Universiteit Utrecht
Faculteit Sociale Wetenschappen
Afdeling Klinische en Gezondheidspsychologie

Het effect van pre-therapie op motivatie, klachten en kwaliteit van leven bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek

19-05-2015
N. I. van Loon (3671860)
Supervisors: F. van den Brink & M. Warner

Abstract

This study examined the effect of pre-therapy on motivation, quality of life and complaints by patients with personality disorders. In this study participated 109 patients, consisting of 81 patients in the pre-therapy and 28 patients in the control group. It was expected that patients who followed the pre-therapy will achieve a higher score on motivation and quality of life compared to the control group. The pre-therapy is not a complaints focused treatment. Therefore it is expected that the score on complaints will be the same for patients who participated in the pre-therapy and the control group. The results showed that after the pre-therapy scores on quality of life and the first aspect of motivation, Readiness to Change, were significantly higher than before the pre-therapy. The scores on second aspect of motivation, Need for help, and complaints did not differ significantly. Moreover, the results suggested that the motivation built up in the pre-therapy fades during the period of waiting before the following treatment starts. Concluding, the pre-therapy is a unique and effective treatment and therefore an important addition to current treatment of personality disorders.

Keywords: Pre-therapy · Personality disorders · Motivation · Quality of Life · Complaints

Samenvatting

In het huidige onderzoek werd het effect van pre-therapie op motivatie, kwaliteit van leven en klachten onderzocht bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Aan dit onderzoek hebben 109 patiënten deelgenomen, waarvan 81 patiënten deelnamen aan de pre-therapie en 28 patiënten de controlegroep vormden. Er werd verwacht dat patiënten die deelnemen aan de pre-therapie een hogere score zullen bereiken op motivatie en kwaliteit van leven in vergelijking met de controlegroep. De pre-therapie is geen klachtgerichte behandeling, waardoor verwacht werd dat het gerapporteerde klachtenniveau hetzelfde was voor zowel patiënten die deelnemen aan de pre-therapie als de controlegroep. De resultaten lieten zien dat de scores op kwaliteit van leven en het eerste aspect van motivatie, *Readiness to change*, significant hoger waren na afloop van de pre-therapie in vergelijking met de meting voorafgaand aan de pre-therapie. De scores op het tweede aspect van motivatie, *Need for help*, en de klachten verschilden niet significant. Daarnaast suggereerden de resultaten dat de verhoogde motivatie die opgebouwd wordt in de pre-therapie verdwijnt tijdens de wachttijd voor de vervolgbehandeling. Concluderend blijkt pre-therapie een unieke en effectieve behandeling te zijn en daarom een belangrijke toevoeging aan het huidige behandelaanbod voor persoonlijkheidsproblematiek.

Inleiding

Persoonlijkheidsproblematiek vormt een complex onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg. Er is echter slechts beperkt onderzoek gedaan naar persoonlijkheidsstoornissen en bijbehorende effectieve behandelingen (Fertuck, 2010). Volgens de DSM-V wordt een persoonlijkheidsstoornis gedefinieerd als een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen dat duidelijk afwijkt van de verwachtingen binnen de cultuur van de patiënt. Dit patroon is ontstaan in de adolescentie of op jongvolwassen leeftijd en is hardnekkig, stabiel over tijd en aanwezig in verschillende levensgebieden. Patiënten met persoonlijkheidsproblematiek ervaren sterke beperkingen en lijdensdruk in hun leven, onder andere in het sociale en beroepsmatige leven (American Psychiatric Association, 2013). Deze beperkingen en lijdensdruk uiten zich bijvoorbeeld in dat sommige patiënten hun emoties volledig afsluiten. Hierdoor zijn ze vaak niet in staat om een intieme relatie aan te gaan en beschrijven ze een gevoel van leegte. Daarentegen zijn er ook patiënten die juist veel emoties hebben en hier weinig

controle over hebben. Hierdoor komen ze snel in conflict met hun omgeving wat leidt tot snel wisselende relaties en werkplekken.

Deze patiënten hebben zo snel mogelijk hulp nodig, maar door hun problematiek vormen lage therapietrouw en vroegtijdige uitval tijdens behandeling een groot probleem (Francesca, Menchetti, Pozzi & Berardi, 2012; Jochems et al., 2012; Miller, 1985). In het onderzoek van onder andere Stevens, Verdejo-Garcia, Roeyers, Goudriaan en Vanderplasschen (2014) is een gemiddeld positief effect gevonden tussen motivatie voor behandeling en therapietrouw. Uit hun artikel blijkt dat het probleem van vroegtijdige uitval en lage therapietrouw vermindert als de motivatie toeneemt. Om deze reden is er bij PsyQ Rotterdam, onderdeel van de Parnassiagroep, een pre-therapie opgestart, genaamd de Oriënterende Psychotherapiegroep voor Persoonlijkheid (O.P.P.). In de O.P.P. wordt aandacht besteed aan onderhandeling over de keuze van vervolgbehandeling en aan het vergroten van motivatie. De O.P.P. is een groepstherapie bestaande uit een herhalende cyclus van vier onderwerpen, waarvan één onderwerp per week behandeld wordt. De vier onderwerpen zijn emoties en relaties, klachten en doelen, voorwaarden voor therapie en therapieaanbod. Patiënten kunnen deze cyclus van vier weken één tot drie keer doorlopen.

Door middel van de O.P.P. wordt getracht de motivatie te verhogen waardoor de uitkomst van behandeling geoptimaliseerd wordt. In het artikel van Verstuyf en Vansteenkiste (2008) worden twee stromingen van motivatie onderscheiden: intrinsieke en extrinsieke motivatie. Als er sprake is van intrinsieke motivatie, wordt bepaald gedrag uitgevoerd omdat er plezier aan beleefd wordt. Bij extrinsieke motivatie wordt bepaald gedrag uitgevoerd omdat er winst mee is te behalen. In therapie gaan is een zwaar proces en lang niet altijd plezierig, waardoor er veelal geen sprake is van de hoogste vorm van motivatie: intrinsieke motivatie (Verstuyf et al., 2008). Binnen het concept extrinsieke motivatie worden drie subtypes onderscheiden: externe verplichting, interne verplichting en persoonlijk belang. De hoogste vorm van extrinsieke motivatie is persoonlijk belang. Persoonlijk belang voor therapie houdt in dat patiënten in therapie gaan omdat zij dit persoonlijk relevant vinden, zij zien er het nut en de noodzaak van in (Verstuyf & Vansteenkiste, 2008). De O.P.P. probeert deze vorm van motivatie te bereiken.

In de *Self-Determination Theory* van Deci en Ryan (2000; in Verstuyf, et al., 2008) worden drie psychologische basisbehoeften onderscheiden waardoor de

motivatie zal internaliseren naar een persoonlijk belang. Deze basisbehoeften zijn autonomie, relationele verbondenheid en gevoel van competentie. Middels psycho-educatie wordt getracht het zelfinzicht te verhogen op het gebied van klachtbeleving, behandeldoelen, emotieregulatie en interactieproblemen bij de patiënt (Bijlage 1, onderzoeksvoorstel O.P.P.). Het gevoel van competentie wordt verhoogd doordat de patiënten meer inzicht hebben in hun klachten en problemen, waarna ze op basis hiervan persoonlijke haalbare doelen opstellen. Daarnaast wordt in de O.P.P. voorlichting gegeven over verschillende behandelvormen en wordt er geprobeerd overeenstemming te bereiken over de hulpvraag en het hulpaanbod. Op deze manier wordt het gevoel van autonomie gestimuleerd, omdat patiënten zelf invloed kunnen uitoefenen op de keuze voor de vervolgbehandeling. Tot slot is er ruimte in de groep om ervaringen te delen en elkaar te steunen waardoor een gevoel van verbondenheid met groepsgenoten en therapeuten kan ontstaan. Uit onderzoek van Wild, Cunningham en Ryan (2006) blijkt dat de drie basisbehoeften zoals onderscheiden in de *Self-Determination Theory* leiden tot de extrinsieke motivatie gebaseerd op persoonlijk belang en deze zullen uiteindelijk zorgen voor een betere therapie uitkomst.

In dit onderzoek zijn op basis van bovenstaande literatuur en theoriëen verschillende hypothesen opgesteld. De eerste hypothese onderzoekt of deelname aan de O.P.P. leidt tot motivatieverhoging, verhoging van kwaliteit van leven en of de klachten stabiel blijven. Op basis van de overeenkomsten tussen de O.P.P. en de *Self-Determination Theory* wordt verwacht dat de O.P.P. leidt tot motivatieverhoging. Daarnaast is de O.P.P. geen klachtenbehandeling, waardoor verwacht wordt dat het klachtenniveau stabiel blijft. Zoals eerder beschreven is er veelal sprake van verbondenheid en steun binnen de O.P.P. Sociale steun leidt tot een hogere kwaliteit van leven volgens het onderzoek van Barile, Edwards, Dhingra en Thompson (2014). Om deze reden wordt verwacht dat de kwaliteit van leven toeneemt.

Als blijkt dat de O.P.P. leidt tot motivatieverhoging, dan wordt op basis van het eerder beschreven onderzoek van Stevens et al. (2014) verwacht dat dit zal leiden tot een vermindering van vroegtijdige uitval en lage therapietrouw. Patiënten zouden dan hun vervolgbehandeling volledig doorlopen, waardoor ze uiteindelijk beter geholpen zijn. Hierdoor zou de O.P.P. een grote vooruitgang betekenen in de zorgverlening van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Hiervoor is het wel van belang dat als de O.P.P. zorgt voor een verhoging in motivatie, deze motivatie

blijft voortbestaan tot aan het begin van de vervolgbehandeling. Door wachtlijsten kan de tijd tussen het einde van de O.P.P. en de start van de vervolgbehandeling weken tot maanden bestrijken. Als blijkt dat de motivatie meteen na de O.P.P. weer afzwakt, heeft de O.P.P. op langere termijn geen voordeel ten opzichte van de wachtlijstconditie. De O.P.P. zou dan juist een grotere mentale belasting vormen voor de patiënt en daarnaast zou er ook sprake zijn van onnodige tijd- en geldinvestering. Om de patiënt de beste zorg te kunnen bieden is het van klinisch belang om effectiviteitonderzoek te doen naar de O.P.P.

De tweede hypothese onderzoekt of de O.P.P. in vergelijking met de wachtlijstconditie leidt tot een hogere motivatie en het stabiel blijven van het klachtenniveau en kwaliteit van leven aan het begin van de vervolgbehandeling. Op basis van de overeenkomsten met de *Self-Determination Theory* van Deci en Ryan (1983) wordt verwacht dat deelname aan de O.P.P. leidt tot extrinsieke motivatie op basis van persoonlijk belang. Hierdoor zou de motivatie om behandeling te volgen komen uit persoonlijke overtuiging en daardoor geïntegreerd zijn binnen de persoon (Verstuyf et al., 2008). Om deze reden wordt verwacht dat deze hoogste vorm van extrinsieke motivatie standhoudt tot aan het begin van de vervolgbehandeling. De verwachting is dat steun en verbondenheid binnen de O.P.P. leidt tot een hogere kwaliteit van leven. De verwachting is echter dat dit effect verdwijnt tijdens de wachttijd op de vervolgbehandeling, wanneer er geen sprake meer is van steun en verbondenheid van een therapiegroep. Tot slot is de O.P.P. geen klachtenbehandeling waardoor verwacht wordt dat de gerapporteerde klachten stabiel blijven.

De vervolgbehandeling voor persoonlijkheidsproblematiek is wel een klachtgerichte behandeling. In dit onderzoek worden drie vervolgtherapieën onderscheiden: Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentaliserende therapie (MBT) en Schemagerichte therapie. In de DGT staan vier vaardigheden centraal: aandacht en concentratie trainen, tijdig leren herkennen en reguleren van emoties, crisisvaardigheden ontwikkelen om automutilatie te voorkomen en tot slot wordt er aandacht besteed aan intermenselijke effectiviteit zoals om hulp vragen. De MBT is gericht op het verdragen van heftige gevoelens of het weg stoppen van gevoelens. In deze therapiegroep wordt er gewerkt aan het bewust zijn van emoties en deze te kunnen verdragen zonder er meteen naar te handelen. Tot slot de Schemagerichte therapie, in deze therapie wordt gewerkt aan het leren herkennen van disfunctionele kernovertuigingen. Daarna wordt geprobeerd deze kernovertuigingen om te buigen en

te oefenen met nieuw gedrag. Deze therapieën duren gemiddeld ongeveer één jaar en zijn geschikt voor verschillende vormen van persoonlijkheidsproblematiek. De therapieën staan uitgebreid beschreven in bijlage 4.

Zoals eerder beschreven is het doel van de O.P.P. de motivatie te verhogen van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. Echter, het uiteindelijke doel van de vervolgbehandeling, DGT, MBT of Schema, is dat de klachten van de patiënt afnemen en dat de kwaliteit van leven wordt bevorderd. De derde en laatste hypothese onderzoekt of de kwaliteit van leven hoger is en de klachten lager zijn tijdens de vervolgbehandeling bij patiënten die de O.P.P. hebben voltooid in vergelijking met de wachtlijstconditie. De kwaliteit van leven wordt gemeten aan de hand van lijdensdruk en beperkingen in verschillende gebieden. Zoals eerder beschreven ervaren patiënten met persoonlijkheidsproblematiek een grote lijdensdruk en ernstige beperkingen in verschillende gebieden zoals werk, sociaal leven en relaties (American Psychiatric Association, 2013). Uit het artikel van Cameron, Palm Reed en Gaudiano (2014) komt naar voren dat motivatie voor behandeling een versterkende factor is voor de kwaliteit van leven. Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Marble, Høglend en Ulberg (2011) dat motivatie ook een belangrijke factor is voor klachtenafname. Echter, in het artikel van Cameron et al. (2014) wordt beschreven dat klachtenafname vaak niet direct gerelateerd is aan een verbeterde kwaliteit van leven. Op basis van het artikel van Cameron et al. (2014) en onderzoek van Marble et al. (2011) wordt tot slot verwacht dat als de O.P.P. verhoging van motivatie teweegbrengt, dat dit onderling onafhankelijk leidt tot klachtenafname en verbetering van kwaliteit van leven.

Methode

Participanten

Aan het onderzoek namen 109 patiënten deel die op dit moment in behandeling zijn of geweest zijn bij PsyQ Rotterdam op de afdeling Persoonlijkheidsproblematiek. De patiënten hebben ernstige emotionele en/of psychische klachten die samenhangen met een persoonlijkheidsstoornis. De patiënten werden niet-gerandomiseerd verdeeld in twee groepen, patiënten die deelnamen aan de O.P.P. en patiënten die op de wachtlijst kwamen te staan. Patiënten werden ingedeeld in de O.P.P. groep wanneer er na de intake te weinig motivatie was voor behandeling of wanneer er onvoldoende overeenstemming was over het behandelaanbod en behandelvraag tussen het behandelteam en de patiënt. Demografische gegevens zijn weergegeven in Tabel 1.

Redenen om patiënten uit te sluiten van dit onderzoek waren onder andere meerdere missende antwoorden op vragenlijsten, vroegtijdige drop-out of een andere vervolgtherapie dan de drie onderzochte therapieën: Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentaliserende therapie (MBT) en Schemagerichte therapie. De precieze cijfers van hoeveel patiënten om bovenstaande redenen zijn uitgesloten van het onderzoek, zijn onbekend.

De gegevens van één patiënt zijn niet meegenomen in de data-analyse, omdat er sprake was van een uitschieter. Deze patiënt rapporteerde minimale klachten waardoor verwacht werd dat er sprake was van onderrapportage. Ondanks de minimale klachten, rapporteerde de patiënt wel een zeer hoge lijdensdruk. Daarentegen rapporteerde de patiënt wel erg gelukkig te zijn. Door deze tegenstrijdige rapportages en vermoedens van onderrapportage is deze patiënt niet meegenomen in de data-analyse.

Tabel 1.

Demografische gegevens.

	Patiënten (*N*)			Leeftijd	
	Man	Vrouw	Totaal	*M*	*SD*
Deelname aan O.P.P.	31	50	81	39.52	11.52
Wachtlijstconditie	8	20	28	37.11	10.27
Totaal	39	70	109	38.90	11.22

Meetinstrumenten

SCID-II De patiënten vulden een screeningsvragenlijst in, de Structured Clinical Interview voor DSM-IV Axis II Personality Disorder (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997). Met behulp van de SCID-II diagnosticeerden behandelaren één of meer persoonlijkheidsstoornissen bij de patiënten.

MTQ-8 Met behulp van de zelfrapportage vragenlijst Motivation for Treatment Questionnaire (MTQ-8), ontwikkeld door Beek en Verheul (2008), wordt motivatie voor behandeling gemeten bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De MTQ-8 meet door middel van 8 vragen twee verschillende constructen: vier vragen over de behoefte aan hulp (*Need for help*) en vier vragen over de bereidheid voor verandering (*Readiness to change*). In hoeverre de patiënt problemen herkent en bereid is deze aan te pakken, voorspelt in grote mate de motivatie voor behandeling (Beek & Verheul,

2008). Een voorbeeldvraag van de subschaal *Readiness to change* is “Ik heb het gevoel dat ik er helemaal klaar voor ben om mijzelf en mijn problemen onder handen te nemen”. Een voorbeeldvraag van de subschaal *Need for help* is “Ik heb ernstige psychische of emotionele problemen die professionele hulp behoeven:”. De tweede vraag van de subschaal *Need for help* is omgepoold: “Ik zou mijn leven weer op orde kunnen krijgen, ook wanneer ik niet in behandeling zou gaan”. De vragenlijst die gebruikt is in dit onderzoek bestond uit de 8 vragen van de MTQ-8 met twee extra vragen (zie bijlage 2). Deze extra vragen zijn eruit gehaald zodat de bekende validiteit en betrouwbaarheid van de MTQ-8 gebruikt kon worden. De interne consistentie is voldoende beoordeeld (α = .63). Dit wordt bevestigd door het onderzoek van Beek en Verheul (2008) waar uit naar voren komt dat de interne consistentie voldoende tot goed is van zowel de volledige vragenlijst als per subschaal apart.

De 4K’s is een zelfrapportage vragenlijst die uit vier onderdelen bestaat: Klachten, Kwaliteit van leven, Kosten en Klanttevredenheid. Deze vragenlijst wordt zowel digitaal als op papier afgenomen. In dit onderzoek zijn de onderdelen Klachten en Kwaliteit van leven meegenomen (zie bijlage 3).

Korte Klachtenlijst Het onderdeel klachten werd gemeten aan de hand van de Korte Klachten Lijst (KKL), ontwikkeld door Appelo en Lange (2007). In deze lijst worden dertien veelvoorkomende klachten uitgevraagd: angsten, concentratieproblemen, geheugenproblemen, depressiviteit, lichamelijke klachten, prikkelbaarheid, relatieproblemen, zelfmoordgedachten en/of zelfmoordpogingen, eetstoornissen, automutilatie, seksuele problemen, slaapproblemen en verslavingen. Daarnaast is er een item open gelaten zodat er eventueel een andere klacht kan worden ingevuld door de patiënt. De aanwezigheid van de klachten werd gemeten aan de hand van een vijfpuntsschaal, lopend van 0 (‘geen’) tot 4 (‘heel erg’) (Huijbrechts, Appelo, Korrelboom, van der Heiden & Bos, 2009). De interne consistentie van de KKL is goed (α = .80). Uit psychometrisch onderzoek van Lange en Appelo (2007) komt naar voren dat de test-hertestbetrouwbaarheid voldoende is.

Kwaliteit van leven Het onderdeel Kwaliteit van leven werd gemeten aan de hand van vier vragen. Drie omgepoolde vragen gaan over de invloed van klachten op werk en dagactiviteiten, op sociaal functioneren en op de relatie en/of gezin. Een voorbeeld van deze vragen is “In hoeverre heeft het lijden onder uw klachten de laatste maand negatieve invloed gehad op uw sociale leven?”. Deze vragen zijn gebaseerd op de Sheehan Disability Scale van Sheehan (1983; in Huijbrechts et al., 2009) en worden

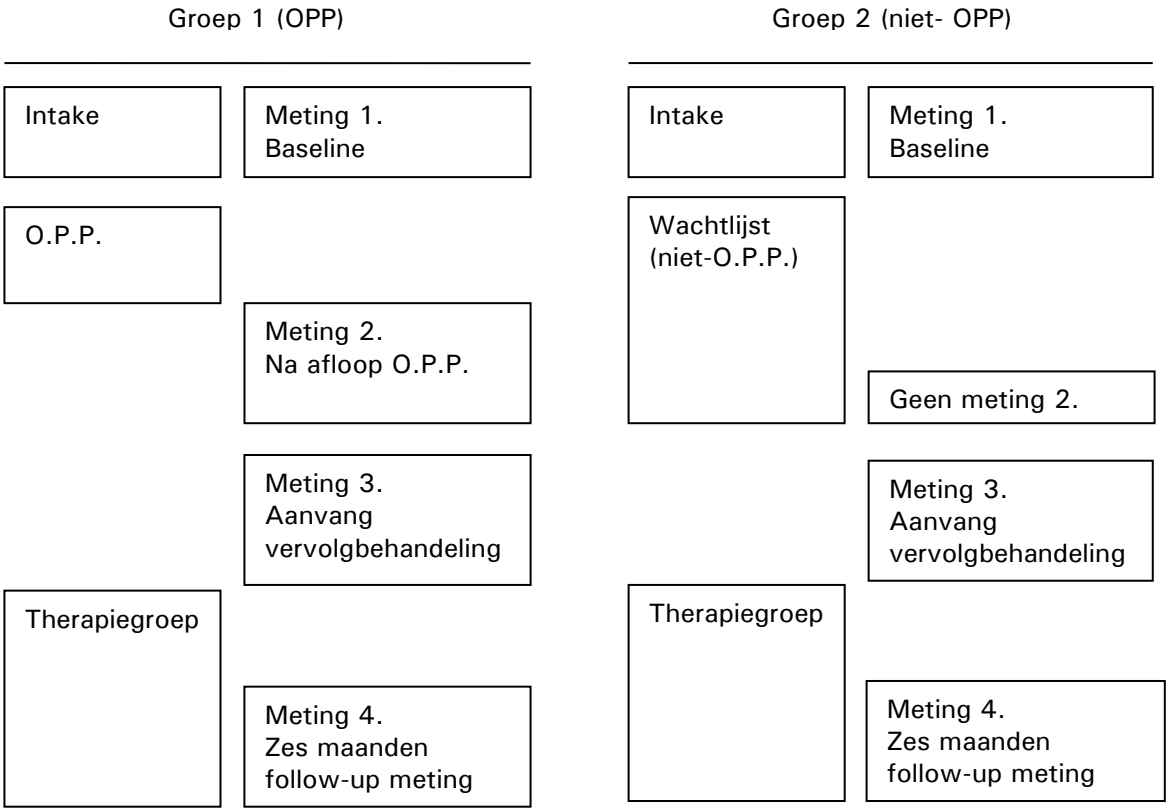
gescoord op een schaal lopend van 0 (‘geen invloed’) tot 10 (‘extreme invloed’). Er is sprake van een redelijke interne consistentie (α = .61). Tot slot is er een vierde vraag om Kwaliteit van leven te meten en daarop geeft een patiënt aan hoe gelukkig te zijn geweest de laatste maand door de vraag “Hoe gelukkig bent u de laatste maand?” te beantwoorden op een schaal van 0 (‘helemaal niet gelukkig’) tot 10 (‘heel gelukkig’). Deze vraag is betrouwbaar en valide gebleken (Huijbrechts et al, 2009).

Procedure

Patiënten hadden zich aangemeld bij PsyQ en kregen een standaard intakeprocedure. Volgens deze intakeprocedure kregen patiënten eerst een gesprek om kennis te maken met een behandelaar. Daarna volgde een tweede gesprek waarin de SCID-II werd afgenomen om helder te krijgen of er sprake was van persoonlijkheidsproblematiek. Als de patiënt gediagnosticeerd werd met persoonlijkheidsproblematiek dan werd aan de patiënt de mogelijkheid voorgelegd om mee te doen aan het onderzoek. Er werd besproken met de patiënt dat deelname op geheel vrijwillige basis is en dat het geen invloed uitoefende op het behandelplan. Door middel van het ondertekenen van een *informed consent* formulier werd toestemming verleend door de patiënt. Indien er toestemming werd verleend, vulde de patiënt de MTQ-8 en de 4K’s in.

Na de intakeprocedure werd bepaald of de patiënt deelnam aan de O.P.P. of direct op de wachtlijst kwam voor vervolgbehandeling. Deze keuze werd gemaakt op basis van de mate van motivatie en overeenstemming tussen het behandelteam en de patiënt over verschillende onderwerpen. Ten eerste kunnen patiënt en behandelteam verschillen in de voorkeur voor individuele of groepstherapie. Daarnaast kan er ook onduidelijkheid bestaan omtrent wat de patiënt wilt bereiken met een behandeling en of deze doelen haalbaar zijn voor de patiënt. Tot slot kan het zo zijn dat de problematiek van de patiënt nog niet volledig helder is. In dit geval dient dit eerst uitgezocht te worden alvorens een behandeling gestart wordt. Op basis van onvoldoende overstemming tussen patiënt en behandelteam, werd de patiënt ingedeeld bij de O.P.P. Als er wel voldoende overeenstemming was, dan werd de patiënt op de wachtlijst geplaatst voor de vervolgbehandeling. Er was geen sprake van een negatief effect op de wachttijd voor vervolgbehandeling gezien het feit dat de datum van intake de plaats op de wachtlijst bepaalt, ongeacht het al dan niet deelnemen aan de O.P.P. Aan het eind van de O.P.P. werden de MTQ-8 en 4K’s opnieuw ingevuld door de deelnemers van de O.P.P.

Na de O.P.P. kwamen deze patiënten op de wachtlijst te staan voor vervolgbehandeling, samen met de patiënten die niet deelnamen aan de O.P.P. Aan het begin van de vervolgbehandeling werden opnieuw de MTQ-8 en 4K's ingevuld door alle patiënten. Tot slot werd na 6 maanden in de drie verschillende vervolgbehandelingen een *follow-up* meting gedaan door opnieuw de MTQ-8 en 4K's in te vullen. Deze vervolgbehandelingen zijn Dialectische Gedragstherapie (DGT), Mentaliserende therapie (MBT) en Schemagerichte therapie. Er is voor deze drie therapieën gekozen omdat dit de meest voorkomende en langdurige behandelingen zijn voor de 6 maanden follow-up meting. Een overzicht van de meetmomenten is schematisch weergegeven in Figuur 1.



Figuur 1. Schematisch overzicht meetmomenten.

Inhoud Oriënterende Psychotherapiegroep Persoonlijkheidsproblematiek

De O.P.P. bestond in totaal uit ongeveer 4 tot 12 bijeenkomsten van anderhalf uur. Er was sprake van een open groep, wat inhield dat nieuwe groepsleden konden instromen en huidige groepsleden konden uitstromen. De groep werd geleid door twee

behandelaren. In de O.P.P. worden vier thema's behandeld. De vier besproken thema's in de O.P.P. zijn emoties en relaties, klachten en doelen, voorwaarden voor behandeling en aanbod van therapieën binnen PsyQ afdeling Persoonlijkheidsproblematiek. Elke week werd één van deze thema's behandeld en deze cyclus herhaalde zich elke vier weken. Om de vier zittingen vond er in de groep een evaluatie plaats en werd er al dan niet uitgestroomd naar een vervolgbehandeling.

Resultaten

Beschrijvende statistiek

Indien er maximaal één missende waarde per vragenlijst was, is het gemiddelde genomen van de andere scores op de vragenlijst. Bij meerdere missende waarden per vragenlijst is de patiënt niet meegenomen in de data-analyse.

Aangezien de patiënten niet gerandomiseerd verdeeld waren over de condities O.P.P. en niet-O.P.P. is een onafhankelijke *t*-toets uitgevoerd om te onderzoeken of de condities gelijkmatig verdeeld waren. Uit deze toets kan geconcludeerd worden dat de condities O.P.P. en niet-O.P.P. bij aanvang van het onderzoek niet significant van elkaar verschilden in de onderzochte variabelen: klachten, kwaliteit van leven en motivatie, uitgesplitst voor beide subschalen (zie Tabel 2).

Tabel 2.
Vergelijking condities O.P.P. en niet-O.P.P. (N=107).

	M		***SD***		***t***	***p***	**Min**	**Max**
	O.P.P.	niet-O.P.P.	O.P.P.	niet-O.P.P.				
MTQ-8	6.87	7.18	1.02	0.77	-1.50	.172	3.88	8.88
Need for help	6.54	6.92	1.32	1.03	-1.38	.289	3.25	9.00
Readiness to change	7.19	7.45	1.15	0.94	-1.06	.136	4.25	9.00
Klachten	1.51	1.71	0.59	0.75	-1.44	.154	.29	3.14
Kwaliteit van leven	3.15	3.00	1.59	1.23	0.46	.644	.50	6.75

Resultaten binnen de O.P.P. conditie

Een gepaarde *t*-toets is uitgevoerd om de score op klachten, kwaliteit van leven en motivatie, uitgesplitst voor subschalen *Need for Help* en *Readiness to Change*, te vergelijken tussen de meting bij intake en meting na de O.P.P. Er is geen significant verschil gevonden in de scores voor de O.P.P. (M = 6.87, SD =1.02) en na de O.P.P. (M = 7.08, SD = 1.03) voor algemene motivatie; $t(80) = -1.82$, $p = .072$. Daarentegen

scoorden patiënten wel significant hoger na de O.P.P. (*M* = 7.56, *SD* =1.11) in vergelijking met voor de O.P.P. (*M* = 7.19, *SD* =1.15) op motivatie subschaal *Readiness to change*; *t*(80) = -2.80, *p* = .006. Er is echter geen significant verschil gevonden in de scores voor de O.P.P. (*M* = 6.54, *SD* = 1.32) en na de O.P.P. (*M* = 6.60, *SD* = 1.45) op motivatie subschaal *Need for help*; *t*(80)= -0.33, *p* = .741. Wel scoorden patiënten significant hoger na de O.P.P. (*M* = 3.88, *SD* =.1.86) in vergelijking met voor de O.P.P. (*M* = 3.16, *SD* = 1.59) op kwaliteit van leven; *t*(79) = -3,237, *p* = .002. Tot slot is er geen significant verschil gevonden in de scores voor de O.P.P. (*M* = 1.51, *SD* = 0.59) en na de O.P.P. (*M* = 1.48, *SD* = 0.59) op klachten; *t*(80) = 0.267, *p* = .790. Op basis van deze resultaten is de eerste hypothese, dat de O.P.P. leidt tot motivatieverhoging, verhoging van kwaliteit van leven en het stabiel blijven van klachten, gedeeltelijk bevestigd.

Resultaten vergelijking tussen de O.P.P. conditie en wachtlijstconditie

Middels een herhaalde metingen ANOVA is onderzocht of er verschil was tussen de O.P.P. en de niet O.P.P. in klachten, kwaliteit van leven en motivatie, uitgesplitst voor subschalen *Need for help* en *Readiness to change*, tussen de meting bij intake en de meting bij start van de vervolgbehandeling. In Tabel 3 zijn de resultaten weergegeven. Uit de resultaten kwam naar voren dat de kwaliteit van leven en het klachtenniveau zoals verwacht stabiel bleven. Daarentegen is er tegen de verwachting in geen significante verhoging van motivatie gevonden bij de O.P.P. in vergelijking met de wachtlijstconditie. Op basis van deze resultaten is de tweede hypothese, dat de O.P.P. in verhouding met de wachtlijstconditie leidt tot een sterkere motivatie en het stabiel blijven van het klachtenniveau en kwaliteit van leven, gedeeltelijk bevestigd.

Tabel 3.

Herhaalde metingen ANOVA meting intake en meting start vervolgbehandeling tussen O.P.P. en niet-O.P.P.(N=39).

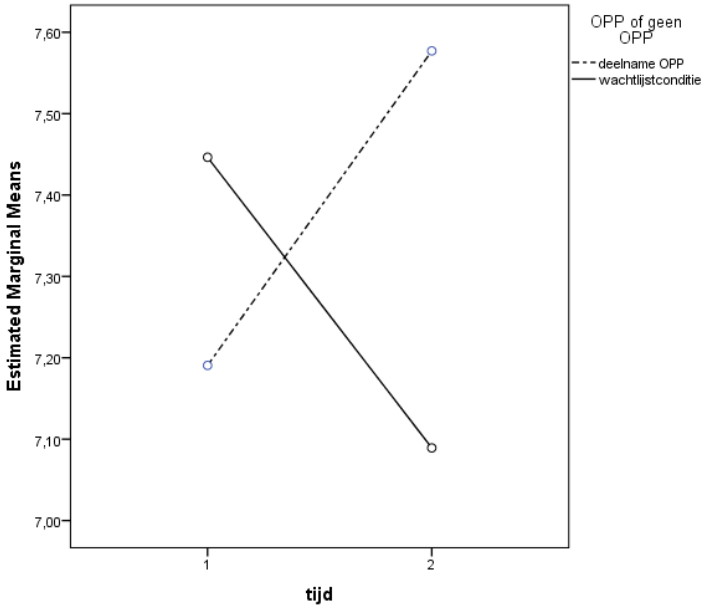
Tijd * O.P.P.	Type III sum of squared	*F*	*p*
MTQ-8	0.02	0.03	.860
Need for help	2.31	3.17	.083
Readiness to change	1.53	1.61	.211
Klachten	0.22	0.45	.507
Kwaliteit van leven	3.92	2.84	.100

Aanvullend op de tweede hypothese is bij de O.P.P. conditie de meting intake met de meting na voltooiing van de O.P.P. vergeleken. Bij de wachtlijstconditie werden de meting bij intake en de meting bij het begin van de vervolgbehandeling vergeleken. Middels een herhaalde metingen ANOVA is onderzocht of er verschil was in klachten, kwaliteit van leven en motivatie, uitgesplitst voor subschalen *Need for help* en *Readiness to Change* tussen de O.P.P. en de wachtlijstconditie op de verschillende meetmomenten vergeleken. De resultaten zijn weergegeven in Tabel 4. Hieruit blijkt dat er sprake was van een significant interactie-effect bij *Readiness to change* tussen de O.P.P. en de niet-O.P.P. vergeleken op de verschillende meetmomenten zoals is weergegeven in Figuur 2.

Tabel 4.
Herhaalde metingen ANOVA tussen O.P.P. (meting intake en meting na de O.P.P.) en niet-O.P.P. (meting intake en meting start vervolgbehandeling)(N=106).

Tijd * O.P.P.	Type III sum of squared	*F*	*p*
MTQ-8	0.54	9.45	.333
Need for help	0.86	0.89	.347
Readiness to change	5.73	7.96	.006**
Klachten	0.04	0.10	.749
Kwaliteit van leven	1.64	0.88	.351

**$p < .01$



Figuur 2. Grafiek van het interactie-effect tussen *Readiness to change* en wel of geen deelname aan de O.P.P.

Tot slot is middels een herhaalde metingen ANOVA gekeken naar het verschil tussen de O.P.P. en de wachtlijstconditie in de score op klachten en kwaliteit van leven tussen de meting bij aanvang van de vervolgbehandeling, DGT, MBT of Schema, en de meting 6 maanden tijdens de vervolgbehandeling. Er is geen significant verschil gevonden voor klachten tussen de twee meetmomenten; $F(1,11) = 2.21$, $p = .166$. Daarentegen is er wel een significant verschil gevonden voor kwaliteit van leven tussen de twee meetmomenten; $F(1,11) = 5.07$, $p = .046$. Kwaliteit van leven blijkt significant sterker te verhogen bij deelnemers aan de O.P.P. in vergelijking met de wachtlijstconditie; $F(1,11) = 8.16$, $p = .016$. De derde hypothese, dat de O.P.P. in vergelijking met de wachtlijstconditie in de vervolgbehandeling leidt tot een sterkere klachtenafname en toename in kwaliteit van leven, is hierdoor gedeeltelijk bevestigd.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was het bepalen van de effectiviteit van de O.P.P. bij persoonlijkheidsproblematiek. Patiënten werden ingedeeld bij de O.P.P. op basis van onvoldoende motivatie voor behandeling of als er onvoldoende overeenstemming was over het behandelaanbod en de behandelvraag tussen de patiënt en de behandelaar. De verwachting was dat de O.P.P. zou leiden tot een verhoging van motivatie en uiteindelijk tot een hogere kwaliteit van leven en minder klachten.

Als eerste is onderzocht of er bij patiënten die deelnamen aan de O.P.P. daadwerkelijk een verhoging van motivatie plaatsvond. Uit de resultaten kwam naar voren dat de O.P.P. leidt tot een verhoogde score op het eerste aspect van motivatie *Readiness for change* maar niet tot een verhoogde score op het tweede aspect van motivatie *Need for help*. Mogelijk kan dit worden verklaard doordat patiënten in de O.P.P. psycho-educatie krijgen. Hierdoor krijgen patiënten meer inzicht in de klachten waaraan ze willen gaan werken. Tevens worden zij voorbereid voor behandeling waardoor patiënten in de therapiestand komen. Hierdoor is het verklaarbaar dat de score op *Readiness to change* verhoogd. De score op de tweede motivatie subschaal was echter niet verhoogd. Dit kan te verklaren zijn door het feit dat de O.P.P. ook een therapievorm is. Mogelijk is het zo dat patiënten zich gehoord en geholpen voelen in de O.P.P. waardoor de behoefte aan hulp niet toeneemt.

Naast de motivatie, is gekeken naar het niveau van kwaliteit van leven en klachten. De kwaliteit van leven bleek toe te nemen bij patiënten die deelnamen aan de O.P.P. Dit was in overeenstemming met de verwachting dat patiënten steun en

verbondenheid binnen de O.P.P. ervaren waardoor de kwaliteit van leven versterkt wordt (Barile et al., 2014). De gerapporteerde klachten bleven stabiel voor zowel de O.P.P. conditie als de wachtlijstconditie. Dit komt overeen met de verwachting dat de O.P.P. geen effect uitoefent op het klachtenniveau aangezien de O.P.P. geen klachtgerichte therapie is.

Zoals hierboven besproken komt uit de resultaten naar voren dat de O.P.P. leidde tot verhoging van het motivatie aspect *Readiness to change* en kwaliteit van leven. Het is echt belangrijk dat deze versterking bleef bestaan tot aan het begin van de vervolgbehandeling: DGT, MBT of Schema. Dit is onderzocht door het effect van de O.P.P. te vergelijken met de wachtlijstconditie tussen de meting bij intake en de meting bij de start van de vervolgbehandeling. Gebleken is dat de kwaliteit van leven verhoogd tijdens de O.P.P. Zoals naar voren kwam uit eerder besproken onderzoek van Barile et al. (2014) leidt steun en verbondenheid tot een verhoging in kwaliteit van leven. Er is echter bij de start van de vervolgbehandeling geen verschil meer tussen de O.P.P. en wachtlijstconditie in kwaliteit van leven. Mogelijk is het zo dat tijdens de wachttijd tussen het einde van de O.P.P. en de vervolgbehandeling de steun en verbondenheid van de therapiegroep wegvalt waardoor de kwaliteit van leven weer naar het oude niveau daalt.

Tegen de verwachting in kwamen er geen verschillen naar voren in motivatie tussen de O.P.P. conditie en de wachtlijstconditie tussen de meting bij intake en de meting bij de start van de vervolgbehandeling. Dit kan erop wijzen dat de O.P.P. niet effectiever is in het verhogen van motivatie vergeleken met de wachtlijstconditie. Als dit het geval zou zijn, dan zou de O.P.P. een onnodige tijd- en geldinvestering zijn voor zowel de patiënt als de zorginstelling. Een andere verklaring is de steekproefgrootte. De steekproef is klein, waardoor mogelijk kleine effecten niet zichtbaar zijn geworden (Kazdin, 2009). De steekproef bij hypothese één is groter en daaruit blijkt dat de O.P.P. wel tot verbetering leidt in *Readiness to change*. Daarnaast is het mogelijk dat de O.P.P. wel degelijk tot verandering leidt, maar dat het effect wegzakt door de wachttijd tussen de O.P.P. en de vervolgbehandeling. Om deze verklaring te onderzoeken zijn de resultaten van de O.P.P. conditie bij de meting intake en meting na de O.P.P. vergeleken met de wachtlijstconditie meting intake en meting bij de start van de vervolgbehandeling. Hieruit kwam naar voren dat de O.P.P. de *Readiness to change* verhoogt in vergelijking met de controlegroep tussen de meting bij intake en de meting na de O.P.P. Bij de start van de vervolgbehandeling is

dit effect echter verdwenen. Dit betekent dus dat de *Readiness to change* afneemt tussen de meting na de O.P.P. en de meting bij de vervolgbehandeling. Dit zou pleiten voor de aanname dat wachtlijsten in dit geval een negatieve invloed hebben op de motivatie van de patiënten.

Op basis van de *Self-Determination Theory* van Deci en Ryan (2000) werd verwacht dat de motivatie na de O.P.P. zou internaliseren naar persoonlijk belang, waardoor de motivatie zou blijven bestaan tot aan de vervolgbehandeling, ondanks de wachttijd. Dit blijkt echt niet het geval te zijn. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de O.P.P. de basisbehoeften autonomie, relationele verbondenheid en gevoel van competentie niet lang of intensief genoeg heeft versterkt. In het artikel van Ryan, Patrick, Deci en Williams (2008) wordt beschreven dat er sprake moet zijn van langdurige deelname aan behandeling voordat de motivatie internaliseert naar persoonlijk belang. Aangezien de O.P.P. een korte behandeling is, is de motivatie mogelijk nog niet voldoende geïnternaliseerd om stand te houden tijdens de wachttijd waardoor het effect van de O.P.P. op motivatie verdwijnt. Een eventueel verbeterpunt van de O.P.P. zou kunnen zijn dat de O.P.P. langduriger moet worden waardoor de motivatie kan internaliseren. Het nadeel hiervan is echter dat de wachtlijsten dan gaan oplopen voor de O.P.P. Daarnaast zou het goed zijn als de O.P.P. direct zou kunnen aansluiten op de vervolgbehandeling waardoor de opgebouwde motivatie niet verloren gaat. Dit is echter lastig te realiseren aangezien de wachttijden voor de vervolgbehandeling moeilijk voorspelbaar zijn.

Een ander interessant punt over de wachttijden is de mogelijkheid dat de patiënten in de wachtlijstconditie tussen de meting bij intake en meting bij vervolgbehandeling een daling in kwaliteit van leven en motivatie hebben. Als patiënten de meting invullen bij de start van de vervolgbehandeling, hebben ze net te horen gekregen dat ze na een lange wachttijd kunnen beginnen met de behandeling. Hierdoor is het mogelijk dat de patiënten een oppepper hebben gekregen. De tijd tussen de meting bij intake en de meting bij vervolgbehandeling bleef onbelicht waardoor vertekende resultaten kunnen zijn ontstaan. Belangrijk vervolgonderzoek zou zijn om de wachtlijstconditie ook een meting halverwege de wachttijd te geven om te onderzoeken of deze eventuele daling in kwaliteit van leven en motivatie daadwerkelijk plaatsvindt. Als blijkt dat dit zo is dan heeft de O.P.P. een sterke toegevoegde waarde voor patiënten als overbruggingscontact tussen de intake en de start van de vervolgbehandeling.

Tot slot is als laatste gekeken naar de doorlopende effecten van de O.P.P. binnen de vervolgbehandelingen MBT, DGT, en Schema. Er is gekeken naar de kwaliteit van leven en het klachtenniveau 6 maanden tijdens de vervolgbehandeling. Op basis van het eerder besproken artikel van Cameron et al. (2014) werd verwacht dat de kwaliteit van leven hoger zou zijn voor de voormalige deelnemers aan de O.P.P., omdat verwacht was dat hun motivatie hoger zou zijn. Er bleek echter geen verschil te bestaan in motivatie aan het begin van de behandeling. Desondanks bleken voormalige deelnemers aan de O.P.P. 6 maanden tijdens de vervolgbehandeling hoger te scoren op kwaliteit van leven dan de wachtlijstconditie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat patiënten uit de O.P.P. meer gewend zijn aan groepstherapie en zich daardoor eerder en sterker verbonden voelen met de groep. Hierdoor zou het kunnen zijn dat ze meer steun ervaren aan de therapiegroep waardoor de kwaliteit van leven stijgt (Barile et al., 2014). Ook is het mogelijk dat de patiënten meer in therapiestand staan door de O.P.P. waardoor ze meer profijt hebben van de vervolgbehandeling. Naast een stijging in kwaliteit van leven, werd een sterkere afname in klachten verwacht bij voormalige O.P.P. deelnemers. Dit werd verwacht op basis van het artikel van Marble et al. (2011) waarin beschreven werd dat een stijging in motivatie leidt tot klachtenafname in behandeling. Uit de resultaten kwam echter geen verschil naar voren tussen de O.P.P. en de wachtlijstconditie in klachtenafname. Dit komt overeen met het gegeven dat er geen verschil in motivatie bestond tussen de O.P.P. en wachtlijstconditie aan het begin van de vervolgbehandeling. Daarnaast is de O.P.P. geen klachtgerichte behandeling waardoor de O.P.P. geen doorlopend effect heeft op de klachten in de vervolgbehandeling. Het eerder besproken artikel van Cameron et al. (2014) beschreef dat klachten en kwaliteit van leven niet direct gerelateerd zijn aan elkaar, wat bevestigd wordt door deze bevindingen.

Een belangrijke beperking aan dit onderzoek is dat de patiënten niet gerandomiseerd werden toegewezen aan de O.P.P. of wachtlijstconditie. Deze keuze is gemaakt, omdat het doel van de zorginstelling is om de best mogelijke zorg te bieden aan de patiënten. Het zou daarom niet ethisch verantwoord zijn om patiënten die baat zouden kunnen hebben bij de O.P.P. hiervoor uit te sluiten. Hetzelfde geldt voor patiënten die geen baat zouden hebben bij de O.P.P. Het volgen van deze behandeling zou dan verspilling van tijd en energie betekenen. Het niet-random indelen van patiënten in de O.P.P. conditie of wachtlijstconditie leidt echter tot problemen met de interne validiteit (Mohr et al., 2009). Deze beperking is

methodologisch zo goed mogelijk ondervangen door de groepen bij de intake meting te vergelijken. Op de onderzochte variabelen, motivatie, klachten en kwaliteit van leven, bleken de groepen niet significant van elkaar te verschillen. Maar de invloed van eventuele andere variabelen op de effectiviteit van de O.P.P. kan hierdoor niet worden uitgesloten. Zoals eerder besproken is het echter ethisch niet verantwoord om patiënten random in te delen in de O.P.P. conditie of wachtlijstconditie. Om de invloed van andere factoren op de resultaten uit te sluiten of in kaart te brengen zou het wenselijk zijn om in vervolgonderzoek meer variabelen mee te nemen in het vergelijken van de groepen. Er kan gedacht worden aan belangrijke factoren zoals de behandelgeschiedenis of onderscheid in welke persoonlijkheidsstoornissen er gediagnosticeerd zijn.

Andere belangrijke beperkingen van dit onderzoek zijn al eerder aan bod gekomen zoals de ontbrekende meting tussen intake en vervolgbehandeling bij de wachtlijstconditie en de beperkte steekproefgrootte. De steekproefgrootte was voornamelijk beperkt bij de metingen bij aanvang van de vervolgbehandeling en de follow-up meting na zes maanden. Dit is enerzijds te verklaren doordat er bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek veel sprake is van vroegtijdige uitval. Anderzijds komt dit door lage therapietrouw van patiënten met persoonlijkheidsproblematiek (Jochems et al., 2012). Veelal weigeren patiënten of vergeten ze de vragenlijsten in te vullen. De mogelijkheid bestaat dat patiënten die weinig motivatie hadden de vragenlijsten niet invulden. Hierdoor zou het zo kunnen zijn dat deze patiënten met een lage motivatie uitgesloten werden van de data-analyse. De resultaten zijn hierdoor mogelijk vertekend geraakt.

Interessant vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op het in kaart brengen en onderzoeken van vroegtijdige uitval tijdens behandeling. De O.P.P. heeft als een van de belangrijkste doelen vroegtijdige uitval te verminderen, maar in dit onderzoek is de uitval niet meetbaar gemaakt. Ook is het interessant om dit onderzoek voort te zetten en meer data te verzamelen waardoor kleinere effecten ook zichtbaar gemaakt kunnen worden. Daarnaast zou er dan bij de wachtlijstconditie een extra meting kunnen worden afgenomen om de eventuele daling in kwaliteit van leven en motivatie in kaart te brengen. Als gevolg daarvan zouden er meer definitieve conclusies getrokken kunnen worden over de effectiviteit van de O.P.P.

Alle resultaten en beperkingen van het onderzoek in overweging te hebben genomen, kan gesteld worden dat de O.P.P. een effectieve behandeling is. Ten eerste

omdat de O.P.P. leidt tot een hogere mate van bereidheid tot verandering als motivatie voor behandeling. Hierdoor komen patiënten in therapiestand te staan. Ten tweede biedt de O.P.P. patiënten de mogelijkheid om zeggenschap te hebben in welke vervolgbehandeling ze willen gaan doen in overeenstemming met de behandelaar. Ten derde kan de O.P.P. steun en verbondenheid bieden aan patiënten. Dit kan van grote waarde zijn voor patiënten met een beperkt sociaal netwerk en tot een hogere kwaliteit van leven leiden. Hierdoor kan de O.P.P. tot slot als laag intensieve behandeling ook ingezet worden als overbruggingscontact om de lijdensdruk tijdens de wachttijd te beperken. Alles in overweging genomen is de O.P.P. een effectieve behandeling en door zijn uniekheid een belangrijke toevoeging aan het behandelaanbod op het gebied van persoonlijkheidsproblematiek.

Referentielijst

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Appelo, M. & Lange, A. (2007). Meten van klachten en veerkracht in vierentwintig vragen. *DTH, 27,* 197-204.

Barile, J.P., Edwards, V.J., Dhingra, S.S. & Thompson, W.W. (2014). Associations among county-level social determinants of health, child maltreatment and emotional support on health-related quality of life in adulthood. *Peer Reviewed Journal, 5,* 183-191.

Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 177,* 138-143.

Beek, van, N. & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 22,* 89-100.

Cameron, A.Y., Palm Reed, K. & Gaudiano, B.A. (2014). Addressing treatment motivation in borderline personality disorder: rationale for incorporating values-based exercises into dialectical behaviour therapy. *Psychother, 44,* 109-116.

Fertuck, E.A. (2010). Falling behind and catching up with contemporary research on personality disorders: Introduction to lenzenweger. *Journal of the American Psychoanalytic Sssociation, 58,* 737-739.

Huijbrechts, I., Appelo, M., Korrelboom, K., Heiden, van der, C. & Bos, E. (2009) Routine Outcome Measurement binnen PsyQ: normering van de 4 K's. *Dth, 29,* 243-253.

First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Press.

Francesca, M., Menchetti, M., Pozzi, E. & Berardi, D. (2012). Predictors of dropout among personality disorders in a specialist outpatients psychosocial treatment: A preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 66,* 180-186.

IBM Corp. Released 2011. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Jochems, E.C., Mulder, C.L., Dam, van, A., Duivenvoorden, H.J., Scheffers, C.M.S., Spek, van der, W. & Feltz-Cornelis, van der, C.M. (2012). Motivation and treatment engagement intervention trial (MotivaTe-IT): the effects of motivation feedback of clinicians on treatment engagement in patients with severe mental illness. *BMC Psychiatry, 12,* 209-225.

Jochems, E.C., Mulder, C.L., Duivenvoorden, H.J., Feltz-Corneles, van der, C.M. & Dam, van, A. (2013). Measures of motivation for psychiatric treatment based on self-determination theory: psychometric proporties in Dutch psychiatric outpatients. *Sage Premier, 21,* 494-510.

Kazdin, A.E. (2009). *Research design in clinical psychology* (4th edition). Pearson Education.

Marble, A., Høglend, P. & Ulberg (2011). Change in self-protect ion and symptoms after dynamic psychotherapy: the influence of pretreatment motivation. *Journal of Clinical Psychology, 67,* 355-367.

Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98,* 84-107.

Mohr, D.C., Spring, B., Freedland, K.E., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S.D., Ockene, J. & Kaplan, R. (2009). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychother Psychosom, 78,* 275-284.

Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L. & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist, 10,* 2-5.

Stevens, L., Verdejo-Garcia, A., Roeyers, H., Goudriaan, A.E. & Vanderplasschen, W. (2015). Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an in inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 49,* 58-64.

Verstuyf, J. & Vansteenkiste, M. (2008) Willen versus moeten: de invloed van motivatie op het therapeutisch proces. *Agora, 24,* 7-22.

Wild, T.C., Cunningham, J.A., & Ryan, R.M. (2006). Social pressure, coercion and client engagement at treatment entry: a self-determination perspective. *Addictive Behaviors, 31,* 1858-1872.

Bijlage 1. Onderzoeksvoorstel O.P.P.

Introductie

Binnen het zorgprogramma Persoonlijkheidsproblematiek wordt behandeling aangeboden aan mensen met persoonlijkheidsstoornissen. De Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (2008) noemt individuele psychotherapie (langdurig in een hoge frequentie) de eerste keuze van behandeling voor patienten met een lichte of matige persoonlijkheidsstoornis en patienten vragen vaak om individuele behandeling.

Desondanks zijn er inhoudelijke argumenten om groepstherapie aan te bieden: vanuit de visie op de problematiek van persoonlijkheidsstoornissen waarbij emotieregulatie en interactieproblemen als kern van de pathologie worden gezien, ligt een (groeps)behandeling gericht op het leren hanteren van zowel emoties als interactie voor de hand.

Een probleem bij iedere vorm van behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is het hoge risico op drop-out, en de wisselende motivatie voor behandeling. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis motiveren voor behandeling wordt dan ook gezien als een belangrijk onderdeel van behandeling (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen, 2008).

Motivatie voor behandeling is belangrijk, omdat het invloed heeft op het effect van behandeling. Motivatie wordt gezien als veranderlijk over tijd, niet als een constante. Bij aanmelding is motivatie over het algemeen het hoogst en daarna kan deze weer dalen(van Beek en Verheul, 2008). Er worden verschillende innerlijke determinanten van motivatie voor behandeling genoemd; lijdensdruk, verwachting van het resultaat, probleembesef, overeenstemming over behandeling, kosten van behandeling (in tijd en geld en psychisch) externe druk en de invloed van de specifieke problematiek (Driescher, K. 2005).

Dit onderzoek richt zich op de groep patienten die is geindiceerd is voor behandeling bij Persoonlijkheidsproblematiek, maar waarbij er na intake *onvoldoende overeenstemming is tussen team en patient* over het behandelaanbod.

Dit kan betekenen dat patient een voorkeur heeft voor individuele behandeling, en het team groepstherapie aanbiedt om de eerder beschreven redenen. Het kan ook betekenen dat er inhoudelijke twijfels zijn bij team of patient over de aangewezen

methodiek, bijvoorbeeld of iemand meer baat zou hebben bij Dialectische Gedrags Therapie, Schema Focused Therapy of Mentalization Based Treatment. Moet behandeling zich richten op het verminderen van zelfdestructief gedrag, op de onderliggende overtuigingen, of op het verbeteren van het mentaliseren? Ten slotte kan voor team en/of patient onduidelijk zijn of de therapie wel op te brengen is, kan iemand zich voldoende inzetten voor bijvoorbeeld een DGT met bijbehorend huiswerk? Is de verwachting dat iemand de volledige behandeling zal kunnen en willen afmaken? Ervaring leert dat ondermeer eerdere therapiebreuken hierin een voorspellende waarde lijken te hebben.
We willen weten of deze vragen/twijfels te scoren zijn in een motivatie vragenlijst.

Januari 2010 is Persoonlijkheidsproblematiek Rotterdam gestart met een Orienterende Psychotherapiegroep Persoonlijkheidsproblematiek (O.P.P.). De O.P.P. besteedt uitvoerig aandacht aan het vergroten van motivatie, en onderhandeling over de keuze van therapie.
Onze aanname is dat motivatie vergroot wordt door:

- inzicht in eigen klachten en behandeldoelen
- Inzicht in hoe emotiedisregulatie leidt tot interactieproblemen en vice versa
- voorlichting over de werking en effecten van verschillende behandelvormen
- overeenstemming over hulpvraag en hulpaanbod.

We willen onderzoeken of de O.P.P leidt tot verlaging van drop-out in de vervolgbehandeling en tot verhoging van motivatie voor behandeling.
Draagt de O.P.P. bij aan beter behandeleffect in de daarna volgende therapieën?

Begripsomschrijving van de O.P.P.

- ***Doel van de groep***

De groep is bedoeld voor patienten die na intake geïndiceerd zijn voor behandeling bij persoonlijkheidsproblematiek, maar waarbij onduidelijk is van welk behandelaanbod zij kunnen profiteren. Het kan hierbij zowel gaan om vragen die het team heeft (kan deze patient een groepstherapie aan, is er voldoende motivatie?), als om twijfels van patiënten zelf (durf ik wel in een groep, kan ik überhaupt wel veranderen).

Kenmerkend voor veel patiënten die zich aanmelden bij PP is dat het om hardnekkige, langdurige bestaande klachten gaat. Voor patiënten betekent dat regelmatig dat zij de klachten vaak als “eigen’ ervaren, “zo ben ik nu eenmaal”, “dat is al zo lang zo, dat kan ik niet veranderen”. Daarnaast is het vertrouwen van patiënten dat behandeling zal helpen om tot verandering te komen aangetast door eerdere therapieën die zij hebben gehad. Behandeling heeft immers eerder ook niet of nauwelijks geholpen.

Vanuit het team zijn er een aantal bekende regelmatig voorkomende twijfels bij indicatiestelling. De term “het dilemma van verandering” geeft weer dat waar een patient veel lijdensdruk laat zien en een grote wens om te veranderen, er tegelijkertijd voelbaar kan zijn hoe veel angst en weerstand iemand voelt tegen verandering.
De angst en de weerstand kunnen ook direct gericht lijken tegen emoties: bij patiënten die met name een vermijdende stijl hebben kan therapie, praten en stilstaan bij gevoelens veel moeite kosten.
Ook is er een groep patiënten die steeds opnieuw een individueel contact vraagt, ondersteunend of psychotherapeutisch, maar waar de gesprekken ook eerder niet hebben geleid tot verandering, hoe prettig ze ook waren.
Passend bij PP is dat in de eerste fase van behandeling ruim aandacht moet zijn voor onderhandeling over hulpaanbod. Patiënten hebben vaak tijd nodig om in gesprek te kunnen gaan over “hun eigen aandeel in de problemen”. Bij voorbeeld, iemand die ervan overtuigd is dat hij steeds heel veel pech heeft in werksituaties, en niet ziet hoe eigen gedrag bijdraagt aan conflicten, zal zich niet geholpen voelen door een gesprek over persoonlijkheidskenmerken.
Nog een voorbeeld : iemand die ervan overtuigd is in een groep “alleen maar meer problemen van anderen te moeten aanhoren”, zal zich evenmin geholpen voelen met een groepstherapie-aanbod.
In de O.P.P. willen we op een algemene groepsgerichte manier deze thema’s bespreekbaar maken, zodat patiënten kunnen onderzoeken en ervaren of ze baat zouden kunnen hebben bij een groepstherapie gericht op emotieregulatie en interactie.

- Doelgroep:

De groep is bedoeld voor mensen met ernstige emotionele en/of psychische klachten die samenhangen met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C)(A.P.A.). De

problemen leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks leven, met name in het contact met anderen.
De doelgroep is bekend met therapie, heeft al minimaal 1 behandeling achter de rug met, uitgaande van de heraanmelding, onvoldoende resultaat.

- Werkwijze en doel:

Er wordt gewerkt in een zich herhalend programma van 4 blokken. Elke week wordt een blok behandeld, na 4 weken begint een nieuwe cyclus.
De blokken zijn:

1. klachten- levensverhaal- behandeldoelen: Welke verklaring is er voor het ontstaan van deze klachten? Welke behandeldoelen passen bij welke klachten?
2. Emotie en interactie; de wisselwerking tussen gevoelens en relaties. Hoe werkt deze wisselwerking bij de groepsleden?
3. voorwaarden voor therapie, of hoe je therapie kracht bij kunt zetten en hoe je therapie kunt ondermijnen.
4. Welke therapie past bij wie? Onderhandeling over verschillende behandelvormen en indicatiestelling.

In de bijeenkomsten is ruimte voor psycho-educatie, rondjes waarin elke deelnemer kort aan bod komt, groepsgesprek en het bespreken van huiswerkopdrachten.
In principe stromen nieuwe deelnemers bij blok 1 in.
De opzet is dat deelnemers gemiddeld 4-8 weken in deze groep blijven, om het programma als het ware te kunnen laten bezinken.
In onze begintermen: *het doel van de O.P.P. is dat er overeenstemming over het behandelaanbod is tussen patient en team is ontstaan.* Doel van de OPP is dat patiënten na deelname kunnen starten met een behandeling waarin zij vertrouwen hebben en waarvoor zij zich kunnen inzetten.. Ze weten dan ook, op welke manier zij zich succesvol kunnen opstellen.

Onderzoeksvraag:

1) Leidt de O.P.P. tot verlaging van drop-out in de vervolgbehandeling?
2) Leidt de O.P.P. tot verhoging van motivatie voor behandeling?
3) Draagt de O.P.P. bij aan beter behandeleffect in daarna volgende therapieën?

1. Onderzoeksopzet

a) Over welke kenmerken worden gegevens verzameld?

Gemeten worden drop-outgegevens en behandeleffect.

Motivatie bij aanvang OPP en motivatie bij einde OPP worden vergeleken.

Patienten die eerst de OPP volgen worden vergeleken met patienten die rechtstreeks in de drie therapiegroepen instromen.

b) Welke instrumenten worden gebruikt om deze gegevens te verzamelen?

- 5 K's, inclusief SIPP-118
- SCID-II
- motivatievragenlijst (MTQ-8)

c) Beschrijf de populatie die gebruikt gaat worden in het onderzoek

De groep is bedoeld voor mensen met ernstige emotionele en/of psychische klachten die samenhangen met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C)(A.P.A.). De problemen leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks leven, met name in het contact met anderen.

De doelgroep is bekend met therapie, heeft al (verschillende vormen van) behandeling achter de rug, met onvoldoende resultaat.

d)Is de grootte van de populatie afdoende om verantwoorde uitspraken te doen (ofwel: is er voldoende 'power')?

De OPP heeft 8 tot 10 deelnemers, die gemiddeld 4-8 weken deelnemen en daarna doorstromen naareen volgend behandelaanbod. In een jaar betekent dat ongeveer 50 mensen aan de OPP deelnemen. De verwachting is dat daarvan ongeveer 30 naar een van de beschreven therapiegroepen doorgaan, omdat ongeveer 20 patienten ofwel zullen afvallen, ofwel individueel behandeld gaan worden.

e) Is de populatie representatief voor de populatie waarover je uitspraken wilt doen? Zijn onbedoelde selecties uitgesloten?

De patienten die uit de OPP komen worden in de therapiegroepen geplaatst met patienten die rechtstreeks geindiceerd worden. Deze twee groepen worden vergeleken. Er is sprake van selectie voor de OPP zoals beschreven.

2. Data-analyse

a) welke analyses dienen uitgevoerd te worden om de vraagstelling te kunnen beantwoorden?

T-test op eerste onderzoeksvraag.

Multilevel analyse bij vergelijken van groepen.

Literatuur

Alan J., Fonagy P. & Bateman A. Mentalizing in clinical practice. (2008) American Psychiatric publishing.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington D.C.: Author.

Bateman A.& Fonagy P. (2006) Mentalization-Based Treatment for borderline personality disorder. Oxford university press.

Van Beek N. & Verheul R. (2008) Motivation for treatment in patients with personality disorders. Journal of personality disorders, 22 (1) 89-100

Berk T. (2003). Handboek Korte dynamische groepstherapie, De Tijdstroom, Utrecht blz 301-305. Multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen, (2008) Trimbosinstituut

Driescher K. H. (2005) Measuring treatment motivation and treatment engagement in forensic psychiatric outpatient treatment: development of two instruments. Proefschrift Universiteit Nijmegen

Linehan, M. (1993) Cognitive beharioral treatment of borderline personality disorder.New York/London: The Guilford press.

Young, J.E., Klosko, J. & Weishaar, M (2005; Nederlandse vertaling). Schemagerichte therapie. Houten, Bohn Stafleu, van Loghum.

Bijlage 2. MTQ-8

Vragenlijst besluit tot behandeling

De volgende stellingen gaan over de achtergrond(en) van uw besluit om behandeling te zoeken voor uw problemen.
U beantwoordt de vraag door een cirkel te zetten om het cijfer, dat voor u het meest van toepassing is. Hierbij is 1 'helemaal mee oneens' en 9 'helemaal mee eens'.

Voorbeeld:

4. Ik moet aanzienlijk veranderen om mijn leven weer op orde te krijgen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	(6)	7	8	9

In hoeverre bent u het met deze stellingen eens:

1. Ik heb ernstige psychische of emotionele problemen die professionele hulp behoeven

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Ik zou mijn leven weer op orde kunnen krijgen, ook wanneer ik niet in behandeling zou gaan

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

3. Mijn functioneren op belangrijke leefgebieden (bijv. sociale relaties en/of werk/opleiding) wordt ernstig beperkt door mijn psychische of emotionele problemen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

4. Ik moet aanzienlijk veranderen om mijn leven weer op orde te krijgen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

~~5. Mijn familie en/of partner heeft veel druk op mij uitgeoefend om behandeling te zoeken~~

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~	~~6~~	~~7~~	~~8~~	~~9~~

6. Ik zou ook behandeling hebben gezocht als er geen druk op mij zou zijn uitgeoefend (door bijv. mijn partner, familie, werkgever)

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

~~7. Financiën of problemen op mijn werk spelen een belangrijke rol bij het zoeken naar behandeling.~~

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
~~1~~	~~2~~	~~3~~	~~4~~	~~5~~	~~6~~	~~7~~	~~8~~	~~9~~

8. Ik heb het gevoel dat ik er helemaal klaar voor ben om mijzelf en mijn problemen onder handen te nemen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

9. Ik heb er heel veel voor over om te veranderen en mijn leven weer op orde te krijgen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

10. Ik ben van plan elders hulp te zoeken wanneer blijkt dat ik die hier niet kan krijgen

helemaal mee oneens								helemaal mee eens
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Bijlage 3. Zelfrapportagelijsten Klachten en Kwaliteit van Leven

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Datum:

Klachten

Instructie

Hieronder staat een aantal klachten die mensen zoal kunnen hebben. Wilt u per klacht aangeven in hoeverre u er last van hebt (of recent gehad): u kunt het antwoord dat het meest van toepassing is aankruisen.

	geen	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
1. Angsten.	o	o	o	o	o
2. Concentratieproblemen.	o	o	o	o	o
3. Geheugenproblemen.	o	o	o	o	o
4. Depressiviteit.	o	o	o	o	o
5. Lichamelijke klachten.	o	o	o	o	o
6. Prikkelbaarheid.	o	o	o	o	o
7. Relatieproblemen.	o	o	o	o	o
8. Zelfmoordgedachten of -pogingen.	o	o	o	o	o
9. Eetstoornissen.	o	o	o	o	o
10. (Neiging) uzelf (te) beschadigen.	o	o	o	o	o
11. Seksuele problemen.	o	o	o	o	o
12. Slaapproblemen.	o	o	o	o	o
13. Verslavingen, namelijk:	o	o	o	o	o
14. Iets anders, namelijk:.....	o	o	o	o	o

Kwaliteit van leven

Instructie

In de vorige vragenlijst hebt u uw klachten aangegeven. Wilt u nu aangeven in hoeverre het lijden onder deze klachten negatieve invloed heeft gehad op verschillende levensgebieden. U kunt een cirkel plaatsen om het getal dat het meest van toepassing is.

In hoeverre heeft het lijden onder uw klachten **de laatste maand** negatieve invloed gehad op uw **WERK of STRUCTURELE DAGELIJKSE ACTIVITEITEN** (huishoudelijk of vrijwilligerswerk; verzorging van kinderen of familieleden; studie of opleiding; en dergelijke)?

Niet		Mild			Matig			Aanzienlijk		Extreem
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

In hoeverre heeft het lijden onder uw klachten **de laatste maand** negatieve invloed gehad op uw **SOCIALE LEVEN**?

Niet		Mild			Matig			Aanzienlijk		Extreem
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

In hoeverre heeft het lijden onder uw klachten de laatste maand negatieve invloed gehad op het **LEVEN MET UW (HUWELIJKS)PARTNER, UW GEZINSLEDEN EN ANDEREN MET WIE U SAMENLEEFT?**

	Niet		Mild			Matig			Aanzienlijk		Extreem
NVT	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Instructie

Nu volgt een vraag over geluk. U kunt het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is.

Hoe **gelukkig** bent u **de laatste maand**?

helemaal niet gelukkig										Heel gelukkig
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Bijlage 4. Reader voor deelnemers aan de O.P.P.

De Oriënterende Psychotherapiegroep Persoonlijkheidsproblematiek
Reader voor deelnemers

PsyQ Rijnmond- Jorinde Derrix & Sandra Visser

Inleiding

Voor u ligt de reader behorende bij de *Oriënterende Psychotherapiegroep Persoonlijkheidsproblematiek* (OPP). Binnenkort gaat u deelnemen aan de OPP. In deze inleiding kunt u lezen wat de doelen zijn van de groep, wat de werkwijze is van de groep en wat de inhoud is van deze reader.

De doelen van de OPP

De OPP groep kent de volgende doelen:

- Na afloop van de OPP heeft u doelen gesteld voor psychotherapie
- U heeft meer kennis over emoties en hoe men met emoties omgaat
- U heeft meer inzicht in de wijze waarop u zelf omgaat met emoties en relaties
- U bent bekend met de afspraken en voorwaarden voor therapie
- U kent een aantal verschillende vormen van psychotherapie
- U weet of psychotherapie zinvol is voor u en zo ja, welke vorm van psychotherapie

De werkwijze

De groep bestaat uit ongeveer 4-12 bijeenkomsten van anderhalf uur. Het is een zogenaamde ‘open groep’ hetgeen betekent dat nieuwe groepsleden kunnen instromen en oude groepsleden kunnen uitstromen. Hoe lang u precies met de groep bezig bent hangt af van het tempo waarmee u zich de thema’s eigen zult maken. Om de vier zittingen vindt in de groep een evaluatie plaats en wordt al dan niet uitgestroomd naar een vervolgbehandeling. De groep bestaat uit maximaal 12 personen en wordt geleid door twee behandelaren (psychotherapeut en/of GZ psycholoog). In hoofdstuk 3 kunt u iets lezen over de groepsregels.

De reader

Tijdens de OPP groep worden achtereenvolgens vier thema's behandeld. Dit zijn tevens de vier thema's van deze reader. Allereerst gaan we in op emoties en relaties omdat dat de terreinen zijn waarop de meeste problemen zich voordoen. Hierover leest u alles in Hoofdstuk 1. Wij vragen u in enkele opdrachten na te denken over uw eigen stijl van omgaan met emoties en relaties.

Het tweede onderwerp van de OPP is: klachten en doelen. Hier staan we stil bij uw klachten en uw behandeldoelen. In hoofdstuk 2 leest u hier meer informatie over en vindt u de opdrachten behorende bij dit onderdeel.

Het derde thema dat tijdens de OPP aan de orde komt zijn de voorwaarden voor psychotherapie. Wat is er nodig om goed gebruik te maken van behandeling? En aan welke voorwaarden moet u kunnen voldoen, welke afspraken hanteren we bij de OPP en bij PsyQ? Dit kunt u teruglezen in hoofdstuk 3.

Als laatste thema wordt tijdens de OPP gesproken over de verschillende therapievormen van PsyQ Persoonlijkheidsproblematiek. Welke therapie is goed voor wie? In hoofdstuk 4 leest u welk therapie aanbod PsyQ heeft.

In de hoofdstukken staan opdrachten waarvan we hebben gemerkt dat ze kunnen helpen om meer helderheid te krijgen over uw problematiek en over de behandeling die daar het beste bij past. U bepaalt zelf of u gebruik maakt van deze opdrachten; sommige mensen vinden het prettig en anderen niet. Het is aan u!

Voorwaarden en afspraken

De OPP groep kent enkele voorwaarden en afspraken, die zijn veelal gebaseerd op algemene therapieregels die voor andere therapie ook gelden. Hieronder vindt u een overzicht en een uitleg van deze afspraken.

- *Vertrouwelijkheid.* Alles wat in de groep wordt besproken blijft in de groep. U mag thuis natuurlijk best uw eigen ervaringen en gevoelens delen met anderen. U vertelt echter niet over anderen met naam en toenaam.
- *Aanwezigheid.* Het spreekt wellicht voor zich maar wij vragen u aanwezig te zijn. Het is belangrijk voor uw eigen therapie proces dat u komt. Dit geldt ook

wanneer het slecht met u gaat of wanneer u het moeilijk heeft. Het is dan juist belangrijk naar de therapie te komen, de therapie kan u helpen met uw gevoelens om te gaan. Bovendien is het voor de rest van de groep vervelend wanneer u vaak afwezig bent. PsyQ hanteert de volgende regel: indien u tijdens uw behandeling meer dan tweemaal afwezig bent zonder dat u tijdig heeft afgebeld behouden wij ons het recht voor de behandeling te staken.

- *Op tijd.* We vragen u om op tijd te komen. Dit omdat u anders een deel van de zitting mist maar ook omdat het storend is voor de rest als u te laat binnenkomt.
- *Niet eten en drinken.* Omdat het u en anderen afleidt en omdat u niet kunt spreken als u eet, vragen wij u niet te drinken en eten tijdens de bijeenkomsten.
- *Telefoon uit.* Wij vragen uw volle aandacht tijdens de zittingen en om die reden verzoeken wij u uw telefoon uit te zetten tijdens de zittingen.
- *Time out.* Als het echt niet anders kan, kunt u tijdens een zitting een time out nemen. Wij vragen u dan echter om niet weg te lopen en te vertrekken. Loop even naar de gang of naar het toilet en kom weer terug als u zich daar weer toe in staat voelt.

Evaluatie van de voortgang van uw behandeling

Het effect van uw behandeling bij PsyQ meten we middels vragenlijsten. Bij aanvang van uw behandeling en vervolgens om de drie maanden krijgt u van ons een vragenlijst toegezonden. Wij vragen u deze vragenlijst in te vullen zodat we het effect van uw behandeling goed in de gaten kunnen houden.

1 Emoties en relaties

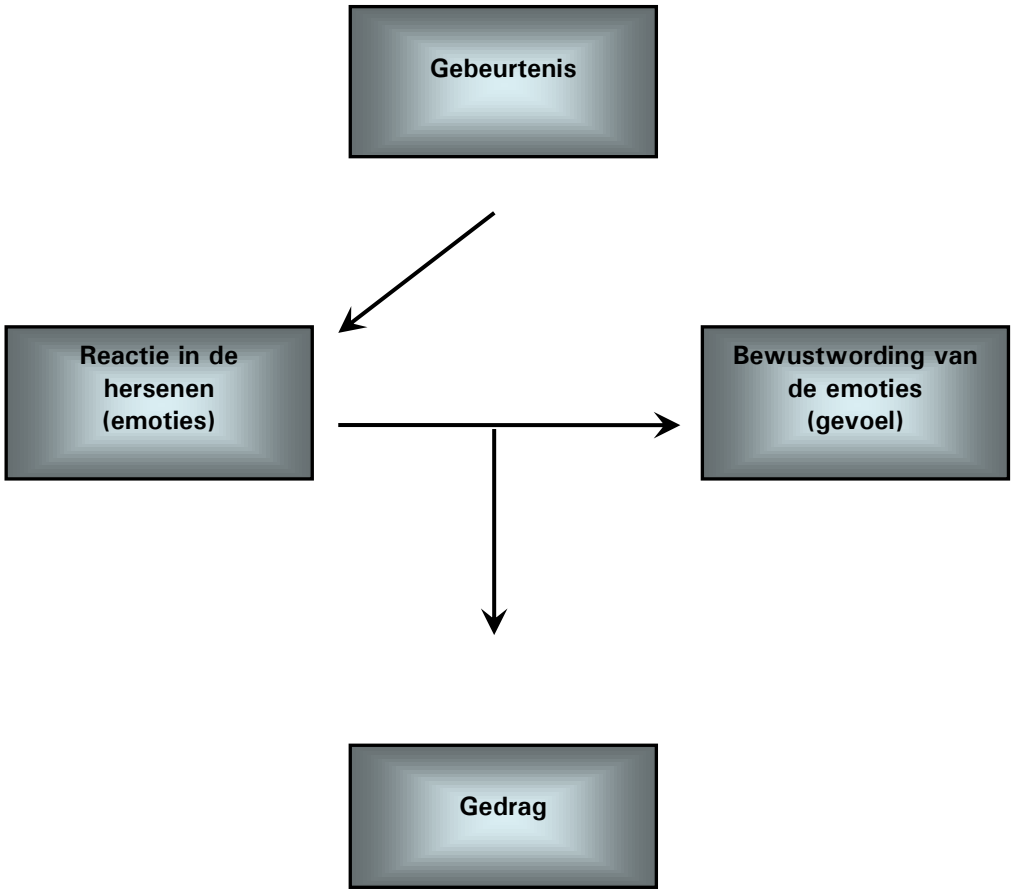
In dit hoofdstuk willen wij u iets uitleggen over emoties en relaties omdat dat de terreinen zijn waarop de meeste problemen voorkomen. Wie zich meldt bij de afdeling voor persoonlijkheidsproblematiek heeft doorgaans problemen bij het hanteren van zijn of haar emoties en ervaart problemen in relaties met anderen. Iemand voelt zich bijvoorbeeld snel in de steek gelaten en reageert daarop door woedend en claimend te worden. In relaties leidt dit tot conflicten en dit kan uiteindelijk tot een breuk leiden. In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat emoties zijn en hoe men emoties kan hanteren. We bespreken het meest in het oog springende verschil tussen mensen wat betreft de wijze waarop zij met hun emoties omgaan en de invloed hiervan op relaties. We hebben dit de Noordpool en de Zuidpool genoemd. Tevens bespreken we welke stappen nodig zijn om emoties te kunnen hanteren. Als laatste leest u iets over het verband tussen de manier waarop iemand met emoties omgaat en hoe dat verband kan houden met de opvoeding die iemand gehad heeft.

1.1 Wat zijn emoties

Een emotie is een innerlijke beleving of een gevoel van bijvoorbeeld blijdschap, verdriet, woede of angst. Een emotie is een reactie van onze hersenen op een gebeurtenis. Dit kan een gebeurtenis in onze omgeving zijn (een harde knal), maar ook een gebeurtenis in onszelf (een knorrende maag). Een emotie zet ons aan tot handelen. In die zin hebben emoties een belangrijke functie. Ook negatieve emoties. Angst bijvoorbeeld motiveert ons om onszelf te beschermen en te zorgen voor veiligheid.

Ook dieren vertonen in hun hersenen reacties die duiden op emoties zoals bijvoorbeeld agressie en angst (hoewel dan ook wel wordt gesproken van instinct). En ook bij dieren heeft dit een belangrijke functie. Zij vluchten bijvoorbeeld in angstige situaties. Wanneer we over een gevoel spreken, doelen we op iets dat typisch is voor mensen. Een gevoel is de bewuste beleving (of de mentale reflectie) van een emotie. Eenvoudiger gezegd: wanneer we ons bewust worden van een emotie en er bijvoorbeeld woorden aan kunnen geven is er sprake van een gevoel .

Kortom een gebeurtenis (in de omgeving of in onszelf) leidt tot een reactie in de hersenen (een emotie). Dit kan leiden tot een instinctieve gedragsreactie (zoals we die zien bij mensen en dieren). Als het goed is leidt de emotie tot bewustwording van die emotie (een gevoel). Dit gevoel kan ons vervolgens ook aanzetten tot handelen (gedrag). Als we ons bewust zijn van wat we voelen, kunnen we kiezen wat we met die emotie willen *doen.* Waar hebt u behoefte aan? Waar kunt u slecht tegen? Zo krijgen we controle over onze emoties en gedrag. Hieronder vindt u schematisch weergegeven wat het verband is tussen een emotie, een gevoel en gedrag.



Figuur 1: de relatie tussen emoties, gevoelens en gedrag.

1.2 Wat is emotieregulatie

Emotieregulatie is eigenlijk niets anders dan het omgaan met uw eigen emoties. Kunt u bij wijze van spreken aan de volume knop van uw emoties draaien? Kunt u intens verdriet ervaren en ook weer verwerken? Kunt u boos worden en de boosheid weer laten zakken?

Voor emotieregulatie is het noodzakelijk dat u de emotionele reactie in uw hersenen kunt ervaren en kunt benoemen. U moet tenslotte weten wát u voelt voordat u uw gevoel kunt hanteren. Tegelijkertijd betekent emotieregulatie dat u in staat bent de intensiteit van de emotie te reguleren.
Bijvoorbeeld: u gaat met een vriendin uit eten. Uw vriendin laat u 45 minuten wachten in het restaurant. Goede emotieregulatie betekent dat u de opgeroepen emotie, bijvoorbeeld boosheid, kunt ervaren en benoemen. Dit zorgt ervoor dat u uw vriendin aanspreekt wanneer zij eenmaal is gearriveerd en hopelijk bereikt u daarmee dat zij de volgende keer op tijd komt. Maar als uw vriendin haar excuses aanbiedt en een duidelijke reden had voor de vertraging, is het prettig als u ook in staat bent om uw boosheid weer te laten zakken.

1.3 De Noordpool en de Zuidpool

Mensen lijken te verschillen in de heftigheid waarmee emoties zich voordoen; aan de ene kant heftig en overspoelend, aan de andere kant vlak en kil. Of in andere woorden: enerzijds mensen die te weinig controle over hun emoties hebben en teveel voelen en anderzijds mensen die te veel controle over hun emoties hebben en te weinig voelen.

Mensen die zich melden bij de afdeling persoonlijkheidsproblematiek hebben doorgaans last van één van twee uitersten. Het overmatig controleren en beheersen van emoties of een gebrek aan beheersing over emoties. Iemand die zijn emoties probeert te beheersen is beheerst en vlak. Iemand die weinig controle over zijn emoties heeft is heftig en intens. De wijze waarop mensen relaties aangaan hangt doorgaans samen met de wijze waarop ze met hun emoties omgaan. Intense relaties en interacties met anderen roepen intense gevoelens op. Vermijding en beheersing van gevoel, gaan vaak samen met vermijding van intimiteit en contact. Deze twee uitersten noemen we ‘De Noordpool’ en ‘De Zuidpool’.

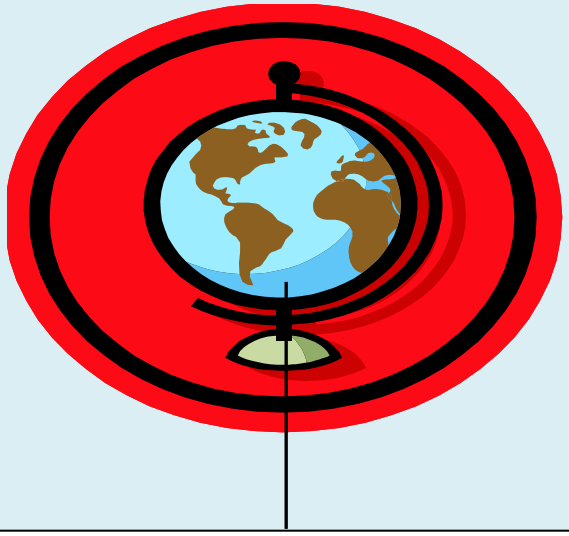
De Noordpool staat voor koel, vlak en het vermijden van intense gevoelens en het vermijden van intimiteit. Op de Noordpool gebeurt er weinig, het is er leeg en kil. Het is zogezegd een eenzame vlakte. De Zuidpool staat voor warm, heftig en overspoelend en intense relaties. Uitbarstingen zijn er aan de orde van de dag, emoties

zijn groot en hevig, mensen reageren direct op elkaar, zitten op elkaars huid. Het is er nooit saai.

In de volgende opdracht vragen wij u eens na te denken wat uw stijl van emotieregulatie is. Bent u meer iemand van de Noordpool of van de Zuidpool?

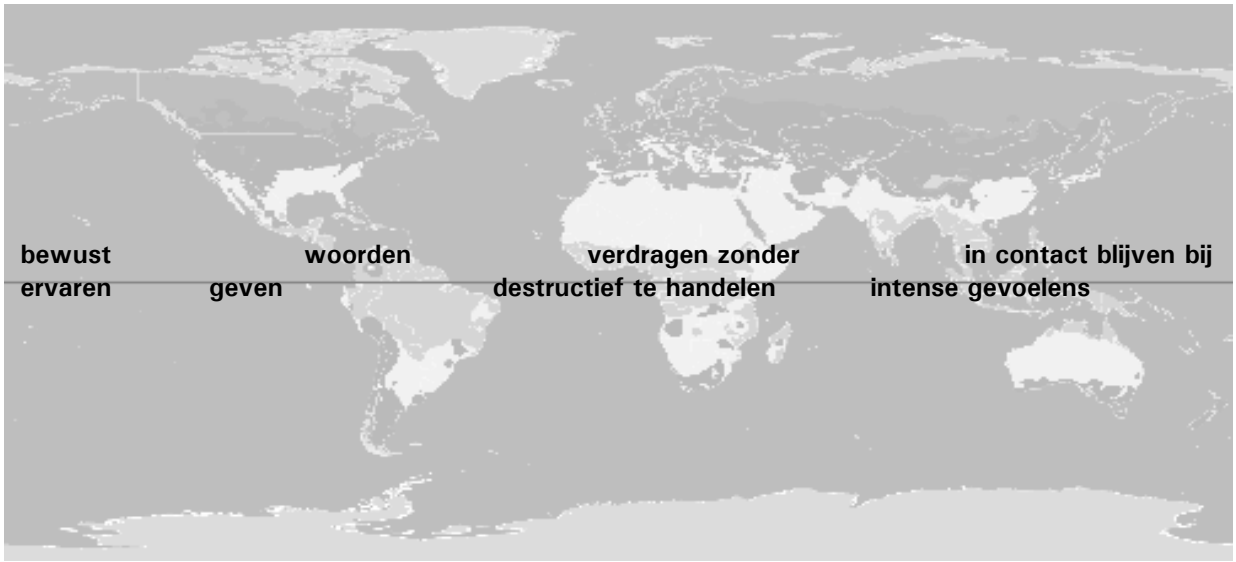
Opdracht 1

Hoe gaat u om met uw emoties? Hebt u te veel of te weinig beheersing over uw gevoelens? Gaat u intimiteit uit de weg? Of reageert u juist emotioneel en zijn uw relaties heftig? Kortom bent u meer iemand van de Noordpool of van de Zuidpool. Geef op onderstaande lengte as aan waar u zich ongeveer bevindt.



1.4 De evenaar

De ervaring leert dat mensen zich het beste voelen wanneer zij zogezegd 'rond de evenaar' bewegen. De evenaar is de denkbeeldige cirkel om de aarde precies tussen de Noordpool en de Zuidpool in. In termen van emotieregulatie is er op de evenaar plaats voor het ervaren en bespreken van gevoelens. Deze gevoelens worden niet overweldigend intens (de Zuidpool), noch moeten ze worden weggedrukt (de Noordpool). Om rond de evenaar te kunnen functioneren en uw emoties te kunnen hanteren zijn een aantal stappen noodzakelijk: bewust ervaren van emoties, woorden geven aan het gevoel, het gevoel kunnen verdragen zonder destructief te handelen en in contact blijven met anderen wanneer u heel emotioneel bent. In de onderstaande tekening wordt dit schematisch weergegeven.



Figuur 2: stappen in emotieregulatie.

Zoals eerder al beschreven is het voor het hanteren van uw emoties belangrijk dat u de emotionele reactie in uw hersenen kunt ervaren (bewust ervaren) en benoemen (woorden geven). U moet uw emotie herkennen om het te kunnen hanteren.

Vervolgens moet u -om op de evenaar te kunnen blijven- uw gevoelens kunnen verdragen zonder impulsief en destructief te handelen. Omdat het verdragen van gevoelens zo moeilijk is ontwikkelen mensen vaak verschillende (destructieve) manieren om zichzelf te troosten, de gevoelens te dempen of om zichzelf af te leiden. Voorbeelden van destructief gedrag zijn: drinken, blowen (en andere soorten verslavingen), eetproblemen, zelfbeschadiging, agressief gedrag, dwanghandelingen, piekeren, jezelf uitputten door hard te werken of te sporten, destructieve seks of destructieve seksuele handelingen. Een andere mogelijkheid om gevoelens te dempen is het ontwikkelen van lichamelijke klachten. Bij lichamelijke klachten ligt het wellicht minder voor de hand om te spreken van destructief gedrag, een lichamelijke klacht is tenslotte geen gedrag. Echter u kunt zich wellicht voorstellen dat hoofdpijn, misselijkheid en hyperventilatie uitingen kunnen zijn van ingehouden gevoelens.

De laatste stap in emotie regulatie is het in contact kunnen blijven met anderen terwijl u intense gevoelens ervaart. U hoeft zich dan niet af te zonderen bij intense gevoelens, noch hoeft u het contact te verbreken door een woede uitbarsting of de ander te veroordelen.

1.5 Emotieregulatie en uw levensverhaal

De wijze waarop we in de loop van ons leven onze emoties leren hanteren heeft veel te maken met onze opvoeding. Hoe een kind zich voelt en hoe het met dat gevoel moet omgaan, moet het kind leren. Dit leert het kind via de ouder of verzorger.

We beginnen te leren met emoties om te gaan als we nog maar een baby zijn. Een baby die in zijn wiegje ligt te huilen, heeft geen besef van zijn verdriet en waar het verdriet vandaan komt. Dat leert het kindje omdat zijn moeder (vader of verzorger) binnenkomt, het kindje oppakt en troostend toespreekt: *"Ach kleintje. Ben je zo verdrietig? Moet je huilen omdat je een natte luier hebt?"* . Zo leert het kindje dat het gevoel dat hij ervaart verdriet is en dat het veroorzaakt kan worden door een natte luier. En dat het minder wordt als mamma binnenkomt (en de luier verschoont). Het kindje leert iets over zijn emoties, over de oorzaak ervan en het kindje leert dat als hij verdrietig is er binnen afzienbare tijd ook troost zal volgen. Een geruststellend gevoel waardoor het kind als volwassene ook het vermogen ontwikkelt zichzelf gerust te stellen en te troosten. *Ook als een gevoel heel akelig is, houdt het op!*

Heel anders loopt het wanneer een ouder woedend wordt als een baby ligt te huilen. Als de ouder uitroept: *"Ik kan er niet meer tegen, hou op!"*. Het kindje leert dan niets over zijn eigen gevoelens. Het leert geen woorden te geven aan zijn gevoelens. Het wordt niet getroost en leert ook zichzelf niet te troosten.

Hetzelfde geldt voor boosheid. Als een kindje boos is, zal een oplettende ouder het gedrag van het kind interpreteren als boosheid. Een oplettende ouder zal dit 'spiegelen' aan het kind door het gevoel te benoemen: *"Ben je zo boos?"* De ouder zal begrip en troost bieden voor het gevoel. Als de boosheid te hevig wordt en het kind bijvoorbeeld gaat slaan, zal de ouder grenzen stellen. Zo leert het kind wat boosheid is en hoe het er mee om moet gaan. Op eenzelfde wijze leert het kind omgaan met schaamte, angst en blijdschap.

2. Klachten en doelen

"Waar komen mijn klachten eigenlijk vandaan?". Dit is een veelgestelde vraag tijdens psychotherapie. Dit hoofdstuk begeleidt u in het vinden van een antwoord op deze vraag. We beginnen met een korte uitleg over de invloed van aanleg en opvoeding op klachten die mensen kunnen ervaren in hun volwassen leven. Echter inzicht in het ontstaan van uw klachten leidt doorgaans niet tot verandering. Daarom vindt u in dit hoofdstuk een opdracht om uw doelen te formuleren voor psychotherapie. Het is belangrijk om hier zorgvuldig bij stil te staan. Niet ieder doel is tenslotte een geschikt psychotherapie doel. Wanneer u bijvoorbeeld wilt leren uw baas te veranderen, zit u aan het verkeerde adres. Maar ook wanneer u wilt leren om geen verdriet meer te hebben als uw partner tegen u schreeuwt. Hoe dat precies zit leest u in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk.

2.1 Aanleg en opvoeding

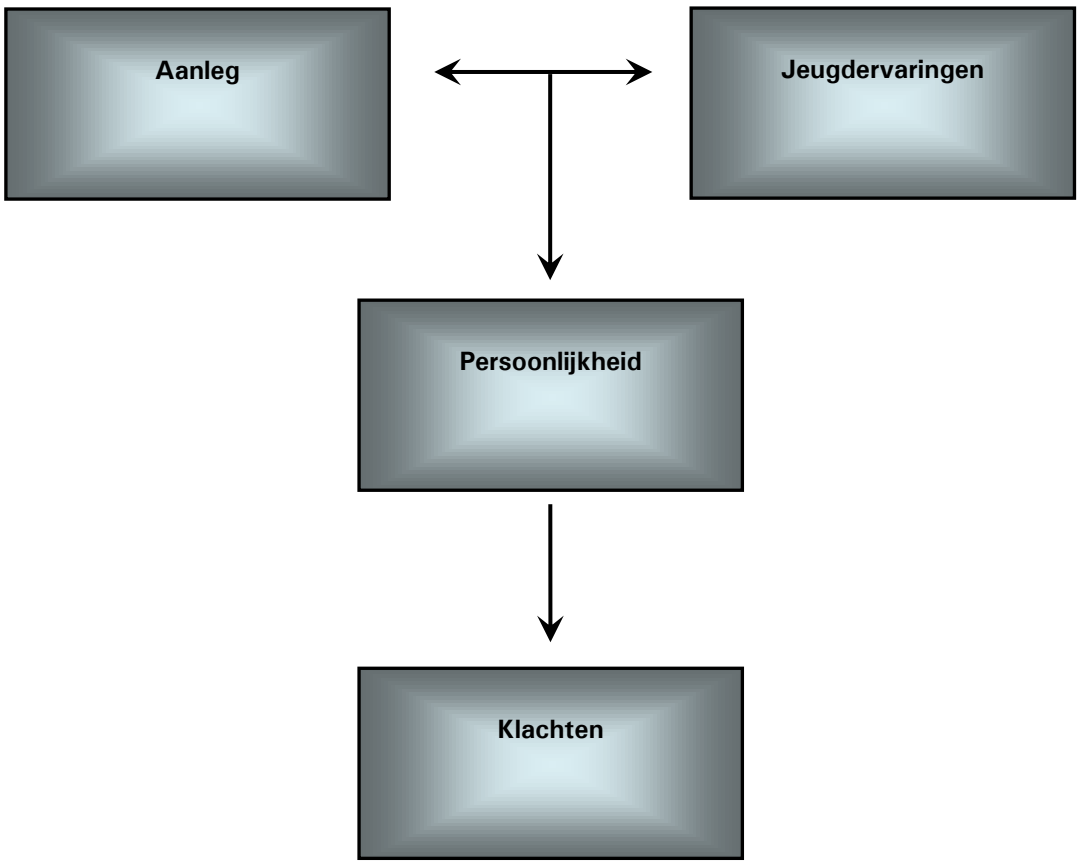
"Wie zijn geschiedenis niet kent, is gedoemd haar te herhalen." In hoofdstuk 1 beschreven we hoe we als kind leren met emoties om te gaan. En ook hoe we -als het goed is- als kind al leren dat contact met anderen kan helpen om overweldigende emoties te leren begrijpen en verdragen. De wijze waarop we reageren en hoe we met anderen omgaan wordt deels bepaald door onze jeugdervaringen. Hoe onze ouders met ons omgingen, de normen in het gezin van herkomst, ervaringen op school, traumatische ervaringen in de kindertijd. We zijn allemaal een product van onze geschiedenis.

Maar iedereen kent ook wel de verhalen van kinderen die precies hetzelfde hebben meegemaakt en daar totaal verschillend op reageerden. We zijn niet alleen een product van onze geschiedenis. Aanleg of genen spelen tevens een belangrijke rol in onze ontwikkeling als mens. En onze aanleg beïnvloedt weer wat wij meemaken in het leven. Stelt u zich voor dat twee kinderen opgroeien in hetzelfde gezin. Het ene (kind A) is rustig, teruggetrokken en verlegen. Het andere (kind B) is uitbundig en druk. U kunt zich wellicht voorstellen dat kind A weinig straf zal krijgen en niet teveel negatieve reacties zal oproepen. Een verlegen teruggetrokken kind vraagt tenslotte weinig aandacht, zorgt niet voor problemen, redt zichzelf wel. Het risico bestaat daardoor echter dat kind A ´over het hoofd wordt gezien´. Kind B zal

waarschijnlijk vaker straf krijgen (of erger nog klappen) omdat het meer brokken maakt. Mogelijk roept het kind ook negatieve reacties op van leraren of klasgenoten. Aan de andere kant is kind B waarschijnlijk ook beter in staat om aandacht te krijgen wanneer het daar behoefte aan heeft. Het kind zal makkelijker contacten leggen en vrienden maken en dus ook meer positieve aandacht krijgen.

U ziet dat de aanleg van een kind (verlegen of juist druk) invloed kan hebben op hoe de omgeving op het kind reageert. Als de omgeving goed reageert, krijgt elk kind wat het nodig heeft voor zijn ontwikkeling. Bijvoorbeeld aanmoediging of juist grenzen stellen afhankelijk van wat het kind nodig heeft. Dit kan het kind helpen om met zijn verlegenheid te leren omgaan of om zijn of haar impulsiviteit te hanteren.

In een minder gunstig geval wordt niet goed afgestemd op het kind. Het kind leert bijvoorbeeld niet zichzelf gerust te stellen als het angstig is. Of het leert niet zijn woede in goede banen te leiden. Als iemand niet met zijn angsten om kan gaan, kan het bijvoorbeeld zijn dat hij of zij veel dingen gaat vermijden. Wanneer iemand niet met zijn woede om kan gaan, leidt dat doorgaans tot conflicten. Of als u uw boosheid altijd negeert, kan dat leiden tot lichamelijke klachten. Kortom, als u problemen hebt uw emoties te verdragen, dan kunt u klachten ontwikkelen. Om nogmaals duidelijk te maken wat de invloed is van aanleg en opvoeding op de persoonlijkheid, vindt u hieronder een schematisch overzicht.



Figuur 3: invloed van jeugdervaringen en aanleg op de ontwikkeling van de persoonlijkheid en klachten.

2.2. Het verband tussen uw klachten en emotieregulatie

Even terug naar hoofdstuk 1, over emoties en relaties. We hebben daar besproken dat de manier waarop u met uw gevoelens omgaat veel invloed heeft op uw klachten. Als u voldoende controle houdt over heftige emoties, dan hoeft u er niet impulsief naar te handelen, en dan blijft het in uw sociale contacten ook rustiger. Als u voldoende beseft wat er in u omgaat, loopt het in uw emotionele huishouding niet zo hoog op; dan voelt u op tijd dat iets u niet bevalt, dat u ergens boos om bent, en dan hoeft het niet te leiden tot lichamelijke klachten. Als u in staat bent terug te vallen op de mensen in uw omgeving die u tot steun kunnen zijn, dan bent u beter bestand tegen tegenspoed. Als u voldoende in staat bent om uzelf te redden, als dat nodig is, dan bent u minder afhankelijk van anderen. Iedereen zoekt hierin een evenwicht dat past: de een is meer op zichzelf dan de ander, de ander is weer rustiger van aard. Het gaat erom dat u een evenwicht vindt waarmee geen klachten ontstaan. We gaan er immers vanuit, dat als het evenwicht ontbreekt, er klachten kunnen ontstaan. Mensen die

bijvoorbeeld weinig controle hebben over hun emoties kunnen zich rustig proberen te houden met alcohol of drugs. Hetgeen kan leiden tot verslavingen. Of wanneer mensen zich eenzaam voelen en niet in staat zijn om steun te zoeken/ervaren, dan kunnen mensen dit compenseren door veel te eten. In de volgende paragraaf vragen wij uw om te onderzoeken aan welke doelen u moet werken in psychotherapie om uw klachten te verminderen.

2.3 Doelen voor psychotherapie

U leert vaak veel beter wanneer u een bepaald doel voor ogen hebt. In een psychotherapie werkt u altijd aan een aantal door u vooraf bepaalde doelen. Ook in ander soort therapieën is dit het geval. Denk maar aan fysiotherapie. U gaat naar fysiotherapie om bijvoorbeeld van uw rugklachten af te komen. Afhankelijk van waar de rugklachten vandaan komen kan het zijn dat de fysiotherapeut met u aan het versterken van uw rugspieren gaat werken of aan uw houding. Als u niet aan de fysiotherapeut zou vertellen dat het om uw rug gaat, krijgt u allerlei zinnige algemene oefeningen, dat kan op zich geen kwaad, kunt u denken, maar het duurt mogelijk wel langer voor u verbetering aan uw rug merkt.

Voor psychotherapie geldt hetzelfde als voor fysiotherapie. U werkt aan uw persoonlijke doelen. In deze paragraaf vragen wij u te bepalen aan welke doelen u wilt werken. Goede doelen helpen u namelijk om te bepalen welk soort therapie u het beste kan helpen. Bovendien kunnen anderen u niet goed helpen als zij niet weten waar u mee geholpen wilt worden. U kunt zich ook afvragen wat er zou veranderen als uw klachten zouden verdwijnen. Als er vannacht een wonder gebeurt, en morgenochtend zijn uw problemen opgelost, waar zou u dat dan in de loop van de dag aan merken? Wat zou u anders doen of voelen, wat zou er anders lopen, wat gebeurt er dan niet meer? In het algemeen zien we drie groepen doelen: doelen die te maken hebben met emoties (ik wil meer controle over mijn gevoelens), doelen die te maken hebben met relaties (ik wil leren rustig te zeggen dat ik iets vervelend vind) en doelen die gericht zijn op het verminderen van specifieke klachten (ik wil leren om problemen waar geen oplossing voor zijn los te laten). Mogelijk helpt het u om voor uzelf deze drie doelen op te schrijven. Het kan echter behoorlijk moeilijk zijn om te bepalen wat nu precies uw doelen zijn voor psychotherapie. Hieronder vindt u enkele richtlijnen om uw doelen te formuleren.

Opdracht: Doelen formuleren

Maak hieronder een lijst van de belangrijkste doelen waar u aan wilt werken in therapie. Let erop dat uw doelen zo concreet mogelijk zijn. “Ik wil een beter mens worden” is bijvoorbeeld nog wat vaag. Wat moet je aan jezelf veranderen om een beter mens te worden? Concreter zou bijvoorbeeld zijn: “ik wil leren mijzelf beter te beheersen”.

Het is belangrijk om in het doel aan te geven wat u anders wilt gaan doen. Het wordt dan een positief doel waar u naar streeft. Als u een doel heeft “ik wil conflicten minder uit de weg gaan” is het nog niet duidelijk wat u dan wel gaat doen als er een conflict is. Als het doel wordt “Ik wil leren om bij een conflict het probleem te gaan bespreken” dan is gelijk duidelijk wat u anders wilt gaan doen.

Als laatste is het belangrijk dat doelen realistisch moeten zijn. Niet meer verdrietig worden als uw partner tegen u schreeuwt is bijvoorbeeld niet realistisch. Het is normaal en menselijk om verdrietig te worden in moeilijke situaties. Geen therapie in de wereld kan u daarvan af helpen. Dat doel is dus niet realistisch. Een ander voorbeeld van een niet realistisch doel is wanneer u een heel druk, actief en impulsief persoon bent en u stelt uzelf als doel om een heel rustig en teruggetrokken mens te worden. Dat past niet bij uw aanleg en is dus niet een realistisch doel.

In het algemeen zien we drie groepen doelen: doelen die te maken hebben met emoties, doelen die te maken hebben met relaties en doelen die gericht zijn op het verminderen van specifieke klachten. Mogelijk helpt het u om voor uzelf deze drie doelen op te schrijven.

Voorbeelden van doelen waar mensen in psychotherapie aan werken zijn bijvoorbeeld:
Ik wil leren mijzelf beter te beheersen.
Ik wil leren om conflicten te durven aangaan.
Ik wil weten waarom mijn relaties altijd mislopen.
Ik wil leren om in relaties te blijven wanneer ik bang ben voor verlating,
Ik wil leren om mijn angsten dan te bespreken met mijn partner.

Mijn doelen zijn:

1. .....
   .....
   .....
   .....
2. .....
   .....
   .....
   .....
3. .....
   .....
   .....
   .....
   .....

3 In therapie

Therapie is ambacht, het betekent dat u doelgericht (samen)werkt om uw problemen aan te pakken.
Hoe pakt u dat aan? Wat is helpend en constructief "therapiegedrag"? In dit hoofdstuk kunt u iets lezen over de voorwaarden voor therapie. Wat is er nodig om goed gebruik te kunnen maken van behandeling? Wat kunt u van PsyQ verwachten en wat hebt u zelf in de hand? Verder brengt een groepstherapie enkele bijzondere afspraken met zich mee. Welke dit zijn kunt u lezen in paragraaf 3.4. In het bijzonder gaan we in op het geven en ontvangen van feedback. In een groep zit u tenslotte met andere mensen. Die anderen kunnen u soms een spiegel voorhouden over uw gedrag. Wellicht kunt u dit ook bij de ander. Het is dan wel belangrijk dat dit zo gebeurt dat het helpt.

3.1 De basis

Het is belangrijk dat u tijd en aandacht heeft voor psychotherapie, om stil te kunnen staan bij moeilijke gevoelens en/of pijnlijke herinneringen. Als u net uw hoofd boven water kunt houden als alleenstaande ouder met kleine kinderen en een fulltime baan, is psychotherapie misschien niet de beste optie. Maar ook bijvoorbeeld wanneer u in een ingewikkelde, emotionele rechtszaak verwikkeld zit, is psychotherapie wellicht niet zo verstandig. Uw tijd en energie zal dan vooral daar naar uitgaan en niet naar de therapie. Hoewel mensen het doorgaans wel prettig vinden 'van zich af te praten' als zij zich in roerige tijden bevinden, is dit niet het doel van psychotherapie. In psychotherapie werkt u aan een bepaald doel, u wilt iets veranderen. En daar moet u tijd en energie voor kunnen opbrengen. Nu kan het natuurlijk zo zijn dat er in uw leven altijd wel iets aan de hand is, dat uw persoonlijkheidsproblematiek er voor zorgt dat er altijd wel onrust of crisis is. Dan is wellicht toch het moment aangebroken daar in therapie wat aan te gaan veranderen.

3.2 Omgaan met moeilijke gevoelens

Een therapie kan emotioneel ontregelend zijn. U kunt moe en emotioneel zijn na een zitting of door de opdrachten die worden gegeven. Hoewel mensen hiervan nog wel eens kunnen schrikken is dit een normale en gezonde reactie op psychotherapie. Het is belangrijk een balans te zoeken tussen de therapie en uw dagelijks leven. De therapie hoort u in enige mate emotioneel te ontregelen. Anderzijds is het belangrijk dat u uw

normale dagelijkse activiteiten doorgang laat vinden. Het is belangrijk dat u uw dagstructuur aanhoudt, zorgt voor voldoende sociale contacten en op tijd hulp vraagt als dat nodig is. Ook als u geen werk heeft is het belangrijk dat u op tijd opstaat, dat u minstens één ontspannende ding doet, in plaats van de hele dag binnen te zitten. In de therapie zelf kunt u bespreekbaar maken welke gevoelens er bij u worden opgeroepen en hoe u hiermee om kunt gaan. Uw therapie kan er zelfs op gericht zijn om moeilijke gevoelens te leren hanteren (zie hoofdstuk 4).

Het kan gebeuren dat de gesprekken u moeite kosten, dat u zich geraakt voelt door opmerkingen en vragen van uw behandelaar of groepsgenoten. Het kan moeilijk zijn om daarmee om te gaan, om dat als het gebeurt, direct aan te geven. Vaak lukt dat niet meteen, maar pas een volgende bijeenkomst. Dat is helemaal niet erg, in therapie kun je altijd terugkomen op dingen die eerder gezegd of gebeurd zijn, om verder uit te zoeken wat iets voor u betekend heeft. Maar het kan ook voorkomen dat u zich zo geraakt voelt, of gekwetst, dat u niet meer wilt komen. Misschien hebt u dat in een eerdere behandeling wel eens meegemaakt, dat u bent afgehaakt, omdat u zich niet prettig voelde, omdat u boos was, of kritiek had op uw behandelaar. Wij denken dat het heel belangrijk is om daar op te letten. Misschien kunt u eigenlijk al voorspellen op welk moment u geneigd zal zijn om weg te blijven. Er zijn mensen die geneigd zijn weg te blijven als ze zich slechter voelen, er zijn ook mensen die juist wegblijven als het even wat beter gaat. Hoe is dat voor u? Als u en wij weten wat zo'n moment van afhaken kan zijn voor u, dan kunnen we dat mogelijk voorkomen, en dat zou een goede verandering zijn!

In de OPP beginnen we elke zitting met een rondje "terugkomen op vorige keer". Daarin kunt u hiermee oefenen, steeds dingen bespreken die u dwars zitten, of waarover u vragen heeft. Hierin zult u merken dat ook als iemand het ergens niet mee eens is, of zelfs boos, toch een gesprek mogelijk blijft, waardoor we verder kunnen.

3.3. Wat helpt eigenlijk, en wat niet?

In therapie werkt u aan uw klachten. U doet dat door te bespreken wat er in u omgaat, wat er gebeurt in uw leven, en u zoekt naar manieren om verandering te bewerkstelligen. Kort gezegd praat je in therapie "vanuit jezelf, over jezelf". Terwijl we vaak juist geleerd hebben om vooral in het algemeen te praten, of mee te denken

met anderen, beleefd te zijn en juist niet vanuit en over onszelf te praten. Maar in therapie helpt dat niet!

We merken ook dat mensen die tussendoor nog eens aan hun therapie denken, betere resultaten boeken. Nu kunnen we u natuurlijk niet opdragen om gedurende de week nog eens terug te denken, maar misschien is het zinnig om met iemand uit uw omgeving zo nu en dan eens te praten over wat u meemaakt in de behandeling. Het zou fijn zijn als iemand uit uw directe omgeving u wat kan ondersteunen en aanmoedigen. Ook schrijven kan helpen, met enige regelmaat eens wat opschrijven over uw gedachten en gevoelens.

We merken dat sommige klachten die mensen hebben, therapie bemoeilijken. Een goed voorbeeld is bijvoorbeeld dagelijks drugs of alcohol gebruiken, waardoor u eigenlijk uw gevoelens voortdurend dempt. Dan komt het er op neer dat drie kwartier per week geholpen wordt uw gevoelens en ervaringen serieus te nemen, en de rest van de week weer uw gevoelens verdooft. Uw behandeling schiet dan niet op. Soms denken mensen dat ze eerst in therapie kunnen leren om anders te voelen, waardoor ze daarna kunnen stoppen met hun middelen of drankmisbruik. Wij kunnen ons goed voorstellen dat het moeilijk is om te stoppen met het verdovende gedrag. Er stilzwijgend mee door gaan terwijl u daarnaast in therapie bent, helpt u echter niet om tot verandering te komen. Daarom pleiten we ervoor dit open te bespreken met uw behandelaar.

3.4 Afspraken en voorwaarden voor de OPP

De OPP groep kent enkele voorwaarden en afspraken, die zijn veelal gebaseerd op algemene therapieregels die voor andere therapie ook gelden. Hieronder vindt u een overzicht en een uitleg van deze afspraken.

- *Vertrouwelijkheid.* Alles wat in de groep wordt besproken blijft in de groep. U mag thuis natuurlijk best uw eigen ervaringen en gevoelens delen met anderen. U vertelt echter niet over anderen met naam en toenaam.

- *Aanwezigheid.* Het spreekt wellicht voor zich maar wij vragen u aanwezig te zijn. Het is belangrijk voor uw eigen therapie proces dat u komt. Dit geldt ook

wanneer het slecht met u gaat of wanneer u het moeilijk heeft. Het is dan juist belangrijk naar de therapie te komen, de therapie kan u helpen met uw gevoelens om te gaan. Bovendien is het voor de rest van de groep vervelend wanneer u vaak afwezig bent. PsyQ hanteert de volgende regel: indien u tijdens uw behandeling meer dan tweemaal afwezig bent zonder dat u tijdig heeft afgebeld behouden wij ons het recht voor de behandeling te staken.

- *Op tijd.* We vragen u om op tijd te komen. Dit omdat u anders een deel van de zitting mist maar ook omdat het storend is voor de rest als u te laat binnenkomt.
- *Niet eten en drinken.* Omdat het u en anderen afleidt en omdat u niet kunt spreken als u eet, vragen wij u niet te drinken en eten tijdens de bijeenkomsten.
- *Telefoon uit.* Wij vragen uw volle aandacht tijdens de zittingen en om die reden verzoeken wij u uw telefoon uit te zetten tijdens de zittingen.
- *Time out.* Als het echt niet anders kan, kunt u tijdens een zitting een time out nemen. Wij vragen u dan echter om niet weg te lopen en te vertrekken. Loop even naar de gang of naar het toilet en kom weer terug als u zich daar weer toe in staat voelt.

3.5 Het geven van feedback

In therapie zijn emotionele en gevoelige onderwerpen aan de orde van de dag. Daarom staan we hier stil bij manieren om feedback te geven. Om goed gebruik te kunnen maken van vragen en opmerkingen van anderen, moet u ze letterlijk kunnen horen. U moet zich dusdanig op uw gemak voelen dat u naar de feedback van de ander kunt luisteren. Als iemand iets heel anders ziet of beleeft als uzelf is dat al moeilijk genoeg. Als iemand het aanvallend of hard zegt, is het nog moeilijker om het aan te horen. Vandaar de volgende tips voor het geven van feedback.

Tips voor het geven van feedback:

1. Benoem het gedrag van de ander waar u kritiek op heeft, spreek vanuit uzelf (in “ik”-zinnen). *Bijvoorbeeld: “ik hoorde je meermalen zeggen dat de adviezen van anderen voor jou niet helpen terwijl je ons wel om advies vraagt”*

2. Vertel wat hiervan het gevolg was, spreek ook vanuit uzelf. *Bijvoorbeeld: "ik merk dat ik geïrriteerd raak omdat ik niet weet hoe ik je dan kan helpen"*
3. Geef een suggestie hoe dit beter zou kunnen. *Bijvoorbeeld "zullen we proberen uit te zoeken wat er misgaat?"*

Voor het ontvangen van feedback zijn er de volgende adviezen:

1. Ga niet in verdediging of biedt niet onmiddellijk uw excuses aan
2. Vraag -indien nodig- om verduidelijking
3. Vat de feedback die u krijgt samen in uw eigen woorden of geef aan dat u begrijpt wat de ander bedoelt

4 Het therapie aanbod van Persoonlijkheidsproblematiek

Het kan zijn dat u na de *Oriënterende Psychotherapiegroep Persoonlijkheidsproblematiek (OPP)* voldoende kennis en inzicht heeft gekregen om zelfstandig en zonder therapie verder te kunnen. Het kan ook zijn dat u er door de OPP achter komt dat psychotherapie niet aansluit bij uw behoeften. Of wellicht bent u er op dit moment toch nog niet aan toe om in therapie te gaan. Als u wel verder wilt is het belangrijk dat u en uw behandelaar overeenstemming vinden over welke soort therapie voor u geschikt is. Hieronder vindt u in het kort iets over het therapie aanbod van Persoonlijkheid. De behandelingen zijn eigenlijk allemaal op de een of andere manier gericht op het beter leren hanteren van emoties en relaties. We beschrijven het groepsaanbod. Er is ook individuele behandeling mogelijk, zowel psychotherapeutisch als ondersteunend. Uw klachten doelen bepalen wat het beste aanbod voor u is. Er zijn een aantal langer durende behandelingen, er zijn zogenoemde non verbale therapieën en enkele korter durende modules.

Langer durende behandelingen

1 Dialectische gedragstherapie (DGT)

De dialectische gedragstherapie (DGT) is ontwikkeld voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. De therapie duurt 1 jaar en bestaat uit wekelijkse groepstraining en wekelijkse individuele therapie. Vier vaardigheden staan centraal in de DGT. Ieder trainingszitting wordt geoefend met kernoplettendheid vaardigheden. Dit zijn (1)oefeningen om uw aandacht en concentratie te trainen. Daarnaast (2) is er aandacht voor het tijdig leren herkennen en reguleren van emoties. Verder (3)oefent u tijdens de DGT met crisisvaardigheden om te voorkomen dat u schadelijke dingen doet als u in crisis bent. Als laatste(4) bestaat de DGT uit oefening voor intermenselijke effectiviteit, bijvoorbeeld ‘nee zeggen’ of om hulp vragen.

2 Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS)

De VERS is training voor mensen met een emotie regulatiestoornis (ERS) waarin u specifieke vaardigheden leert om uw emoties en gedrag te sturen. De VERS bestaat uit 25 wekelijkse groepssessies. Bij aanvang krijgt u een werkboek waarin theorie en huiswerkopdrachten zijn opgenomen. Huiswerk bestaat uit het dagelijks monitoren van emotie en gedrag en gebruikte vaardigheden, daarnaast wordt gevraagd theorie te

bestuderen en een bijbehorende opdracht te maken. De training is opgebouwd uit 4 stappen: ten eerste krijgt u uitleg over ERS. Ten tweede leert u vijf basisvaardigheden die u helpen intense emotionele episodes te voorkomen dan wel te hanteren. In de derde fase wordt aandacht besteed aan vaardigheden die van belang zijn bij het beheersen of herstellen van emotioneel evenwicht. Tenslotte stelt u een emotiehanteringsplan op. Dit plan is bedoeld als hulpmiddel tijdens een emotionele episode. De behandeling bestaat uit een wekelijkse groepstherapie en in de eerste fase van de therapie eenmaal per twee weken een individueel gesprek om de vaardigheden verder te trainen.

3. Schemagerichte therapie

Er wordt gewerkt met de schemagerichte therapie van Jeffrey Young. De kern van deze therapie is dat wanneer aan bepaalde basisbehoeften van een kind niet wordt voldaan er later, in het volwassen leven, vaak disfunctionele overtuigingen ontstaan. Deze overtuigingen of schema's kunnen gaan over het zelf (bijvoorbeeld 'ik ben een mislukking'), over anderen ('anderen zijn niet te vertrouwen´) of over de wereld ('er gebeuren voortdurend rampen'). In de schemagroep gaat u onderzoeken en ervaren wat er gebeurt in het contact met anderen. Voor veel mensen is het vanuit hun schema's/gevoelige snaren namelijk moeilijk hun behoeften aan te geven en open te zijn over hoe zij zich voelen. In een schemagroepstherapie kunt u leren hier anders mee om te gaan. In de groep wordt gewerkt aan het leren herkennen van eigen schema's, het ombuigen van deze schema's en het oefenen met nieuw gedrag. De interventies zijn gericht op uw gevoel en op nare ervaringen uit het verleden. U wordt bijvoorbeeld uitgenodigd om situaties van vroeger op te halen waarin uw schema's gevormd zijn en er wordt nagegaan hoe u op een andere manier met uw kwetsbare kant kunt omgaan. Als u beter voelt wat u nodig hebt, lukt het u beter om te krijgen wat u nodig heeft.

4. Mentaliserende therapie (MBT)

De therapie is voor mensen die problemen hebben met het verdragen van heftige gevoelens, soms zoveel moeite, dat ze die gevoelens helemaal wegstoppen. Meestal hebben deze gevoelens te maken met relaties. Juist in het contact met anderen kunnen gevoelens hoog oplopen. Deze problemen zijn vaak ontstaan in belangrijke relaties met anderen in de vroege jeugd , en komen nu tot uiting in huidige sociale contacten

en relaties. De therapie gaat over het leren ‘mentaliseren’. In de groep wordt gewerkt aan het bewust zijn van emoties, en deze kunnen verwoorden, het leren verdragen van emoties *zonder er meteen naar te handelen ,* en in contact kunnen blijven *ook als u heel emotioneel bent.*

5. Jongvolwassenen MBT groep

In deze MBT groep wordt net als de andere MBT groepen gewerkt aan het bewust ervaren van emoties, deze emoties kunnen verwoorden, het leren verdragen van heftige gevoelens zonder (destructief) te handelen en in contact kunnen blijven met anderen ook tijdens hevige emoties. De therapie is bedoeld voor jongeren tussen de 18 en 30 jaar en is naast bovengenoemde thema’s ook gericht op specifieke jongvolwassenen onderwerpen zoals het ontwikkelen van identiteit (wie ben ik?) en autonomie (op eigen benen leren staan). Het is bedoeld voor jongeren die kampen met losmakingproblemen van het gezin van herkomst, moeite hebben met keuzes maken, een negatief zelfbeeld hebben en/of last hebben van wisselende stemmingen.

6. Deeltijd behandeling

Het doel van deeltijdbehandeling is mensen te helpen bij het verbeteren van hun kwaliteit van leven en het sterk doen verminderen van de klachten. Een behandeling in deeltijd betekent dat u meerdere dagdelen per week therapie volgt. De therapie duurt een half jaar met de mogelijkheid van tweemaal een verlenging van drie maanden. Er wordt gewerkt met psychotherapiegroepen aangevuld met bijvoorbeeld vaktherapie beeldend en/of psychomotore therapie. De focus van de therapie ligt op het onderzoeken, bewust worden en veranderen van de manier waarop u denkt en voelt en de manier waarop u met belangrijke anderen omgaat. U leert vaste denk- en gedragspatronen en valkuilen in de omgang met uzelf en anderen kennen, waardoor het mogelijk wordt om herhalende patronen te doorbreken.

Non verbale therapieën

1. Vaktherapie beeldend

Vaktherapie is bedoeld voor mensen die hun gevoelens of gedachten moeilijk onder woorden kunnen brengen. Bij vaktherapie wordt gewerkt met beeldend werk zoals schilderen, tekenen, werken met klei, hout of steen. Door met uw handen bezig te zijn en ervaringen te benoemen, worden veranderings-, ontwikkelings- of acceptatieprocessen op gang gebracht.

Herkennen van emoties

Om emoties te kunnen hanteren in jezelf of in het contact met anderen is het belangrijk om emoties te herkennen. In deze module is veel ruimte voor het eigen beeldende proces. Voor mensen die moeite hebben met vormgeven van eigen emoties, of weinig contact hebben met eigen gevoel. Oefenen en verkennen van eigen beleving en gevoelens. Werkstukken worden samen gemaakt of alleen. De interactie bied de mogelijkheid om elkaar te observeren hoe iemand een emotie uit of hoe iemand een emotie bewust gebruikt. De module bestaat uit 10 bijeenkomsten van 1½ uur.

Rouw en verlies

Anders leren omgaan met gestagneerde gevoelens van rouw en verlies, langer dan een jaar geleden. Leren (h)erkennen, benoemen en expressie geven aan emoties. Er wordt een begin gemaakt met bewerken van rouw en verlies ervaringen. Het gaat om ervaringsgerichte oefeningen, om verliezen en daarmee samenhangende emoties boven tafel te krijgen, in veilige setting daarnaar te kijken en met korte focus toe te werken naar eindwerkstuk of performance. Er is aandacht voor de fasen: ontkenning, woede, heroriëntatie en acceptatie of aanvaarding. En voor de taken: aanvaarden dat het verlies heeft plaatsgevonden; de gevoelens en reacties ervaren die volgen op het verlies; aanpassen aan een nieuw leven waar de overleden dierbare of het verlies geen deel meer van uitmaakt; weer de draad oppakken en plaats geven aan het emotioneel overleden. De beginoefeningen zullen gaan om boosheid en andere emoties toe te laten die om het verdriet heen staan als façades. Later staat vooral het individuele proces en de vormgeving van het eigen verlies centraal. Zelfexpressie en autonomie wordt bevorderd door eigen aanpak en benadering van het symboliseren en vormgeven in het beeldend werk. Het kan ook gaan om andere verlies ervaringen, bijv. werk, relaties. De module kan ook individueel gevolgd worden en bestaat uit 10 bijeenkomsten van 1½ uur.

2. Psychomotore therapie (PMT)

Psychomotore therapie biedt mensen den mogelijkheid om op een bewegende/lichamelijke manier te experimenteren en aan de slag te gaan met eigen klachten/problemen. Er worden twee modules aangeboden: ‘vanzelf ademen’ en ‘werken aan grenzen’.

Vanzelf ademen

Stress maakt steeds vaker deel uit van ons leven. Doorzetten en je vooral niet laten kennen,

kan leiden tot een verkeerde manier of zelfs een verkeerd patroon van ademen. Goede manier van ademen is een direct sleutel tot ontspannen. Een verkeerde manier van ademhalen kan heel direct een scala aan lichamelijke klachten geven. Benauwdheid, tintelingen, duizeligheid, misselijkheid, hoofdpijn, vlekken voor de ogen zien, het gevoel van een strakke band om je heen, warm en zelfs zweten en dan zijn nog niet alle symptomen genoemd. Deze lichamelijk klachten zijn vervelend en soms ook beangstigend. Zelfs paniek- en angstgevoel kan het gevolg zijn. Op deze manier kun je ongemerkt in de vicieuze cirkel van de angst voor de angst terecht komen. Wanneer in- of doorslapen een probleem is kan goed ademen hier ook bij helpen. De module (individueel of in een groep) bestaat uit 4 a 5 sessies van een uur.

Werken aan grenzen

Een groep bedoeld voor mensen die te weinig of te veel voor zichzelf opkomen in het dagelijkse leven. Er wordt gewerkt zowel vanuit lichaamsgerichte methodieken en ook met rollenspelen. De eerste stap is om je bewust te worden van de signalen bij jezelf waaraan je kunt merken dat iets niet goed voelt. De tweede stap is om dit op een goede manier te kunnen uitdragen in woord, houding en of gebaar, zodat het ook door de ander begrepen wordt. Aan het eind van iedere bijeenkomst worden er opdrachten meegegeven om in het dagelijks leven te oefenen. De module bestaat uit 8 bijeenkomsten van 1 ½ uur

Geraadpleegde literatuur

Allen, J.G., Fonagy, P., Bateman, A.W. (2008). *Mentaliseren in de klinische praktijk.* Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam.

Carver, C.S., Scheier M.F. (1992). *Perspectives on Personality.* Allyn and Bacon. Needham Heights (United States of America).

Derrix, J. (2003). *Assertiviteit kun je leren. Doe het zelf!* Performa Human Resources Information BV. Den Haag.

Linehan. *Dialectische gedragtherapie bij Borderline persoonlijkheidsstoornis*

Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie.* Bohn Stafleu Van Loghum. Houten/Diegem.

Visser, S. *De Tocht naar de Evenaar. Over een geïntegreerde klinische behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen.*