. Ik heb vaak teruggekregen dat ik spontaan overkom, maar ik kan zeggen dat ik me lang niet zo gevoeld heb. Angst en wantrouwen hebben een grote rol gespeeld in het niet aangaan van contact. Toch heb ik wel mooie banden op kunnen bouwen in de leefgroep, heb ik steun en begrip kunnen ontvangen en geven, en kunnen ervaren dat contact met andere mensen leuk kan zijn.”* Behulpzaam worden ook het drama- en het sportblok beschreven omdat de patiënten hun medepatiënten in deze blokken op een andere manier benaderen of door oefeningen lossen en spontaner in het contact met anderen worden: *“Ik vond het allemaal zo eng op kliniek en voelde me zo onzeker, maar het sport uur zag ik echt als uitnodiging om op een andere manier dan praten met elkaar in contact te komen en wat was dat fijn!”*

## *Gemeenschap*

Bovendien blijkt de gemeenschap van mensen met verschillende problematieken voor de patiënten soms lastig zijn: *“Tja, moeilijk hoor met zo veel man in een huis leven. En dan al die verschillende problematiek. Iedereen heeft zo zijn eigen gebruiksaanwijzing.”* De opkomende irritaties worden vaak in de ‘PSO’, ‘TG’ en ‘Huis’-vergaderingen besproken die daarom door de patiënten soms als langdurig worden ervaren: *“Ik vond dit altijd een hele lange nutteloze vergadering, op de een of andere manier eindigde het heel vaak in de kopjes*

*die iedereen in de weg stonden, maar nooit door de personen die de kopjes achter lieten opgeruimd werden.*“ Ondanks de problemen en moeilijkheden die ze in een grote groep mensen tegen komen blijken ze toch allemaal de gemeenschap te waarderen. Daarbij beschrijven ze vooral de gezelligheid en gezamenlijke activiteiten in de ‘gemeenschap’: *“Ik heb genoten van de momenten op de bank het samen gevoel. De keren dat wij samen naar de film zijn geweest. Ik hoor er bij. Ik hoor bij jullie. Iedereen is unique hier en dat is het mooie ervan. De tafel momenten. Samen. Samen. :-)”* De patiënten waarderen vooral het spelen en het plezier in ‘Drama’, ‘PMT’, ‘Beeldend’ en in het sportblok. Ze kunnen in deze blokken hun energie kwijt en er veel ontspanning uit halen: *“Vooral volleybal vond ik hier super leuk om te doen, samen plezier maken dat was erg lekker en zorgde voor ontspanning.*“ Daarnaast appreciëren de patiënten ook de gemeenschap met de sociotherapeuten: *“Wat heb ik het fijn gevonden dat ik ook met jullie kon ouwehoeren, grappen kon maken en af en toe een beetje de gek aan kon steken. Ik heb daar erg veel waarde aangehecht. Het gaf mij een gevoel van welkom, en daardoor heb ik het gevoel gehad bij een aantal van jullie dat ik thuis kwam.”*

### *Tijd voor zichzelf*

Ofwel de patiënten het werken en leven in groepen als behulpzaam wordt het thema tijd voor zichzelf ook vaak benoemd. De patiënten waarderen de blokken waarin ze tijd voor zichzelf hebben en voor zichzelf bezig kunnen zijn. Ze benoemen in deze samenhang de individuele psychotherapie maar vooral het therapieblok ‘Beeldend’ in die ze rustig voor zichzelf bezig kunnen zijn zonder te praten: *“En zo ging ik zelf ook wat experimenteren en kwam erachter dat ik het ontzettend fijn vond om even een blok voor mezelf bezig te kunnen zijn op mijn eigen manier.”*

### *Delen met anderen*

Het delen met anderen van hun verhaal en emoties is voor de patiënten echter een zwaar en lastig thema. Om het toch te kunnen doen beschrijven ze vooral ‘Beeldend’ als behulpzaam therapieblok omdat ze eerst ervaringen en emoties kunnen tekenen of voor zichzelf opschrijven voordat ze het daarover in de groep hebben: *“Het bezig zijn met een beeld uitwerken wat in mijn hoofd speelde. De gedachten die daarbij in mij op kwamen. Het spatten met verf en het verwerken van gebeurtenissen. Ik heb moeilijke dingen weten uit te beelden en op deze manier het kunnen terug brengen in de therapie.”* Verder beleven de patiënten uitdagingen: *“Sociotherapeut heeft me diverse malen gepoogd me uit te dagen om me boos te worden, echter is het hem (tot nu toe) nog niet gelukt. Al hebben sommige*

*pogingen (...) er wel toe geleid dat ik het in andere blokken ook oppakte en het in mijn eigen groep deelde” en uitnodigingen door zowel medepatiënten als therapeuten als behulpzaam: “Door vele uitnodigingen, en vaak te horen hebben gekregen van groepsgenoten, je mag praten, niets is verkeerd, alles is goed, alles mag. Kon ik stap voor stap meer delen, maar wat vond ik het lastig.” Bovendien zijn veiligheid en vertrouwen in het therapieblok voor de patiënten belangrijk om met anderen te kunnen delen. “Toen het veiliger begon te voelen in de groep ben ik wel wat meer gaan delen, maar ik bleef dit moeilijk vinden.” Veiligheid en vertrouwen vinden de patiënten vooral in het traumablock terug kunnen vinden: “Voelde me al snel veilig en vertrouwd in de trauma groep en iedereen is zo begripvol en steunend dat is geweldig! Het voelde voor mij ook al snel als een hele hechte groep. Ik heb dan ook in Trauma voor het eerst gedeeld over het misbruik van (...).”*

### *Mening uiten*

Naast het delen van verhalen en emoties blijkt ook het uiten van hun mening voor de patiënten erg moeilijk, sommige patiënten vinden het zelfs pijnlijk. Het uiten van hun mening blijkt vooral in de PSO- en TG-vergaderingen maar ook in het psychotherapieblok een belangrijke rol te spelen. De patiënten geven aan dat het vooral in het begin moeilijk was omdat ze bang waren en eerst veilig moesten voelen voordat ze hun mening uitten. Bovendien verwachtten ze dat de anderen boos op hem worden. De ervaring dat niemand boos of verdrietig werd, beschrijven ze als belangrijk leermoment om voor zichzelf op te komen en zichtbaar te worden: *“Best eng in het begin want iedereen kon dan zien hoe ik er bij zat. Toch heb ik altijd actief mee proberen te doen en ben ook hier voorzichtig mijn mening gaan vormen en gaan delen. Dit heeft me geholpen in hoe ik naar mezelf kijk, omdat ik heb mogen ervaren dat ik ook mijn mening mag uiten en deze er ook toe doet. En vooral dat mensen niet boos op me worden als ik zelf wat ik denk.”*

### *Grenzen aangeven*

Minder vaak schrijven de patiënten in hun eindevaluaties over het aangeven van grenzen. Voor de patiënten die het beschrijven blijkt het onderwerp echter belangrijk in hun behandeling te zijn. Daarbij noemen ze het sportblok en PMT als belangrijke leermomenten, hoewel ze het aangeven van hun grenzen in het begin moeilijk vonden. In het sportblok leren de patiënten vooral hun lichamelijke grenzen aan te geven en naar hun lichaam te luisteren: *“Aangezien ik niet zo’n sterke knie heb ik hier bij uitstek mijn lichamelijke grenzen moeten aangeven. Dit vond ik in het begin erg moeilijk.”* In het blok ‘PMT’ gaat het tijdens de

oefeningen om het aangeven van grenzen over het algemeen. Ook deze ervaring waarderen de patiënten: *“Ik zal nooit meer de oefening vergeten met grenzen aangeven later in mijn behandeling. Ik vond het eng en zag er tegenop maar het ging mij goed af en voelde daarbij zelfs goed! Dat was een erg fijne ervaring. Ik heb ook zeker stappen bij PMT gezet in het aangeven van mijn grenzen in totaliteit.”*

Tabel 1  
Relatiecodes

Relatiecodes	Definitie	Voorbeeld	Aantal
<b>Aandacht</b>	De patiënt waardeert de tijd en aandacht die hij/zij van de therapeuten en medepatiënten kreeg	<i>“Klinische Psycholoog, ik wil je bedanken voor je tijd en aandacht. Hoewel ik het vaak eng vond, is het voor mij ook goed geweest, je luisterde en dat was voor mij al erg belangrijk.”</i>	23
<b>Begrip</b>	De patiënt voelde zich of zijn verhaal door medepatiënten en therapeuten begrepen	<i>“Ik vond het heel fijn om met mensen in één blok te zitten die je ‘begrijpen’, die soms soortgelijke dingen hebben meegemaakt.”</i>	31
<b>Steun</b>	De patiënt waardeert hulp, advies en steun die hij van medepatiënten en therapeuten heeft ervaren	<i>“Gelukkig ben ik heel langzaam uit dit veilige hoekje gekomen en door steun van mijn groep en Psychomotoriektherapeut heb ik heel veel bereikt in dit blok.”</i>	88
<b>Geduld</b>	De patiënt waardeert het geduld die medepatiënten en therapeuten voor hem opbrachten	<i>“Ik ben blij dat jullie het altijd wel goed hebben opgepakt en later weer met mij in contact wilden gaan dit heeft mij erg goed gedaan.”</i>	18
<b>Luisteren</b>	De patiënt waardeert dat medepatiënten en therapeuten naar hem luisterden	<i>“Mijn trauma groep en ook GZ psycholoog, heel erg bedankt voor al jullie steun, begrip, troost, geduld, vragen en jullie luisterend oor.”</i>	12
<b>Spiegeling/Feedback</b>	De patiënt waardeert dat medepatiënten en therapeuten hun	<i>“Dramatherapeut heeft mij daar vaak bij stilgezet en bewust gemaakt van wat ik nou eigenlijk aan het doen was.”</i>	62

	spiegelden en feedback gaven of beschrijft hoe hij dit heeft ervaren		
<b>Contact met anderen</b>	De patiënt beschrijft het aangaan van contacten - hoe werd het beleefd, wat hielp of wat is veranderd	<i>“Voorzichtig durfde ik ook gekke stemmetjes of klanken op te zetten, dit heeft er voor gezorgd dat ik wat losser en spontaner kon zijn in het contact met anderen.”</i>	19
<b>Gemeenschap</b>	De patiënt waardeert de activiteiten, gesprekken en de gezelligheid met de medepatiënten maar beschrijft ook dat het samenleven soms lastig kan zijn	<i>“Ik heb genoten van het spel en het contact met de andere groepen.”</i>  <i>““Wat ik erg ervaarde is dat de groep heel verschillend is wat ook logisch is natuurlijk met allemaal verschillende mensen, maar soms ook best lastig.””</i>	31
<b>Tijd voor zichzelf</b>	De patiënt beschrijft hoe hij de blokken waarin hij voor zichzelf bezig was heeft ervaren	<i>“Vond die momenten dat ik kon praten alleen met Klinische Psycholoog heel erg fijn al was het soms ook wel heel moeilijk.”</i>	16
<b>Delen met anderen</b>	De patiënt beschrijft hoe hij het heeft ervaren zijn verhaal of gevoelens met anderen te delen	<i>“Toen het veiliger begon te voelen in de groep ben ik wel wat meer gaan delen, maar ik bleef dit moeilijk vinden,(...)”</i>	46
<b>Mening uiten</b>	De patiënt beschrijft hoe hij het heeft ervaren in een groep zijn mening te uiten of feedback te geven	<i>“Ook feedback geven vond ik lange tijd echt ontzettend moeilijk, maar hier ben ik erg in gegroeid. Ik voel me daarin nu een stuk sterker.”</i>	33
<b>Grenzen aangeven</b>	De patiënt beschrijft situaties waarin hij leerde zijn grenzen aan te geven	<i>“Aangezien ik niet zo ’n sterke knie heb ik hier bij uitstek mijn lichamelijke grenzen moeten aangeven. Dit vond ik in het begin erg moeilijk”</i>	6

### 3.2 De “Gevoelcodes”

Bij de codefamilie “gevoelcodes” horen de codes “Contact maken met gevoel” en “Inzicht in gevoel”. De codefamilie geeft dus het contact met en het inzicht in gevoelens van de patiënt in de therapieblokken weer. Daarbij hebben de “gevoelcodes” betrekking op diepgaande gevoelens van de patiënt tegenover zichzelf en zijn omstandigheden.

## *Contact maken met gevoel*

Een belangrijk thema dat achter de “gevoelcodes” is geplaatst is contact maken met gevoel. In de therapieblokken contact met hun gevoel te maken, blijkt voor de meeste patiënten een nieuwe en moeilijke ervaring te zijn omdat ze hun gevoelens voor lange tijd hebben weggedrukt. Ofwel ze het contact met hun gevoel als intens en confronterend beleven, beschrijven ze het ook als een goede ervaring. Vooral in de blokken ‘PMT’ en ‘Drama’ maken ze door experiëntiële oefeningen als ‘de familieopstelling’ en ‘de spiegel’ steeds contact met hun gevoelens: *“En dan nog die verschrikkelijke spiegel die achter de luxaflex zat. Die had er van mij echt niet hoeven zitten. Gelukkig heb ik daar maar 1 keer voor hoeven staan. Maar wat werd ik daar al beroerd van.”*, maar ook in ‘Beeldend’ door het uiten in beelden en door deze achteraf te bekijken of te bespreken: *“Het nabespreken van me tekeningen had ik wel heel erg veel moeite mee omdat er zoveel in me hoofd gebeurde tijdens het maken en omdat te verwoorden kwam heel veel gevoel bij kijken wat niet goed voelde omdat te uitten.”* Verder beschrijven ze het blok ‘Ervaringsgericht’ als heftig omdat ze in deze blok intensief contact met hun gevoelens moeten maken: *“Met name het echt voelen, stilstaan bij wat er gebeurt en wat je raakt is emotioneel heel zwaar. Ik heb heel wat traantjes gelaten en me heel kwetsbaar gevoeld toen ik stukken van vroeger na moest spelen.”* In het psychotherapieblok raakt de patiënten vooral het lezen van verhalen. Ze kunnen zich in de verhalen van anderen inleven maar vooral het voorlezen van hun eigen verhaal beleven ze als behulpzaam om bij hun eigen gevoelens te komen: *“Ik ben begonnen met mijn levensverhaal te vertellen in mijn eerste individuele psycho blok. Toen ik het las raakte het mij en mijn groep voelde dat aan. Ik vechtte tegen mijn tranen, uiteindelijk kwam het eruit.”*

## *Inzicht in gevoel*

Vanuit het contact met hun gevoelens kunnen sommige patiënten in de boven genoemde blokken hun gevoelens ook echt begrijpen. Ze krijgen dus inzicht in hun gevoel. De patiënten beschrijven de blokken ‘Psychotherapie’, ‘Ervaringsgericht en vooral ‘PMT’, ‘Drama’ en ‘Beeldend’ als inzicht gevend in hun gevoel: *“Maar wat ik bij drama heb gedaan heeft mij geholpen me meer en beter te uiten en ook mijzelf beter te leren kennen op emotioneel gebied en hoe ik het eigenlijk wegdruk.”* Door experiëntiële technieken als ‘de familieopstelling’ en ‘de spiegel’ kunnen ze zich in situaties verplaatsen en begrijpen wat ze toen voelden en waar de gevoelens vandaan komen: *“Net als de familieopstelling die ik toch nog heb kunnen doen (...) het raakte me en kon ik wederom zien dat ik geen ruimte had thuis, en dat ik eigenlijk geen kant op kon. Het was heftig en heb er kwam behoorlijk wat verdriet en*

*boosheid uit. Ik vond het moeilijk, maar ook dit is achteraf een eyeopener geweest en heeft ruimte gegeven en verduidelijking.”*

Tabel 2  
Gevoelcodes

Gevoelcodes	Definitie	Voorbeeld	Aantal
<b>Contact maken met gevoel</b>	De patiënt beschrijft situaties waarin intense gevoelens naar boven kwamen of waarin het de bedoeling was zijn gevoelens te benoemen	<p><i>“Toen ik het las raakte het mij en mijn groep voelde dat aan. Ik vechtte tegen mijn tranen, uiteindelijk kwam het eruit. “</i></p> <p><i>“(…)Ik had vaak veel woorden nodig om toch bij mijn gevoel te komen.”</i></p>	54
<b>Inzicht in gevoel</b>	De patiënt beschrijft situaties waarin hij begon zijn gevoelens en hun oorsprong te begrijpen of ze te verwerken	<p><i>“Toch is het me gelukt om verder dan al die tranen te kijken. Irritaties te gaan voelen, boosheid over mijn relatie te voelen en afstand van hem te nemen.”</i></p> <p><i>“(…) heb ik heel veel bereikt in dit blok. Ik heb veel angsten overwonnen, ook op het gebied van mijn trauma's.”</i></p>	24

### 3.3 De “Cognitiecodes”

De “cognitiecodes” worden gebruikt als de patiënt over het werken met en begrijpen van zijn gedrag en overtuigingen over zichzelf en zijn omgeving schrijft. Bij deze codefamilie horen de codes “Zelfbeeld”, “Begrijpen van eigen gedrag”, “Ordering” en “Theorie”. De “cognitiecodes” hebben vooral betrekking op intense, innerlijke overtuigingen van de patiënt die met zijn individuele verhaal te maken hebben. Bovendien hebben de “cognitiecodes” betrekking op het ver- en bewerken van cognities. Kennis en ordering die de patiënt over zichzelf, zijn omstandigheden en over de theoretische achtergrond van zijn problemen verwerft helpen hem zichzelf en zijn omstandigheden te begrijpen en overtuigingen te veranderen.

## Zelfbeeld

Heel vaak komt het onderwerp zelfbeeld in de eindevaluaties ter sprak. De patiënten benoemen hun zelfbeeld, dus intense innerlijke overtuigingen over zichzelf, en beschrijven hoe ze hun zelfbeeld in de therapieblokken zijn tegengekomen. Soms benoemen de patiënten al dat hun gedachtes uit aanwezige schema's resulteren, maar ook bij de andere patiënten is te vermoeden dat het gaat over schematische gedachtes. Daarbij hebben de gedachtes vooral betrekking op falen/mislukken en een negatief zelfbeeld maar ook op hoge eisen aan zichzelf. In 'Sport' en 'PMT' worden de patiënten vooral met hun negatief zelfbeeld en hoge eisen geconfronteerd. Dit blijkt in het begin veel weerstand op te roepen. Uiteindelijk waarderen ze echter het inzicht dat de werkelijkheid soms anders ligt dan gedacht: *"Ik zag mezelf als erg dik, vond mezelf niet mooi. Erg confronterend vond ik dat maar het liet me ook zien dat de werkelijkheid soms anders is dan hoe je jezelf ziet."*, en dat ze fouten mogen doen: *"In mijn ogen kon ik het nooit goed genoeg doen, ik heb dit wel los kunnen laten tijdens sport uur, uiteindelijk werd ik niet meer zo boos op mezelf als het eens niet goed ging."* In 'Drama' gaat het vooral om de faalangst van de patiënten en het zelfbeeld het sowieso niet te kunnen. Aan het eind schrijven ze echter dat hun zelfbeeld positief is veranderd. *"Toch heb ik hier ook wel erg veel moeite mee gehad, de angst om het verkeerd te doen, om het verkeerde te zeggen, ik heb ervaren dat dit niet zo makkelijk is, dat je de controle juist los moet laten in het improviseren, en dat ook ik dat kan."* In 'Beeldend' komen de patiënten vooral het zelfbeeld tegen het niet goed genoeg te doen. De eisen van de patiënten aan zichzelf zijn zo hoog dat ze in het begin niet aan de slag durven. *"In beeldend speelde mijn hoge eisen ook een grote rol, alles moest er toch wel perfect uitzien. Gelukkig kon ik dat toch beetje bij beetje meer laten varen want het gaat immers om de inhoud wat ik op papier zette."* Verder ervaren ze door de blokken 'Ervaringsgericht', 'Trauma' en 'Psychotherapie' dat hun zelfbeeld niet klopt en dat ze niet schuldig zijn en hun gevoelens mogen uiten: *"Ik denk dat dit een van de blokken is waarin ik er echt achter ben gekomen dat ik niet schuldig ben. Ik hoef niet meer boos op mezelf te zijn en dit lucht echt ontzettend op!"* Het blijkt dus dat de patiënten in de therapieblokken vaak met hun zelfbeeld geconfronteerd worden en dat dit vooral in het begin behoorlijk moeilijk voor ze is. Uiteindelijk blijken ze vaak de ervaring te maken dat daardoor een verandering in hun gedachtes over zichzelf teweeg gebracht wordt.



## *Begrijpen van eigen gedrag*

Verder is het begrijpen van het eigen gedrag een thema aan dat de patiënten veel aandacht wijden. Omdat het bij deze code om de gedachten over het eigen gedrag en van de patiënten en niet om het gedrag zelf gaat hoort deze bij de “cognitiecodes”.

Het blijkt dat het begrijpen van hun gedrag de patiënten helpt inzicht en kennis over zichzelf te verwerven: *“Ik vond het heerlijk om praktisch bezig te zijn, dan hoefde ik in elk geval niet zoveel met mezelf bezig te zijn en kon ik anderen plezieren door de taken goed uit te voeren.”* Te begrijpen waarom ze dingen doen en hoe het anders kan, blijkt voor de patiënten belangrijk voor hun motivatie te zijn: *“Eigenlijk alles wat we bespraken in de eetmodule kon ik in mijn behandeling verder gebruiken en heeft me veel inzicht gegeven over waarom ik dingen doe en hoe ik het anders kan en wil doen om mijn waardeberg te beklimmen en mijn angsten aan te gaan.”* Hoe ze het begrip voor hun gedrag verkrijgen wordt echter niet altijd duidelijk. Sommige patiënten noemen de spiegeling door medepatiënten en de opdrachten/oefeningen als reden maar meestal wordt niet beschreven hoe ze het begrip voor hun gedrag hebben verworven. Bovendien blijkt het verworven inzicht niet het resultaat van bepaalde therapieblokken maar echter van de gehele therapie te zijn. Inzicht in gedrag komt in heel verschillende blokken naar voren en het is niet altijd duidelijk of deze ook door hetzelfde blok zijn ontstaan.

## *Ordering*

Ordering van hun omstandigheden en bijbehorende gedachtes en gevoelens blijkt voor de patiënten een belangrijke rol in de behandeling te spelen. Deze helpt hem zichzelf te begrijpen en duidelijkheid over hun omstandigheden te verkrijgen. Bovendien blijkt de ordering de patiënten inzicht te geven. Ze beschrijven vaak dat ze beelden in hun hoofd hebben of gevoelens tegen komen die ze niet kunnen toewijzen: *“Ik kon mijn problematiek terugbrengen naar waar het vandaan kwam. Ik kon orde scheppen in de chaos...”* In ‘Beeldend’ krijgen de patiënten ordering en gebeurtenissen, gedachtes en gevoelens helder en overzichtelijk. Door het maken van collages, schrijven en verven beseffen ze samenhangen en kunnen dingen in hun hoofd ordenen: *“Ondanks dat er niet veel mooie tekeningen uit zijn gekomen heb ik wel veel dingen verwerkt in dit blok en vooral helder voor mezelf op een rijtje kunnen zetten zodat dingen voor mezelf maar ook voor de mensen om me heen duidelijker werden hoe dingen zaten en hoe ik bezig was met de dingen om het tot een goed resultaat te krijgen.”*

## Theorie

Bovendien komt het thema theorie in de eindevaluaties ter sprake. Ofwel vele patiënten de verworven kennis waarderen, blijken de opvattingen over het inzicht in de theoretische achtergrond van schematherapie uit elkaar te gaan. Aan de ene kant blijken ze de theorie te waarderen en interessant en leerzaam te vinden: *“Lekker lullen over schema’s en modi, verbanden leggen, tot inzichten komen, copingstijlen (...) Oooh fantastisch! Ik vond het bere-interessant! Het heeft voor mij in ieder geval voor veel duidelijkheid en inzicht gezorgd.”* aan de andere kant geven ze aan, de theorie op een gegeven moment duidelijk te hebben en dan praktisch bezig te willen zijn: *“We kregen te horen hoe het dan allemaal werkte in je brein en natuurlijk is dit belangrijk om te weten, maar doordat er vaak nieuwe mensen in de groep kwamen was er veel herhaling en wist ik het op een gegeven moment wel, ik ‘wilde’ juist praten!”* Dit wordt door sommige patiënten benadrukt met de opvatting dat met de overstap van ‘Cognitief’ naar ‘Ervaringsgericht’ te voorzichtig wordt omgegaan: *“Maar ik had voor mijn gevoel al vrij snel door welke schema’s er waren en welke bij mij wanneer actief waren (...) Ik ben pas vrij laat naar ervaringsgericht gegaan, terwijl dit juist het blok is waarin je echt moet gaan voelen en dat was bij mij juist zo hard nodig! Wat mij betreft mag er wel iets minder voorzichtig omgegaan worden met de switch van cognitief naar ervaringsgericht(...).”*

Tabel 3  
Cognitiecodes

Cognitiecodes	Definitie	Voorbeeld	Aantal
Zelfbeeld	De patiënt beschrijft zijn (schema) gedachtes over zichzelf en de ervaring deze gedachtes in de therapieblokken tegen te komen	<i>“In mijn ogen kon ik het nooit goed genoeg doen, ik heb dit wel los kunnen laten tijdens sport uur, uiteindelijk werd ik niet meer zo boos op mezelf als het eens niet goed ging. Het was niet zo erg als wat ik dacht, mensen werden niet boos op mij, ik kon hier fouten maken zonder dat het afgestraft werd.”</i>	72
Begrijpen van eigen gedrag	De patiënt beschrijft waarom hij zich op een bepaalde manier gedroeg of situaties waarin hij zijn gedrag begreep	<i>“Ik vond het heerlijk om praktisch bezig te zijn, dan hoefde ik in elk geval niet zoveel met mezelf bezig te zijn en kon ik anderen plezieren door de taken goed uit te voeren.”</i>	14

Ordering	De patiënt beschrijft hoe hij overzicht en duidelijkheid m.b.t. omstandigheden, gebeurtenissen, gedachtes en gevoelens kreeg	<i>“Ik kon mijn problematiek terugbrengen naar waar het vandaan kwam. Ik kon orde scheppen in de chaos.”</i>	15
Theorie	De patiënt beschrijft hoe hij het inzicht in de theoretische achtergrond van schemagerichte therapie heeft ervaren	<i>“Inzicht krijgen in je schema’s en wat de schema’s inhouden. Het voelde voor mij vaak alsof ik een les volgde.”</i>	12

## 4. Conclusie en Discussie

Het doel van het onderzoek is de behandeling met schemagerichte therapie in een groepsverband vanuit het perspectief van de patiënten te evalueren. Daarvoor zal duidelijk worden aan welke thema's de patiënten in hun eindevaluaties bijzondere betekenis hechten en op welke manier ze voor hun belangrijk zijn. De relevantie is gelegen in het verbeteren van schemagerichte therapie in de zin van de patiënt. Er zal meer inzicht in de beleveniswereld van de patiënt worden verkregen, waardoor een bijdrage kan worden geleverd aan het optimaliseren van schemagerichte therapie ten gunste van de patiënt. De inzichten in de ervaringen van de patiënten kunnen hun toepassing bijvoorbeeld in het aanpassen van het therapieooster van 'de Wieke' vinden. Verder zal op basis van dit onderzoek de inhoud van sommige therapieblokken en de toepassing van bepaalde technieken overdacht worden. Bovendien is dit onderzoek een aanvulling aan de huidige stand van de wetenschap over zowel het kwalitatief onderzoeken van het patiëntenperspectief als de daardoor opgedane kennis.

Dit onderzoek maakt gebruik van de eindevaluaties over de behandeling en hun voortgang die de patiënten tijdens hun behandeling hebben geschreven. De analyse is gedaan door op inductieve manier codes aan de eindevaluaties toe te wijzen. Uit de resultaten kwamen verschillende belangrijke inzichten in de beleving van de patiënten naar voren. In paragraaf 4.1 zullen de getrokken conclusies worden besproken. In paragraaf 4.2 zal er een kritische reflectie over het onderzoek worden gegeven en in paragraaf 4.3 zal op aanbevelingen voor vervolgonderzoek worden ingegaan. Tot slot zal in paragraaf 4.4 een afsluitend commentaar worden gegeven.

### 4.1 Belangrijkste bevindingen

Voor dit onderzoek werd volgende onderzoeksvraag opgesteld: ***Aan welke thema's wijden de patiënten in hun eindevaluatie bijzondere aandacht en op welke manier zijn deze voor hen belangrijk?***

Op basis van de resultaten kan volgende antwoord op de onderzoeksvraag worden gegeven: De patiënten wijden bijzondere aandacht aan thema's met betrekking tot de relaties met medepatiënten en therapeuten en aan thema's met betrekking tot contact en inzicht in hun gevoelens en cognities. Deze thema's zijn voor de patiënten in het begin allemaal moeilijk maar uiteindelijk weten ze deze te waarderen.

In het volgende zal duidelijk worden in welke samenhang de patiënten de genoemde thema's in hun eindevaluaties naar voren brengen. Bovendien zullen de bevindingen voor de achtergrond van de therapie worden besproken en in de context van bestaande literatuur worden gezet.

### *Relaties*

Ten eerste komt het thema relaties met medepatiënten en therapeuten naar voren. Daarbij blijkt dat de patiënten de relaties als waardevol beleven. Ze appreciëren vooral de aandacht en steun, het begrip, geduld en luisterend oor dat ze voornamelijk door medepatiënten en sociotherapeuten ervaren. De spiegel- en feedbackmomenten door medepatiënten en therapeuten ervaren de patiënten vooral in het begin als confronterend, maar achteraf als behulpzaam. Bovendien wordt in het begin van de therapie het contact met medepatiënten en het delen van overtuigingen, verhalen en emoties als moeilijk, maar uiteindelijk als leer- en behulpzaam beleefd. Hoewel de patiënten ook de tijd voor zichzelf (bijv. in de individuele therapie of in 'Beeldend') waarderen, appreciëren uiteindelijk alle patiënten vooral de gezelligheid en gemeenschap met anderen. Als kritiek met betrekking tot het thema relaties wordt slechts genoemd dat irritaties te uitgebreid in de vergaderingen worden besproken die daardoor soms vermoeiend en langdurig worden.

### *Achtergrond van de therapie*

Deze bevindingen komen met de achtergrond van schematherapie in een klinische setting overeen. Bij de behandeling met schematherapie in een klinische setting zijn de relaties in de groep een belangrijke factor voor de therapie. Daardoor worden op de ene kant de schema's van de patiënten zichtbaar en kunnen bewerkt worden (Thunnissen & Muste, 2002). Op de andere kant ziet de patiënt eigen gedrags- en gedachtepatronen ook bij anderen. Dit biedt de patiënt zowel veel herkenning als ruimte en begrip (Muste, 2008). Bovendien beleven de patiënten de therapeutische relatie als behulpzaam. Binnen de schemagerichte therapie sluit de therapeut door empathische confrontatie en beperkte 'reparenting' zo goed mogelijk aan bij de behoeftes van de patiënt. Daardoor krijgt de therapeut-patiëntenrelatie een bijzondere rol (van Vreeswijk et al., 2008, p. 14, p. 48). Uit de eindevaluaties blijkt dus dat de patiënten de bijzondere betekenis van de relaties met medepatiënten en therapeuten in de therapie niet alleen herkennen maar ook erg appreciëren. Bovendien bewijst de opkomst en de omschrijving van het thema relaties dat deze op bedoelde manier de behandeling ondersteunen.

### *Context van de literatuur: Relaties van mensen met persoonlijkheidsstoornis*

Verder kunnen de bevindingen door de bestaande literatuur over sociale vaardigheden van mensen met persoonlijkheidsstoornis verklaard worden: Ten eerste bleek uit het onderzoek van Chen et al. (2006) dat mensen met persoonlijkheidsstoornis problemen met sociale steun en interpersoonlijke relaties hebben. Ten tweede toonden ten Kate et al. (2007) in hun studie, in die ze kenmerken van mensen met persoonlijkheidsstoornis onderzochten, onder andere aan dat deze mensen een hoog niveau van inadequatie ervaren. Ofwel de onderzochte doelgroepen van ten Kate et al. (2007) en Chen et al. (2006) van dit onderzoek verschillen kan verondersteld worden dat hun bevindingen over mensen met persoonlijkheidsstoornis ook bij de doelgroep van dit onderzoek passen. Daaruit kan geconcludeerd worden dat de patiënten de gemeenschap met anderen waarderen en behulpzaam beleven, omdat ze voor het kliniekverblijf weinig tot geen sociale contacten hadden en in de kliniek voor het eerst worden begrepen, geaccepteerd en serieus genomen. Tegelijkertijd kan het verminderd sociaal en interpersoonlijk functioneren van mensen met persoonlijkheidsstoornissen ook een verklaring voor de geuite kritiek van de patiënten zijn. De patiënten geven aan dat irritaties te uitgebreid in de vergaderingen worden besproken die daardoor langdurig en vermoeiend worden. Een mogelijke verklaring zou dus kunnen zijn dat zich de patiënten vanwege hun verminderd sociaal en interpersoonlijk functioneren minder in andere mensen kunnen verplaatsen. Daardoor ervaren ze zowel meer irritaties als meer problemen bij het vinden van een oplossing of compromis. Deze veronderstelling wordt door een studie van Posner et al. (2002) ondersteunt die mensen met de Borderline persoonlijkheidsstoornis (BPD) onderzochten. Uit de resultaten bleek dat mensen met een BPD in vergelijking met een controlegroep moeilijkheden in de cognitieve controle en het oplossen van conflicten hadden. De onderzoekers veronderstelden bovendien een tekort aan empathie omdat empathie in verband staat met cognitieve controle. Hoewel de patiënten van dit onderzoek ook andere persoonlijkheidsstoornissen dan de BPD hebben, kan het onderzoek van Posner et al. (2002) tenminste een gedeeltelijke verklaring voor de kritiek van de patiënten zijn.

### *Context van de literatuur: Therapeutische relaties*

Naast het contact met de medepatiënten wordt ook de therapeutische relatie door de patiënten als behulpzaam beleefd. Deze bevinding wordt door het onderzoek van Spinhoven et al. (2007) ondersteunt. In het onderzoek beoordeelden patiënten met een Borderline persoonlijkheidsstoornis de therapeutische relatie bij de schematherapie en bij de

transference-focused psychotherapy (TFP). Uit de resultaten blijkt dat de patiënten de therapeutische relatie bij schemagerichte therapie positiever beoordeelden dan de TFP. Hoewel het onderzoek van Spinhoven et al. (2007) een kwantitatief onderzoek is die op de beoordelingen van de patiënt over de relatie berust, bleek toch dat de therapeutische relatie belangrijk bij de behandeling met schematherapie is.

De betekenis van de therapeutische relatie voor de behandeling brachten ook ten Kate et al. (2007) in hun onderzoek ter sprake. In de studie konden de onderzoekers een hoge drop-out percentage bij mensen met persoonlijkheidsstoornis aantonen die niet met de aard van de behandeling gerelateerd kon worden. Om deze reden concludeerden ze dat het drop-out vooral met aan de stoornis inherente persoonlijkheidskenmerken te maken heeft. Volgens ten Kate et al. (2007) is daarom het bevorderen van de therapeutische relatie en de hechting bij mensen met persoonlijkheidsstoornis van groot belang voor de therapietrouw.

Uit het onderzoek van Adler & McAdams (2007) kwam bovendien naar voren dat patiënten afhankelijk van hun mate aan psychologische gezondheid een bijzondere betekenis aan de relatie met hun therapeut hechten. De patiënten die aan het onderzoek deelnamen hadden aan het eind van hun behandeling allemaal een hoog stadium van ik-ontwikkeling bereikt. Een bijzondere betekenis aan de therapeutische relatie gaven echter alleen de patiënten die daarbij weinig subjectief welzijn ervoeren. Adler et al. (2008) kwamen in hun onderzoek tot dezelfde conclusie. Patiënten in een hoog stadium van ik-ontwikkeling maar met weinig ervaren welzijn vertellen een coherent verhaal over hun voortgang en de inspanning van hun therapeuten. Voor patiënten die een hoge mate aan welzijn ervaren is de therapeutische relatie maar minder belangrijk dan hun eigen ageren. Daarbij is de tevredenheid met de therapie en hun beoordeling echter onafhankelijk van het subjectief ervaren welzijn van de patiënten (Adler & McAdams, 2007).

Hoewel de onderzoeksopzetten van Adler & McAdams (2007) en Adler et al. (2008) van dit opzet verschillen kan ervan worden uitgegaan dat het patiëntenperspectief ook in dit onderzoek uitkomst over de psychologische gezondheid van de patiënten geeft. Omdat alle patiënten bijzondere waarde aan de relatie met de verschillende therapeuten hechten is te vermoeden dat de patiënten van dit onderzoek aan het eind van hun behandeling nog steeds weinig welzijn ervaren. De patiënten met een laag ervaren welzijn worden bovendien door Adler & McAdams (2007) als patiënten met weinig ervaren levenskwaliteit en chronische problemen beschreven. Deze beschrijving komt met de definitie van persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-IV-TR overeen (APA, 2000, p. 345-346) en ondersteunt het vermoeden.

## *Gevoelens*

Ten tweede is het contact met en het inzicht in hun emoties een belangrijk thema voor de patiënten. Ze blijken het contact vooral in het begin moeilijk te vinden, waarbij ze de confrontatie met hun gevoelens door experiëntiële technieken als bijzonder lastig ervaren. Het daaruit resulterend inzicht in de gevoelens en hun oorsprong ervaren ze echter als opluchtend omdat ze daardoor betekenis aan hun gevoelens kunnen geven.

## *Achtergrond van de therapie*

Gevoelens spelen een belangrijke rol bij de behandeling met schematherapie. De in de kinderjaren ontwikkelde dysfunctionele schema's sturen de gevoelens van een persoon en zijn verantwoordelijk voor het wel of niet uiten van bepaalde gevoelens. De nadruk van de therapie ligt dus op het belang van het voelen en uiten van de onderdrukte emoties. Dit wordt bij de behandeling middels experiëntiële technieken bereikt door de onderdrukte gevoelens van toen en heden en hun oorsprong aan de patiënt bewust te maken (van Vreeswijk et al. 2008, p. 10-13). Het is dus begrijpelijk dat het contact met jarenlang onderdrukte gevoelens voor de patiënten moeilijk en confronterend is maar dat ze het nu kunnen uiten en begrijpen ook als opluchtend beleven.

## *Context van de literatuur*

Verder komen de gevonden uitkomsten met de studie van ten Napel-Schutz et al. (2011) naar het patiëntenperspectief op de introductie van imaginatieoefeningen binnen schematherapie overeen. Uit de resultaten blijkt dat de patiënten in het begin moeilijkheden hadden met oefeningen met het doel emoties met betrekking tot de onderliggende schema's uit te lokken. Deze losten zich echter met toenemende ondervinding op en de deelnemers konden de oefeningen waarderen. In vergelijking met dit onderzoek werden de deelnemers in de studie van ten Napel-Schutz et al. (2011) echter expliciet gevraagd over hun ervaringen na te denken. In dit onderzoek beschreven de patiënten maar moeilijkheden in het contact met emoties in het begin zonder dat ze daarop attent gemaakt werden. Het contact en het inzicht in hun emoties blijkt voor de patiënten dus een belangrijk thema te zijn omdat het in de evaluaties veel naar voren komt zonder dat ze daarop attendeert werden. Daarbij is te vermoeden dat de uiteindelijke waardering van het thema door de patiënten ook als bij ten Napel-Schutz et al. (2011) met de toenemende ondervinding aan de verschillende technieken te maken heeft.



Bovendien blijkt uit het onderzoek van ten Kate et al. (2007) dat mensen met persoonlijkheidsstoornis meer spanning bij het uiten en ervaren van zowel positieve als negatieve emoties ervaren. Daardoor worden de door de patiënten aanvankelijke ervaren moeilijkheden met hun emoties ondersteunt.

### *Cognities*

Ten derde is het thema cognities van bijzondere betekenis voor de patiënten. Daarbij beschrijven ze zowel het contact met en begrijpen van hun cognities als het ver- en bewerken daarvan. In de therapieblokken wordt het contact en de confrontatie met hun zelfbeeld, dus vooral met negatieve overtuigingen van zichzelf, als ingrijpend en erg confronterend beleefd. Uiteindelijk appreciëren ze echter het daaruit resulterend inzicht omdat ze begrijpen dat de werkelijkheid soms anders ligt dan gedacht en hun zelfbeeld veranderd. Bovendien helpt hem de therapie bij het begrijpen van hun eigen gedrag en daardoor bij het begrijpen van zichzelf en de reacties van anderen. Verder waarderen de patiënten het ordenen van hun cognities over gebeurtenissen uit hun verleden en over hun huidige omstandigheden. Daardoor krijgen ze deze en daarmee samenhangende gevoelens helder en overzichtelijk en beleven dit als bevrijdend en opluchtend. Daarbij ervaren ze vooral het therapieblok 'Beeldend' als behulpzaam. Bovendien wordt het verkrijgen van theoretische kennis over hun problemen en de therapie door de patiënten als leerzaam en interessant beleefd. Ze geven echter ook aan dat het op een gegeven moment genoeg theorie was en ze vroeger van het theoretisch blok 'Cognitief' naar het gevoelsblok 'Ervaringsgericht' hadden gewild en met de overstap minder voorzichtig mag worden omgegaan.

### *Achtergrond van de therapie*

Schema's hebben niet allen invloed op de gevoelens van een persoon maar ook op zijn cognities. Bij de behandeling met schematherapie is het herkennen en bewustmaken van de cognities belangrijk die uit de schema's van de patiënt voortvloeien. Daarvoor worden in de therapie cognitieve technieken gebruikt die het bovendien mogelijk maken de cognities op hun juistheid te onderzoeken en zo nodig te corrigeren (van Vreeswijk et al., 2008, p. 13, p. 50). Omdat de schema's uit die de cognities voortvloeien echter persistent en rigide voor verandering zijn (Schippers, 1999, p. X) is het begrijpelijk dat het herkennen, en toetsen van de eigen cognities voor de patiënten in het begin lastig en soms pijnlijk is en ze de verworven inzichten over zichzelf en hun omstandigheden pas later appreciëren.

## *Context van de literatuur*

Bovendien blijkt uit het onderzoek van ten Kate et al. (2007) ook dat mensen met persoonlijkheidsstoornis een lage zelfwaardering hebben. Deze bevindingen maakt de moeilijkheden van de patiënten bij het tegenkomen van hun zelfbeeld begrijpelijk omdat het betekent dat ze met negatieve overtuigingen over zichzelf geconfronteerd worden.

Verder kan het onderzoek van ten Napel-Schutz et al. (2011) ook een verklaring voor de aanvankelijke moeilijkheden van de patiënten met het contact met hun cognities zijn. In hun onderzoek beschrijven de patiënten in het begin moeilijkheden met bepaalde technieken die zich echter naar toenemende ondervinding oplossen. Ofwel deze technieken betrekking hebben tot het uiten van emoties is te vermoeden dat hetzelfde ook voor technieken met betrekking tot de cognities van de patiënt geldt. Reden daarvoor zou kunnen zijn dat waarschijnlijk zowel het contact met hun emoties als met hun cognities voor de patiënten een nieuwe ervaring is die in het begin angst en onbehagen oproept maar uiteindelijk apprecieert wordt.

Bovendien wordt vanuit de literatuur een mogelijke verklaring gegeven voor de waardering van de patiënten voor het ordenen van hun cognities. Patiënten met persoonlijkheidsstoornis werden vaak op hun kinderleeftijd fysisch, psychisch of seksueel misbruikt (Bierer et al. 2003). Deze traumatische gebeurtenissen en de bijhorende sensaties en gevoelens worden vaak in dissociaties herinnerd. Deze kunnen de patiënten achteraf echter vaak niet begrijpen en in een samenhang brengen omdat zich hun bewustzijn voor de traumatische ervaringen afsluit. Bovendien kunnen trauma's de beleving van nieuwe ervaringen beïnvloeden en ontregelen (Bremner & Marmar, 2002, p. 7). Dit zou kunnen betekenen dat de patiënten het ordenen van hun cognities over gebeurtenissen en de bijhorende emoties waarderen omdat ze begrijpen waar hun tegenwoordige problemen vandaan komen. Ze kunnen dus betekenis aan cognities en herinneringsfragmenten geven en deze toewijzen.

Bij het ordenen van hun cognities beleven de patiënten vooral het therapieblok 'Beeldend' als behulpzaam. Ook in samenhang met andere voor de patiënten belangrijke thema's (als b.v. "Tijd voor zichzelf" en "Inzicht in gevoelens") wordt het therapieblok 'Beeldend' vaak genoemd. De patiënten waarderen dat ze zich in dit blok op een andere manier dan praten, kunnen uiten en voor zichzelf bezig kunnen zijn. Bovendien waarderen ze de combinatie van met andere blokken als bijvoorbeeld 'Trauma' omdat ze opgeroepen emoties in 'Beeldend' kunnen tonen. Deze resultaten worden door de stand van de

wetenschap over kunstzinnige therapie ondersteunt. De invloed van kunstzinnige therapie op de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen is echter tot nu toe niet of nauwelijks onderzocht. Het blijkt maar dat kunst een effectieve methode is om bijvoorbeeld traumatische ervaringen en herinneringen uit te drukken en te verwerken. Daarbij maakt de patiënt gebruik van een intern proces van betekenisgeving die in zijn beeldend werk duidelijk wordt voordat hij het bewust kan begrijpen (Appleton, 2001).

### *Samenvattend conclusie*

Samenvattend is te concluderen dat de drie codefamilies respectievelijk de gevonden thema's goed bij de bedoeling van schematherapie in een klinische setting aansluiten. De patiënten wijden dus in hun eindevaluaties bijzondere aandacht aan thema's die ook in de zin van schemagerichte therapie belangrijk zijn en ervaren deze als moeilijk maar uiteindelijk als waardevol, inzicht gevend en leerzaam.

## 4.2 Kritische Reflectie

Vervolgens zullen in een kritische reflectie zowel de sterke punten als de beperkingen van het onderzoek duidelijk worden. Deze worden ten eerste met betrekking tot het onderzoek in geheel, ten tweede tot de gebruikte analyse en ten derde met betrekking tot de gebruikte eindevaluaties besproken.

### *Het onderzoek*

In dit onderzoek worden de ervaringen van de patiënten en de voor hen belangrijke thema's duidelijk. Daardoor levert de studie belangrijke gegevens voor het groter onderzoek tussen 'de Wieke' en de Universiteit Twente, 'Een evaluatie van schemagerichte klinische groepsbehandeling'. Verder werden de aanbevelingen van ten Napel- Schutz et al. (2011), het perspectief van de patiënt en zijn ervaring met schemagerichte therapie verder te onderzoeken, omgezet. Bovendien werd in het onderzoek de stem aan de patiënt gegeven en zich op het domein geconcentreerd dat we volgens Adler & McAdams (2007) het meest proberen te beïnvloeden: de subjectieve ervaring van de patiënt. Daardoor levert het onderzoek een bijdrage aan de verbetering van schemagerichte therapie en de wetenschappelijke literatuur wordt om een tot nu toe zelden kwalitatief onderzoek van schematherapie aangevuld.

## *Analyse*

Door middel van de methode van inductief coderen werd helemaal opengestaan voor de ervaringen van de patiënt. Daardoor is een coderingsschema ontstaan dat puur op basis van de ervaringen van de cliënten is ontwikkeld en niet door een theorie beperkt werd. Het coderingsschema is op basis van 11 vanuit de 16 evaluaties ontwikkeld en op basis van de overige vijf verzadigd. Dit betekent dat niet te verwachten is dat nog meer thema's naar voren komen wanneer nog meer eindevaluaties van patiënten van 'de Wieke' geanalyseerd worden. De gevonden resultaten kunnen daarom op de behandeling bij 'de Wieke' gegeneraliseerd worden.

Bij de ontwikkeling van het coderingsschema was de toewijzing aan de codefamilies moeilijk omdat er enige discussie over het toewijzen van de codes "Begrijpen van eigen gedrag", "Ordening" en "Theorie" op kwam. Toen bestond echter in plaats van de familie "Cognities" de familie "Gedachtes" en de drie codes pasten volgens de onderzoeker niet goed bij deze familie. In het begin van het onderzoek was daarom voor deze codes een aparte codefamilie met de naam "Overige codes" ontwikkeld omdat ze niet helemaal duidelijk toegewezen kunnen werden. Later koos de onderzoeker echter de toen nog bestaande familie "Gedachtes" in "Cognities" om te dopen omdat hij de drie "overige codes" opnieuw had onderzocht en vaststelde dat het bij "Begrijpen van eigen gedrag" vooral om de inzichten over het eigen gedragen van de patiënt, bij "Ordening" om de gedachtes over gebeurtenissen en bij "Theorie" om het theoretisch begrijpen van de eigen problemen van de patiënt gaat. In dit onderzoek is dus voor deze oplossing gekozen en het ontwikkelde coderingsschema kan ook in andere instelling voor dezelfde onderzoek worden gebruikt. Ofwel te verwachten is dat de codes ook in andere context terug gevonden zullen worden is aan te raden deze oplossing voor een ander instelling te verifiëren.

Nadeel van het onderzoek is maar de subjectiviteit bij het analyseren van de eindevaluaties. Hoewel de codes duidelijk gedefinieerd zijn, spelde bij het toewijzen van de codes de persoonlijke inschatting van de onderzoeker altijd mee. Bovendien werd ervoor gekozen om meerdere codes aan een zin of tekstfragment toewijzen te kunnen omdat deze soms verschillende ervaringen bevatten. Daardoor was het vooral bij de waarderende "Relatiecodes" soms lastig een duidelijke grens tussen de codes te trekken. Sommige grenzen tussen de codes moeten dus nog gespecificeerd worden.

## *Eindevaluaties*

Als boven geschreven, kunnen de gevonden resultaten en getrokken conclusies op ‘de Wieke’ gegeneraliseerd worden omdat de eindevaluaties allemaal vanuit een instelling komen. Om echter wereldwijde fundamentele consequenties voor de behandeling met schemagerichte therapie te trekken, moeten nog eindevaluaties van patiënten uit andere instellingen en landen onderzocht worden. In dit onderzoek konden maar niet meer instellingen werden betrokken omdat het om een onderzoek gaat in opdracht van ‘de Wieke’-Mediant. Daarom kunnen geen conclusie over de ervaringen van de patiënten uit andere instellingen worden getrokken en alleen vermoedt worden dat onderzoek in andere instellingen vergelijkbare resultaten oplevert.

Verder werden de eindevaluaties in het kader van de therapie geschreven. Ethisch gezien was het voordeel daarvan dat de patiënten voor het onderzoek geen extra interviews moesten ondergaan. Bovendien vergemakkelijkte dit het onderzoek omdat de teksten niet transcribeert moesten worden en de dataverzameling verhoudingsgewijs spoedig mogelijk was. Het nadeel van eindevaluaties die in het kader van de therapie zijn ontstaan is echter dat sommige uitspraken van de patiënten de sociaal wenselijke bias kunnen bevatten omdat de patiënten wisten dat hun evaluaties door de therapeuten en medepatiënten worden gelezen. Verder zijn Adler et al. (2008) van mening dat een evaluatie tijdens de therapie niet over de hele therapie evalueert omdat het oogmerk van de patiënt steeds een bepaalde periode omvat. Een evaluatie in het kader van de therapie geeft dus volgens Adler et al. (2008) weinig uitkomst daarover hoe de patiënt zijn therapie-ervaringen in zijn narratieve identiteit integreert. Voor dit onderzoek zou dat expliciet betekenen dat de onderzochte eindevaluaties wel inzicht in de ervaringen van de patiënten met schematherapie aan het eind van hun behandeling geven. Hoe de patiënten echter na hun ontslag over de hele behandeling als bredere ervaring zullen evalueren, kan volgens Adler et al. (2008) in dit onderzoek niet duidelijk worden.

Tot slot zijn de evaluaties alleen op basis van de therapieblokken die door de patiënten beschreven worden geanalyseerd. Het wordt dus nagegaan hoe de patiënten de blokken die ze beschrijven, hebben ervaren. Het wordt echter niet duidelijk hoe de patiënten de therapieblokken beleefden die ze niet in hun eindevaluaties noemen omdat alleen met de informatie uit de evaluaties gewerkt werd. Bovendien werd de verhaallijn van de eindevaluaties in het onderzoek niet gerespecteerd.

De beschreven beperkingen kunnen echter met aanvullend onderzoek gerelativeerd of zullen in vervolgonderzoek in aanmerking genomen worden.

### 4.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoeken wordt vooral aanbevolen ook eindevaluaties vanuit andere instellingen en landen met het ontwikkelde coderingsschema te analyseren. Daardoor kan verifieerd worden of het ontwikkelde coderingsschema en de gevonden resultaten op andere instellingen kunnen worden overdragen. Bovendien is het betrekken van evaluaties vanuit andere instellingen en landen voor het wereldwijde generaliseren van de resultaten op schematherapie belangrijk.

Verder kan worden aanbevolen in vervolgonderzoeken ook met de verhaallijn van de patiënten rekening te houden. Daardoor kunnen veranderingen in de ervaring met de therapie nog duidelijker naar voren worden gebracht. Bovendien kunnen ook evaluaties vanuit het begin van de behandeling met de eindevaluaties worden vergeleken om te onderzoeken of zich de beleving van de patiënt veranderd als zijn persoonlijkheidspathologie afneemt. Verder zullen evaluaties die na het ontslaan van de patiënt worden geschreven bij het onderzoek worden betrokken omdat volgens Adler et al. (2008) alleen deze over de hele behandelingservaring evalueren.

Volgens Adler et al. (2007) en Adler & McAdams (2007) geven de verhalen niet alleen uitkomst over de behandelingsmethode maar ook over de psychologische gezondheid van de patiënten. Daardoor zal het bovendien mogelijk zijn in de verhalen van de patiënten naar te gaan in hoeverre hun ervaring van schematherapie in samenhang met hun behandelingssucces staat. Dit kan echter ook onderzocht worden door de samenhang tussen effectmetingen met het patiëntenperspectief te vergelijken. Bijkomend kan daardoor de effectiviteit voor persoonlijkheidsstoornissen anders dan de Borderline Persoonlijkheidsstoornis benadrukt worden omdat tot nu toe de effectiviteit van schematherapie vooral voor deze stoornis is onderzocht.

### 4.4 Afsluitend commentaar

Tot slot kan geconcludeerd worden dat het onderzoek ondanks zijn beperkingen van toegevoegde waarde is en belangrijke gegevens voor zowel 'de Wieke' als opdracht gevende instelling als voor de wetenschappelijke literatuur over het patiëntenperspectief op schemagerichte therapie oplevert.

Onderzoeken naar het perspectief van de patiënt zijn zelden. Deze studie geeft echter veel inzicht in de ervaringen van de patiënten van schemagerichte therapie en brengt voor de patiënten belangrijke thema's naar voren. Daarbij blijken de belangrijkste inzichten te zijn dat de patiënten de relaties met medepatiënten en therapeuten en de confrontatie en het inzicht in hun emoties en cognities als moeilijk en lastig, maar uiteindelijk als behulpzaam en bijzonder waardevol ervaren. In samenhang met deze thema's waarderen de patiënten vooral de kunsttherapie waarin ze zich op een individuele manier met hun problemen bezig kunnen houden.

We weten dus door deze studie niet alleen dat schematherapie op bedoelde manier effectief is maar ook wat voor de patiënten belangrijk is bij de behandeling. Bovendien weten we nu dat de therapie door de patiënten als moeilijk wordt ervaren maar ook dat ze het belang en het nut van de therapieblokken en- technieken herkennen. Gericht op de praktische toepassing bieden de gewonnen inzichten dus de mogelijkheid op bijv. de kritiek met betrekking tot het overstap van 'Cognitief' naar 'Ervaringsgericht' in te gaan. Daarbij kan bijv. het therapierooster zodanig worden aangepast dat de patiënten vroeger met 'Ervaringsgericht' beginnen of de ene week in 'Cognitief' en de volgende in 'Ervaringsgericht' zitten. Verder kan de bijzondere waardering van het therapieblok 'Beeldend' in het rooster worden opgenomen. Daarbij kan bijvoorbeeld een extra, vrijwillig blok of een open kamer waar iedereen te allen tijde mag werken, worden aangeboden. Door het laatste zal bovendien ook meer tijd voor zichzelf worden geboden die de patiënten ook erg waarderen. Bovendien kan erover nagedacht worden de patiënten de mogelijkheid te geven zich te kunnen terugtrekken als ze tijd voor zichzelf nodig hebben. Dit kan bijv. worden omgezet door een extra kamer ter beschikken te stellen die de patiënten op navraag mogen gebruiken en waar ze voor zichzelf kunnen werken of ontspannen.

De door het onderzoek gewonnen inzichten geven onderzoekers en therapeuten houvast om ondanks weerstand en moeilijkheden die bij hun patiënten optreden, door te gaan omdat duidelijk werd dat schematherapie niet alleen vanuit de effectiviteitsstudies werkt maar ook vanuit het patiëntenperspectief.

## Referenties

- Adler, J. M., Skalina, L. M. & McAdams, D. P. (2008). The narrative reconstruction of psychotherapy and psychological health. *Psychotherapy Research*, 18, 719-734.
- Adler, J. M. & McAdams, D. P. (2007). Telling stories about therapy: Ego development, Well-being and the therapeutic relationship. In Josselson, R., Lieblich, A. & McAdams, D. P. (Ed.), *The Meaning of Others. Narrative Studies of Relationships* (pp. 213-232). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierde editie, tekst revisie (DSM.IV-TR)*. Harcourt Assesment BV.
- Appleton, V. (2001). Avenues of Hope. Art Therapy and the Resolution of Trauma. *Journal of American Art Therapy Association*, 18, 6-13.
- Arntz, A. (2010). Een beknopte geschiedenis van schematherapie. *Psychopraktijk*, 5, 15-18.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A. & Arntz, A. (2012). Design of a multicentered randomized control trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders. *BMC Public Health*, 12, 75.
- Beard, J. R., Heathcote, K., Brooks, R., Earnest, A. & Kelly, B. (2007). Predictors of mental disorders and their outcome in a community based cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 623-630.
- Bremner, J. D. & Marmar, C. R (2002). *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press.
- Bierer, L. M., Yehuda, R., Schmeidler, J., Mitropoulou, V., New, A. S., Silverman, J. M. & Siever, L. J (2003). Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectrums*, 8, 737-740.



- Chen, H., Cohen, P., Kasen, S. & Johnson, J. G. (2006). Adolescent Axis I and Personality Disorders predict Quality of Life during Adulthood. *Journal of Adolescent Health, 39*, 14-19.
- Cramer, V., Torgersen, S. & Kringlen, T. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 178-184.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized control trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40*, 317-328.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*, 649-658.
- Houston, W. J., Mainous, A. G. & Schilling, R. (1996). Patients with personality disorders: Functional status, health care utilization and satisfaction with care. *Journal of Family practice, 42*, 54-60.
- Hunt, S. M. & McKenna, S. P. (1993). *Measuring quality of life in psychiatry*. In *Quality of Life Assessment: Key issues in the 1990s*. In S. R. Walker & R. M. Rossner (Ed.), (pp. 343-354). Boston: Kluwer Academic.
- Lim, D., Sanderson, K. & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 3*, 139-146.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F. & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorder. *Behavior Research and Therapy, 46*, 854-860.

- Muste, E. H. (2008). *Schematherapie in een klinische (groeps-) setting*. In Van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (Ed.). *Handboek Schematherapie: Theorie, Praktijk en onderzoek* (pp. 163-169). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Wensing, M., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P. & van Dyck, R. (2009). Implementation of Outpatient Schema therapy for Borderline Personality Disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: a randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Nakao, K., Gunderson, J. G., Phillips, K. A., Tanaka, N., Yorifuji, K., Takaishi, J. & Nishimura, T. (1992). Functional Impairment in Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 24-33.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Oltmanns, T. F., Melley, A. H. & Turkheimer, E. (2002). Impaired social functioning and symptoms of personality disorders assessed by peer and self-report in a non-clinical population. *Journal of Personality Disorders*, 16, 437-452.
- Posner, M. I., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K. N., Evans, D. E. Thomas, K. N. & Clarkin, J. F. (2002). Attentional mechanisms of Borderline Personality Disorder. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America (PNAS)*, 99, 16366-16370.
- Rijkeboer, M. van Genderen, H. & Arntz, A. (2007). *Schemagerichte therapie. Handboek voor Persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schippers, G. M. (1999). *Woord vooraf*. In Young, J. E. & Pijnaker, H. (Ed.), *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen. Een schemagerichte benadering* (pp. IX-X). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout, R.L., Bender, D.S., Grilo, C.M., Shea, M.T., Zanarini, M.C., Morey, L.C., Sanislow, C. A. & Oldham, J. M.(2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 159, 276-283.
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R. & van Busschbach, J. J. (2008a). The Economic Burden of Personality Disorder in Mental Health Care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 259-365.
- Soeteman, D. I., Verheul, R. & van Busschbach, J. J. (2008b). Een prijzige stoornis. *Medisch Contact*, 4, 160-162.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K. & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 104–115.
- Ten Kate, C. A., Eurelings-Bontekoe, E. H. M., Muller, N. & Spinhoven, Ph. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg Prevalentie, kenmerken, behandelindicatie en drop-out. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49, 597-609.
- Ten Napel-Schutz, M. C., Abma, A. T., Bamelis, L. & Arntz, A. (2011). Personality Disorders Patients' Perspectives on the Introduction of Imagery Within Schema Therapy: A Qualitative Study of Patients' Experiences. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 482-490.
- Thunnissen, M. M. & Muste, E. H. (2002). Schematherapie in de klinisch – psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 122-131.

- Verheul, R. & van den Brink, W. (1999). *Persoonlijkheidsstoornissen*. In A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel e.a. (Ed.), *Handboek psychiatrische epidemiologie* (pp. 347-378). Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Nadort, M. (2008). *Handboek Schematherapie: Theorie, Praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J. & Schurink, G. (2009). *Mindfulness en schematherapie. Praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Willemsen, E. (2005). Schema focused psychotherapy. RINO-workshop door Jeffrey Young. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 31, 254-256.
- Young, J. E. & Kellog, S. H. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.