

EEN KWALITATIEF ONDERZOEK NAAR DE ERVAREN WERKZAAMHEID VAN DIT ALS MULTIDISCIPLINAIRE, DAGKLINISCHE GROEPSTHERAPIE

Yasmine Cuyt, Kees Kooiman, Sarah Campens, Patrick Luyten

Aantal woorden: 5653

Lijst figuren

Figuur 1: veronderstelde samenhang werkzame factoren DIT multidisciplinaire groepstherapie **Error! Bookmark not defined.**

Lijst tabellen

Tabel 1 respondenten van het onderzoek..... 17

Tabel 2 therapieschema **Error! Bookmark not defined.**

SAMENVATTING

Dit onderzoek beoogt na te gaan of cliënten met cluster C persoonlijkheidskenmerken DIT in dagklinische vorm als effectief ervaren, en welke behandelfactoren zij als werkzaam ervaren. Een thematische analyse werd uitgevoerd om interviews met 6 cliënten te analyseren. De meeste deelnemers gaven een verbetering aan van hun symptomen en persoonlijk functioneren. Eén deelnemer meldde dat de symptomen waren toegenomen. Therapeutfactoren, specifieke DIT-interventies, groepsinteracties, de multidisciplinaire benadering en de behandelfocus in DIT werden als effectief ervaren. Aanbevelingen voor toekomstige toepassing van DIT-groepstherapie worden besproken, zoals het belang van het actief aanmoedigen van adaptief gedrag en het borgen van een consistent, coherent en continu behandelprogramma dat tegelijkertijd een op maat gemaakt behandelaanbod mogelijk maakt.

SUMMARY

This paper seeks to investigate whether patients with cluster C personality traits considered outpatient DIT to be effective, and which treatment components they experienced as being effective. Thematic analysis was used to analyze interviews with six clients. The majority of participants indicated improvement of their symptoms and personality features. One participant indicated worsening of his symptoms. Therapist's characteristics as well as specific DIT interventions, group interactions, the multidisciplinary approach and the treatment focus in DIT were seen as effective. Recommendations for the future implementation of a group-based DIT are discussed, including the importance of actively encouraging adaptive behavior, and the importance of offering a consistent, coherent and continuous treatment that at the same times enables a tailored treatment approach.

Leerdoelen

Na lezing van dit artikel:

1. hebt u een beter begrip van wat DIT als dagklinische behandeling is;
2. bent u op de hoogte van de effectiviteit van DIT;
3. weet u wat de cliënten in dit onderzoek als werkzame componenten in DIT als dagklinische behandeling hebben ervaren;
4. hebt u een beter zicht op de randvoorwaarden die toegepast dienen te worden teneinde DIT in dagklinische vorm te implementeren

Dankbetuiging/verantwoordingsnoot

De auteurs bedanken de cliënten van De Viersprong die deelnamen aan het onderzoek.

Personalia

Yasmine Cuyt is klinisch psycholoog en MBT therapeut. Ze is werkzaam als coördinator van deStudio, een MBT afdeling, in Zorggroep Multiversum en als ambulant behandelaar in groepspraktijk de Mast. Emailadres: Yasminecuyt@hotmail.com

Kees Kooiman is psychiater/psychoanalytisch psychotherapeut, DIT-therapeut, -supervisor en -trainer. Hij is werkzaam bij de Viersprong.

Sarah Campens is klinisch psycholoog / psychoanalytisch psychotherapeut, MBT-therapeut en -supervisor en DIT-therapeut, -supervisor en -trainer. Ze is werkzaam als specialismeleader en behandelaar psychodynamische therapie bij de Viersprong en als ambulant behandelaar in eigen praktijk.

Patrick Luyten is hoogleraar klinische psychologie aan de KU Leuven, België, en University College London, Verenigd Koninkrijk. Hij is ook als hoogleraar betrokken bij de onderzoekslijn Mentalisation Based Treatment en psychodynamische therapie van de Viersprong.

INLEIDING

Ongeveer 2 tot 9% van de algemene bevolking heeft een cluster C persoonlijkheidsstoornis (Quirk e.a., 2016), gekenmerkt door een duurzaam patroon van angst, remming en controle (Hutsebaut, Willemsen & Van, 2018; Thunnissen, Kooiman & Berens, 2016; Simonsen e.a., 2019). Cluster C persoonlijkheidsstoornissen gaan vaak gepaard met angst- en stemmingsstoornissen (Hutsebaut, Willemsen & Van, 2018; Simonsen e.a., 2019). Er is veel onderzoek verricht naar de effectiviteit van psychotherapie voor cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, daarentegen bestaat er veel minder onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen van cliënten met cluster C persoonlijkheidskenmerken. De cluster C persoonlijkheidsstoornis is zowel in de klinische praktijk als in wetenschappelijk onderzoek onderbelicht, ondanks de relatief hoge prevalentie ervan, de sterke lijdenslast en de hoge maatschappelijke kosten die ermee gepaard gaan (Gustavsson e.a., 2010; Hutsebaut, Willemsen & Van, 2018). Nochtans is er in toenemende mate evidentie voor de effectiviteit van diverse vormen van psychotherapie voor deze problematiek, waaronder psychodynamische therapie (PDT), cognitieve gedragstherapie (CGT), en schematherapie (Abbass e.a., 2014; Bachrach & Arntz, 2021; Bamelis e.a., 2014; Keefe e.a., 2020; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2005).

Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT) is een integratieve, gemanualiseerde en tijdgelimiteerde vorm van PDT, gebaseerd op een integratie van empirisch onderbouwde tijdgelimiteerde psychodynamische therapieën (Lemma, Target, & Fonagy, 2011a; Luyten & Lowyck, 2016). DIT heeft een dubbele focus. De inhoudelijke focus behelst dat klachten en problemen geconceptualiseerd worden alsmede veroorzaakt door een zich herhalend patroon van (impliciete) verwachtingen ten opzichte van zichzelf en anderen. Deze (impliciete) verwachtingen worden in DIT de Interpersoonlijk Affectieve Focus (IPAF) genoemd (Lemma, Target & Fonagy, 2011a) en zijn in andere modellen bekend als interne werkmodellen (Bowlby, 1973), basale assumpties (Beck, 1976) of zelf-objectrepresentaties (Kernberg, 1995). De procesfocus is gericht op het verbeteren van de capaciteit om te mentaliseren of reflectief functioneren.

Er worden drie fasen onderscheiden in DIT. De initiële fase dient om de moeilijkheden van de cliënt in kaart te brengen en zo nodig de motivatie van de cliënt te vergroten. Verder wordt in deze fase samen met de cliënt een IPAF geformuleerd, wat de centrale focus van de behandeling wordt. In de middenfase staat de cliënt samen met de therapeut stil bij hoe de IPAF zich telkens opnieuw manifesteert in het dagelijkse leven en hoe hierin verandering gebracht kan worden. In de eindfase ligt de focus op hetgeen wel en (nog) niet is bereikt en hoe de cliënt zijn of haar veranderingsproces kan verderzetten na het einde van de behandeling. Deze fase wordt afgesloten met de bespreking van een eindbrief, welke ook aan de cliënt wordt meegegeven, waarin het proces en de resultaten worden samengevat (Lemma, Target & Fonagy, 2011a).

DIT is oorspronkelijk ontwikkeld als een individuele, tijdgelimiteerde en kortdurende psychodynamische psychotherapie voor de behandeling van cliënten met depressie. Later werd DIT aangepast voor andere doelgroepen, zoals cliënten met een somatische symptoomstoornis (Leichsenring e.a, 2015; Delfstra & Van Rooij, 2015) en voor cliënten met milde tot matige persoonlijkheidsproblematiek (Rao e.a., 2019).

In twee ongecontroleerde, kleinschalige studies (Lemma, Target & Fonagy, 2011b; Wright & Abrahams, 2015), bij respectievelijk 16 en 24 cliënten met stemmingsklachten, bleek DIT in een 16-sessie model voor cliënten een aanvaardbare behandeling te zijn, waarbij de overgrote meerderheid van de cliënten aan het eind van de behandeling onder de drempel voor een klinische stoornis scoorde. In een ongecontroleerde studie (Chen e.a., 2020) onder 127 oorlogsveteranen, bleek het 16-sessie model van DIT eveneens effectief als behandeling voor depressie- en angstklachten. De depressie- of angstsymptomen waren met meer dan 40% gedaald en ruim 60% van de cliënten scoorde onder de klinische cut-off score voor zowel depressie als angst. Fonagy en anderen (2020) vonden in een gerandomiseerde studie bij 147 cliënten met een depressie, een vermindering van depressieve symptomen bij degenen die met DIT werden behandeld, in tegenstelling tot een controlegroep (lage intensiteit van behandeling (begeleide zelfhulptools, psycho-educatie en individuele begeleiding). DIT bleek bovendien even effectief als CGT in deze studie.

In een pilotstudie (Rao e.a., 2019) van DIT in een 28-sessie model voor cliënten met een depressieve stemmingsstoornis en co-morbide persoonlijkheidspathologie, behaalde de helft van de cliënten een klinisch significante verbetering in depressieve symptomen. In een equivalentiestudie van Selders en anderen (2015) bij 89 cliënten met een somatische symptoomstoornis die in een multidisciplinair behandelaanbod 20 sessies DIT of 20 sessies CGT kregen, bleken beide modellen even effectief.

De hierboven gerefereerde, kwantitatieve studies geven een indicatie van de effectiviteit van DIT. Kwalitatieve studies kunnen een indicatie geven van wat de werkzame factoren zijn van een behandeling. Leonidaki en collega's (Leonidaki, Lemma & Hobbis, 2016; Leonidaki, Lemma & Hobbis, 2018; Landström e.a., 2019) deden kwalitatief onderzoek naar mogelijke werkzame factoren van DIT. In deze kwalitatieve onderzoeken meldden cliënten dat zij na een DIT-traject (16-sessie model) meer bewust zijn van eigen gedachten, behoeften en kwetsbaarheden, dat zij deze beter kunnen accepteren en dat hulp vragen gemakkelijker is geworden. De ontwikkeling van een veilige relatie met de therapeut werd door de respondenten gerapporteerd als een belangrijke voorwaarde om te kunnen werken aan de moeilijkheden. Ook het begrijpen van de klachten en symptomen in de context van iemands wordingsgeschiedenis en de actuele interpersoonlijke relaties werden door de respondenten gezien als belangrijk om een coherent begrip van zichzelf en de ander te verkrijgen.

Binnen de Viersprong werd een DIT-model ontwikkeld in de vorm van een meerdaagse, multidisciplinaire, dagklinische groepstherapie voor cliënten met voornamelijk cluster C-persoonlijkheidskenmerken. In deze bijdrage rapporteren we de resultaten van een kwalitatieve studie naar de werkzame factoren van deze behandeling volgens de cliënten. Centraal staan in dit

onderzoek de vragen: ‘in welke mate de cliënten de behandeling als effectief hebben ervaren’ en ‘wat volgens hen werkzame factoren zijn van de genoten behandeling?’

METHODE

Participanten en Procedures

Dit onderzoek werd uitgevoerd op de dagbehandeling DIT van GGZ De Viersprong in Halsteren te Nederland. De Viersprong is een specialistische voorziening op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblemen. De studie werd goedgekeurd door de Commissie Onderzoek en Productontwikkeling van de Viersprong en de Medisch Ethische Commissie van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam (MEC-2020-0490).

Voor dit onderzoek werden tien cliënten uitgenodigd die tussen 2018 en 2020 de DIT hebben afgerond en waarbij de eerste auteur (YC) niet bij de behandeling betrokken was. Zij ontvingen een informatiebrochure welke door de hoofdbehandelaar werd toegelicht. Zes cliënten (tabel 1) gaven toestemming om deel te nemen aan het onderzoek, hetgeen wordt beschouwd als een aanvaardbaar aantal participanten voor een kwalitatief onderzoek, waarbij een kleine data sample helpt om een gedetailleerde case-by-case analyse te doen van de transcripten (Lyons & Coyle, 2016). Na toestemming aan de hoofdbehandelaar nam de onderzoeker contact op met de cliënt. Bij de start van het interview werd een informed consent ingevuld. De interviews vonden plaats in het najaar van 2020 en werden op audiotape opgenomen en vervolgens geanonimiseerd en verbatim genotuleerd, inclusief aarzelingen en interrupties van de gesprekspartners. Omwille van COVID-19 zijn drie interviews online verlopen.

-----TABEL 1. Respondenten van het onderzoek -----

De behandeling

Het hoofdtraject bestaat uit verschillende groepstherapieën (tabel 2), zowel verbaal als non-verbaal. Het team bestaat uit een klinisch psycholoog/psychotherapeut (hierna afgekort als KP), een basispsycholoog, een sociotherapeut, een vaktherapeut, een systeemtherapeut en een psychiater. De meeste sessies worden met twee therapeuten gegeven, waarbij één therapeut de verantwoordelijkheid draagt voor het blok. De andere therapeut werkt complementair en bewaakt de continuïteit doorheen de blokken. De psychotherapeutische blokken richten zich met name op het opstellen (in groep) en doorwerken van de IPAF; daarbij is de KP de leidende therapeut. De sociotherapeutische blokken (zijnde de blokken doelen, sociotherapie en lunch) hebben als primair doel om de link te maken met buiten de therapie en het omzetten van het mentaliseren over de IPAF in gedrag; daarbij is de sociotherapeut de leidende therapeut. De vaktherapeutische blokken (bestaande uit bewegingstherapie en creatief beeldende therapie) trachten op een non-verbale manier het reflecteren te bevorderen; de vaktherapeut leidt deze blokken. Het blok netwerk richt zich op het betrekken van het netwerk bij de therapie: de ba-

sispsycholoog leidt dit blok. Bij aanvang van de behandeling krijgen alle cliënten een psychiatrisch consult om te onderzoeken of psychiatrische nevenbehandeling aangewezen is. Daarnaast is gedurende het onderzoek een systeemtaxatiegesprek geïmplementeerd voor alle cliënten teneinde te onderzoeken of er voldoende netwerk is en of systeemtherapie aangewezen is. Eens per 10 weken is er een netwerkmiddag waarbij de naasten van cliënten worden uitgenodigd om een dag mee te lopen met de therapie. De duurtijd van de behandeling is maximaal negen maanden met daarna de mogelijkheid een beknopt natraject te volgen. Het programma van de multidisciplinaire, dagklinische DIT-groepstherapie start met een voortraject, bestaande uit twee groepstherapieën: standaard vaktherapie welke wordt aangevuld met afwisselend psychotherapie en sociotherapie.

-----TABEL 2 therapieschema-----

Voordat het programma werd geïmplementeerd, onderging de KP een DIT-training conform de opleidingseisen van DIT-Nederland. Hulpverleners van de andere disciplines ontvingen een aparte vierdaagse training. Gezamenlijk was er maandelijkse teamsupervisie onder leiding van een DIT-supervisor.

De indicatie-criteria voor het dagklinische programma zijn een DSM-5 diagnose persoonlijkheidsstoornis cluster C of NAO al dan niet met een co-morbide stoornis en een leeftijd vanaf 18 jaar. Exclusiecriteria zijn een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, een IQ minder dan 80, een psychotische stoornis, een autisme spectrum stoornis en een as I stoornis die zodanig interfereert met het dagelijkse leven dat eerst andere therapie noodzakelijk is.

Kwalitatieve methode

Voor dit onderzoek werd een semi-gestructureerd interview ontwikkeld op basis van de literatuur over algemeen werkzame psychotherapiefactoren, groepsfactoren en DIT specifieke factoren (Bordin, 1979; Lemma, Target & Fonagy, 2011a; Leonidaki, Lemma & Hobbis, 2018; Yalom, 1991). Analoog aan de studies van Leonidaki, Lemma en Hobbis (2016; 2018) bestond het interview uit open vragen, wat cliënten de ruimte gaf om te antwoorden naar wat zij relevant vonden (Mortelmans, 2013). Het interview werd getest op begrijpbaarheid en volledigheid in een interview met een cliënt, dit interview werd niet geïnccludeerd. Gemiddeld duurde het interview een uur.

De verkregen data werden geanalyseerd door middel van Thematische Analyse (TA) (Braun & Clarke, 2006). TA werkt bottom-up en kijkt naar de categorieën die telkens lijken terug te komen in de antwoorden van de participanten. Het is dus toepasbaar binnen verschillende theoretische benaderingen (Lyons & Coyle, 2016). De uitspraken van de participanten werden fasegewijs geanalyseerd en geïnterpreteerd (Braun & Clarke, 2006). In de eerste fase hebben de eerste en de tweede auteur onafhankelijk van elkaar de interviews verschillende keren gelezen om vertrouwd te raken met de data. Vervolgens plaatsten beiden onafhankelijk van elkaar op een descriptief niveau codes bij de tekst (zie bijlage 1 voor een voorbeeld). In een derde fase werden de codes gegroepeerd in overkoepelende, potentiële thema's, gevolgd door

een dialoog tussen beide beoordelaars. Coderingen en ordeningen in thema's van beide beoordelaars vertoonden weinig discrepante resultaten; bij voorkomende verschillen kon gemakkelijk tot consensus worden gekomen. Vervolgens werden verbanden gezocht tussen deze thema's en werden de thema's, gelinkt aan de onderzoeksvragen, weergegeven aan de hand van een thematische map.

RESULTATEN

Effectiviteit

Vijf van de zes cliënten gaven aan er door de therapie op vooruit te zijn gegaan, maar zij merkten ook op niet geheel klachtenvrij te zijn geworden. Ze beschreven vooruitgang inzake interactiepatronen en denkwijzen, sociale contacten, gevoel van verantwoordelijkheidszin, grenzen stellen en emoties differentiëren en aanvaarden, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het onderstaande voorbeeld:

“En het is natuurlijk niet zo dat euh.. dat alle problemen uit de weg geruimd zijn. Maar ik kan het veel beter hanteren. Ja, dus euh.. angst is wel nog een euh.. dat nam de boel vaak over. Dus bang was echt euh.. eigenlijk het enige dat ik nog voelde en dat krijg ik nu genuanceerd. En ik wilde ook niet accepteren dat ik me zo voelde zeg maar. Ik dacht, dat gaat nooit meer over en waarom leef ik nou nog en dat was echt heel groot en heel zwaar. En als ik nu zeg als ik een dag heb wanneer dat het een beetje minder gaat, dan kan ik het veel kleiner maken van: dit is vandaag, euhm.. dan pak ik ook nog terug naar de DIT.” (220202)

Hieruit blijkt ook dat cliënten de DIT principes nog toepassen na het einde van hun behandeling.

Eén cliënt gaf aan dat de klachten waren verergerd na de behandeling. Deze cliënt gaf aan meer in contact te komen met de eigen emoties maar dat deze nog onvoldoende gehanteerd konden worden. Bovendien ervoer hij groepsinteracties als erg confronterend. Deze persoon gaf ook heel expliciet aan dat de therapie te kort was.

“Nou, geraakt op een manier die wel zeg maar nu euhm.. maakt dat ik euh.. die deur waar ik het al over heb, die staat echt wagenwijd open. Dus ik ben echt euh.. alles komt nu binnen. Ik ben echt een soort van.. Ik moet mezelf in de gaten houden om niet overprikkeld te raken, ik ben heel erg nog wantrouwiger naar mensen geworden euhm.. euh.. omdat nou ja, aan de ene kant.. Ik ben heel erg geconfronteerd met het feit hoe ik in het leven sta zeg maar.” (220201)

Werkzame factoren

Op de onderzoeksvraag wat volgens cliënten (niet-)werkzame onderdelen van de behandeling waren, kwamen de rol van de therapeut naar voren, de groepsinteracties, de multidisciplinaire

samenwerking, de expliciete behandelfocus (IPAF; door cliënten 'het patroon' genoemd), de fases in de behandeling en algemene aspecten van een dagklinische behandeling.

Therapeutfactoren

Voor de werkzaamheid van de therapie werden de eigenschappen van de therapeuten als belangrijk aangegeven. De therapeuten werden ervaren als bekwaam, begripvol, kundig, onbevooroordeeld, oprecht, en soms ook als streng en directief.

“door euh.. door voortdurend, doordat ze voortdurend gewoon euh.. eerlijk en oprecht waren, dat ik de zorg voelde, maar ook euh.. maar ik voelde ook de, nou ja de, ja, dat er gewerkt moest worden. De dwang zeg maar erachter. Euh.. en dat maakt gewoon dat je, dat maakt echt dat je denkt dat je .. daar kan je mee werken zeg maar. Ja ja.” (220201)

Echter, verschillende cliënten gaven tegelijkertijd aan dat ze het contact met één behandelaar als onprettig ervaren. Als redenen werd genoemd dat deze werd ervaren als weinig betrokken en zich niet aan de afspraken hield.

“Ja, twee of drie heb ik er bij XXX gehad en euh.. twee volgens, nee drie. Ik haat het als mensen te laat komen. Ik was vanochtend zelf ook te laat en dat vind ik echt heel erg. Ik stond in de file en euh.. ik had met XXX om 10u een afspraak en ik ben hier altijd veel te vroeg dus ik zat om half tien in de gang. En XXX kwam tien voor half 11 aan op zijn motor. Dus hij was al 20 minuten te laat. En dan zou ik denken, hij roept me naar binnen toe en toen heeft me om tien voor 11 naar binnengeroepen en dan is de klik al niet goed en toen zei ik dat tegen hem. En toen zei hij: je lijkt wel boos? En toen zei ik: ja dat ben ik ook. Zeg en als ik jou nou vertel dat ik vanuit XXXX kom en ik zei ja als ik jou nou vertel dat ik zelf ook uit XXXX kom. Dus die klik is daar nooit geweest en toen de tweede keer gebeurde het gewoon weer dat euh” (220205).

Daarnaast waren belangrijke interventies voor de cliënten het stilstaan, vertragen, de focus op het affect en de druk om niet te vermijden. Aanvankelijk werden deze zaken vaak ervaren als onprettig, confronterend en frustrerend. Naarmate de therapie vorderde, werd dit echter juist gewaardeerd en achteraf gezien was het net dat wat geholpen had volgens de cliënten. Verder werden ook nog als werkzame interventies psycho-educatie en 'herhaling' genoemd, waardoor men de eigen moeilijkheden beter begreep.

“Nou in het begin is het natuurlijk heel vervelend. Dan waren ze natuurlijk zitten porren en dit en dat en hier. Euh en wat voel je nu? Vond ik helemaal niets. Ja, maar wat voel je nu? Ja ik voel helemaal niets weet je waardoor ik toch direct, ja bij mij kwam er direct die boosheid, dat ik heel expliciet boos werd en dat is echt ook door de therapie gekomen, want daarvoor voelde ik het nooit. En ja dat is nu wel 95% verminderd, echt ik voel al wanneer ik boos word en als ik boos word dan gaat alles ook weer één, twee, drie snel gebeuren of ik raak kwaad waardoor ik daarna weer snel kan zeggen, oei, dat is niet handig geweest, excuus. En dat deed ik vroeger ook niet, want het lag altijd aan iemand anders nooit aan mij en nu nagenoeg, en nu, ja nu zie je het verschil,

dat als je dan anders boos wordt en het dan ook uitspreekt, zeker naar mijn kinderen”
(220204)

Tot slot werd de eindbrief genoemd als werkzame factor. Er werd bewondering geuit naar hoe gericht deze geschreven was. Eén cliënt gaf aan het met een aantal zaken oneens te zijn en is daarover in gesprek gegaan wat tot meer begrip leidde. Anderen hadden deze brief ingelijst of herlazen hem af en toe na de therapie, maar niet iedereen had de brief achteraf nog bekeken.

“ja, sowieso de terugkoppelingen maar ook die brief die euh.., ik zou hem nog eens een keer moeten lezen, altijd zeer raak. Tenminste goed geformuleerd. Goh, zou ik ook wel willen kunnen. Het is iets dat je meeneemt als je vertrekt en euh.. het gaf mij in ieder geval een goed gevoel. Dus ja, je gaat met meer zelfvertrouwen en optimisme weg dan, met zo'n brief" (220203)

Multidisciplinaire samenwerking

De verschillende onderdelen van het multidisciplinaire programma werden als aanvullend ervaren, zoals de systeemgesprekken, netwerknamiddag, vaktherapie en psychotherapie. Daarnaast hielp het blok doelen om de behandeldoelen in de dagelijkse praktijk vorm te geven en hielpen andere onderdelen om het netwerk te betrekken.

“... waardoor je dan weer in de groep eraan kan werken. Dus daar is wel weer de interactie tussen. En in die combinatie met die sociotherapie is dat je dan euh.. nou ja concrete voorbeelden die je uit de praktijk hebt, dat je daar tegenaan loopt en dat je die ook kwijt kunt. En in de psychische therapie dat je ook vanuit meer je gevoel of je idee dingen te berde kan brengen zonder dat je daar euh.. voor moet schamen.” (220203)

De vaktherapie werd het meest verschillend gewaardeerd. Sommigen voelden affiniteit met beeldend werken, anderen beschouwden het als ‘zweverig’, hoewel ze in eenzelfde zin aangaan er toch iets aan gehad te hebben.

“Euh.. nou ja, in het begin zet je een paar zwarte strepen en dat is het dan en naderhand zie je toch wel dat je hele tekeningen gaat maken en dat je je eigen steeds beter gaat voelen en dat is ook met het euh.. dansen geweest. Aan het einde kon ik mezelf gewoon helemaal laten gaan en schaamde ik me er gewoon niet veel voor. Dus het heeft wel euh.. en ook de woede is daar eruit gekomen, terwijl ik dat anders er nooit zou laten uitkomen. “ (220205)

Groepsfactoren

Ook het werken in de groep werd ervaren als een werkzame factor. Het werd als ondersteunend ervaren dat ze begrip en feedback kregen van hun groepsleden en dat groepsleden ook van elkaar het patroon leerden kennen, dat ze konden oefenen met nieuw gedrag en dat ze van elkaar konden leren omdat de groepsleden in verschillende fasen van het behandeltraject zaten. De overeenkomsten in de problematiek werden door de herkenbaarheid als een sterkte ervaren; sommigen vonden de verschillen echter te groot.

“De problematieken was ook verschillend, er waren mensen met trauma’s, diepliggende psychologische problemen, dat liep heel erg uit mekaar. En ik weet niet of dat allemaal wel binnen een groep paste. Maar door de band genomen, laat ons zeggen in die interactie, leer je er wel van dat het natuurlijk allemaal verschillende mensen zijn.” (220203)

Naast de meerwaarde van het werken in groep gaven cliënten aan dat de groepstherapie soms erg confronterend was.

“euhm.. nou ik moet eerlijk zeggen, het heeft meer impact gehad dan ik voor mogelijk had gehouden. Ook op best euhm.. euh.. negatief wil ik het niet noemen maar euh.. vanuit je vanuit de manier waarop je behandeld wordt loop je tegen dingen aan dus de, tegen gelijkgestemden in de groep waarin zeg maar euhm.. ja, waarin ik heel erg euh.. probeerde toch m’n oude klachten, m’n oude patronen zeg maar om te ‘pleasen’ ook naar de andere groepsleden toe, wat juist weer als een rode vlag, of een rode .. ja, en dat leverde heel veel kritiek op, heel veel spanningen en heel veel confrontatie ook zeg maar. Ja, en vooral ook, de wisseling in de groep, dus wanneer euh.. therapie, wanneer mensen, patiënten of cliënten zeg maar vertrokken en daar anderen mensen in de plaats kwamen.” (520201)

Een bepaalde veiligheid in de groep leek hierin een bepalende factor, die mede werd gecreëerd door de afgesproken regels in de groep maar ook doordat de therapeut soms mensen in bescherming nam en daar de leiding in nam.

“Ja, euh.. nou ik heb me heel erg begrepen gevoeld doordat ik gewoon dingen kon plaatsen, doordat ik me ook kwetsbaar kon tonen, euhm.. dat ik ook aangesproken werd op mijn gedrag en dat ik ook euh.. dat er ook bescherming was op het moment dat ik het nodig had. Dat vond ik heel belangrijk op dat moment, want ik ging echt door een soort van, ja het werd veel.” (220201)

Patroon

Daarbovenop werd het werken met het Interpersoonlijk Affectieve Focus (IPAF) als werkzaam gezien, hoewel de term IPAF op zich meestal niet werd herkend. De meeste cliënten spraken van hun ‘patroon’ en gaven aan dat ze de manier van kijken naar hun patroon, de herhaling ervan in de verschillende therapieblokken, het feit dat alle groepsleden deze van elkaar kennen en dit in alle onderdelen terugkwam, als helpend ervoeren. Inzicht in en bewust worden van eigen patronen kwamen dan ook als werkzame factoren regelmatig naar voren.

“euh omdat het, als het goed gefilterd is, en dat was in mijn geval zo, dan heb je dus de kern te pakken en euh.. dan dat geeft mij overzicht. ja, en ook zeg maar de PaF van de ander, die wist je dan op een gegeven moment ook. En dat geeft je ook een kapstok om in de groep euh.. om groepsleden te ondersteunen en ondersteund te worden.” (220202)

Fasen

Aangehaald werd dat het een meerwaarde heeft dat de cliënten in verschillende fasen van de groepstherapie zitten. Er werd aangegeven dat het prettig was als nieuw groepslid te kunnen aanhaken aan de ervaring van de anderen. Een andere cliënt vond het dan weer vervelend dat er regelmatig nieuwe cliënten binnenkwamen omdat die persoon het gevoel had dan telkens opnieuw te moeten beginnen en elkaar terug te leren kennen en vertrouwen. Daarnaast vond een cliënt de opbouw opvallend.

“En de eerste maand word je natuurlijk nog enigszins met rust gelaten, tweede maand gaan ze iets meer prikken, de derde maand gaan ze los. Zo heb ik het ervaren. Gelukkig maar. Want de eerste weken dacht ik: dat doe ik wel effe. Ja, en euh.. daar ben ik op terug gekomen. Bij maand zes is het bij mij echt begonnen, euh.. na vijf, zes maanden ja.” (220204)

Algemene aspecten dagklinische behandeling

Ten eerste ervoeren cliënten de therapie als soms te intensief, hoewel dit niet altijd als negatief werd omschreven. De intensiteit zat voor de cliënten in zowel het opnieuw contact maken met de eigen emoties, het confronterende karakter van de therapie door de bewustwording van eigen patronen, als soms praktisch de reisafstand.

“Euh het pittige is dat je, je moet natuurlijk, je wordt in verbinding gebracht met je gevoel en euh.. ik was daar ver van. Ja, tenminste ik was alleen nog maar bang. En de 4b's die komen dan weer, dus ja. Ja, je wordt best wel aangepakt in de zin van: -wat voel je nou echt?- En dat is zeker in begin erg spannend.” (220202)

“Zeker die eerste maanden. Ik was weinig waard euh.. mijn schoonouders hebben geholpen met extra dagen oppas.” (220204)

Ten tweede kwam in alle interviews naar voren dat cliënten lang moesten wachten op het verslag van de behandelplanbesprekingen en evaluaties. Ook de bespreking van de resultaten van de zelfinvulvragenlijsten (Routine Outcome Monitoring) liet volgens hen vaak lang op zich wachten.

“ja, ja, euhm.. wat ik wel vervelend vond was soms de stukken die gemaakt werden bijvoorbeeld de evaluatieverslagen of wat dan ook. Of zeg maar de papierwinkel rondom de therapie de therapie die liet vaak op zich wachten. Dat heb ik wel vervelend gevonden.” (220202)

Ten derde hadden niet veel cliënten een voortraject gehad en degenen die dat wel hadden gehad, ervoeren dit als uiteenlopend. Het natraject was voor de meesten teleurstellend. Het contrast met de therapie ervoor was groot en de doelstelling was niet helemaal helder. Twee cliënten hadden een deel van het natraject online gevolgd vanwege de coronamaatregelen.

“OK, euh, ja eens in de maand een paar uurtjes is het dan. Dat is best wel schakelen. Je komt dan met een groep bijeen. Euh.. dus dan is er eigenlijk heel weinig tijd om nog de diepte in te gaan met wat je hebt ervaren in die tussentijd. Euh.. en natuurlijk het

moet dan wel buiten gebeuren zeg maar, want je bent klaar, maar euh.. ja, ik vond het, niet, op deze manier niet van heel veel meerwaarde.” (220202)

Op geleide van de resultaten is een samenhangend schema gemaakt van potentieel werkzame factoren.

-----FIGUUR 1 werkzame factoren-----

DISCUSSIE EN CONCLUSIES

Dit is het eerste kwalitatieve onderzoek naar DIT als multidisciplinaire groepstherapie voor cliënten met voornamelijk cluster C persoonlijkheidskenmerken. Bovendien is dit een van de weinige studies naar DIT die onderzoek verrichtte naar deze thematiek vanuit het perspectief van de cliënt.

Een centraal uitgangspunt van DIT is dat maladaptieve percepties en verwachtingen ten aanzien van zichzelf en anderen een onderhoudende functie hebben bij het blijven bestaan van de klachten en de interpersoonlijke problemen (Lemma, Target & Fonagy, 2011a). In dat licht is het een belangrijke uitkomst dat alle cliënten vertellen dat zij beter zicht hebben gekregen op hun eigen patronen. Ook vertellen zij dat zij hun emoties beter kunnen differentiëren en reguleren, wat past bij de mentaliserende aanpak van DIT (Fonagy & Allison, 2014). En tot slot geven de cliënten aan dat zij beter in staat zijn om grenzen te stellen. Alle drie factoren betreffen aspecten van de persoonlijkheid die de draagkracht en de coping met moeilijkheden doen verbeteren. In het verlengde hiervan geven de cliënten, op één na, ook aan dat de klachten, zoals angst en somberheid, wel verminderd zijn, maar niet geheel verdwenen. Het behandeldoel van DIT is niet in de eerste plaats dat de cliënten geen klachten meer hebben, maar dat als er klachten of problemen ontstaan, zij daar beter mee om weten te gaan en minder ‘gestuurd’ blijven worden door maladaptieve relationele patronen (Lemma, Target & Fonagy, 2011a).

DIT heeft verder nadrukkelijk een interpersoonlijke focus. In de context van een individuele therapie ligt daarom het accent op de interpersoonlijke narratieven en de reflectie daarop (Lemma, Target & Fonagy, 2011a). De multidisciplinaire groepstherapie beoogt hier een krachtige toevoeging aan te geven. De vaktherapieën geven een niet-primair verbale ingang tot mentaliseren. De groepsinteracties geven niet alleen materiaal voor een narratief, maar maken voor zowel cliënten als therapeuten ook observatie mogelijk. In de therapeutische situaties kan alternatief gedrag geoefend worden dat niet gevoed wordt door de oude, maladaptieve, automatische aannames. In de sociotherapie en de netwerkbijeenkomsten en zo nodig systeemtherapie wordt actief gezocht naar een vertaalslag naar het dagelijks leven. Het nut en de werkzaamheid van de multidisciplinaire groepstherapie worden door de cliënten ook onderkend. Zij ervaren het werk in de groep als werkzaam, waarbij de verschillende groepsonderdelen als complementair aan elkaar worden ervaren. Daarnaast is belangrijk te vermelden dat de ervaren veiligheid een

randvoorwaarde bleek, mede gecreëerd door duidelijke afspraken en de interventies van de therapeut zoals het daadwerkelijk in bescherming nemen van een cliënt (in mentaliserende groeps-therapie ‘siding’ genoemd) (Bateman & Fonagy, 2012).

Verder bleek een aantal cliënten de term IPAF in de interviews niet te herkennen. In de behandeling spreken cliënten dan ook afwisselend over hun patroon en hun ‘IPAF.’ Desalniettemin werden deze DIT focus, de bewustwording en het inzicht in de werking ervan, door de cliënten ervaren als een belangrijke werkzame factor, hetgeen in lijn is met voorgaand kwalitatief onderzoek (Leonidaki, Lemma & Hobbs, 2016) en wat een belangrijke focus is van DIT (Lemma, Target & Fonagy, 2011a). Cliënten kunnen dus heel goed zonder het vakjargon van de therapeut. En daarenboven stimuleert te veel vakjargon mogelijk een cognitief proces dat niet altijd emotioneel doorvoeld is. Dit raakt aan het belang van de affectfocus in DIT, evenals aan de balans tussen cognitief en affectief mentaliseren (Batema & Fonagy, 2016).

Naast het belang van de therapeutische relatie, ervaren de cliënten binnen de therapeutische interventies een focus op het stilstaan en vertragen van emoties. Deze affectfocus werd in een meta-analyse erkend als een belangrijke voorspeller van behandeluitkomst en staat centraal in DIT (Diener, Hilsenroth & Weinberger, 2007). Bovendien kan deze focus begrepen worden vanuit het profiel van de vermijdende persoonlijkheidsstoornis. Hierbij zien we vaak een vorm van hypermentaliseren, waardoor cliënten vaak verder weggaan van hun emoties (Bateman & Fonagy, 2016; Simonsen e.a., 2019). Het niet vermijden van zaken, de vele herhalingen en het confronteren werden als intensief en frustrerend ervaren voor cliënten. Echter, naarmate de therapie vorderde, gingen de cliënten dit waarderen omdat dit net hetgeen was dat hen geholpen had.

De multidisciplinaire aanpak werd door de cliënten als nuttig ervaren. Nadrukkelijk werden de sociotherapeutische doelensessies benoemd, waar concreet wordt toegewerkt naar het oefenen in de thuissituatie wat in de therapie is geleerd. De expliciete vertaalslag naar adaptief gedrag is niet gebruikelijk in psychodynamische therapieën waar de focus van oudsher ligt op onderliggende emotionele ervaringen, maar deze wordt tegenwoordig steeds meer onderkend als sleutelprincipe voor verandering in elke vorm van psychotherapie (Bateman e.a., 2018; Kooiman, 2021; Luyten & Lowyck, 2016).

Ten slotte werd ook een aantal niet-werkzame factoren beschreven. Zo was de onvrede groot wanneer binnen het multidisciplinair werken, de drie C’s (continuïteit, coherentie en consistentie) niet geborgd waren (Bateman e.a., 2018). Dit lijkt van toepassing geweest te zijn in het contact met één behandelaar. Dit betekent dat het belangrijk is dat alle professionals in gelijke mate bij de behandeling zijn betrokken. Dit bekrachtigt het belang van opleiding, intervisie en supervisie en dus de organisatiefactoren (Bales, Verheul & Hutsebaut, 2017).

Daarnaast is DIT in alle vormen een tijdgelimiteerde therapie (Lemma, Target & Fonagy, 2011a). De focale behandeling en de duidelijke behandeltermijn, wat gepaard gaat met een toegenomen druk, activering en veranderingsgerichtheid, worden in dit model als een voordeel gezien (De Geest & Meganck, 2019). Het doel is ten slotte niet ‘genezen’ te zijn op het

einde van de behandeling, maar wel dat er een veranderingsproces in gang gezet is, dat de cliënt achteraf kan verderzetten (Luyten, 2016). Toch kan voor sommige cliënten de therapie te kort zijn. Eén cliënt gaf aan juist toegenomen klachten te hebben en “opengelegd” terug de wereld in te zijn gestuurd met meer vatbaarheid voor emoties zonder de vaardigheid om die te reguleren. Het kan schadelijk zijn om iemand dan te laten stoppen op het eind van de voorziene behandelduur. Dit betekent dat men genuanceerd dient om te gaan met de eindigheid van de therapie. Dit heeft betekenis voor de beschrijving van behandelprogramma's en mogelijk ook voor de organisatie en samenwerking van instellingen.

Tot slot gaven alle cliënten aan dat zij de behandeling zwaar vonden en het leek hen slecht te combineren met werk of gezinstaken. Het ontbreken van een zinvolle dag- en weekbesteding is voor sommige cliënten een vermijdend coping-mechanisme geworden. De ervaring leert dat dit zich gaande de therapie in veel gevallen niet vanzelf oplost en dat het raadzaam is daar vanaf het begin van de therapie al aandacht aan te besteden (Kooiman, 2021; Yeomans, Delaney & Levy, 2017).

Het onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Vooreerst gingen vier van de tien uitgenodigde cliënten niet in op de uitnodiging aan het onderzoek deel te nemen, wat de resultaten gekleurd kan hebben. Bovendien was de gemiddelde leeftijd (42 jaar) van de deelnemers relatief hoog, had geen van de cliënten een baan naast de therapie en ook voor gezinstaken werd soms hulp van derden ingeschakeld. Er kan dus sprake zijn van een selectiebias die de resultaten vertekenen. Daarnaast was de dagklinische behandeling nieuw in 2020. Dit betekent dat zowel het team als de behandeling zelf nog in volle ontwikkeling waren, wat een invloed kan hebben gehad op de resultaten (Bales, Verheul & Hutsebaut, 2017). Verder zijn, gezien covid-19, drie interviews online verlopen, maar had dit naar de mening van de interviewer geen impact op de resultaten. Daarbovenop gaat men ervan uit dat in kwalitatief onderzoek de onderzoeker subjectief is en mee verhaal maakt met de geïnterviewde, waardoor de resultaten eveneens vertekend zouden kunnen zijn (Bryman, 2016). Om de subjectiviteit zoveel mogelijk in te perken werden alleen cliënten uitgenodigd om aan het onderzoek mee te doen bij wie de interviewer niet bij de behandeling betrokken was. De interviews werden verbatim - zoals gebruikelijk in kwalitatief onderzoek - uitgetypt en dit werd vervolgens door twee van de auteurs onafhankelijk van elkaar gecodeerd en gethematiseerd.

Ondanks deze beperkingen, menen we dat de resultaten van deze studie aanleiding geven tot een aantal aanbevelingen voor verbetering van het DIT programma. Vooreerst valt op dat de maximale behandelduur ingekort wordt bij cliënten wiens proces vlot loopt, maar niet wordt verlengd wanneer een cliënt meer tijd nodig blijkt te hebben. Kritisch reflecteren en in uitzonderlijke gevallen verlengen kan noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de therapie als schadelijk wordt ervaren. Ten tweede blijkt naast de mentaliserende en focale psychodynamische benadering ook de activerende focus belangrijk. Adaptief gedrag kan aangemoedigd worden middels concrete doelen met betrekking tot het aangaan van daginvulling en positieve leefstijlfactoren en dit reeds vanaf het begin van de behandeling. Ten derde is het een meerwaarde om taal te gebruiken die aansluit en afgestemd is op de cliënt, waarbij vakjargon vermeden

wordt. Als laatste dienen de therapeuten elkaar aan te spreken wanneer de continuïteit, consistentie en coherentie onvoldoende geborgd worden.

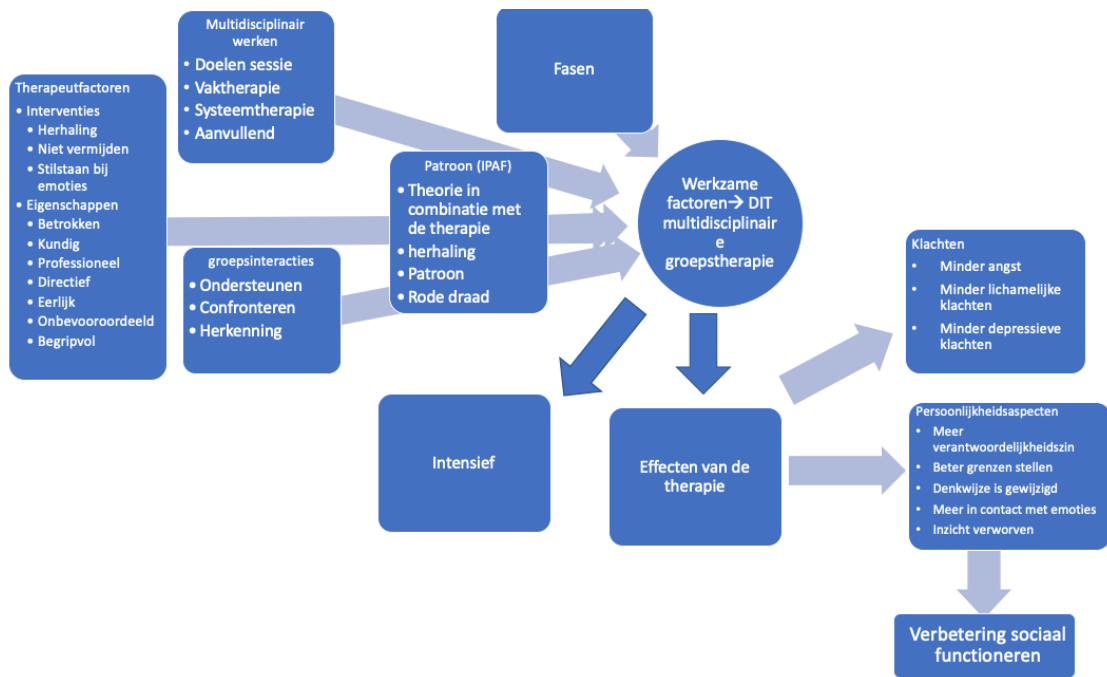
Referenties

- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., & Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub4
- Bachrach, N., & Arntz, A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology, 77*(5), 1233-1248.
- Bales, D.L., Verheul, R., & Hutsebaut, J. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder. *Personal Ment Health, 11*(2), 118-131. doi:10.1002/pmh.1368
- Bamelis, L.L., Evers, S.M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiatry, 171*(3), 305-322. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 21*, 44-49.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*: Oxford University Press.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. International Universities Press: New York.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252.
- Bowlby J. (1973). *Attachment and Loss; Separation, anger and anxiety*. The Hogerth Press: London.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*: Oxford university press.
- Chen, C.K., Nehrig, N., Wash, L., & Wang, B. (2020). The impact of brief dynamic interpersonal therapy (DIT) on veteran depression and anxiety. *Psychotherapy (Chic), 57*(3), 464-468. doi:10.1037/pst0000282
- De Geest, R.M., & Meganck, R. (2019). How do time limits affect our psychotherapies? A Literature Review. *Psychologica Belgica, 59*(1), 206.

- Delfstra, G., & Van Rooij, W. (2015). Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): application in the treatment of medically unexplained somatic symptoms. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 171-181.
- Diener, M.J., Hilsenroth, M.J., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: *A meta-analysis*. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-941.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy (Chic)*, 51(3), 372-380. doi:10.1037/a0036505
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, M. P., Wurman, T. V., & Pilling, S. (2020). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: a pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 50(6), 1010-1019.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., & CDBE2010 Study Group. (2010). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuro-psychopharmacology*, 21(10), 718-779.
- Hutsebaut, J., Willemsen, E. M. C., & Van, H. L. (2018). [Time for cluster C personality disorders: state of the art]. *Tijdschrift Psychiatrie*, 60(5), 306-314. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29766478>
- Keefe, J. R., McMain, S. F., McCarthy, K. S., Zilcha-Mano, S., Dinger, U., Sahin, Z., & Barber, J. P. (2020). A meta-analysis of psychodynamic treatments for borderline and cluster C personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 157.
- Kernberg, O.F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kooiman, C.G. (2021). Leefstijlinterventies bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63(9), 679-683.
- Landström, C., Levander, L., & Philips, B. (2019). Dynamic interpersonal therapy as experienced by young adults. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(2), 99-116.
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: a systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-660. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00155-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00155-8/fulltext)
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011a). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*: Oxford University Press.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 74(1), 41-48.

- Leonidaki, V., Lemma, A., & Hobbis, I. (2016). Clients' experiences of dynamic interpersonal therapy (DIT): opportunities and challenges for brief, manualised psychodynamic therapy in the NHS. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 30(1), 42-61.
- Leonidaki, V., Lemma, A., & Hobbis, I. (2018). The active ingredients of dynamic interpersonal therapy (DIT): an exploration of clients' experiences. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32(2), 140-156.
- Luyten, P. (2016). Dynamische Interpersoonlijke Therapie (DIT). *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 21(4), 264-273.
- Luyten, P., & Lowyck, B. (2016). De effectiviteit van psychoanalytische therapie. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 4, 271-288.
- Lyons, E., & Coyle, A. (2016). *Analysing qualitative data in psychology*: Sage: London.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*: Acco: Leuven.
- Quirk, S. E., Berk, M., Chanen, A. M., Koivumaa-Honkanen, H., Brennan-Olsen, S. L., Pasco, J. A., & Williams, L. J. (2016). Population prevalence of personality disorder and associations with physical health comorbidities and health care service utilization: A review. *Personal Disord*, 7(2), 136-146. doi:10.1037/per0000148
- Rao, A.S., Lemma, A., Fonagy, P., Sosnowska, M., Constantinou, M.P., Fijak-Koch, M., & Gelberg, G. (2019). Development of dynamic interpersonal therapy in complex care (DITCC): a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 33(2), 77-98.
- Selders, M., Visser, R., van Rooij, W., Delfstra, G., & Koelen, J.A. (2015). The development of a brief group intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) for patients with medically unexplained somatic symptoms: a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 182-198.
- Simonsen, S., Eikenæs, I. U.-M., Nørgaard, N. L., Normann-Eide, E., Juul, S., & Wilberg, T. (2019). Specialized treatment for patients with severe avoidant personality disorder: experiences from Scandinavia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 49(1), 27-38.
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2005). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Focus*, 161(3), 810-416.
- Thunnissen, M., Kooiman, K., & Berens, A. (2016). Persoonlijkheidsstoornissen. In M. W. Hengeveld (Ed.), *Leerboek psychiatrie* (3e, geheel herziene druk ed., pp. 525-544). Utrecht: De Tijdstroom.
- Wright, D., & Abrahams, D. (2015). An investigation into the effectiveness of Dynamic Interpersonal Therapy (DIT) as a treatment for depression and anxiety in IAPT. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 29(2), 160-170.
- Yalom, I. D. (1991). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.

Yeomans, F.E., Delaney, J.C., Levy, K.N. (2017). Behavioral activation in TFP: the role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy*, 54 (3), 260-266.



Figuur 1: veronderstelde samenhang werkzame factoren DIT multidisciplinaire groepstherapie

Tabel 1 respondenten van het onderzoek

Geslacht	Leeftijd (bij start behandeling)	DSM diagnose	Aantal maanden behandeling
Man	62 jaar	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis Stoornis in het gebruik van alcohol (licht)	4 maanden
Man	47 jaar	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis Paniekstoornis met agorafobie	9 maanden
Vrouw	45 jaar	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis Obsessief compulsieve stoornis Depressieve stemmingsstoornis; recidiverende episodes	6 maanden
Vrouw	45 jaar	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis Gegeneraliseerde angststoornis	9 maanden
Man	59 jaar	Vermijdende persoonlijkheidsstoornis Depressieve stemmingsstoornis	6 maanden
Man	38 jaar	Andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis Persisterende depressieve stemmingsstoornis	9 maanden

Tabel 2 therapieschema

Weekdag	Tijdstip	Behandelonderdeel	Therapeut
Maandag	08u45-09u45	Groepstijd	Geen
	09u45-10u15	Pauze	
	10u15-11u15	Dialogoog	Klinisch psycholoog, basispsycholoog, sociotherapeut en vaktherapeut
	11u15-11u30	Pauze	Pauze
	11u30-12u30	Doelen	Sociotherapeut en basispsycholoog
	12u30-12u45	Pauze	Pauze
	12u45-13u15	Lunch	Sociotherapeut
	13u30-15u	Bewegingstherapie	Vaktherapeut
	15u-15u30	Pauze	Pauze
	15u30-16u30	Psychotherapie	Psychotherapeut en basispsycholoog
Dinsdag	08u45-09u45	Individuele zitting en nabespreking	Klinisch psycholoog en basispsycholoog
	09u45-10u15	Pauze	Pauze
	10u15-11u15	Sociotherapie	Sociotherapeut
	11u15-11u30	Pauze	Pauze

11u30-13u	Creatief beeldende therapie	Vaktherapeut en basispsycholoog
13u-13u15	Pauze	Pauze
13u15-13u45	Lunch	Sociotherapeut
13u45-14u	Pauze	Pauze
14u-15u	Psychotherapie	Psychotherapeut en sociotherapeut
15u-15u30	Pauze	Pauze
15u30-16u30	Netwerk	Basispsycholoog en vaktherapeut

BIJLAGE

Voorbeeld transcript

X: ik vond het geestelijk gewoon heel zwaar. Ik huil heel snel dus het was bij mij bijna elke dag wel huilen. Dus euh.. en ook wel veel dingen wat ik verbannen had euhm.. en dat er bijvoorbeeld met een oefening iets gebeurde waardoor ik zeg maar bang werd van die oefening en dan kwam er iets omhoog van wat er vroeger is gebeurd en dat vind ik dan heel zwaar dat je dat eigenlijk weg hebt gestopt en dat dat nu terugkwam. Maar ik vond het wel terug in een groep met negen anderen erbij.	Veel huilen	therapie was zwaar	individueel proces	proces/intensiteit
	Zaken van vroeger komen naar voren	Therapie was zwaar	was	

Y: ja

X: en dan moet je daar erover delen, en dan komt er schaamte omhoog dat dat is gebeurd en dan ja..

delen
schaamte

Therapie was zwaar
Therapie was zwaar

schaamte weerstand

Y: maar ook heel fijn zij je daarnet, wat was er dan precies fijn?

X: dat het begrepen werd en dat ik in een groep zat met mensen die het ook begrepen en ik ben echt heel zwaar depressief geweest.

begrepen worden

groepsinteractie

fijn door groepsleden begrepen te worden

groepsinteractie