

.....

Schemagroepstherapie na een eerste psychose

Een gevalsbeschrijving met de ervaringen
van patiënten en therapeuten

CINDY DE KRUIJK, ELISE VAN DER WIND, HELLA JANSSEN &
KARIN VAN DEN BERG

Samenvatting

.....

Veel mensen die voor het eerst psychotische klachten ontwikkelen, kampen daarnaast met comorbide persoonlijkheidsproblemen, die een versterkende invloed kunnen hebben op hun psychotische klachten. De persoonlijkheidsproblemen bij deze patiënten zijn lange tijd onderbelicht gebleven binnen de klinische praktijk en wetenschappelijke literatuur. In dit artikel beschrijven we onze ervaringen met een kortdurende schemagroepstherapie bij patiënten na een eerste psychose. De haalbaarheid en toepasbaarheid van het protocol, en de individuele veranderingen op klachtniveau worden toegelicht. De therapiegroep bestond uit negen patiënten, van wie vijf patiënten de schematherapiegroep hebben afgerond. De gemiddelde leeftijd van deze vijf patiënten was bij aanvang 28 jaar (range 21-35 jaar; SD 5,3). Er was een drop-out van 44,4% in het begin van de therapie. De psychotische klachten veranderden niet na behandeling, terwijl het niveau van persoonlijkheidsfunctioneren verbeterde. Wij suggereren dat een fasegerichte schematherapiebenadering beter aansluit bij deze patiëntengroep en het drop-outpercentage mogelijk kan verbeteren. Daarnaast adviseren wij rekening te houden met cognitieve problemen, aandacht te hebben voor emotieregulatie en vooral gebruik te maken van experiëntiële technieken. We hopen dat

deze klinische ervaringen verder worden onderzocht in een wetenschappelijke trial met een grotere *sample size* en controlegroep.

Trefwoorden: psychose, persoonlijkheidsproblematiek, schemagroepstherapie, experiëntiële technieken, gevalsbeschrijving, comorbiditeit

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- ▶ Groepsgerichte schematherapie voor mensen met psychotische klachten is in ons onderzoek goed haalbaar gebleken en de behandeling leidt niet tot een toename van psychotische klachten. Het toepassen van experiëntiële technieken, mits dit samengaat met aandacht voor spanningsregulatie, hoeft hierbij geen beletsel te zijn.
- ▶ Een fasegerichte benadering van schematherapie sluit mogelijk wel beter aan bij deze patiëntgroep. De therapie is daardoor gefocust op gezamenlijk en stapsgewijs leren.
- ▶ Aanpassen van bestaande behandelprotocollen voor schematherapie is aanbevolen, zodat er rekening gehouden kan worden met eventuele cognitieve klachten (aandacht, concentratie, werktempo, emotionele reactiviteit) bij patiënten na een eerste psychose.

INLEIDING

.....

Psychose is een complexe psychische stoornis met een grote impact op het dagelijks leven van patiënten en hun naasten. Klachten variëren van voorbijgaande ervaringen tot ernstige positieve symptomen (wanen en hallucinaties) en negatieve symptomen (bijvoorbeeld afgestompt gevoel of verminderd initiatief). Een psychose gaat bovendien vaak gepaard met cognitieve problemen, interpersoonlijke problemen en problemen in het dagelijks functioneren (Tandon et al., 2009; van Os et al., 2008). De symptomatologie van een psychose is dus heterogeen en gaat tevens vaak samen met comorbide psychische stoornissen en klachten op het gebied van trauma, angst, stemming en persoonlijkheidsproblematiek (Moore et al., 2012; van Os & Reininghaus, 2016). Dit leidt tot verschillende klinische profielen en vraagt bovendien om verschillende behandelinterventies. In het Vroege Interventie Psychose (VIP)-team leveren wij zorg conform de zorgstandaard *Psychose* (GGZ Standaarden, 2017), maar gezien de comorbide problemen richten wij ons ook op het integreren van de richtlijnbehandelingen voor deze problemen in ons behandel aanbod. Persoonlijkheidsproblematiek is binnen de caseload van het VIP-team een veelvoorkomende en ingrijpende comorbide aandoening.

De psychosezorg is lange tijd terughoudend geweest om ook aandacht te besteden aan deze comorbide persoonlijkheidsproblematiek, mede vanuit de opvatting dat de psychose iemands persoonlijkheid overschaduwet of doet verdwijnen (van der Gaag et al., 2012). In de afgelopen jaren is er echter een tegengeluid ontstaan. Er zijn wetenschappelijke studies verschenen waarin naar voren komt dat persoonlijkheidsproblematiek een versterkend effect kan hebben op de psychotische symptomen (Beauchamp et al, 2010; Lecomte et al., 2012; Taylor et al., 2020). Daarnaast zijn er zelfs al studies die de experiëntiële (*imagery*) technieken uit de schematherapie toepassen op de psychotische klachten (Ison et al., 2013; Taylor et al., 2020). Gezien deze recente wetenschappelijke ontwikkelingen, in combinatie met onze ervaringen in de praktijk, lijkt schematherapie een goede toevoeging aan ons behandelaanbod.

Schematherapie is door Jeffrey Young (1990) ontwikkeld om mensen met persoonlijkheidsproblematiek en/of hardnekkige psychische klachten effectief te kunnen behandelen. In de *Multidisciplinaire richtlijn voor Persoonlijkheidsstoornissen* is schemagerichte therapie een van de aanbevolen evidence-based behandelvormen voor persoonlijkheidsproblematiek (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008). Schematherapie integreert cognitieve, gedragsmatige en experiëntiële technieken. Van groot belang is de therapeutische relatie: in en door de therapeutische relatie kunnen vroege schema's geïdentificeerd en veranderd worden (Young et al., 2019). Voor zover ons bekend is er nog geen studie uitgevoerd naar de effectiviteit van schematherapie voor patiënten met psychotische klachten en comorbide persoonlijkheidsproblematiek.

In een eerste verkennende pilotstudie door Brink en collega's (2017) werd gekeken of het aanbod van schemagerichte cognitieve groepstherapie (SCBT-g; van Vreeswijk & Broersen, 2017) geschikt is voor een psychiatrische doelgroep met psychotische kwetsbaarheid en persoonlijkheidsproblemen ('ernstige psychiatrische aandoeningen', EPA-doelgroep). Er werden aanvankelijk 20 patiënten geïncludeerd. De behandeling bestond uit 20 sessies, waarvan 18 wekelijkse en twee follow-upsessies. Er was een uitval van acht deelnemers. De onderzoeksopzet kende volgens de auteurs echter verschillende fundamentele methodologische beperkingen, waardoor zij hun bevindingen niet expliciet weer hebben gegeven en geen conclusies aan de resultaten durfden te verbinden. Wel gaven zij aan dat op basis van de vragenlijsten die de deelnemers voorafgaand en na afloop van de sessies invulden, er verschillende positieve effecten werden waargenomen. Zij suggereerden met voorzichtigheid dat het mogelijk en veilig is om psychotisch kwetsbare patiënten met comorbide persoonlijkheidsproblematiek SCBT-g aan te bieden. In hun groepstherapie hadden zij er in tegenstelling tot Taylor en collega's (2020) voor gekozen om geen experiëntiële technieken toe te passen, vanuit de hypothese dat deze mogelijk te stressverhogend zouden

zijn en daarmee ook een toename van psychotische klachten zouden kunnen geven.

In dit artikel beschrijven we onze ervaringen met een schemagerichte groepstherapie volgens het protocol van van Vreeswijk en Broersen (2017), mét experiëntiële technieken, bij een groep patiënten die in behandeling was voor een eerste psychose. We staan stil bij de haalbaarheid van deze groepstherapie, de toepasbaarheid van het protocol en de experiëntiële technieken, maar ook bij de aanpassingen die er zijn gedaan. Ook laten we de resultaten van deze behandeling zien op klachtniveau, cognitieve schema's, modi en schemacoping, gemeten met enkele zelfrapportagevragenlijsten. Het artikel wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek in de klinische praktijk.

PATIËNTEN

.....

De patiënten die deelnamen aan de groepstherapie waren allen reeds in behandeling bij het VIP-team van GGzE te Eindhoven. In totaal werden er negen patiënten verwezen voor de intake voor deze schemagroepstherapie. Inclusiecriteria voor deelname waren de aanwezigheid van: (1) disfunctionele cognitieve schema's (ten minste één door Young gedefinieerd schema en een gemiddelde score van 2,5 of hoger op de Schemavragenlijst; Sterk & Rijkeboer, 1997); (2) hardnekkige copingstrategieën (in kaart gebracht met de Schema Coping Vragenlijst; Rijkeboer et al., 2010); of (3) trekken van een persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-5 (APA, 2014) (inschatting regiebehandelaar). Patiënten werden geëxcludeerd van deelname wanneer zij onvoldoende in staat waren tot zelfreflectie of wanneer het mentaliserend vermogen onvoldoende bleek (zoals ingeschat door de regiebehandelaar). Naast de groepstherapie ontvingen patiënten indien nodig ook andere behandelinterventies, zoals psychofarmaca, ondersteunende individuele gesprekken met een reguliere behandelaar, of trajectbegeleiding. Ter illustratie wordt in box 1 een korte omschrijving van twee patiënten gegeven. Alle namen zijn fictief.

Deze gevalsbeschrijving is gebaseerd op een retrospectieve weergave van scores op vragenlijsten en gerapporteerde ervaringen die zijn bijgehouden gedurende deze interventie in het kader van de behandeling. Aan alle patiënten werd achteraf schriftelijk toestemming gevraagd voor het gebruik van geanonimiseerde gegevens voor deze publicatie. Omdat de data geanonimiseerd zijn en patiënten niet aan extra handelingen of experimenten voor onderzoek zijn onderworpen, is deze gevalsbeschrijving niet Wmo-plichtig (Ministerie van VWS, 2021).

Box 1: Vignetten van twee patiënten

Deelnemer 1: Frank is 27 jaar, volgt een hbo-opleiding en is alleenstaand. Hij is gediagnosticeerd met een andere gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en een stemmingsstoornis. Hij is een half jaar in behandeling bij het VIP-team, dat hem vanuit verschillende invalshoeken begeleidt om zijn leven weer zo goed mogelijk op de rails te krijgen. Momenteel is hij met hulp van zijn trajectbegeleider zijn studie weer aan het oppakken, nadat hij een achterstand had opgelopen vanwege zijn psychose. Frank doet vaak mee met de kookgroep en sinds kort doet hij mee met de runningtherapie. Frank merkt dat hij zich in contact met anderen vaak tekort voelt schieten en heeft het idee dat anderen hem afwijzen. Dit maakt dat hij veel stress blijft oplopen in het sociale verkeer.

Deelnemer 2: Lisanne is 31 jaar, woont samen, en is gediagnosticeerd met een gespecificeerde schizofreniespectrumstoornis en afhankelijke trekken in de persoonlijkheid. Sinds anderhalf jaar is ze in behandeling bij het VIP-team. Lisanne werkt in de informatie- en communicatietechnologie. Naast de groepstherapie gaat Lisanne geregeld naar de herstelgroep, waar ze lotgenoten ontmoet en contact heeft met een ervaringsdeskundige medewerker. Lisanne merkt dat ze moeite heeft om voor zichzelf op te komen en conflicten uit de weg gaat. In plaats daarvan schikt ze zich naar anderen en stelt ze zich afhankelijk op. Ze vindt het moeilijk om aan te geven hoe ze zich voelt en om haar mening te geven.

PROCEDURE

Binnen het VIP-team werd wekelijks in het teamoverleg besproken of er potentiële groepsdeelnemers waren voor de schematherapie. Regiebehandelaren droegen patiënten aan bij wie er sprake was van (een duidelijk vermoeden van) comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Deze patiënten kregen een oriënterend gesprek met de groepstherapeuten om draagkracht, motivatie en inzet voor het aangaan van een groepstherapie vooraf in te schatten. In dit gesprek werden aanvullende informatie over het groepstherapieaanbod, belasting voor de patiënt en de verwachtingen bij deelname gedetailleerd besproken. Vervolgens werd hen gevraagd om een reeks zelfrapportagevragenlijsten in te vullen.

De groepstherapie vond plaats van eind februari 2019 tot medio augustus 2019. Gedurende de groepstherapie werd in het VIP-team regelmatig geëvalueerd hoe goed patiënten konden meekomen in de groep, en wie er meer klachten ontwikkelde en wie juist niet. Van afwezigheid in de groep en/of van drop-outs werd een nadere analyse met het team gemaakt. Indien mogelijk werd er ook met de betreffende deelnemers geëvalueerd wat de reden was om de therapie voortijdig te beëindigen en welke ervaringen zij

hadden opgedaan in de groepstherapie. Halverwege de behandeling had iedere deelnemer een individueel gesprek met de groepstherapeut(en) om de voortgang te bespreken. Na afloop van de gehele behandeling vond er, aan de hand van hun laatste metingen op de zelfrapportagevragenlijsten, opnieuw een individuele (eind)evaluatie plaats met de groepstherapeut(en). Ook werden adviezen en aandachtspunten gegeven voor vervolgbehandeling. Groepsdeelnemers ontvingen zowel mondelinge als schriftelijke feedback op de resultaten vanuit hun zelfrapportagevragenlijsten.

BEHANDELINGSMETHODE

.....

Groepsprotocol en werkboek

.....

De *Handleiding kortdurende schematherapie* van van Vreeswijk en Broersen (2017) beschrijft twee kortdurende protocollen: (1) SCGT (kortdurende schematherapie: CGT-technieken), en (2) SEPT (kortdurende schematherapie: experiëntiële technieken). Het SCGT-protocol is beperkt tot cognitief-gedragstherapeutische interventies uit de schematherapie. Het SEPT-protocol behandelt de experiëntiële technieken. Van elk protocol is een werkboek voor cliënten voorhanden. De twee protocollen kunnen los van elkaar of achtereenvolgend worden aangeboden. In tabel 1 worden de opzet van de groepsbehandeling en alle toegepaste technieken weergegeven.

De eerste zes groepssessies werd er aan de hand van het SCGT-protocol uitleg gegeven over de schema's en modi, en startten de patiënten met de registratie hiervan in het dagelijks leven. In de beginfase was het voornaamste doel om inzicht en bewustwording van schema's, modi en wat deze modi en schema's triggert, te bevorderen. Ook was er aandacht voor kwetsbaarheid en restsymptomen na een eerste psychose, waarbij werd gebruikgemaakt van bestaande technieken uit de cognitieve gedragstherapie voor psychose (CGT-p-protocollen).

Vanaf de zevende sessie werd er een overstap gemaakt naar het SEPT-protocol om meer aandacht te kunnen besteden aan het anders leren omgaan met schema's en modi. Hierbij werd de focus meer op het gevoel of affect gelegd. In deze fase werd aanvullend gewerkt met gedragsmatige technieken en experiëntiële technieken, zoals imaginaire rescripting, meerstoelentechniek en (historisch) rollenspel. De huiswerkopdrachten hadden vooral een cognitief-gedragstherapeutisch karakter. Het huiswerk werd soms aangevuld met een experiëntiële opdracht uit het SEPT-protocol. In totaal bestond de groepstherapie uit 18 wekelijkse sessies van 90 minuten en één terugkombijeenkomst van 60 minuten. Er werd steeds begonnen met een groepsgesprek, waarna soms in subgroepjes verder informatie werd uitge-

TABEL 1 *Opzet groepstherapie en gehanteerde technieken*

Fase van behandeling	Werkvorm en technieken in de groepsessies
Kennismakingsfase (sessie 1-4) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Groepsregels en uitleg werkboek ▶ Psycho-educatie 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Individuele casusconceptualisaties op flap-over ▶ Start registratie per sessie: mate van verbetering en last ▶ Start registraties schema (triggering) en modi ▶ Opstellen persoonlijk therapiedoel ▶ Start modusmodel maken
Actieve fase (sessie 5-17) <ul style="list-style-type: none"> ▶ Herkennen van basisbehoeften, schema's, modi, coping en kwetsbaarheid ▶ Inzicht vergroten in samenhang ▶ Focus op actief veranderingsproces ▶ Veranderen van schema's, modi en copingstijl ▶ Vergroten van de Gezonde Volwassene 	Cognitieve technieken <ul style="list-style-type: none"> ▶ Registraties en uitdagen van schema's en modi bespreken ▶ Uitpluisformulier (www.gedachtenuitpluizen.nl) ▶ Voordelen- en nadelenanalyse ▶ Meerdimensionaal evalueren ▶ Stappenplan uiten van negatieve feedback ▶ Signaleringsplan ▶ Sociogram ▶ EHBO-koffer ▶ Schema Flitskaartje ▶ Positief logboek Experiëntiële technieken en gedragsmatige oefeningen <ul style="list-style-type: none"> ▶ Imaginatie-oefening Blijje Kind ▶ Imaginatie-oefening Gezonde Volwassene ▶ Imaginatie-oefening Veilige plek ▶ Imaginatie met rescripting ▶ Historisch rollenspel ▶ Meerstoelentechniek Kwetsbaar Kind/Gezonde Volwassene ▶ Wegsturen Straffende Ouder/Veeleisende Ouder ▶ Rollenspel: uiten van boosheid en kritiek (Boze Kind-modus) ▶ Meerstoelentechniek: komen tot ander copinggedrag Aanvullende (vaktherapeutische) oefeningen <ul style="list-style-type: none"> ▶ Powerposingoefening ▶ Uitbeelden van de Veilige plek ▶ Uitbeelden van de 'warme' Gezonde Volwassene ▶ Uitbeelden van Kwetsbaar kind ▶ Afstand/nabijheidsoefening (loopoefening) ▶ YouTube-filmpje zoeken en presenteren als afscheid ▶ Complimentenkaartjes van en voor alle patiënten
Afrondingsfase + follow up (sessie 18 en 19) Evaluatie en consolidatie	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Wat is er goed gegaan? ▶ Hoe heb je de Gezonde Volwassene ingezet? ▶ Hoe ga je verder?

Noot. Indien gewenst kan via e-mail aan de auteurs informatie worden opgevraagd over de technieken per sessie.

wisseld. Ter illustratie van de toepassing van technieken bij de doelgroep worden in box 2 twee vignetten beschreven.

42

Box 2: Illustratie toepassing techniek uit een groepssessie

Deelnemer 1: Frank voelde zich thuis vaak een vijfde wiel aan de wagen, en niet gezien en misplaatst. Hij offerde zichzelf op om geaccepteerd te worden en ontwikkelde het gevoel dat wat hij deed nooit goed genoeg was. In het dagelijks leven is hij geneigd zichzelf te overschreeuwen om vooral zijn kwetsbare kant niet te hoeven laten zien. Hij schermt zijn angst- en insufficiëntiegevoelens af met fanatiek wielrennen en netflixen. Door het niet-aflatende gevoel tekort te schieten ervaart hij veel stress in de omgang met anderen. Als de stress te hoog wordt, kan Frank erg achterdochtig worden en last krijgen van hallucinaties.

Frank heeft veel baat bij de *Veilige plek-oefening*. Die past hij toe als het gevoel van verlating getriggerd wordt. Ook door de dialoog met zijn kwetsbare kant die in een stoelentechniek ontstaat krijgt hij meer begrip voor zichzelf en gaat hij de lat realistischer leggen voor zichzelf. De groep leert hem dat hij er wel degelijk toe doet en dat hij geaccepteerd wordt om wie hij is.

Deelnemer 2: Aan de buitenkant is bij Lisanne niet snel te merken dat ze erg onzeker is, want ze is vrolijk en behulpzaam. Ze is opgegroeid met veel spanningen in huis. Ze heeft zich vaak angstig gevoeld in haar jeugd en probeerde zich toen zo onzichtbaar mogelijk te maken. Om spanningen en angstgevoelens te voorkomen is ze geneigd het de ander zoveel mogelijk naar de zin te maken en moeilijkheden uit de weg te gaan. Lisanne heeft moeite om voor zichzelf op te komen. Haar psychotische klachten spelen op wanneer zich toch moeilijkheden voordoen die ze niet heeft kunnen voorkomen. Hierdoor loopt ze continu op haar tenen.

Met Lisanne is onder meer een *imaginaire-rescriptingoefening* gedaan. Hierbij werd ze geconfronteerd met haar angst, waarin de Straffende Ouder een belangrijke rol speelde, die tevens haar psychotische angst symboliseerde. Het is Lisanne gelukt om in plaats van overspoeld te raken door zulke situaties, ze de baas te worden. Hoewel dit voor haar erg spannend en beangstigend was, heeft ze het aangedurfd om de angstige situatie opnieuw onder ogen te komen. De aanwezigheid van de groep gaf haar hierbij de veiligheid en steun die ze nodig had.

Therapeuten

De groepstherapie werd gegeven door twee therapeuten: een gz-psycholoog in opleiding tot psychotherapeut en een gz-psycholoog in opleiding tot klinisch psycholoog. Beiden hebben relevante schematherapieopleidingen doorlopen bij een erkende opleidingsinstelling. De therapeuten hadden maandelijks samen anderhalf uur supervisie bij een geregistreerde supervisor schematherapie (VGCT, NVGP, NVP, VSt). De haalbaarheid van schema-gerichte therapie en de bruikbaarheid van technieken werden geëvalueerd

in deze supervisies. Hierbij werd op verschillende momenten gebruikgemaakt van audio-opnamen van de groepsessies. Tevens werd besproken welke aanpassingen aan het protocol passend zijn voor de doelgroep.

Meetinstrumenten

Haalbaarheid: De haalbaarheid van de behandeling werd beoordeeld aan de hand van de aanwezigheid van deelnemers, het aantal drop-outs en de evaluatie hiervan.

Toepasbaarheid van het protocol: Er werd na elke sessie in een logboek genoteerd welke technieken er waren gebruikt, of patiënten die goed konden verdragen en op welke manier de schematherapie aangepast moest worden, teneinde zo de toepasbaarheid van het protocol voor deze doelgroep te evalueren.

Individuele verandering: De individuele verandering werd gemeten met een vijftal zelfrapportagevragenlijsten die betrekking hadden op klachten, cognitieve schema's, schemamodi en schemacoping. Hieronder worden deze vragenlijsten beschreven:

- 1 De Brief Symptom Inventory (BSI; de Beurs, 2006) is een klachtenlijst bestaande uit 53 items, die weergeeft in welke mate de onderzochte patiënt gedurende de afgelopen periode last had van psychische en/of lichamelijke symptomen. De BSI is een ingekorte vertaling van de Symptom Checklist 90 (SCL-90) en vertoont nagenoeg dezelfde goede psychometrische eigenschappen als de SCL-90 (de Beurs & Zitman, 2006). Er wordt gescoord op een vijfpuntsschaal, die loopt van 'helemaal geen' tot 'heel veel'. Er is een score voor het totale aantal klachten, de totale aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. In de handleiding van de BSI beschrijft de Beurs de resultaten van psychometrisch onderzoek uitgevoerd op de Nederlandse bewerking van de BSI. De test-hertestbetrouwbaarheid is voldoende stabiel te noemen (de Beurs, 2006). De interne consistentiebetrouwbaarheid (Cronbachs alfa) van de meeste schalen was goed of voldoende. De betrouwbaarheid van de totaalscore was uitstekend.
- 2 De Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; van Os et al., 1999) is een zelfinvullijst met 42 items die voor screening op psychotische belevingen gebruikt kan worden. De lijst vraagt naar milde psychotische ervaringen (positieve en negatieve symptomen) en subklinische depressieve symptomen. Zowel de frequentie als de last van dergelijke symptomen wordt in kaart gebracht. Items kunnen gescoord worden op een vierpuntsschaal. Op de frequentieschaal betekent een score van 0 'nooit', 1 'soms', 2 'vaak' en 3 'bijna altijd'. Op de distressschaal geeft een score van 0 'geen last' aan (niet verontrustend), 1 'een beetje', 2 'nogal wat' en 3 'veel last'. Konings en collega's (2006) hebben aangetoond dat

- de CAPE een betrouwbaar en valide onderzoeksinstrument is. Er zijn voornamelijk geen normgroepen bekend voor de CAPE.
- 3 De Schemavragenlijst (Young Schema Questionnaire, YSQ; originele versie: Young & Brown, 1994; vertaald door: Sterk & Rijkeboer, 1997) bestaat uit 205 items en heeft als doel om vroege onaangepaste cognitieve schema's in kaart te brengen. Elk item is geformuleerd als een negatieve kerngedachte over zichzelf of over relaties met anderen, en kan gewaardeerd worden op een zespuntsschaal, die loopt van 'helemaal niet waar' tot 'helemaal waar'. De Nederlandse vertaling en bewerking van de Young Schema Questionnaire (YSQ) is in verschillende studies uitvoerig op haar psychometrische kwaliteiten onderzocht in zowel klinische als niet-klinische groepen (Rijkeboer, 2005), waarbij gunstige psychometrische eigenschappen werden gevonden.
 - 4 De Schema Mode Inventory (SMI) versie 1 (Lobbestael et al., 2010; Young et al., 2007) bestaat uit 124 items, waarin de schemamodi worden gescoord op een zespuntsschaal, die loopt van 'nooit of bijna nooit' tot 'altijd'. De vragenlijst heeft als doel om 14 schemamodi in kaart te brengen. De schemamodi kunnen worden onderverdeeld in vier categorieën: kindermodi, disfunctionele copingmodi, disfunctionele oudermodi en de gezonde-volwassenemodus (Young et al., 2019). De SMI laat een goede betrouwbaarheid en validiteit zien (Lobbestael et al., 2010), acceptabele interne consistenties van de 14 subschalen, voldoende test-hertestbetrouwbaarheid en matige constructvaliditeit.
 - 5 De Schema Coping Vragenlijst (SCV; Rijkeboer et al., 2010) bestaat uit 16 items op een zespuntsschaal, die loopt van 'helemaal niet van toepassing op mij' tot 'geheel van toepassing op mij'. De SCV beoordeelt de volgende copingstrategieën: vermijden, overcompensatie en bevestigen. In het onderzoek van Rijkeboer en Lobbestael (2012) naar de Nederlandse Schema Coping Inventory werden goede psychometrische kwaliteiten gevonden. In het onderzoek leverde de uitgevoerde factoranalyse ondersteuning voor alle drie de schalen. Daarnaast hadden de schalen een goede interne consistentie en een redelijke betrouwbaarheid.

RESULTATEN

.....

Demografische gegevens

.....

De therapiegroep bestond uit negen patiënten, van wie vijf deelnemers de behandeling hebben afgerond. De gemiddelde leeftijd van deze vijf patiënten was bij aanvang 28 jaar (range 21-35 jaar; SD 5,3). Eén patiënt woonde zelfstandig, twee patiënten woonden in bij hun ouders en twee patiënten

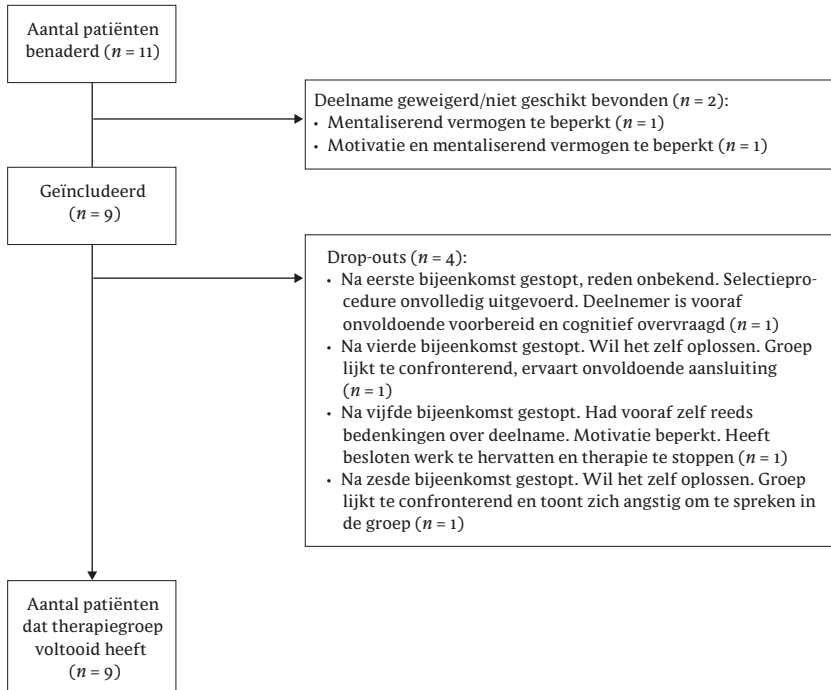
woonden samen met hun partner. Drie patiënten hadden een opleiding binnen het hoger onderwijs afgerond (of zijn hiermee bezig) en twee patiënten hadden een middelbare beroepsopleiding afgerond. Twee patiënten hadden geen vaste dagbesteding, twee patiënten waren met een vervolgopleiding begonnen en één patiënt had een baan. De diagnoses van de patiënten werden gesteld bij intake door de psychiater of klinisch psycholoog van het VIP-team. Bij vier patiënten werd volgens de criteria van de DSM-5 een 'andere gespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis' (298.8) als primaire diagnose gesteld, bij één deelnemer een 'ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis' (298.9). De patiënten voldeden niet volledig aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis. Wel werden er bij intake aan de hand van de DSM-5 (APA, 2014) ontwijkende en/of afhankelijke persoonlijkheidstrekken vastgesteld.

Haalbaarheid

De deelname aan de groep en de drop-out van de patiënten is in een flowchart weergegeven (figuur 1). In totaal werden er 11 patiënten na doorverwijzing van het VIP-team benaderd voor deelname aan de groepstherapie. Eén patiënt gaf zelf aan onvoldoende motivatie te hebben voor de groepstherapie en één patiënt werd vooraf geëxcludeerd vanwege een (zeer) beperkt mentaliserend vermogen. De groep bestond dus aanvankelijk uit negen patiënten, maar had vervolgens vier drop-outs, van wie één patiënt direct na de eerste sessie stopte. De reden hiervan bleef onbekend, omdat patiënt nadien niet meer bereikbaar was voor het behandelteam. Ook werd de selectieprocedure vooraf niet zorgvuldig uitgevoerd, want de patiënt had nog niet alle zelfrapportagevragenlijsten ingevuld. De andere drie drop-outs vielen in de beginfase van de therapie af (binnen de eerste zeven groepsbijeenkomsten) vanwege de volgende factoren: weinig verbinding/herkenning met de groepsleden, beperkte motivatie en een verhoogd angstniveau om te spreken in een groep. Dit komt neer op een drop-out van 44,4% na start van behandeling.

Gemiddeld volgden de resterende vijf patiënten 14,4 sessies van de 18 groepssessies (range 12-17). Vier patiënten waren aanwezig bij de terugkombijeenkomst. Sessies konden individueel worden ingehaald. Vooraf was al bekend dat één groepsdeelnemer drie sessies niet kon meedoen in verband met een reeds geboekte vakantie. Verder waren redenen voor afwezigheid: griep, studieverplichtingen, migraine, mentale vermoeidheid, UWV-afpraak en vergissing in de dag. De patiënten die niet aanwezig konden zijn of zonder reden afwezig waren, werden actief door de groepstherapeuten benaderd. De meeste patiënten vonden het lastig dat er in de beginfase zoveel drop-out was, waardoor dit geregeld onderwerp van gesprek was. Over het algemeen waren de overige patiënten therapietrouw en maakten de meesten hun huiswerk vooraf. We merkten dat de patiënten onderling be-

trokken waren en elkaar steunden. Ook konden emoties worden geuit en besproken. Naarmate de therapie vorderde, durfden ze meer hulp en advies aan elkaar te vragen, waardoor er meer groepscohesie leek te ontstaan. Patiënten spraken na afloop uit dat zij het werken in een kleinere groep als prettig hadden ervaren. Hun voorkeur zou uitgaan naar een groep van vijf of zes patiënten. Eenmaal in de meer actieve fase, toen de patiënten gewend en goed gehecht waren aan de groep, leken zij een goede *compliance* te vertonen. Al met al bleek het volgen van een schemagroepstherapie goed haalbaar in een kleinere groepssamenstelling.



FIGUUR 1 Flowchart respons en drop-outs patiënten groepstherapie

Toepasbaarheid van het protocol

Met het oorspronkelijke SGT-protocol ontstonden al snel problemen wat betreft de haalbaarheid van de gestelde doelen per sessie. We merkten dat de stof voor de meeste patiënten aanvankelijk te veel was, met name vanwege de hoeveelheid nieuwe termen en begrippen die zij zich eigen moesten maken. Het protocol werd enigszins aangepast, voornamelijk om tempoverlaging te bewerkstelligen. Er kwamen minder onderwerpen per sessie aan bod en er werden minder huiswerkdoelen gesteld, hoewel de essentie van de bij-

eenkomst voor ogen werd gehouden. Er werd per sessie geselecteerd welke oefeningen noodzakelijk waren om de einddoelstellingen te kunnen halen. Vanaf sessie 7 ontstond er wat meer verdieping in het therapieproces, mede omdat we ons vanaf dat moment vooral gingen richten op het toepassen van gedragsmatige en experiëntiële technieken. Hierbij was er telkens nauwgezet aandacht voor de haalbaarheid van de techniek per persoon. Soms werd ervoor gekozen dat een deelnemer in aangepaste vorm aan een oefening meedeed, bijvoorbeeld als er sprake was van angst voor ontregeling. Eén deelnemer rapporteerde randpsychotische ervaringen tijdens de imaginaire rescripting. Door gebruik te maken van technieken om veiligheid te vergroten (aarden/ankeren met de voeten, Veilige plek-oefening, en veel structuur en duidelijkheid bieden), lukte het om dit te hanteren. Door de onderling steunende en motiverende sfeer binnen de groep was er voldoende ruimte om dergelijke angsten en onzekerheden te bespreken. Alle patiënten hebben achteraf aangegeven dat ze baat hadden bij de oefeningen, ook al werden die als pittig ervaren.

Individuele verandering

Algemene klachten en psychotische symptomen. In tabel 2 staan de uitkomsten op de zelfrapportagevragenlijsten per patiënt vóór en na behandeling. Drie van de vijf patiënten lieten een afname zien op de totaalscore voor de algemene klachtenschaal. Eén deelnemer scoorde daarentegen hoger. De algemene klachten lagen voor de gehele groep na behandeling op een benedengemiddeld niveau (normgroep ambulante psychiatrische patiënten). Drie van de vijf patiënten lieten op de CAPE een lichte toename van positieve symptomen zien, maar die bleef binnen de range die reeds bij startmeting aanwezig was ('soms'). Verder zagen we bij twee patiënten een lichte toename van distress op de negatieve symptomen. De figuren 2 en 3 bieden een visuele weergave per deelnemer op de klachtenlijsten.

Schema's, modi en coping. Bij twee patiënten was er sprake van een afname van hun disfunctionele schema's (tabel 2). Verder zagen we bij vier van de vijf patiënten een afname op de totaalscore voor de schemamodivragenlijst, ofwel een vermindering van disfunctionele schemamodi. Op de copinglijst zagen we bij vrijwel alle vijf patiënten een reductie van hun (disfunctionele) copingstijl. Twee patiënten lieten een afname zien op de copingstijl 'vermijden' en drie patiënten op de copingstijl 'overcompenseren'.

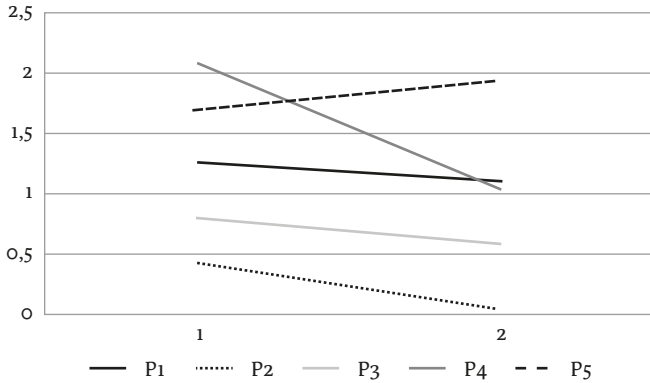
TABEL 2 *Gegevens van uitkomsten van de behandeling per deelnemer*

48

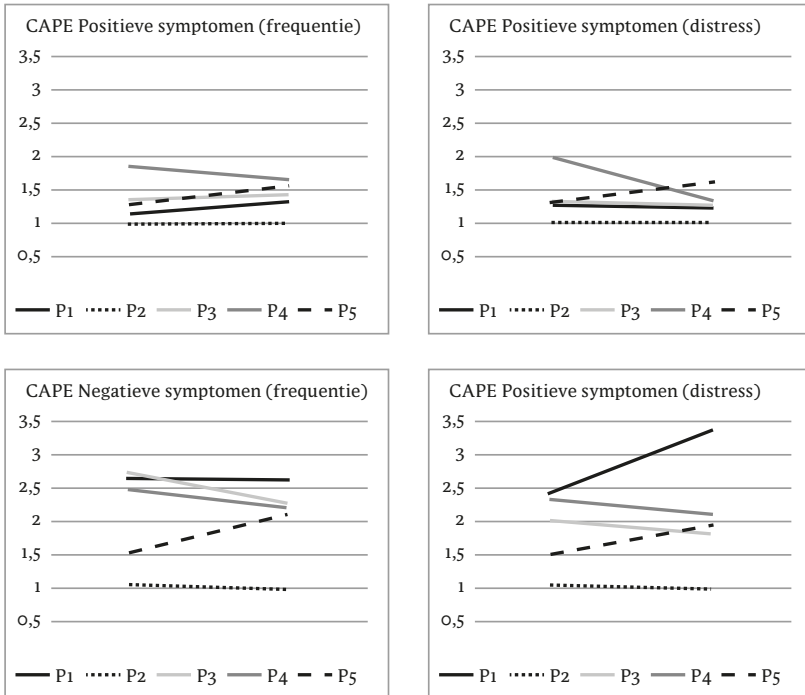
Patiënten	Startmeting	Eindmeting	Verandering	%
BSI – Totalscore				
P1	1,25	1,11	0,14	11,2
P2	0,42	0,04	0,38	90,5
P3	0,77	0,58	0,19	24,7
P4	2,08	1,04	1,04	50,0
P5	1,69	1,92	+0,23	+13,6
CAPE – Positieve symptomen (frequentie)				
P1	1,15	1,30	+0,15	+13,0
P2	1,00	1,00	0,00	0,00
P3	1,35	1,45	+0,10	+7,40
P4	1,85	1,65	0,20	10,8
P5	1,30	1,60	+0,30	+23,1
CAPE – Positieve symptomen (distress)				
P1	1,25	1,20	0,05	4,00
P2	1,00	1,00	0,00	0,00
P3	1,30	1,25	0,05	3,85
P4	1,95	1,30	0,65	33,3
P5	1,30	1,60	+0,30	+23,1
CAPE – Negatieve symptomen (frequentie)				
P1	2,64	2,60	0,04	1,52
P2	1,07	1,00	0,07	6,54
P3	2,71	2,28	0,43	15,9
P4	2,50	2,21	0,29	11,6
P5	1,50	2,10	+0,60	+40,0
CAPE – Negatieve symptomen (distress)				
P1	2,35	3,30	+0,95	+40,4
P2	1,07	1,00	0,07	6,54
P3	2,00	1,78	0,22	11,0
P4	2,28	2,07	0,21	9,21
P5	1,50	1,90	+0,40	+26,7

Patiënten	Startmeting	Eindmeting	Verandering	%
YSQ – Totalscore				
P1	3,41	2,52	0,89	26,1
P2	2,15	1,23	0,92	42,8
P3	2,91	2,42	0,49	16,8
P4	2,92	2,87	0,05	1,7
P5	2,61	2,48	0,13	5,0
SMI – Totalscore				
P1	363	385	+22	+6,06
P2	388	236	152	39,2
P3	625	520	105	16,8
P4	577	523	54	9,36
P5	658	413	245	37,2
SCV – Vermijden				
P1	3,6	2,6	1	27,8
P2	4,4	2,0	2,4	54,5
P3	3,4	2,6	0,8	23,5
P4	4,2	3,4	0,8	19,0
P5	5,4	4,6	0,8	14,8
SCV – Overcompenseren				
P1	4,5	3,8	0,7	15,6
P2	4,5	2,0	2,5	55,6
P3	3,3	2,7	0,6	18,2
P4	4,5	3,2	1,3	28,9
P5	6,0	3,7	2,3	38,3
SCV – Bevestigen				
P1	3,8	3,0	0,8	21,1
P2	3,8	1,6	2,2	57,9
P3	2,8	2,2	0,6	21,4
P4	3,8	3,8	0,0	0,0
P5	3,6	3,2	0,4	11,1

Nota. De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5. Een '+' staat voor een toename. BSI = Brief Symptom Inventory; CAPE = Community Assessment of Psychic Experiences; SCV = Schema Coping Vragenlijst; SMI = Schema Mode Inventory; YSQ = Young Schema Questionnaire.



FIGUUR 2 Totaalscores op de BSI per deelnemer vóór en na behandeling. De y-as geeft de totaalscores op de BSI weer, de x-as de meetmomenten vóór behandeling (1) en na behandeling (2). De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5.



FIGUUR 3 CAPE frequentie- en distressscores vóór en na behandeling. De y-as geeft de CAPE frequentiescores, respectievelijk distressscores weer, de x-as de meetmomenten vóór behandeling (1) en na behandeling (2). De patiënten zijn aangegeven met P1, P2, ... P5. CAPE = Community Assessment of Psychic Experiences.

DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

.....

Deze gevalsbeschrijving geeft onze ervaringen weer met een schemagerichte groepstherapie voor patiënten met een eerste psychose. We beschrijven zowel de haalbaarheid en toepasbaarheid van het protocol, als de individuele veranderingen op het niveau van klachten, schema's, modi en schemacoping. Hier geven we onze aanbevelingen voor onderzoek en de klinische praktijk.

Haalbaarheid

.....

Vanuit onze ervaringen in de klinische praktijk concluderen wij dat het toepassen van een schemagerichte groepstherapie voor patiënten met een eerste psychose haalbaar is. De drop-outs deden zich vooral voorafgaand en tijdens de eerste sessies voor, en lijken grotendeels samen te hangen met spanning rond de start van de interventie. Dit lijkt overeen te komen met de resultaten van Brink en collega's (2017) bij de EPA-doelgroep. De therapietrouw is groter in de actieve fase van de therapie. Het niet volgen van alle sessies lijkt vooral samen te hangen met praktische redenen en niet met de therapie zelf. We denken wel dat een fasegerichte benadering van schematherapie mogelijk beter kan aansluiten bij deze patiëntgroep. Reubsaet (2018) beschrijft een protocol van fasegerichte schematherapie. De fasegerichte insteek zorgt voor een duidelijke afbakening in het therapeutisch proces van de patiënt. Iedere fase brengt eigen taken en doelstellingen met zich mee. Evaluaties en fasegerichte taken maken duidelijk welke grenzen en/of extra ondersteuning er nodig zijn om de stap naar de volgende fase te kunnen maken. De therapie is daardoor gefocust op gezamenlijk en stapsgewijs leren.

Toepasbaarheid van het protocol

.....

Onze bevinding was dat het werktempo binnen de groep verlaagd moest worden en dat er minder stof per sessie behandeld kon worden dan het protocol voorschrijft. Dit lijkt mede samen te hangen met cognitieve problemen, die bij mensen met psychotische stoornissen als een kernprobleem kunnen worden gezien (Zanelli et al., 2019). Cognitieve functies als concentratie en aandacht kunnen verminderd zijn bij psychose, en het beloop van cognitieve problemen verschilt per persoon. Ook is vanuit onderzoek bekend dat bij mensen met psychose er vaak sprake is van een verhoogde emotionele reactiviteit op stressoren in het dagelijks leven (Myin-Germeyns & van Os, 2007), of dat deze patiënten een verhoogde stressgevoeligheid ervaren. We willen benadrukken dat opmerkzaamheid en zorgvuldigheid in het *moment to moment* proces van groepstherapie bij mensen met psychose van belang is. Controleren voor factoren die een essentiële rol spelen bij het

adequaat hanteren en reguleren van spanning zijn van groter belang dan het vermijden van stressverhoging op zich. Dit past bij eerdere bevindingen over de toepasbaarheid van traumabehandeling bij dezelfde doelgroep (van den Berg & van der Gaag, 2012). Het toepassen van experiëntiële technieken bij mensen met een eerste psychose, mits dit samengaat met aandacht voor spanningsregulatie, hoeft geen beletsel te zijn in het programma van de schemagerichte groepstherapie. We stelden vast dat de groepsleden in staat waren om de meer spanningsverhogende oefeningen aan te gaan zonder een belangrijke toename van psychotische klachten. Dit is in overeenstemming met de bevindingen van Taylor en collega's (2020), die vonden dat experiëntiële imagery-technieken toepasbaar zijn bij mensen met psychose.

Individuele veranderingen

Wat betreft individuele veranderingen op klachtniveau zagen we dat de algemene klachten na behandeling nog minimaal aanwezig waren. Op het gebied van positieve psychotische klachten zagen we kleine veranderingen, maar die blijven alle binnen dezelfde range als bij de voormeting. Wat betreft schema's, modi en copingstijlen zagen we een verbetering van functioneren. Dit suggereert dat de groepsbehandeling de psychotische klachten niet veel doet toenemen, maar dat het persoonlijkheidsfunctioneren wel lijkt te verbeteren.

Implicaties voor de klinische praktijk en voor wetenschappelijk onderzoek

Deze beschrijving van ervaringen van patiënten en therapeuten suggereert dat een groepsgerichte schematherapie bij mensen met een eerste psychose haalbaar is en niet leidt tot een toename van psychotische klachten. Er lijken echter wel aanpassingen van het protocol geïndiceerd. Zo zou een fasegerichte benadering kunnen helpen bij het toeleiden naar de meer actieve fase van behandeling. Ook zou de *drop-out rate* hierdoor kunnen afnemen. Door deze fasegerichte benadering kan er rekening worden gehouden met cognitieve problemen en belastbaarheid van patiënten met een psychose.

Onze bevindingen en ervaringen moeten in een wetenschappelijk onderzoek verder getoetst worden. Een aanbeveling voor verder onderzoek is om ook een cognitieve screening mee te nemen. Vooral nog lijkt de belangrijkste bevinding dat het behandelen van comorbide persoonlijkheidsproblemen bij een eerste psychose niet uit de weg moet worden gegaan. Zodat durven denken, voelen en ervaren rond interpersoonlijk functioneren weer de plek kan krijgen in de behandeling waar het om vraagt.

Cindy de Kruijk is klinisch psycholoog en werkzaam bij Dimence te Deventer.
Elise van der Wind is psychotherapeut en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Hella Janssen is psycholoog i.o. tot gz-psycholoog en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Karin van den Berg is klinisch psycholoog en werkzaam bij GGzE, Centrum VIBE.

Correspondentieadres: Elise van der Wind, GGzE, Centrum VIBE, Michelangelolaan 2, 5623 EJ Eindhoven. E-mail: elise.vander.wind@ggze.nl.

Summary *Schema focused therapy after first psychosis: Description of clinical experiences*

Co-morbid personality problems are common in individuals with a first psychosis and may deteriorate psychotic symptoms. We like to share our clinical experiences with a short-term group schema-focused therapy in patients recovering from a first psychosis. Treatment feasibility, adjustments to protocol and individual symptom differences (psychotic symptoms, schemes and coping) before and after treatment are described. Nine participants were included, and five participants completed the therapy. The mean age of these five participants was at the start of therapy 28 years (range 21-35 years; SD 5.3). Drop-out (44.4%) were observed only in the beginning of treatment. The level of psychotic symptoms did not change after treatment and the level of personality functioning improved after treatment. We suggest changing the protocol into in a phase-oriented approach to increase adherence to treatment and implementing adjustments regarding observed cognitive problems as well as increasing sensitivity to stress regulation. We found experiential techniques enriched treatment. These findings need to be replicated in future scientific studies with larger samples and control groups.

Key words *psychosis, personality problems, schema group therapy, experiential techniques, comorbidity*

Literatuur

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Uitgeverij Boom.
- Beauchamp, M. C., Lecomte, T., Lecomte, C., Leclerc, C., & Corbière, M. (2010). Personality traits in early psychosis: Relationship with symptom and coping treatment outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 5, 33-40.
- Brink, J., Pijnenborg, M., Horsseelenberg, E., Wolters, H., & Sportel, E. (2017). Schemagerichte therapie bij psychotische kwetsbaarheid? *GZ-Psychologie*, 9, 32-36.
- de Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory. Handleiding*. PITS.
- de Beurs, E., & Zitman, F. G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. In B. van Wijngaarden & I. Kok (red.), *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Trimbo's-instituut.
- GGZ Standaarden. (2017). *Psychose*. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose
- Ison, R., Medoro, L., Keen, N., & Kuipers, E. (2013). The use of rescripting imagery for people with psychosis who hear voices. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 129-142.

- Konings, M., Bak, M., Hanssen, M., van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Validity and reliability of the CAPE: A self-report instrument for the measurement of psychotic experiences in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 55-61.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen: Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Trimbos-instituut.
- Lecomte, T., Gumley, A., & Lysaker, P. (2012). Introduction to special issue on psychosis and personality disorder. *Psychosis*, *4*, 1-5.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*, 437-458.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2021, 9 maart). *Uw onderzoek: WMO-plichtig of niet?* Onderzoekers / Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek. www.ccmo.nl/onderzoekers/wet-en-regelgeving-voor-medisch-wetenschappelijk-onderzoek/uw-onderzoek-wmo-plichtig-of-niet
- Moore, E. A., Green, M. J., & Carr, V. J. (2012). Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Psychiatric Research*, *46*, 353-359.
- Myin-Germeys, I., & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, *27*, 409-424.
- Reubsæet, R. (2018). *Schematherapie: Werken met fases in de klinische praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijkeboer, M. M. (2005). *Assessment of early maladaptive schemas. On the validity of the Dutch Young Schema-Questionnaire* [Academisch proefschrift]. Universiteit Utrecht.
- Rijkeboer, M. M. & Lobbestael, J. (2012). *Assessment of schema concepts and their interrelationships*. Paper presented at the symposium 5th world conference of schema therapy, New York, May.
- Rijkeboer, M. M., Lobbestael, J., Arntz, A., & van Genderen, H. (2010). *The Schema Coping Inventory*. Universiteit Utrecht.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. M. (1997). *Schemavragenlijst*. Ambulatorium Universiteit Utrecht
- Tandon, R., Nasrallah, H. A., & Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, 'just the facts': 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, *110*, 1-23.
- Taylor, C. D., Bee, P. E., Kelly, J., Emsley, R., & Haddock, G. (2020). iMAgery focused psychological therapy for persecutory delusions in PSYchosis (iMAPS): A multiple baseline experimental case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *48*, 530-545.
- van den Berg, D. P., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *43*, 664-671.
- van der Gaag, M., Staring, T., & Valmaggia, L. (2012). *Handboek psychose*. Boom Lemma.
- van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*, 179-195.
- van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, *15*, 118-124.
- van Os, J., Verdoux, H., & Hanssen, M. (1999). *CAPE (Community Assessment of Psychic Experiences)*. <http://cape42.homestead.com/index.html>

- van Vreeswijk, M. F., & Broersen, J. (2017). *Handleiding kortdurende schematherapie: Voor groepstherapie en individuele therapie* (Derde, herziene druk). Bohn Stafleu van Loghum.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Professional Resources Press.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. E., van Vreeswijk, M. F., & Klokman, J. (2007). *The Schema Mode Inventory (SMI)*. Schema Therapy Institute.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). *Young Schema Questionnaire (YSQ)*. In J. E. Young (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63-76). Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2019). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Zanelli, J., Mollon, J., Sandin, S., Morgan, C., Dazzan, P., Pilecka, I., Reis Marques, T., David, A. S., Morgan, K., Fearon, P., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R. M., & Reichenberg, A. (2019). Cognitive change in schizophrenia and other psychoses in the decade following the first episode. *The American Journal of Psychiatry*, 176, 811-819.