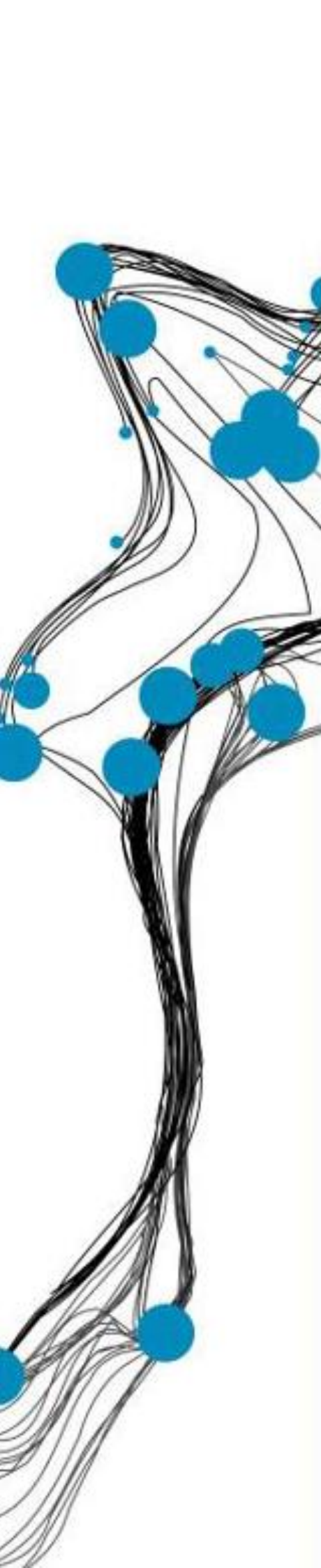




De werkzame factoren van klinische schematherapie

Een exploratief onderzoek naar de perspectieven van
cliënten en therapeuten

Faculty of Behavioural, Management and Social Sciences
Positive Psychology & Technology
Masterthesis

Eerste begeleider: Prof. Dr. G.J. Westerhof

Tweede begeleider: Dr. M.L. Noordzij

Student: V. A. Wonnink

Studentnummer: S1683918

Datum: 28 november 2019

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘De werkzame factoren van klinische schematherapie’. Het onderzoek voor deze scriptie is uitgevoerd bij de Boerhaven Kliniek in Hengelo waar ik ook mijn stage heb mogen lopen. Deze scriptie is geschreven in het kader van mijn afstuderen van de master Positieve Psychologie & Technologie aan de Universiteit Twente. Van maart 2019 tot en met november 2019 ben ik bezig geweest met het onderzoek en het schrijven van de scriptie.

Het onderzoek van deze scriptie is gebaseerd op het onderzoek van Peter Hoekenga. Peter heeft mij in de afgelopen maanden geholpen door mee te denken over mijn data en mee te kijken naar mogelijke verklaringen voor de bevindingen. Hier ben ik hem heel dankbaar voor. Ook wil ik mijn eerste begeleider Gerben Westerhof bedanken voor zijn enthousiaste begeleiding en de vrijheid die hij me gaf in het maken van mijn eigen keuzes. Daarnaast wil ik mijn tweede begeleider Matthijs Noordzij bedanken voor zijn duidelijke feedback en kritische blik. Verder wil ik Peter ten Klooster bedanken voor zijn hulp en uitleg bij de onderzoeksmethode.

Bij deze wil ik ook graag de cliënten en therapeuten van de Boerhaven bedanken voor de leerzame stage die ik daar heb mogen lopen. Daarbij wil ik graag alle participanten van het onderzoek bedanken voor hun deelname. Zonder hun medewerking had ik dit onderzoek nooit kunnen voltooien.

Verder wil ik graag alle mensen bedanken die mij hebben geholpen bij het schrijven van deze scriptie. Zo ben ik mijn ouders en mijn vriend erg dankbaar voor hun moeite om mijn scriptie te controleren en te verbeteren. Daarnaast wil ik mijn ouders, mijn vriend en mijn vrienden bedanken voor hun ondersteuning en motiverende woorden tijdens het schrijfproces.

Bedankt allemaal!

Vera Wonnink

Enschede, 28 november 2019

Samenvatting

Aanleiding. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in klinische, schemagerichte groepstherapie. Het wetenschappelijke effectonderzoek naar deze behandeling is veelbelovend, maar staat nog in de kinderschoenen. Daarnaast is over de inhoudelijke werking van de behandeling en over de perspectieven van de cliënten en de therapeuten erop vooralsnog niks bekend. Hierdoor is ook niks bekend over de overeenstemming tussen cliënt en therapeut, terwijl dit wordt gezien als een voorspeller van effectieve therapie. In dit onderzoek zijn de perspectieven van cliënten en therapeuten op de werkzame factoren van de eergenoemde behandeling onderzocht en vergeleken. Hierdoor is er inzicht verkregen in de relatieve waarde van de werkzame factoren, en in de mate van overeenstemming hierover tussen de cliënten en de therapeuten.

Methode. Het onderzoek heeft plaatsgevonden bij een klinische, schemagerichte groepstherapie voor persoonlijkheidsproblematiek. In totaal hebben 38 cliënten en 17 therapeuten geparticipeerd. Om de perspectieven van de cliënten en therapeuten te analyseren en te vergelijken is er gebruik gemaakt van de Q-methodologie. Hierbij werden de participanten gevraagd om 54 aspecten van de behandeling te rangordenen van ‘meest belangrijk voor de behandeling’ tot ‘minst belangrijk voor de behandeling’. De resultaten hiervan zijn door middel van factoranalyse onderzocht, waarbij twee passende modellen zijn gevonden om de data te verklaren: de één- en de drie-factoranalyse. Vervolgens zijn de groepen van de drie-factoranalyse met elkaar vergeleken om de verschillen in meningen te verklaren.

Resultaten. Bij de één-factoranalyse werd een representatieve Q-sort gevonden waar 52 van de 55 participanten significant op scoorden. Hierbij werd het bewust worden en uiten van gevoelens, gedachtes en gedrag, in verbinding met anderen, gezien als belangrijkste voor de behandeling. De praktische zaken van de behandeling, die niet direct het emotionele betreffen of faciliteren, werden als minst belangrijk ervaren. Bij de drie-factoranalyse zijn drie groepen van participanten gevonden die verschillende elementen van de behandeling meer waardeerden. Eén groep (A) vond vooral het emotionele aspect van de behandeling belangrijk en legde hierbij meer nadruk op de ontwikkeling van het individu. Een andere groep (B) ervoer de verbinding die cliënten met elkaar aangingen en de zaken die ze hiervan konden leren als het belangrijkste. De laatste groep (C) vond de autonomie van de cliënt en het ervaren van plezier het meest van belang voor de behandeling. Deze drie groepen vonden de praktische zaken van de behandeling ook het minst belangrijk. Er is een aantal verschillen tussen de groepen gevonden; zo bestaat groep C uitsluitend uit cliënten, is deze groep significant jonger dan de andere groepen en heeft deze groep significant korter na het ontslag meegedaan aan het onderzoek.

Conclusie. Er blijkt een grote mate van overeenstemming te zijn tussen de perspectieven van cliënten en de therapeuten op de werkzame factoren van de behandeling. Deze overeenstemming is veelbelovend voor de behandeling. Daarentegen bleek echter ook dat cliënten bepaalde aspecten van de behandeling als belangrijk ervaren, waarvan de therapeuten mogelijk de waarde nog onvoldoende inzien. Om deze reden blijft het voor de ondersteuning van therapieën, en het inzicht in de werking ervan, relevant om cliënten en therapeuten te vragen naar hun perspectieven op de behandeling.

Abstract

Background: The goal of this research is to gain more insight into clinical, schema-focused group therapy. The existing research on the effects of this treatment is promising, but still in its infancy. Thus far, no research is published about the inner workings of the treatment nor about the perspectives from clients or therapists on it. Therefore, nothing is known about the concurrence between clients and therapists either, while this concurrence is related to the effectiveness of the therapy. In this research, the perspectives of the clients and therapists on the working factors of the aforementioned treatment are analysed and compared. This analysis provides an insight into the perceived value of the working factors, and into the degree of concurrence between clients and therapists about it.

Method: The research was conducted in a clinical, schema-focused group therapy for personality disorders. In total, 38 clients and 17 therapists participated. To analyse and compare the perspectives of the participants, the Q-method was adopted. Accordingly, the participants were asked to rank 54 aspects of the treatment from 'most important to the treatment' to 'least important to the treatment'. The results were examined through factor analysis. Consequently, two fitting models were found to interpret the data: the one-factor and the three-factor analysis. Subsequently, to justify the differences in opinions, the groups of the three-factor analysis were compared to one another.

Results. A representative Q-sort was found in the one-factor analysis on which 52 of the 55 participants matched significantly. They considered becoming aware of and expressing one's emotions, thoughts and behaviour most important to the treatment. The practicalities of the treatment, not directly concerning or facilitating the emotional element, were considered least important. In the three-factor analysis, three groups, having different opinions on the importance of the treatment aspects, were found. One group (A) considered the emotional aspect of the treatment most valuable, and they emphasized on the development of the individual. Another group (B) deemed the connection between clients and the lessons they could learn from one another as most valuable. The last group (C) considered the autonomy of the client and experiencing fun as most valuable for the treatment. These three groups also perceived the practicalities of the treatment as least important. Several differences between the groups were found; i.e. the participants in group C were all clients, significantly younger than the participants in the other groups, and a significantly shorter time had passed between the end of their treatment and participation.

Conclusion. The results show a high level of concurrence between the perspectives of the clients and therapists on the working factors of the treatment. This concurrence is favourable for the treatment. Nevertheless, it also appeared that clients deemed particular aspects of the treatment important, of which the therapists might not sufficiently recognize the value yet. Hence, for the support of therapies and to gain an insight into their inner workings, it remains relevant to ask clients and therapists about their perspectives on the treatment.

Inhoudsopgave

Inleiding.....	6
Methode.....	10
Setting en Participanten.....	10
Instrument.....	11
Procedure.....	13
Data-analyse	13
Resultaten.....	15
De meest en minst belangrijke werkzame factoren van de behandeling	15
De verschillende groepen met overeenkomende meningen over de behandeling	16
Factor A: Bewustwording en uiting van de eigen emoties	18
Factor B: Inzicht door verbinding met andere cliënten	18
Factor C: Autonomie en plezier.....	20
Verklaringen voor de verschillende meningen van de groepen.....	21
Discussie	22
Literatuur.....	28
Bijlage 1: Q-set.....	32
Bijlage 2: Uitleg afname Q-sort en interview achteraf.....	33
Bijlage 3: Toestemmingsverklaringsformulier	34

Inleiding

“De belangrijkste les is misschien dat therapeuten er niet automatisch van mogen uitgaan dat zij de ervaringen van de patiënt tijdens het therapie-uur werkelijk begrijpen. Patiënt en therapeut verkeren in verschillende innerlijke werelden, en het is mogelijk dat ze de therapiesessie volstrekt verschillend ervaren. Bovendien herinneren beiden zich telkens andere aspecten van hun ervaring, waaraan ze belang hechten. Neem bijvoorbeeld al mijn prachtige interpretaties: Ginny nam er niet eenmaal notie van! In plaats daarvan legde zij op heel andere dingen de nadruk, vaak op die onopvallende intermenselijke voorvallen die met onze verhouding tot elkaar te maken hadden – bijvoorbeeld dat ik moest lachen om een grappige opmerking van haar of dat ik haar een compliment maakte over haar kleding.”

- Dr. Irvin D. Yalom in *‘In therapie: beschouwingen van psychiater en patiënt’* (2014, p. 313-314)

Het boek ‘In therapie’ is het resultaat van een afspraak tussen psychiater Irvin Yalom en zijn patiënt Ginny Elkin. De afspraak is dat ze beiden, als onderdeel van de therapie, over elke sessie een verslag schrijven en deze na een aantal maanden uitwisselen om aan elkaar te laten lezen. In deze verslagen komt het verschil in de beleving van de therapie van therapeut en cliënt telkens sterk naar voren. Meningeën die therapeuten en cliënten hebben over therapie blijken sterk te kunnen verschillen. Dit verschil tussen de perspectieven van de cliënten en de therapeuten op de behandeling wordt in het onderzoek van deze scriptie verder onderzocht. Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in klinische, schemagerichte groepstherapie. Dit wordt gedaan door de cliënten en de therapeuten van zo een therapie te vragen naar hun meningeën over de werkzame factoren van de therapie en deze meningeën met elkaar te vergelijken. Op deze manier worden twee subdoelen behaald: er wordt inzicht verkregen in de relatieve waarde van de werkzame factoren van de behandeling, en er wordt inzicht verkregen in de mate van overeenstemming hierover tussen de cliënten en de therapeuten.

De ideeën over de relevantie van het perspectief van de cliënten op de behandeling zijn de afgelopen decennia veranderd. Zo werd er vroeger voornamelijk gehandeld vanuit het (bio)medische model, waarbij de behandelaar de expert was en alle verantwoordelijkheid droeg (van der Molen, Perreijn, & van den Hout, 2010). Tegenwoordig wordt er binnen de psychologie gewerkt vanuit het biopsychosociale model, waarbij er, naast de verantwoordelijkheid van de therapeut, meer nadruk wordt gelegd op de subjectieve ervaring van de cliënt (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004). Er zijn meerdere argumenten ten gunste van zorg waarbij de ervaring van de cliënten ook in acht wordt genomen, zoals het bewaren van de autonomie van de cliënt en het faciliteren van zelfdeterminatie (Deci & Ryan, 2002). Een ander argument is dat het bevorderlijk is dat cliënten het eens zijn met hun behandeling. Zo blijkt uit onderzoek dat cliënten die betrokken worden bij het besluitvormingsproces over hun behandeling meer tevredenheid ervaren, een grotere kans hebben om de behandeling te vervolledigen en betere klinische resultaten behalen vergeleken met cliënten die geen autonomie hebben over hun behandeling (Lindhiem, Bennett, Trentacosta, & McLearn, 2014). Het belang van het in acht

nemen van het perspectief van de cliënt komt ook naar voren in de richtlijnen voor *evidence-based practice in psychology* (EBPP) van de American Psychiatric Association (APA; 2006). Deze richtlijnen zorgen ervoor dat binnen de psychologische praktijk met wetenschappelijk onderbouwde methodes wordt gewerkt. Binnen deze richtlijnen wordt gesteld dat drie vormen van bewijs voor een therapie van belang zijn: wetenschappelijk effectonderzoek, klinische expertise van therapeuten en het perspectief van cliënten.

Een behandeling die interessant is voor onderzoek aan de hand van de EBPP-richtlijnen is schematherapie. Dit is namelijk een relatief jonge therapie, waardoor er nog weinig onderzoek naar is gedaan. Daarnaast is het een intensieve en uitgebreide therapie, wat maakt dat er veel factoren zijn om te onderzoeken (Masley, Gillanders, Simpson, & Taylor, 2012; Kennerley, Kirk, & Westbrook, 2017). Schematherapie richt zich op de behandeling van complexe problematiek, zoals persoonlijkheidsstoornissen. In de therapie staat de ontwikkeling van disfunctionele schema's en modi en de resulterende disfunctionele overtuigingen en gedragingen centraal (Young, 1999). Schema's worden gedefinieerd als patronen die mensen op de realiteit projecteren, waardoor ze hun ervaringen kunnen verklaren en reacties kunnen sturen (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Een schema is een significant disfunctioneel, breed en doordringend thema of patroon dat bestaat uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke sensaties die betrekking hebben op het individu en de relaties met anderen. De ontwikkeling van schema's is het gevolg van een tekort in de bevrediging van de emotionele basisbehoeften tijdens de kindertijd en adolescentie. Deze basisbehoeften zijn 'veiligheid', 'verbondenheid', 'autonomie', 'realistische grenzen', 'zelfexpressie' en 'spontaniteit' en hebben allemaal een schemadomein als tegenhanger. Voorbeelden van schema's zijn: 'verlatingsangst' uit het schemadomein 'afwijzing', en 'zelfopoffering' uit het schemadomein 'gerichtheid op anderen' (Muste, Weertman, & Claassen, 2009). Er wordt binnen de schematherapie ook gekeken naar de verschillende modi van een cliënt. Modi zijn de gemoedstoestanden van de persoon die de gedachten, gevoelens en het gedrag op een bepaald moment domineren. Voorbeelden van modi zijn: 'het kwetsbare kind', 'de onthechte beschermer', 'de veeleisende ouder' en 'de gezonde volwassene' (Young et al., 2003).

Voor de ondersteuning van klinische schematherapie is relatief weinig wetenschappelijk effectonderzoek gevonden (APA, 2006). Zo blijkt uit de meta-analyse van Masley et al. (2011) dat er een kloof is tussen de populariteit van schematherapie en de wetenschappelijke ondersteuning ervan. Ondanks het weinige aantal gepubliceerde studies over de effectiviteit van schematherapie, zijn er wel hoge effectgroottes gevonden en blijkt de therapie betere resultaten te bieden voor persoonlijkheidsstoornissen dan normale psychotherapieën (Masley et al., 2011). Daarnaast is er een aantal studies die aanwijzen dat klinische schematherapie voor cliënten goede resultaten biedt in klachtenvermindering met een toename in welbevinden en positieve veranderingen in schema's en modi (Wolterink & Westerhof, 2018; Schaap, Chakhssi, & Westerhof, 2016; Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2013). Ondanks de veelbelovendheid van deze studies is de inhoudelijke werking van klinische schematherapie nu nog een black box. Zo zijn er geen studies gevonden die ingaan op de interne

processen of werkzame factoren van de therapie, waardoor het vooralsnog onduidelijk is hoe de resultaten worden bewerkstelligd.

Volgens de richtlijnen voor EBPP is een andere belangrijke vorm van ondersteuning voor therapie de klinische expertise van de therapeuten. Deze expertise heeft betrekking op de bekwaamheid van de therapeuten die zij vergaren door educatie, training en ervaring (APA, 2006). Vooralsnog is er echter nog niks bekend over de perspectieven van therapeuten op schema- of groepstherapie.

De derde vorm van bewijs die van belang is voor de ondersteuning van een therapie volgens de EBPP, zijn de waarden en voorkeuren van de cliënten (APA, 2006). Psychologische interventies hebben de meeste kans van slagen als er meerdere kenmerken van de cliënt in acht worden genomen en de cliënt wordt betrokken bij het besluitvormingsproces (APA, 2006; Lindhiem et al., 2014). In de literatuur is echter niks te vinden over het cliëntperspectief op schema- of groepstherapie. Een kanttekening die gemaakt moet worden bij het onderzoek naar de meningen van cliënten over hun behandeling, is dat deze meningen niet gelijk staan aan de effectiviteit van de behandeling. Zo is het theoretisch gezien ook mogelijk dat tevreden cliënten een behandeling hebben gehad die geen of weinig verbetering heeft gebracht in hun situatie en andersom kan het ook zijn dat ontevreden cliënten veel baat hebben gehad bij hun behandeling. Om een breder beeld te krijgen van de inhoudelijke werking van een behandeling is het daarom ook van belang om onderzoek te doen naar de perspectieven van de cliënt en de behandelaar en de afstemming hierover tussen deze twee partijen.

Dat therapie een collaboratieve taak is waarbij cliënten en therapeuten het eens moeten zijn over de invulling van de behandeling, wordt in de EBPP ook benadrukt. Effectieve therapie vereist derhalve een balans tussen de voorkeuren van de cliënt en de expertmening van de therapeut (APA, 2006). Bovendien leidt een hogere mate van overeenstemming tussen therapeut en cliënt tot meer verlichting in de symptomatologie van de cliënt (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000; Kivlighan, & Shaughnessy, 1995). Er zijn echter studies naar individuele therapie die illustreren dat er vaak een gebrek is aan overeenstemming tussen de perspectieven van cliënten en therapeuten, zoals het voorbeeld van Irvin Yalom en Ginny Elkin suggereert (2014). In het onderzoek van Llewelyn (1988) waarin, soortgelijk aan Yalom en Elkin, therapeuten en cliënten verslagen maakten van de sessies, zijn er ook verschillen tussen de meningen van de partijen. De cliënten waardeerden tijdens de therapie de geruststelling en de troost het meest en na de therapie vooral de resultaten en probleemoplossingen. De therapeuten vonden, zowel tijdens de therapie als erna, de inzichten die de cliënten hadden gekregen het meest belangrijk (Llewelyn, 1988). Uit het onderzoek van Bachelor (2013) blijkt ook dat therapeuten er niet vanuit mogen gaan dat hun ideeën over de therapie overeenkomen met die van de cliënten. Therapeuten werden aangemoedigd om feedback van de cliënt te vragen en te benadrukken dat ze samenwerken als een team, want als cliënten het eens zijn met de invulling van hun behandeling is er een grotere kans op verbetering (Bachelor, 2013).

Vanuit de literatuur blijkt dat er nog veel onduidelijk is over de perspectieven op klinische, schemagerichte groepstherapie. Daarnaast is er over de inhoudelijke werking vooralsnog ook nog niks

bekend. Er wordt een beeld geschetst van de behandeling als een black box die positieve resultaten biedt. Echter, door te kijken naar de verschillende onderdelen waar de behandeling uit bestaat, kan er een idee gevormd worden over de mogelijke werkzame factoren. Zo worden er bij een klinische behandeling vaak meerdere vormen van therapie aangeboden, zoals psychotherapie, sociotherapie en vaktherapieën (Thunnissen & Muste, 2002). Deze therapieën en hun onderdelen zijn mogelijke werkzame factoren van de behandeling. Verdere mogelijke factoren zijn de vaste elementen van schematherapie, zoals het maken van een casusconceptualisatie en het monitoren van de schema's aan de hand van vragenlijsten (Young et al., 2003). Daarnaast biedt het volgen van therapie in groepsvorm ook allerlei mogelijke werkzame factoren. Yalom (1978) noemt deze de elf genezende factoren van groepstherapie: het wekken van hoop, universaliteit, het geven van informatie, altruïsme, corrigerende recapitulatie van het primaire gezin, het ontwikkelen van sociale vaardigheden, nabootsend gedrag, leren van elkaar, groepscohesie, catharsis en existentiële factoren. Deze en andere factoren zijn opgenomen in een nog niet gepubliceerde lijst over de werkzame factoren van klinische, schemagerichte groepstherapie (Hoekenga, 2017). Deze lijst zal in het onderzoek van deze scriptie gebruikt worden.

Het doel van dit onderzoek is om meer inzicht te krijgen in klinische, schemagerichte groepstherapie. Door cliënten en therapeuten te vragen naar hun perspectieven op de gedefinieerde werkzame factoren, wordt er een inzicht verkregen in de invloed die deze verschillende factoren hebben op resultaten van de behandeling. Hiermee wordt getracht de inhoudelijke werking van de therapie te onderzoeken. Bovendien wordt, door de cliënten en therapeuten te vragen naar hun perspectieven, een inzicht verkregen in de overeenstemming tussen de meningen van deze twee partijen. Deze overeenstemming wordt gezien als een voorspeller van effectieve therapie (Barber et al., 2000; Kivlighan, & Shaughnessy, 1995; Bachelor, 2013). Door te onderzoeken of er groepen met overeenkomende meningen te onderscheiden zijn, wordt gekeken of cliënten en therapeuten verschillen in hun perspectieven op de behandeling (Yalom & Elkin, 2014; Llewelyn, 1988; Bachelor, 2013). Het onderzoek van deze scriptie is exploratief en onderzoekt de volgende onderzoeksvragen:

- Welke van de gedefinieerde werkzame factoren van klinische schematherapie worden door cliënten en therapeuten als het meest en minst belangrijk ervaren?
- Zijn er groepen te onderscheiden van participanten met overeenkomende meningen over de relatieve waarde van de werkzame factoren van klinische schematherapie?
- Wat zijn mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen deze groepen met overeenkomstige meningen?

Methode

In het kader van zijn specialisatie heeft gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog Peter Hoekenga een onderzoek opgezet om de werkzame factoren van klinische schematherapie bij persoonlijkheidsproblematiek te onderzoeken vanuit de perspectieven van de cliënten (2017). Dit onderzoek is goedgekeurd door de wetenschapscommissie van Mediant, de GGZ-instelling in Twente waar het onderzoek plaatsvond, en de ethische commissie van de Universiteit Twente. Het onderzoek van deze scriptie bouwt verder op het onderzoek van Hoekenga. Zijn data wordt aangevuld met de data van de therapeuten, waardoor een vergelijking tussen beide partijen gemaakt kan worden. Dit onderzoek is exploratief en werkt met mixed-methods.

Setting en Participanten

Een ggz-instelling in Nederland waar klinische schematherapie voor persoonlijkheidsproblematiek wordt aangeboden is Mediant, het expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek: de Boerhaven Kliniek. De mensen die bij deze kliniek zijn opgenomen zijn hier op vrijwillige basis in behandeling van zondagavond tot en met vrijdagmiddag gedurende één jaar. De leeftijd van de cliënten ligt tussen de circa 18 en 40 jaar. Tijdens de opname verblijven maximaal 27 cliënten met elkaar in de kliniek. Zij zijn onderverdeeld in drie therapiegroepen van maximaal negen mensen. Deze therapiegroepen hebben alle drie een eigen hoofdbehandelaar. De cliënten krijgen allerlei verschillende behandeltrajecten aangeboden gebaseerd in de schematherapie, zoals psychotherapie, sociotherapie en vaktherapie, waaronder psychomotorische-, beeldende- en dramatherapie (Mediant, z.d.).

Alle therapeuten van de kliniek en alle cliënten die vanaf begin 2017 hun behandeling hebben afgerond, zijn gevraagd om mee te werken aan het onderzoek. Cliënten die minder dan zes maanden in behandeling zijn geweest, werden gezien als drop-out en werden geëxcludeerd van dit onderzoek. Van de 63 cliënten die in de wervingsperiode met ontslag zijn gegaan, zijn er 20 als drop-out gemarkeerd. Van de resterende 43 cliënten waren er twee in crisisopname en wilden er drie niet participeren, waardoor uiteindelijk 38 cliënten hebben meegewerkt aan het onderzoek. Deze 38 cliënten bestaan uit 31 vrouwen en 7 mannen. De leeftijd van deze cliënten ligt tussen de 19 en 45 jaar met een gemiddelde van 26,7 jaar ($SD=6,8$). De behandelduur ligt tussen de 7 en 30 maanden met een gemiddelde van 13,3 maanden ($SD=4,9$). De persoonlijkheidsproblematiek van de cliënten is voornamelijk te kenmerken als cluster B en C.

De 17 participerende therapeuten bestaan uit 11 vrouwen en 6 mannen. De leeftijd van deze therapeuten ligt tussen de 21 en 62 jaar met een gemiddelde van 42,9 jaar ($SD=13,9$). De therapeuten die hebben meegewerkt zijn sociotherapeuten, vaktherapeuten, psychologen en een ervaringsdeskundige. De psychologen zijn de drie hoofdbehandelaren van de therapiegroepen, bestaande uit een psychotherapeut, een psychiater en een klinisch psycholoog, en twee stagiaires vanuit de masteropleiding psychologie. In totaal zijn er dus 55 participanten met een gemiddelde leeftijd van 31,7 jaar ($SD= 12,1$). Deze groep participanten bestaat uit 42 vrouwen en 13 mannen.

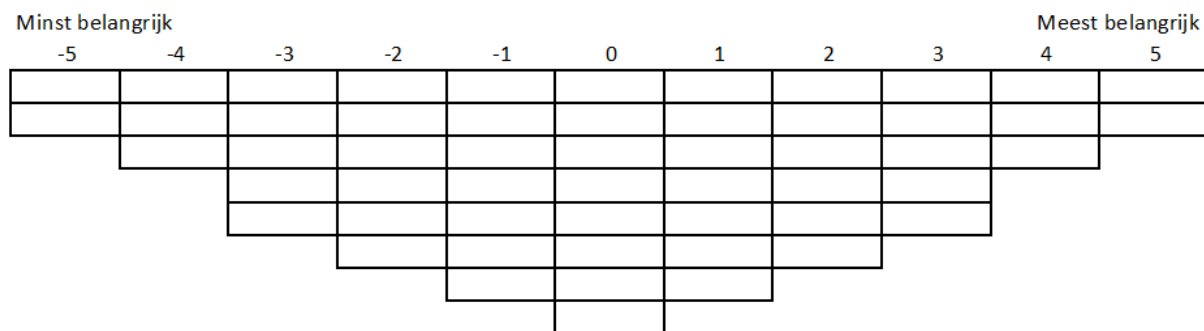
Instrument

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de Q-methodologie om de meningen van de cliënten en therapeuten te analyseren en vergelijken. In deze methode worden kwalitatief en kwantitatief onderzoek gecombineerd (Stephenson, 1953). Het doel van de methode is om personen te categoriseren gebaseerd op hun mening. Dit wordt gedaan door deelnemers een lijst met aspecten (Q-set) van een bepaald onderwerp te geven en ze te vragen deze te rangordenen (Pitt & Zube, 1979; ten Klooster, Visser, & de Jong, 2008). In dit onderzoek is de behandeling bij de kliniek het onderwerp dat beoordeeld wordt en bestaat de Q-set uit allerlei onderdelen van deze behandeling, zoals de invloed van groepsprocessen, de schema-therapeutische elementen en de invloeden die voortkomen uit het verblijf in een kliniek.

In deze studie werd gebruik gemaakt van de Q-set die Hoekenga heeft samengesteld over de werkzame factoren van de kliniek (2017). Hiervoor is een literatuurstudie uitgevoerd, zijn de onderdelen van het behandelprogramma van de kliniek in kaart gebracht en zijn er interviews gehouden met vijf cliënten en vijf therapeuten. Deze Q-set bestaat uit 54 aspecten van de behandeling (Bijlage 1). De categorieën waaruit de Q-set bestaat zijn: 'Programmaonderdelen, verplicht' (P), 'Facultatieve onderdelen' (F), 'Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen' (K), 'Schematherapie-elementen' (S), 'Yalom's werkzame elementen van groepstherapie' (Y), 'Vaktherapie-elementen' (V) en 'Relatie met staf' (R).

De categorie 'Programmaonderdelen, verplicht' bestaat uit 18 aspecten en gaat over de vaste zaken uit de therapie, zoals de therapieblokken en de praktische zaken en taken daaromheen. Voorbeelden van de aspecten uit deze categorie zijn 'psychotherapie', 'therapiegroep-vergadering' en 'huistherapie'. De categorie 'Facultatieve onderdelen' bestaat uit 4 aspecten en gaat om de extra vormen van therapie die cliënten buiten het standaardprogramma kunnen aanvragen. Dit zijn aspecten als 'persoonlijke-begeleidingsgesprekken' en 'systeemgesprekken'. De 9 kenmerkende aspecten die de Boerhaven Kliniek onderscheiden van andere vormen van therapie staan in de categorie 'Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen'. Voorbeelden van de aspecten uit deze categorie zijn: 'blijven praten over wat je denkt en voelt', 'geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar' en 'staf bepaalt grenzen, regels en structuur'. Binnen de categorie 'Schematherapie-elementen' komen de 5 specifieke factoren van schematherapie naar voren, zoals 'het maken van een casusconceptualisatie', 'het werken met schema- en moditechnieken' en 'het maken en bespreken van het levensverhaal'. De 11 genezende factoren van groepstherapie die Yalom (1978) omschrijft, komen naar voren in de categorie 'Yalom's werkzame factoren van groepstherapie'. Voorbeelden van aspecten uit deze categorie zijn: 'ervaren dat je niet de enige bent met bepaalde problemen', 'met anderen samenleven, als in een gezin' en 'leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is'. In de categorie 'Vaktherapie-elementen' staan de 2 aspecten die kenmerkend zijn voor vaktherapie, zoals 'oefenen, voelen en ervaren via je lichaam'. De categorie 'Relatie met staf' bestaat uit de verschillende stafleden waarmee cliënten een relatie kunnen aangaan, zoals de hoofdbehandelaar, sociotherapeuten en de ervaringsdeskundige. Een van de vijf aspecten uit deze categorie is: 'relatie met een voor jou belangrijke sociotherapeut'.

Het idee van de Q-methode is dat de participanten de aspecten van de behandeling rangordenden van ‘meest belangrijk’ (+5) tot ‘minst belangrijk’ (-5) in een matrix (Q-sort; Figuur 1). De Q-sort lijkt op een normaalverdeling en heeft veel ruimte voor aspecten die relatief neutraal werden beoordeeld en minder ruimte voor extremere beoordelingen. Door participanten de Q-set te laten verdelen over de Q-sort ontstond er een overzicht van de mening van de participant over de werkzame factoren van de behandeling. De ingevulde Q-sorts werden daarna met elkaar vergeleken om te kijken naar overeenkomsten en verschillen tussen meningen van de participanten.



Figuur 1: Overzicht van de gebruikte Q-sort. In elk vakje kan één kaartje, waardoor participanten gedwongen werden om een keuze te maken.

De achterliggende gedachte van de Q-methode is dat, als er correlaties zijn tussen de meningen van de participanten, er mogelijk sprake is van onderliggende factoren die deze overeenstemming veroorzaken (Hoekenga, 2017). In dit onderzoek werd geanalyseerd of de rol die een participant heeft, dus het zijn van een cliënt of therapeut, een onderliggende factor is. Als dit zo is, dan zouden er bijvoorbeeld twee factoren worden gevonden die de meningen van twee groepen, de cliënten en de therapeuten, representeren. Het is ook mogelijk dat er andere groepen mensen met overeenkomende meningen gevonden worden. De participanten uit de verschillende groepen worden dan met elkaar vergeleken om te onderzoeken waar de verschillen mogelijk door verklaard kunnen worden.

Door middel van de Q-methode kunnen er dus twee zaken worden onderzocht. Ten eerste kan geanalyseerd worden welke aspecten van de behandeling die cliënten en therapeuten het meest en het minst belangrijk vinden. De behandeling kan hiermee dus geëvalueerd worden vanuit de perspectieven van beide partijen. Ten tweede kan door middel van factoranalyse onderzocht worden in hoeverre cliënten en therapeuten het met elkaar eens zijn over de behandeling.

Het invullen van de Q-sort werd gevolgd door een kort interview voor extra context over hoe participanten de behandeling ervoeren en wat ze ervan vonden om de Q-sort in te vullen. De antwoorden van de participanten op de vragen werden opgeschreven in een formulier (Bijlage 2). De informatie van deze transcripten kan aanvullende waarde hebben voor de interpretatie van de resultaten van de Q-analyse.

Procedure

De participanten tekenden voorafgaand aan het onderzoek een toestemmingsverklaringsformulier waarin ze aangaven mee te willen werken aan het onderzoek (Bijlage 3). Hun privacy werd hierin gegarandeerd, alsook dat voor de cliënten participeren aan het onderzoek geen negatieve effecten had op hun behandeling. Zij konden zich altijd terugtrekken uit het onderzoek.

Hierna kregen de participanten de kaartjes van de Q-set en werd hen gevraagd deze te verdelen in drie stapels: een stapel voor de aspecten die zij het meest belangrijk vonden aan de behandeling, een stapel voor de zaken die ze als relatief neutraal ervoeren en een stapel voor de aspecten van de behandeling die ze het minst belangrijk vonden. Hierna werden de participanten gevraagd om de kaartjes over de Q-sort te verdelen. Ze begonnen rechts bij de meest belangrijke factoren en eindigden links bij de minst belangrijke factoren. Het was hierbij niet van belang welke kaartjes boven of onder lagen; kaartjes binnen dezelfde kolom hebben dezelfde waarde. Na het invullen van de Q-sort volgde het interview.

De afname van het onderzoek gebeurde bij de cliënten één-op-één in een kantoorkamer. De afname werd gedaan door Hoekenga zelf, of door de psychologie stagiaires als het ging om cliënten uit zijn therapiegroep (2017). De meeste therapeuten hebben de Q-sort tegelijkertijd ingevuld in een vergaderruimte. Hierna werd het invullen van de Q-sort kort besproken, maar niet in de volledigheid van het interview dat de cliënten hebben gehad. Enkele therapeuten die later bij het team aansloten hebben de Q-sort later één-op-één ingevuld in een kantoorruimte. De afname van de Q-sort en het interview duurden in totaal ongeveer een uur.

Data-analyse

Voor de analyse van de verschillende Q-sorts van de participanten werd gebruik gemaakt van het programma PCQ. Dit is een speciaal programma voor de analyse van de Q-methodologie (Stricklin & Almeida, 2010). In dit programma zijn de Q-set en de ingevulde Q-sorts van de participanten ingevoerd. Door middel van PCQ is een by-person factoranalyse gedaan via een varimax rotatie. Een by-person factoranalyse onderzoekt de correlaties tussen participanten (ingevulde Q-sorts). Elke factor representeert hierbij een groep mensen met overeenkomende meningen (Jedeloo & Van Staa, 2009). De modellen van factoranalyses van één tot en met negen factoren met factorlading 0.35 zijn vergeleken op de verdeling van de participanten, de variantie, het aantal confounders en het aantal niet-significanten. Om te onderzoeken of er een representatieve Q-sort was, waar zo veel mogelijk participanten mee correleren, is eerst de één-factoranalyse uitgevoerd. Om een groter deel van de variantie te kunnen verklaren, zijn daarna de verdere analyses tot en met negen factoren gedaan. Hierbij bleek het model van de drie-factoranalyse zowel statistisch als theoretisch het meest logisch om de data te verklaren.

Er is daarna bij de gekozen factormodellen gekeken naar de aspecten van de behandeling die het meest belangrijk (+5 en +4) en het minst belangrijk (-5 en -4) beoordeeld werden om zo een beeld te krijgen van de meningen van de participanten. Om deze meningen te verklaren en voor extra context

over de manier waarop verschillende participanten de Q-sort hebben ingevuld, waren de transcripten van de interviews van belang. Er werd bij de transcripten gezocht naar uitspraken over de meest en minst belangrijke aspecten volgens de participanten en hun redentatie hiërarchie.

Om een verklaring te vinden voor de verschillen in meningen tussen de groepen zijn de participanten door middel van de T-toets en de chi-kwadrat-toets in SPSS vergeleken op verschillende eigenschappen. De eigenschappen waar alle participanten op vergeleken zijn, zijn rol, geslacht en leeftijd. Bij de cliënten is ook gekeken naar het aantal maanden behandeling, het moment van participatie (in aantal maanden na ontslag), de diagnose, de score die zij de behandeling gaven en de score die zij gaven voor hun progressie. Bij de therapeuten werd ook gekeken naar het soort therapie dat ze verzorgen. Door te zoeken naar significante verschillen in dit soort eigenschappen kon onderzocht worden of ze de verschillen in meningen veroorzaken.

Resultaten

Hieronder worden de bevindingen besproken in de volgorde van de onderzoeksvragen. Eerst wordt ingegaan op de werkzame factoren die als meest en minst belangrijk voor de behandeling werden gezien. Vervolgens wordt er ingegaan op de verschillende perspectieven van de gevonden groepen en daarna worden deze groepen met elkaar vergeleken.

De meest en minst belangrijke werkzame factoren van de behandeling

De eerste onderzoeksvraag betreft de beoordeling van de werkzame factoren. Deze vraag kan het beste beantwoord worden aan de hand van de één-factoranalyse. Bij deze analyse werd een representatieve Q-sort gevonden waar 52 van de 55 participanten significant op laden ($p < 0,05$). Deze analyse verklaart 30% van de variantie tussen de Q-sorts (eigenvalue: 16,29). Deze data suggereren dat er veel overeenstemming is tussen de meningen van de participanten. Van de participanten die niet significant laadden op deze analyse, correleerden twee wel significant met een factor van de drie-factoranalyse en wijken in die zin dus niet af van de totale populatie. De derde participant laadde ook niet significant op de drie-factoranalyse en wijkt daarmee wel af van de populatie. Dit is de teammanager van de therapeuten. Hij is zelf geen therapeut en verricht voornamelijk organisatorisch werk voor de kliniek. Mogelijk komt hierdoor zijn mening niet significant overeen met die van de rest van de participanten.

Uit de representatieve Q-sort kwam naar voren dat ‘blijven praten over wat je denkt en voelt’ en ‘bewust worden van je gedrag en je gevoelens’ als de belangrijkste aspecten van de behandeling worden gezien. Hierna volgen de aspecten ‘psychotherapie’, ‘uiten van emoties’ en ‘je verbonden gaan voelen met anderen’. De aspecten die als minst belangrijk beoordeeld werden, zijn: ‘therapiegroep (TG)-vergadering’ en ‘medicatiespreekuur’, gevolgd door ‘maatschappelijke oriëntatie (MO)-blok’, ‘wandelen’ en ‘commissies, huis- en milieuraad’. In de ‘TG-vergadering’ bespreken de cliënten praktische zaken met elkaar rondom het samenleven en samenwerken op de kliniek. Het ‘medicatiespreekuur’ is een groepsblok waar ruimte is voor vragen met betrekking tot de medicatie. Het ‘MO-blok’ gaat over zaken als huisvesting en financiën. Uit deze analyse bleek dat het praten over en het bewust worden van de eigen gevoelens, gedachtes en gedrag als het belangrijkste wordt ervaren voor de behandeling. Het blok psychotherapie komt hierbij naar voren als het belangrijkste middel om deze uitingen en bewustwordingen te faciliteren. De verbinding die cliënten met anderen kunnen aangaan wordt ook gezien als een belangrijk onderdeel van de behandeling, mogelijk omdat deze band met anderen nodig is voor de communicatie waarbinnen de bewustwording en uiting van emoties kan plaatsvinden. De vijf aspecten die als minst belangrijk werden beoordeeld, gaan voornamelijk over praktische zaken en vaardigheden, ze faciliteren niet direct de emotionele uiting of bewustwording en worden daardoor mogelijk als minder waardevol gezien.

Van de aspecten die als meest belangrijk werden beoordeeld, horen er drie bij de categorie ‘Yalom's werkzame elementen van groepstherapie’ (Y), twee bij de categorie ‘Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen’ (K) en één bij de categorie ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P).

De minst belangrijke aspecten behoren allemaal tot de categorie ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P). Deze categorie werd over het algemeen gezien als minst waardevol voor de behandeling, zoals te zien is in Tabel 1. De programmaonderdelen ‘psychotherapie’ en ‘beeldende therapie’ scoren, tegen dit patroon in, relatief hoog. Mogelijk komen in deze therapieblokken de zaken die de participanten belangrijk vinden aan de therapie meer naar voren, zoals de bewustwording en uiting van gevoelens. Verder is er niet één categorie waar de meest belangrijke aspecten van de behandeling toe behoren. De aspecten uit de categorieën ‘Facultatieve onderdelen’ (F) en ‘Yalom’s werkzame elementen van groepstherapie’ (Y) krijgen veelal positieve beoordelingen en blijken dus belangrijk te zijn. De aspecten uit de categorie ‘Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen’ (K) krijgen uiteenlopende beoordelingen. Zo zijn er aspecten die als erg belangrijk worden beoordeeld, maar er zijn ook aspecten die juist minder relatieve waarde lijken te hebben. De categorieën ‘Schematherapie-elementen’ (S), ‘Vaktherapie-elementen’ (V) en ‘Relatie met de staf’ (R) werden beoordeeld als relatief neutraal voor de behandeling. Bij de verdeling van de categorieën kwam het belang van de emotionele aspecten van de behandeling wederom naar voren.

De verschillende groepen met overeenkomende meningen over de behandeling

Door te kijken naar de verschillende groepen met overeenkomende meningen, worden de perspectieven van de participanten in meer detail onderzocht. Bovendien wordt hierbij gekeken naar de mate van overeenstemming over de behandeling tussen de cliënten en de therapeuten. Om de tweede onderzoeksvraag, die de te onderscheiden groepen betreft, te beantwoorden bleek de drie-factoranalyse het meest logisch. De interviews boden daarbij aanvullende informatie over de perspectieven van de participanten. De drie-factoranalyse gaf een model waarbij 39% van de variantie werd verklaard (eigenvalue: 21,17). De drie factoren correleren in redelijke tot hoge mate met elkaar. Zo hebben factoren A en B een correlatiecoëfficiënt van 0,56, factoren A en C een correlatiecoëfficiënt van 0,48 en factoren B en C een correlatiecoëfficiënt van 0,30. Bij deze drie-factoranalyse werden de sorts van 33 van de 55 participanten gerepresenteerd. Er waren 5 participanten die niet significant op één van de factoren laadden en 17 participanten die ‘confounded’ laadden. Dit betekent dat er 17 participanten waren die op meerdere factoren laadden. Deze data suggereren wederom dat er veel overeenkomst is tussen de meningen van de participanten. Er zijn echter wel verschillende voorkeuren te vinden waardoor deze drie-factoranalyse ook zinvol is om te bekijken. Het valt bij de drie groepen op dat er een relatief grote overeenstemming is over de minst belangrijke aspecten van de behandeling. Er zijn bij de aspecten die als meest belangrijk beoordeeld werden meer verschillen te zien in de voorkeuren van de groepen, zie Tabel 1.

Zonder de confounders mee te rekenen zijn er 16 participanten die significant laden op factor A, 11 participanten die significant laden op factor B en 6 participanten die significant laden op factor C ($p < 0,05$). Vier van de vijf participanten die niet-significant op een factor laadden, correleerden wel met de één-factoranalyse en wijken in die zin dus niet af van de totale populatie.

Tabel 1: Representatieve verdeling van de relatieve waarderingen van de aspecten van de behandeling per factor met daarachter de bijbehorende categorie. De donkergroene vakjes hebben een beoordeling van 5 en de lichtgroene van 4. Soortgelijk hebben de donkerrode vakjes een beoordeling van -5 en de lichtrode van -4.

	1 Factor	3 Factoren		
		A	B	C
Blijven praten over wat je denkt en voelt (K)	5	4	4	3
Bewust worden van je gedrag en je gevoelens (Y)	5	5	4	3
Psychotherapie (P)	4	4	3	3
Uiten van emoties (Y)	4	5	3	0
Je verbonden gaan voelen met anderen (Y)	4	2	5	2
Beeldende therapie (P)	3	3	1	2
PB-gesprekken (persoonlijke begeleiding) (F)	3	1	0	4
Geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar (K)	3	3	4	0
Leren door feedback van andere cliënten (Y)	3	2	5	1
Relatie met je hoofdbehandelaar (R)	3	3	0	3
Individuele therapie (F)	2	2	0	5
Intensief, 24 uur per dag, 5 dagen per week (K)	2	1	2	1
Ervaren dat je niet de enige bent met bepaalde problemen (Y)	2	0	2	3
Leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is (Y)	2	3	0	2
Relatie met een voor jou belangrijke sociotherapeut (R)	2	2	0	2
Beschikbaarheid sociotherapeuten (R)	2	3	0	1
PER (behandelplanbespreking) (P)	1	1	0	1
Modules (F)	1	1	-3	5
Lol maken en spelen (K)	1	-2	1	4
Maken en bespreken van je levensverhaal (S)	1	4	-2	0
Krijgen van hoop dat je verbetert, doordat je verbeteringen ziet bij anderen (Y)	1	-2	3	-1
Uiten van gevoelens bij vaktherapie (V)	1	2	1	0
Oefenen, voelen, ervaren via je lichaam (V)	1	-1	2	0
Psychomotorische therapie (P)	0	0	1	1
CSO (cliënt-staf-overleg) (P)	0	1	2	-4
Systeemgesprekken (F)	0	0	0	-1
Staf bepaalt grenzen, regels en structuur (K)	0	0	3	-2
Werken met schema- en modi-technieken, zoals meerstoelentechniek, rescripting, imaginatie (S)	0	1	1	-2
Psycho-educatie; uitleg door de staf over je problemen en hoe er mee om te gaan (S)	0	2	-1	-1
Ervaren dat je anderen kunt helpen en steunen (Y)	0	-1	3	2
Met anderen samenleven als in een gezin (Y)	0	-2	2	-1
Dramatherapie (P)	-1	-1	2	-2
Bezinningsblok (P)	-1	0	-1	-2
Socio-blok (P)	-1	-1	-2	-1
Veel samen moeten doen (K)	-1	-1	1	-3
Een jaar lang de tijd (K)	-1	0	-3	0
Ontwikkelen van sociale vaardigheden (Y)	-1	-1	1	1
Relatie met een voor jou belangrijke vaktherapeut (R)	-1	0	-1	0
Sporten (P)	-2	-3	-2	4
Verplicht mee moeten doen met hele programma (K)	-2	0	-1	-3
(De sfeer in) het gebouw (K)	-2	-2	-3	2
Maken van de casus conceptualisatie met je hoofdbehandelaar (S)	-2	1	-2	-3
Leren door nadoen van anderen (Y)	-2	-2	-1	-2
Relatie met ervaringsdeskundige (R)	-2	-3	-1	-1
Oefenavond en MO-middag (maatschappelijke oriëntatie) (P)	-3	-3	-3	0
Huistherapie (P)	-3	-4	-2	-5
Schatkistweek - aandacht voor je kwaliteiten (P)	-3	-2	-4	-3
Werkweek (P)	-3	-3	-2	-2
Monitoren voortgang met schemalijsten (S)	-3	-1	-4	-1
MO-blok (maatschappelijke oriëntatie) (P)	-4	-3	-3	-3
Wandelen (P)	-4	-4	-5	1
Commissies, huis- en milieuraad (P)	-4	-5	-1	-4
TG-vergadering (therapiegroep) (P)	-5	-4	-4	-5
Medicatiesprekkuur (P)	-5	-5	-5	-4

Factor A: Bewustwording en uiting van de eigen emoties

De participanten die significant laden op factor A lijken het emotionele element van de behandeling het belangrijkste te vinden (14% variantie; 7,92 eigenvalue). Zo werden de aspecten ‘uiten van emoties’ en ‘bewust worden van je gedrag en je gevoelens’ beoordeeld als de belangrijkste onderdelen van de behandeling. Deze worden gevolgd door ‘psychotherapie’, ‘blijven praten over wat je denkt en voelt’ en ‘maken en bespreken van je levensverhaal’. Deze aspecten komen uit verschillende categorieën. De twee belangrijkste komen uit de categorie ‘Yalom’s werkzame factoren van groepstherapie’ (Y). De andere aspecten horen bij de categorieën ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P), ‘Klinische- en milieutherapeutische werkzame elementen’ (K) en ‘Schematherapie-elementen’ (S). De aspecten die deze groep als minst belangrijk beoordeelde, zijn: ‘medicatiesprekuren’ en ‘commissies, huis- en milieuraad’; gevolgd door: ‘TG-vergadering’, ‘huistherapie’ en ‘wandelen’. Deze aspecten behoren allemaal tot de categorie ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P).

Deze groep lijkt voornamelijk de emotionele onderdelen van de behandeling belangrijk te vinden en de praktische zaken rondom de therapie en het milieu als minder belangrijk te ervaren. Er lijkt hierbij meer belang te liggen bij de persoonlijke ontwikkeling van de cliënt dan bij de verbinding tussen de cliënten. Een opvallend aspect van de behandeling dat bij factor A meer naar voren komt dan bij de andere groepen is het levensverhaal. Het schrijven en bespreken van dit levensverhaal is voor veel cliënten een moeilijk en emotioneel beladen onderdeel van de therapie. Waarschijnlijk wordt dit aspect van de behandeling daarom door deze groep meer gewaardeerd dan door de andere groepen.

In de interviews kwam het belang van het emotionele aspect ook sterk naar voren. Veel cliënten benoemden dat de kliniek een van eerste plekken was waar zij het gevoel hadden dat ze zich konden uiten. Zo zei een cliënte: *“Dit was de eerste plek waar het oké was en werd geaccepteerd dat emoties geuit werden en dit werd ook erg aangemoedigd. Dit is heel belangrijk geweest voor mijn proces. Gewoon het geven en ontvangen van knuffels, het delen en ervaren dat het gewoon mag.”* Een andere cliënte zei: *“Het uiten van emoties. Daar was bij mij vroeger geen ruimte voor. Het was voor mij heel erg belangrijk dat ik ging zeggen wat ik dacht en voelde.”* Verder noemden veel cliënten dat zij de bewustwording van hun gedrag en het verwerken van hun verleden ook zagen als belangrijke onderdelen van de therapie. Daarbij noemden een aantal cliënten ook dat psychotherapie voor hen een belangrijk therapieblok was waar cliënten zich het meest konden uiten en dat daar de meeste diepgang plaatsvond.

Factor B: Inzicht door verbinding met andere cliënten

De aspecten die bij factor B naar voren kwamen als meest belangrijk zijn gericht op de verbinding die cliënten met elkaar ervoeren (14% variantie; 7,44 eigenvalue). De aspecten die bij deze factor als meest belangrijk beoordeeld werden, zijn: ‘leren door feedback van andere cliënten’ en ‘je verbonden gaan voelen met anderen’. Deze werden gevolgd door: ‘blijven praten over wat je denkt en voelt’, ‘geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar’ en ‘bewust worden van je gedrag en je gevoelens’. Deze aspecten behoren tot de categorieën ‘Yalom’s werkzame factoren van groepstherapie’ (Y) en

‘Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen’ (K). Deze groep heeft, net als groep A, de bewustwording en uiting van gevoelens ook als relatief belangrijk beoordeeld, maar hier wordt de nadruk meer gelegd op de verbinding met andere cliënten en de feedback die ze hierdoor krijgen. Het is hierbij opvallend dat groep B de verbinding met de therapeuten, die bij de categorie ‘Relatie met staf’ (R) naar voren komt, juist als minder belangrijk beoordeelde dan de andere groepen. Het gaat bij deze factor dus niet puur over de verbinding met andere mensen, maar specifiek over de verbinding met andere cliënten.

De aspecten die deze groep als minst belangrijk beoordeelde, zijn: ‘medicatiespreekuur’ en ‘wandelen’, gevolgd door ‘TG-vergadering’, ‘schatkistweek – aandacht voor je kwaliteiten’ en ‘monitoren voortgang met schemalijsten’. De eerste vier aspecten behoren tot de categorie ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P) en de laatste tot de categorie ‘Schematherapie-elementen’ (S). Ook deze groep lijkt de praktische zaken van de behandeling als het minst belangrijk te ervaren. Deze groep wijkt echter wel af van de andere groepen in de aard van de praktische zaken die ze minder belangrijk vinden. Zo lijkt deze groep neutraler te zijn over de praktische zaken als verbinding hierbij een rol speelt. Zo werden de therapieonderdelen ‘huistherapie’ en ‘commissies, huis- en milieuraad’ door deze groep als neutraal beoordeeld, terwijl deze bij de andere groepen als minst belangrijk gezien werden. De groep van factor B beoordeelde juist een individueel programmaonderdeel – het aspect ‘monitoren voortgang met schemalijsten’ – als minder belangrijk. Het aspect ‘geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar’ is iets waarmee deze groep zich ook onderscheidt van de andere. Door de insteek van de kliniek waarbij het erg lastig is om te vermijden, wordt verbinding sterk aangemoedigd en gefaciliteerd – iets wat deze groep als erg belangrijk ervaart.

In de interviews met de drie hoofdbehandelaren, die alle drie op factor B laden, kwam hun oriëntatie op verbinding en relaties met anderen al sterk naar voren. Zo noemde een van hen dat zij het vooral belangrijk vond dat de cliënten leren zich te verbinden met iemand, omdat ze dit in hun verleden vaak niet of niet goed hebben kunnen doen. Een andere hoofdbehandelaar zei *“Het gaat om de verbinding: veel samen doen; en je vervolgens bewust worden van wat je denkt en voelt. Daarbij is het belangrijk om te blijven praten, te accepteren, en weinig te vermijden.”* Echter, uit de interviews met twee cliënten bleek dat het motief voor verbinding met andere cliënten mogelijk meer voortkwam vanuit een gebrek aan aandacht van de staf. Deze cliënten benoemden allebei dat de cliënten die meer opvielen meer aandacht kregen van staf en dat de introverten elkaar daarom opzochten. Ondanks dat deze motivatie voor verbinding voortkwam uit een gebrek, geven de cliënten wel aan dat deze verbinding erg goed was voor hun ontwikkeling. Zo zei een cliënte: *“Ik heb heel veel gedaan met de feedback van andere cliënten. Een andere cliënte zei: “Feedback krijgen. Ik heb veel van anderen geleerd. Dat was niet altijd leuk, maar wel goed.”*

Factor C: Autonomie en plezier

Groep C wijkt het meest af van de andere factoren. Zo lijkt deze groep het emotionele- en verbindingsaspect van de therapie minder belangrijk te vinden dan de andere groepen. De zaken die bij deze factor naar voren komen als belangrijk zijn meer gericht op de autonomie van de cliënt (11% variantie; 5,80 eigenvalue). De aspecten die als meest belangrijk beoordeeld werden, zijn ‘modules’ en ‘individuele therapie’, beide uit de categorie ‘Facultatieve onderdelen’ (F). Deze worden gevolgd door de aspecten ‘sporten’, ‘pb-gesprekken’ en ‘lol maken en spelen’. Deze komen respectievelijk uit de categorieën ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P), ‘Facultatieve onderdelen’ (F) en ‘Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen’ (K). Deze aspecten zijn voornamelijk programmaonderdelen die cliënten aan kunnen vragen en komen dus voort uit de eigen keuze van de cliënt. Verder lijkt deze groep het ervaren van plezier ook belangrijk te vinden. De focus op autonomie en lol komt samen in het sportblok, waar plezier hebben een doel op zich is en de cliënten mogen bepalen welk spel er gespeeld gaat worden. Verder lijkt deze groep de individuele aspecten van de therapie meer te waarderen dan de aspecten die gericht zijn op samenwerking. De neiging naar individuele autonomie komt naar voren bij een aantal aspecten waar de andere groepen neutraler over waren. Zo vindt deze groep de aspecten ‘veel samen moeten doen’, ‘staf bepaalt grenzen, regels en structuur’ en ‘verplicht mee moeten doen met het hele programma’ minder belangrijk dan de andere groepen.

De aspecten die in de representatieve Q-sort van deze groep als minst belangrijk naar voren komen, zijn: ‘TG-vergadering’ en ‘huistherapie’ gevolgd door ‘cliënt-staf-overleg’ (CSO), ‘medicatiesprekkuur’ en ‘commissies, huis- en milieuraad’. Dit zijn allemaal onderdelen uit de categorie ‘Programmaonderdelen, verplicht’ (P). De aspecten die deze groep beoordeelde als minst belangrijk komen redelijk overeen met de beoordelingen van de andere groepen. Opvallend hierbij is wel dat de andere groepen neutraal tot positief waren over het CSO, wat bij deze groep juist beoordeeld als minst belangrijk. Het CSO is een vergadering met alle cliënten en alle staf waarin de sfeer, de samenwerking, bijzondere situaties en verzoeken worden besproken. Het CSO is een verplicht blok waarin vooral veel besproken wordt over het leefmilieu, hierbij komt het voor dat sommige cliënten het hele blok niet aan het woord komen. Mogelijk botst dit met de autonome en individualistische voorkeur van deze groep.

Uit de interviews blijkt dat de cliënten uit deze groep de individuele therapie voornamelijk belangrijk vonden, omdat zij zichzelf daarin beter konden openstellen dan in de groep. Twee cliënten benoemden dat de groep hen soms te veel werd, omdat er in de groep veel speelt, of omdat het te veel over anderen ging en ze zelf te emotioneel waren om daarnaar te luisteren. Een andere cliënte benoemde dat ze individuele therapie voornamelijk gebruikte als opstap naar de groepstherapie. Verder benoemden de cliënten dat het maken van lol voor hen therapeutisch kon werken. Zo zei één cliënte dat haar hoge eisen en bestraffendheid haar vroeger belemmerden om plezier te hebben en dat ze door de behandeling geleerd had lol te mogen maken. Andere cliënten zeiden: “*Lol maken en spelen is ook zeer belangrijk. Het is belangrijk om af en toe ook afstand te kunnen nemen van de problemen.*” en “*lol maken maakt het dragelijk*”.

Verklaringen voor de verschillende meningen van de groepen

De derde onderzoeksvraag is gericht op de verschillen tussen de participanten uit de verschillende groepen, om een verklaring te bieden voor de verschillen in de meningen. Om de vraag te beantwoorden, werden de participanten van de groepen met elkaar vergeleken op diverse eigenschappen.

Bij de eigenschappen geslacht, aantal maanden behandeling, diagnose, score behandeling, score progressie en soort therapie zijn geen significante verschillen gevonden tussen de groepen, zie Tabel 2. Deze eigenschappen lijken dus geen invloed te hebben op de verschillen in de perspectieven op de behandeling. Bij de rol, leeftijd en het aantal maanden dat cliënten met ontslag waren bij de deelname zijn wel significante verschillen gevonden tussen de groepen. Zo is er bij de rolverdeling tussen alle groepen een significant verschil gevonden ($p < 0,05$). Dit houdt in dat er significant minder therapeuten laden op factor C dan op factor A en op factor A significant minder therapeuten dan op factor B. Factor C representeert dus een mening die alleen gedeeld wordt door de cliënten. Verder is er een significant verschil gevonden tussen de gemiddelde leeftijd van groepen A en C en groepen B en C ($p < 0,05$). Dit is echter een logisch verschijnsel, aangezien er alleen cliënten in groep C zitten en de cliënten gemiddeld jonger zijn dan de therapeuten. Er is ook een significant verschil gevonden tussen groepen A en C en groepen B en C in het aantal maanden na hun ontslag dat zij hebben geparticipeerd aan het onderzoek ($p < 0,05$). Dit houdt in dat de cliënten uit groep C significant korter met ontslag waren bij het invullen van de Q-sort dan de cliënten uit de andere groepen. Verder zijn er, vanwege de grote overeenstemming tussen de meningen van de participanten, veel confounders gevonden bij de drie-factoranalyse. Het is hierbij opvallend dat alle cliënten die confounding scoren (behalve één), factor C hebben als één van de factoren waar ze op laden. Verder valt het op dat geen enkele therapeut significant laadt op factor C.

Tabel 2: Persoonseigenschappen per groep van de drie-factoranalyse. De blauwe vakken gaan alleen over de cliënten en het groene vak alleen over de therapeuten.

Factor	Rollen*	Geslacht	Leeftijd*	Mnd. behandeling	Mnd. na ontslag*	Diagnose (PS)	Score behandeling	Score progressie	Therapie
A (N=16)	12 cl. 4 th.	13 V 3 M	32,0 (SD: 11,4)	11,8 (SD: 2,0)	4,8 (SD: 4,2)	4 borderline ¹ 4 vermijdend ¹ 3 anders gesp. ² 2 onduidelijk	8,1 (SD: 0,9)	7,3 (SD: 2,2)	2 socio 1 vak 1 psycho
B (N=11)	4 cl. 7 th.	8 V 3 M	38,7 (SD: 15,5)	16,5 (SD: 9,0)	9,3 (SD: 3,6)	2 borderline 1 vermijdend 1 anders gesp. ²	7,9 (SD: 0,9)	7,5 (SD: 1,3)	3 psycho 3 socio 1 vak
C (N=6)	6 cl.	5 V 1 M	23,8 (SD: 3,6)	13,7 (SD: 6,2)	1,1 (SD: 1,6)	3 anders gesp. ² 2 vermijdend 1 ongespecificeerd	7,3 (SD: 1,7)	6,4 (SD: 2,1)	

* $p < 0,05$

¹ Eén cliënt uit groep A heeft zowel een borderline persoonlijkheidsstoornis als een vermijdende persoonlijkheidsstoornis en is daarom bij beide diagnoses meegeteld.

² De anders gespecificeerde-persoonlijkheidsstoornissen zijn benoemd zonder hun trekken om het overzicht te bewaren. De meeste cliënten met een anders gespecificeerde-persoonlijkheidsstoornis hebben echter wel trekken van meerdere persoonlijkheidsstoornissen.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in klinische, schemagerichte groepstherapie. Dit werd gedaan door de cliënten en de therapeuten van deze therapie te vragen naar hun meningen over de werkzame factoren van de therapie en deze meningen met elkaar te vergelijken. Op deze manier werden twee subdoelen behaald: er werd inzicht verkregen in de relatieve waarde van de werkzame factoren van de behandeling, en er werd inzicht verkregen in de mate van overeenstemming hierover tussen de cliënten en de therapeuten. Deze twee subdoelen zijn vertaald in drie onderzoeksvragen die nu beantwoord kunnen worden. De eerste onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde: ‘Welke van de gedefinieerde werkzame factoren van klinische schematherapie worden door cliënten en therapeuten als het meest en minst belangrijk ervaren?’. Uit de één-factoranalyse blijkt dat de belangrijkste werkzame factoren van de behandeling volgens de participanten vooral de emotionele aspecten betreffen: de bewustwording en uiting van gevoelens, gedachtes en gedrag in verbinding met anderen, zoals bij de psychotherapie. De aspecten die als minst belangrijk werden beoordeeld zijn de praktische zaken van de behandeling die niet direct het emotionele vlak betreffen of faciliteren. Het hoge aantal participanten dat significant laadt op de één-factoranalyse impliceert dat er een grote mate van overeenstemming is tussen de perspectieven op de therapie van de cliënten en de therapeuten.

Om een gedetailleerder beeld te krijgen van de meningen van de participanten en om meer inzicht te krijgen in de mate van overeenstemming tussen de meningen van de cliënten en therapeuten is er ook gekeken naar een model met meerdere factoren. De drie-factoranalyse bleek hierbij het meest zinvol om de tweede onderzoeksvraag ‘Zijn er groepen te onderscheiden van participanten met overeenkomende meningen over de relatieve waarde van de werkzame factoren van klinische schematherapie?’ te beantwoorden. Er bleken drie groepen te zijn die, ondanks de redelijke tot hoge mate van correlaties en confounders onderling, verschillende elementen van de behandeling meer waardeerden. Eén groep (A) vond de emotionele ontwikkeling van het individu het meest belangrijk, één groep (B) ervoer de verbinding die cliënten met elkaar aangingen en de zaken die ze hiervan konden leren als het belangrijkste, en één groep (C) vond de autonomie van de cliënt en het ervaren van plezier het meest belangrijk voor de behandeling.

De participanten uit de verschillende groepen werden met elkaar vergeleken op diverse eigenschappen om de derde onderzoeksvraag ‘Wat zijn mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen deze groepen met overeenkomstige meningen?’ te beantwoorden. De eigenschappen waarbij significante verschillen zijn gevonden, zijn de rolverdeling, de leeftijd en het aantal maanden dat de cliënten met ontslag waren bij de deelname aan het onderzoek. Het feit dat één van de groepen alleen uit cliënten bestaat, impliceert dat er ook verschillen zijn tussen de perspectieven van de cliënten en de therapeuten op de therapie.

Ondanks een gebrek aan literatuur om de gevonden bevindingen over de relatieve waarde van de werkzame factoren te verklaren, kunnen er wel verklaringen gevonden worden voor de voorkeuren die cliënten en therapeuten mogelijk hebben vanuit hun achtergrond. Zo valt het op dat de groepen met

meer therapeuten de aspecten uit categorieën die zijn geformuleerd of gedefinieerd door therapeuten als belangrijker beoordeelden (Yalom, 1978; Young, 1999). Deze categorieën zijn ‘Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen’, ‘Yalom’s werkzame factoren van groepstherapie’ en ‘Schematherapie-elementen’. Zo behoren de aspecten die de groep met de meeste therapeuten (B) als meest belangrijk beoordeelde, allemaal tot een van de bovengenoemde categorieën. Bij groep A zijn dit drie van de vijf belangrijkste aspecten en bij de groep zonder therapeuten (C) is dit maar één aspect. De meerderheid van de aspecten die groep C als meest belangrijk beoordeelde behoren tot de categorie ‘Facultatieve onderdelen’ en zijn dus onderdelen van de behandeling die de cliënten kunnen aanvragen. Dit patroon van de psychologische voorkeuren van therapeuten kan meerdere betekenissen hebben. Zo kan het enerzijds een bewijs zijn van de expertise van de therapeuten, aangezien zij het eens zijn met autoriteiten binnen de psychologische hulpverlening. Anderzijds kan het ook aantonen dat de therapeuten bevooroordeeld zijn en dat zij bepaalde psychologische aspecten overwaarderen. In beide gevallen lijkt het erop dat de achtergrond van de therapeuten hun perspectief op de werkzame factoren beïnvloedt.

Bij de cliënten kunnen de verschillende waarderingen van de werkzame factoren mogelijk verklaard worden door hun schema’s. Zo is er een verband te ontdekken tussen de perspectieven van de verschillende groepen en de emotionele basisbehoeften (Muste et al., 2009). De gedachte achter deze theorie is dat cliënten de behandeling evalueren vanuit de basisbehoeften die bij hen niet of onvoldoende bevredigd werden tijdens hun jeugd. Het was voor de cliënten daarom extra waardevol dat deze behoeften wel bevredigd werden bij de behandeling. Zo is het mogelijk dat de voorkeuren van de cliënten uit groep A ‘bewustwording en uiting van de eigen emoties’ voortkomen uit de basisbehoefte ‘zelfexpressie; de vrijheid om uitdrukking te geven aan behoeften en emoties’. Bij de cliënten uit groep B ‘inzicht door verbinding met andere cliënten’ speelt mogelijk de basisbehoefte ‘verbondenheid’ een grote rol in de perspectieven die zij hadden op de therapie. De voorkeuren van groep C ‘autonomie en plezier’ komen mogelijk voort uit de basisbehoeften ‘autonomie; competentie en identiteitsgevoel’ en ‘spontaniteit en spel’ (Muste et al., 2009, p. 19-20). Het is vanuit deze theorie denkbaar dat cliënten die confounding scoorden pervasieve schema’s hebben die horen bij meerdere basisbehoeften. Het is dus mogelijk dat de schema’s van de cliënten hun perspectieven op de werkzame factoren beïnvloeden. Voor verder inzicht in het perspectief op deze behandeling en als verklaring voor de verdeling van de cliënten is het waardevol om vervolgonderzoek te doen naar de schema’s van de cliënten die hebben geparticipeerd.

Hoewel de achtergronden van de cliënten en de therapeuten verschillen, blijken zij toch een hoge mate van overeenstemming te hebben in hun perspectieven op de behandeling. Echter, werd vanuit de beperkte literatuur die beschikbaar was over de meningen van cliënten en therapeuten een beeld geschetst van twee werelden apart. In de situatie van Irvin Yalom en Ginny Elkin (2014) en in de studies van Llewelyn (1988) en Bachelor (2013) kwam namelijk naar voren dat de meningen die therapeut en cliënt over de behandeling hebben vaak niet overeenkomen. Een mogelijke verklaring voor de

verschillen tussen de bevindingen van de bronnen en dit onderzoek is de vorm van de therapie die onderzocht is. Zo hebben de bronnen allemaal betrekking op individuele therapie en wordt er in dit onderzoek gekeken naar klinische groepstherapie. Door de intensiviteit van deze behandeling besteden de cliënten veel tijd samen en moeten de therapeuten nauw samenwerken. Dit betekent dat er veel communicatie plaatsvindt tussen de cliënten en de therapeuten, maar ook tussen deze partijen onderling. Aangezien communicatie over een bepaald onderwerp de meest basale manier is om, bewust en onbewust, meningen over het onderwerp te beïnvloeden, vindt er bijna constant afstemming plaats tussen de meningen van de cliënten en therapeuten over de behandeling (Strong, 1968). Daarnaast spelen er mogelijk allerlei groepsprocessen die invloed hebben op de meningen van de participanten. Zo kan er bijvoorbeeld een proces van ‘internalization’ spelen, waardoor een individu de invloed van de groep accepteert en de meningen en gedragingen overneemt (Kelman, 1961). Dit gedrag is onafhankelijk van de externe bron en houdt dus ook aan in afwezigheid van de groep, zoals bij de afname van dit onderzoek. Door dit soort groepsinvloeden en het vele samenzijn en samenwerken is het denkbaar dat zowel cliënten als therapeuten gelijksoortige meningen vormen over de behandeling. Naast deze impliciete afstemming is het CSO (cliënt-staf-overleg) een vast programmaonderdeel waarin expliciete afstemming tussen cliënten therapeuten wordt aangemoedigd en, volgens de bevindingen van dit onderzoek, wordt bereikt. Deze verklaring voor de overeenstemming wordt onderschreven door de afwijkende mening van de teammanager, die bij beide analyses niet significant op de factoren laadde. Deze teammanager verricht het organisatorische werk rondom de kliniek en is inhoudelijk niet betrokken bij de therapie en onderdelen ervan, zoals het CSO. Ook heeft hij weinig tot geen contact met de cliënten. Mogelijk wordt hij hierdoor minder beïnvloed door het paradigma dat heerst onder de therapeuten en cliënten en verklaart dit zijn afwijkende perspectief op de behandeling.

Hoewel er een hoge van overeenstemming is tussen de perspectieven van de cliënten en de therapeuten, zijn er hier ook verschillen tussen gevonden. Zo is er een significant verschil gevonden tussen de verdeling van de cliënten en therapeuten over de factoren bij de drie-factoranalyse. Dit houdt in dat de mening van groep C ‘autonomie en plezier’ alleen gedeeld wordt door de cliënten. Dit suggereert dat de therapeuten het bewaren van de autonomie van de cliënt en het ervaren van plezier bij de behandeling minder belangrijk vinden dan de cliënten. Het belang dat cliënten hechten aan plezier in de therapie werd ook gevonden in een studie van Carroll (2002) naar de meningen van kinderen die speltherapie kregen. Hierbij werd benoemd dat het ervaren van plezier op zichzelf een therapeutisch proces kan zijn. Het belang van het bewaren van de autonomie van de cliënt komt overeen met eerdergenoemde bronnen als een basis voor effectieve therapie (Deci & Ryan, 2002; Lindhiem et al., 2014; APA, 2006). Het is opvallend dat de waarde hiervan niet naar voren komt in de perspectieven van de therapeuten.

Ondanks de gevonden verschillen tussen de perspectieven van de cliënten en de therapeuten blijkt de rolverdeling van de participanten niet een volledige verklaring te bieden voor de distributie van de participanten over de drie factoren. Zo zijn er ook verschillen gevonden tussen de cliënten en de

therapeuten onderling. De cliënten uit groep C waren namelijk significant korter met ontslag dan de cliënten uit de andere groepen tijdens hun deelname aan het onderzoek. Soortgelijk bleek uit het onderzoek van Llewelyn (1998) dat cliënten tijdens de therapie andere elementen van de behandeling waarderen dan na de therapie. Het is mogelijk dat cliënten zich een langere tijd na de behandeling beter hebben kunnen realiseren wat de behandeling voor hen heeft betekend. Zo kan het zijn dat ze langer na de behandeling de emotionele aspecten of verbinding met anderen als meer waardevol gaan zien dan korter na hun ontslag. Daarom zou het voor vervolgonderzoek interessant kunnen zijn om te exploreren welke invloed het aantal maanden dat cliënten met ontslag zijn, heeft op hun perspectief op de inhoud van de behandeling.

Tevens is onduidelijk wat het verschil in de perspectieven van de therapeuten veroorzaakt. Doordat de therapeuten niet op een significant aantoonbare manier verdeeld waren over de factoren, lijkt er geen eenduidige visie te vinden te zijn per therapievorm. Door de kleine hoeveelheid therapeuten per groep is het vinden van een verklaring voor deze verdeling weinigzeggend. Echter, voor bijvoorbeeld sociotherapeuten zou er een verklaring gevonden kunnen worden in de aard van de therapie. De sociotherapeut speelt namelijk een grote rol in het dagelijks leven van de cliënten en moet om deze reden zeer flexibel zijn en kunnen inspelen op de behoeften van de cliënt (Muste et al., 2009; p. 131-132). De sociotherapeuten vormen hun aanpak naar die behoeften en hun eigen vaardigheden; dit wordt ook wel ‘job crafting’ genoemd (Wrzesniewski & Dutton, 2001). Het verschil tussen de perspectieven van de sociotherapeuten kan ook een sterk punt van de behandeling bij de kliniek weergeven, aangezien de verschillende sociotherapeuten zo beter kunnen aansluiten bij de voorkeuren van verschillende cliënten.

Ondanks de veelbelovende resultaten over de werkzame factoren van de behandeling en de overeenstemming hierover van de cliënten en de therapeuten, is er een aantal beperkingen aan dit onderzoek waar rekening mee gehouden moet worden bij de interpretatie van de bevindingen. Zo biedt de gebruikte onderzoeksmethode voor- en nadelen, omdat het een methode is die participanten dwingt om keuzes te maken (ten Klooster et al., 2008). Enerzijds is dit een positieve eigenschap, aangezien het overzicht biedt en ervoor zorgt dat de meningen met elkaar vergeleken kunnen worden. Anderzijds dwingt het participanten mogelijk om keuzes te maken die ze in een natuurlijkere setting niet hadden gemaakt, waardoor moeilijk is in te schatten in hoeverre de Q-sort hun mening kan representeren. Hierom is het bij de interpretatie van de bevindingen van belang om in acht te nemen dat de beoordelingen van de participanten de relatieve waarde van een aspect betreffen. Voor de praktijk betekent dit dus ook dat de zaken die als minst belangrijk zijn beoordeeld, niet per definitie onbelangrijk zijn voor de behandeling die onderzocht is. Deze observatie over de relatieve waarden van de aspecten is ook relevant voor een andere beperking van dit onderzoek. Zo is er in het huidige onderzoek gebruik gemaakt van een Q-set die bestond uit 54 aspecten van de behandeling. Deze aspecten waren echter niet allemaal onderling afhankelijk, waardoor participanten werden gevraagd om aspecten die elkaar niet per definitie uitsluiten met elkaar te vergelijken. Zo staat een programmaonderdeel als ‘dramatherapie’ bijvoorbeeld niet tegenover ‘leren door de feedback van andere cliënten’, maar werden de participanten

toch gevraagd om deze aspecten met elkaar te vergelijken. Dit kan een verstoord beeld van de meningen hebben gegeven. Vanwege de bovengenoemde beperkingen aan dit onderzoek kan het voor vervolgonderzoek waardevol zijn om de participanten te vragen een rangordering te maken van de aspecten per categorie. Op deze manier kan er meer inzicht verkregen worden in de waarde van de verschillende aspecten en worden er geen zaken met elkaar vergeleken die elkaar niet per definitie tegenspreken.

In het huidige onderzoek was er al gepoogd de bovengenoemde beperkingen te minimaliseren, door de participanten te interviewen. Hiermee kon aanvullende, kwalitatieve informatie verzameld worden over de manier waarop de participanten de Q-sorts hadden ingevuld en de motivaties hierachter. Een andere beperking van dit onderzoek komt echter voort uit deze interviews, aangezien ze niet in voldoende mate zijn afgenomen bij de meeste therapeuten. Hierdoor was er minder informatie beschikbaar over de gedachten en redeneringen die zij hadden bij het invullen van de Q-sort. Om deze reden wordt aanbevolen dat alle participanten de Q-sort één-op-één met een onderzoeker invullen en daarna het interview volledig doorlopen. Deze aanbeveling is ook relevant voor een andere beperking van dit onderzoek, namelijk de mogelijke groepsdruk die de therapeuten kunnen hebben gevoeld tijdens het invullen van de Q-sorts. Aangezien zij dit in groepsverband hebben gedaan, is het mogelijk dat de aanwezigheid van de andere therapeuten hen heeft beïnvloed waardoor ze niet volledig vanuit hun eigen mening hebben geantwoord (Asch, 1955).

De invloed van de aanwezigheid van de onderzoeker moet in dit onderzoek ook niet over het hoofd gezien worden, aangezien de onderzoeker een onderdeel van de staf was en dus geen onafhankelijke partij. Voor de therapeuten betrof het dus een collega en voor de cliënten was de onderzoeker een behandelaar. Voor de therapeuten kan deze aanwezigheid mogelijk hebben gezorgd voor meer van de al aanwezige groepsdruk. Voor de cliënten kan het betekenen dat zij zich niet volledig vrij hebben gevoeld om hun volledige mening te delen in de aanwezigheid van een autoriteitsfiguur (Haslam, Loughnan, & Perry, 2014). Anderzijds kan de aanwezigheid van een bekend persoon ook een geruststellende invloed hebben gehad op de participanten. Het is moeilijk om in te schatten hoe groot de invloed van de aanwezigheid van de onderzoeker was en welke valentie dit had voor de participanten. Om te controleren voor de invloed van een bekende onderzoeker, wordt voor vervolgonderzoek aangeraden om gebruik te maken van een onafhankelijke onderzoeker.

Verder is voor vervolgonderzoek interessant om het onderzoek naar de overeenstemming tussen cliënten en therapeuten uit te breiden naar andere groepsbehandelingen, zoals andere klinische behandelingen, deeltijdbehandelingen en poliklinische groepstherapieën. Zo kan er meer inzicht verkregen worden in de oorzaken van de overeenstemming tussen de perspectieven van de cliënten en therapeuten. Ook kan het interessant zijn om bij de behandeling die in deze scriptie onderzocht is verschillende leefgroepen door de jaren heen te vragen naar hun perspectief op de behandeling. De participanten van het huidige onderzoek zaten grotendeels tegelijkertijd in therapie in dezelfde kliniek, waardoor via cultuurvorming en groepsdruk mogelijk een heersende groepsmening gemeten kan zijn.

Door de behandeling meerdere jaren achter elkaar te evalueren kan het groepseffect worden geminimaliseerd en wordt er meer inzicht verkregen in de mening van de cliënt zelf.

Samenvattend kan uit dit exploratieve onderzoek geconcludeerd worden dat de therapeuten en de cliënten van de onderzochte kliniek het grotendeels eens zijn over de behandeling en de werkzame factoren hiervan. Hierbij wordt het bewust worden en uiten van gevoelens, gedachtes en gedrag, in verbinding met anderen, gezien als belangrijkste voor de behandeling. Deze overeenstemming impliceert dat er een goede samenwerking is tussen cliënten en therapeuten, wat de kans op verbetering voor de cliënten vergroot (Barber et al., 2000; Kivlighan, & Shaughnessy, 1995; Bachelor, 2013). Ondanks deze gevonden overeenstemming zijn er ook verschillen tussen de perspectieven te ontdekken. Zo zijn er drie groepen gevonden met een andere visie op de belangrijkste aspecten van de behandeling. Voor de praktijk is het van belang aandacht te hebben voor deze verschillen. Zo bleek dat er voorkeuren spelen waar de therapeuten mogelijk de waarde nog onvoldoende van inzien, zoals de autonomie en het plezier van de cliënt in de behandeling (Carroll, 2002; Deci & Ryan, 2002; Lindhiem et al., 2014; APA; 2006). Daarom is het voor therapeuten en programmamanagers van belang om te blijven vragen naar de ervaringen en feedback van de cliënten, zoals Bachelor (2013) ook aanmoedigde in haar onderzoek. Het is anderzijds ook belangrijk om niet blindelings de voorkeuren van de cliënten te volgen, aangezien de mening van de cliënt niet gelijk hoeft te staan aan de effectiviteit van de behandeling. Concluderend kan er gesteld worden dat, voor de ondersteuning van therapieën en het inzicht in de werking ervan, het belangrijk is om deze te gaan en blijven evalueren vanuit de perspectieven van zowel de therapeuten als de cliënten.

Literatuur

- American Psychiatry Association (2006): Evidence-Based Practice in Psychology APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, *American Psychologist* 61, 4, 271–285.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5(R))*. American Psychiatric Pub.
- Asch, S. E. (1955). Opinions and social pressure. *Scientific American*, 193(5), 31-35.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(2), 118-135.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(6), 1027.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Carroll, J. (2002). Play therapy: the children's views. *Child & Family Social Work*, 7(3), 177-187.
- Davey, G. (2014). *Psychopathology: Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology* (2e ed.). Glasgow, Verenigd Koninkrijk: Wiley.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). Overview of self-determination theory: An organismic dialectical perspective. *Handbook of self-determination research*, 3-33.
- Haslam, N., Loughnan, S., & Perry, G. (2014). Meta-Milgram: An empirical synthesis of the obedience experiments. *PloS one*, 9(4), e93927.
- Hoekenga, P. (2017). *Werkzame factoren van klinische schematherapie bij cliënten met ernstige persoonlijkheidsproblematiek. Een exploratief onderzoek vanuit cliëntenperspectief middels de Q-sort methode. Artikel in voorbereiding.*
- Jedeloo, S., & Van Staa, A. (2009). Q-methodologie, een werkelijke mix van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. *Kwalon*, 14(2), 5-15.

- Kelman, H. (1961). Processes of opinion change. *Public Opinion Quarterly*, 25, 57–78.
- Kennerley, H., Kirk, J., & Westbrook, D. (2017). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications* (3rd ed.). Thousand Oaks, Verenigde Staten: SAGE Publications.
- Kivlighan, D.M., & Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338–349.
- Lindhiem, O., Bennett, C. B., Trentacosta, C. J., & McLear, C. (2014). Client preferences affect treatment satisfaction, completion, and clinical outcome: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 506-517.
- Llewelyn, S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(3), 223-237.
- Masley, S. A., Gillanders, D. T., Simpson, S. G., & Taylor, M. A. (2012). A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 185–202. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.614274>
- Mediant. (z.d.). Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen. Geraadpleegd op 29 maart 2019, van <https://www.mediant.nl/over-mediant/onze-expertise/89-persoonlijkheidsstoornissen>.
- Molen, H. T. van der, Perreijn, S., & Hout, M. van den, (2010). *Klinische psychologie*. Noordhoff Uitgevers BV.
- Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. M. (2009). *Handboek klinische schematherapie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Pitt, D. G., & Zube, E. H. (1979). The Q-sort method: Use in landscape assessment research and landscape planning. In In: *Elsner, Gary H., and Richard C. Smardon, technical coordinators. 1979. Proceedings of our national landscape: a conference on applied techniques for analysis and management of the visual resource [Incline Village, Nev., April 23-25, 1979]. Gen. Tech. Rep. PSW-GTR-35. Berkeley, CA. Pacific Southwest Forest and Range Exp. Stn., Forest Service, US Department of Agriculture: p. 227-234 (Vol. 35).*

- Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2013). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 355-367.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016, May 12). Inpatient Schema Therapy for Nonresponsive Patients with Personality Pathology: Changes in Symptomatic Distress, Schemas, Schema Modes, Coping Styles, Experienced Parenting Styles, and Mental Well-Being. *Psychotherapy*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000056>.
- Stephenson, W. (1953). The study of behavior; Q-technique and its methodology.
- Stricklin, M., & Almeida, R. (2010, January 11). PCQ - Analysis Software For Q-technique. Retrieved August 23, 2019, from <http://www.pcqsoft.com/index.htm>.
- Strong, S. R. (1968). Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15(3), 215.
- Ten Klooster, P. M., Visser, M., & de Jong, M. D. T. (2008). Comparing two image research instruments: The Q-sort method versus the Likert attitude questionnaire. *Food Quality and Preference*, 19(5), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2008.02.007>
- Thunissen, M. M., & Muste, E. H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28(5), 122-131.
- Wolterink, T., & Westerhof, G. (2018). Verandering van schemamodi en klachten bij cliënten met complexe persoonlijkheidsproblematiek. *Gedragstherapie*, 51(1), 24–43.
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. E. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of management review*, 26(2), 179-201.
- Yalom, I. D. (1978). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Yalom, I. D., & Elkin, G. (2014). *In therapie: beschouwingen van psychiater en patiënt*. Amsterdam: Balans, Uitgeverij.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

Bijlage 1: Q-set

Programmaonderdelen, verplicht

1. Psychotherapie
2. Beeldende therapie
3. Dramatherapie
4. PMT (psychomotorische therapie)
5. Bezinningsblok
6. Socio-blok
7. Sporten
8. MO-blok (maatschappelijke oriëntatie)
9. TG-vergadering (therapiegroep)
10. CSO (cliënt-staf-overleg)
11. Oefenavond en MO-middag
12. Medicatiesprekkuur
13. Huistherapie
14. PER (behandelplanbespreking)
15. Wandelen
16. Schatkistweek - aandacht voor je kwaliteiten
17. Werkweek
18. Commissies, huis- en milieuraad

Facultatieve onderdelen

19. Modules
20. PB-gesprekken (persoonlijke begeleiding)
21. Individuele therapie
22. Systeemgesprekken

Klinische- en milieu-therapeutische werkzame elementen

23. Blijven praten over wat je denkt en voelt
24. Verplicht mee moeten doen met het hele programma
25. Veel samen moeten doen
26. Geen ruimte voor vermijding, je bent constant zichtbaar
27. Staf bepaalt grenzen, regels en structuur
28. Intensief: 24 uur per dag, 5 dagen per week
29. Een jaar lang de tijd
30. Het gebouw
31. Lol maken en spelen

Schematherapie-elementen

32. Maken van je CCP met je hoofdbehandelaar (casusconceptualisatie)

33. Monitoren voortgang met schemalijsten
34. Maken en bespreken van je levensverhaal
35. Werken met schema en modi technieken, zoals meer stoelen techniek, rescripting, etc.
36. Psycho educatie; uitleg door de staf over je problemen en hoe er mee om te gaan

Yalom's werkzame factoren van groepstherapie

37. Krijgen van hoop dat je verbetert, doordat je verbeteringen ziet bij anderen
38. Ervaren dat je niet de enige bent met bepaalde problemen
39. Ervaren dat je anderen kunt helpen en steunen.
40. Met anderen samenleven, als in een gezin
41. Ontwikkelen en oefenen van sociale vaardigheden
42. Leren door nadoen van anderen
43. Leren door de feedback van andere cliënten
44. Uiten van emoties
45. Leren accepteren dat het in je leven zo gegaan is
46. Bewust worden van je gedrag en je gevoelens
47. Je verbonden gaan voelen met anderen

Vaktherapie-elementen

48. Uitbeelden van gevoelens bij vaktherapie
49. Oefenen, voelen, ervaren via je lichaam

Relatie met staf

50. Relatie met je hoofdbehandelaar
51. Relatie met een voor jou belangrijke sociotherapeut
52. Relatie met een voor jou belangrijke vaktherapeut
53. Relatie met ervaringsdeskundige
54. Beschikbaarheid sociotherapeut

Bijlage 2: Uitleg afname Q-sort en interview achteraf

“Dit is een onderzoek waarbij we in kaart willen brengen wat cliënten zelf vinden wat hen het meest heeft geholpen in hun behandeling. Daarvoor wil ik jou vragen deze kaartjes met allemaal mogelijk helpende factoren op volgorde te leggen van “heel belangrijk voor jouw behandeling” tot en met “heel onbelangrijk voor jouw behandeling”. Het gaat dus echt om jouw mening over jouw eigen behandeling.

Op het bord voor je zie elf kolommen. Voor de meest belangrijke en de meest onbelangrijke factoren kun je dus maar twee kaartjes neerleggen. Je kunt dus vrij veel kaartjes in het midden neerleggen over die factoren waarover je relatief neutraal bent. Als ze onder elkaar liggen zijn die kaartjes dus voor jou ongeveer even belangrijk. Misschien kom je kaartjes met factoren tegen die juist negatief voor jou hebben gewerkt. Die leg je dan zo veel mogelijk links neer. Misschien kom je kaartjes tegen die voor meerder uitleg vatbaar zijn. Interpreteer ze dan zo positief mogelijk. Het gaat namelijk vooral om die zaken die jou juist wel geholpen hebben.

Om te beginnen neem je alle kaartjes door en verdeel je ze meteen in drie stapels. Rechts de kaartjes waarvan je denkt dat ze belangrijk voor je behandeling waren, in het midden waarover je relatief neutraal bent, en links een stapeltje met de meest onbelangrijke factoren. Pas dan ga je de kaarten in de vakjes leggen. Je begint rechts: met de meest belangrijke factoren. Vervolgens werk je zo verder door naar links.

Veel succes!”

Als cliënt klaar is:

Hoe vond je het om dit te doen?

Heb je kaartjes gemist?

Kun je wat vertellen over de kaartjes die het meest belangrijk (helemaal rechts) voor je waren, en over de kaartjes die het meest onbelangrijk (helemaal links) voor je waren?

Als je de kwaliteit van de Wieke behandeling een rapportcijfer zou moeten geven (tussen de 1 en de 10), welk cijfer zou je dan geven?

Als je een cijfer zou geven aan de mate waarin je vindt dat je vooruit bent gegaan welk cijfer zou je dan geven? Een 1 is niet vooruitgegaan of verslechtering, en 10 is enorm veel vooruitgegaan.

Zou je een uitnodiging willen krijgen voor het referaat waarin de uitslag van dit onderzoek verteld wordt?

Hartelijk bedankt voor je medewerking!

Bijlage 3: Toestemmingsverklaringsformulier

TOESTEMMINGSVERKLARING

Voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek

Onderzoek naar de werking en effecten van klinische schematherapie

Hierbij verklaar ik dat ik bereid ben deel te nemen aan het onderzoek naar de werking en effecten van klinische schematherapie.

Ik heb van de onderzoeker schriftelijke en mondelinge informatie gekregen over de inhoud, methode en doel van het onderzoek. Ik heb mijn vragen kunnen stellen en die zijn naar tevredenheid beantwoord. Ik begrijp waarover het onderzoek gaat. Ik heb voldoende tijd gehad om te beslissen of ik mee wil doen. Ik begrijp dat als ik niet meer mee wil doen, ik het onderzoek op ieder moment stop kan zetten.

Ik stem vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. De data mogen door de huidige en toekomstige onderzoekers gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek. De onderzoekers mogen daarvoor mijn dossier inzien. De onderzoekers mogen mij benaderen voor aanvullende vragen ten behoeve van het onderzoek.

Ik begrijp dat ik mijn vragen altijd kan stellen aan de huidige onderzoekscoördinator: Peter Hoekenga, ph.hoekenga@mediant.nl, 088 - 373 6700.

Naam :

Geboortedatum :

Datum :

Handtekening :

Ondergetekende, verantwoordelijke onderzoeker, verklaart dat de hierboven genoemde persoon zowel schriftelijk als mondeling over het bovenvermelde onderzoek is geïnformeerd. Hij/zij verklaart tevens dat een voortijdige beëindiging van de deelname door bovengenoemde persoon, van geen enkele invloed zal zijn op de zorg die hem of haar toekomt. Alle gegevens van de deelnemers aan het onderzoek worden geanonimiseerd.

Naam :

Functie :

Datum :

Handtekening :