

Een haan in het kippenhok?

Een kwalitatieve studie naar de invloed van sekseverschillen tussen deelnemers aan groepsschematherapie op het behandelverloop bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Dit artikel schreef de auteur op basis van haar masterscriptie aan de UvA in 2015.

Door **Sophie Wastiaux**, basispsycholoog bij GGZ inGeest, ACT-team, Amsterdam (s.wastiaux@ggzingeest.nl).

Samenvatting

Als een onderdeel van een grootschalig onderzoek naar schematherapie in groepsverband (STG) bij mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) was de hieronder beschreven studie een kwalitatief onderzoek naar de rol van sekseverschillen bij deelnemers op het behandelverloop. Met behulp van semigestructureerde interviews werden de ervaringen van 21 deelnemers onderzocht. Aan de hand van thematische analyse zijn deze interviews vervolgens geanalyseerd. De resultaten van dit onderzoek lijken te suggereren dat STG voor mensen met een BPS mogelijk het best uitgevoerd kan worden in seksegemengde behandelgroepen. Corrigerende ervaringen die zich kunnen voordoen in seksegemengde behandelgroepen lijken het bijstellen van generaliseerde ideeën over mensen van de andere sekse in de hand te werken.

Introductie

De zoektocht naar een passende behandeling voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) is al jaren bezig. Sinds de jaren '90 wordt de behandeling vooral gericht op verschillende vormen van cognitie gedragstherapie (CGT). Hoewel deze vormen van therapie succesvol zijn in het reduceren van de ernst van bepaalde symptomen, zoals het suïciderisico, leiden ze niet tot een langdurige verandering in de persoonlijkheid (van Genderen & Arntz, 2010). Vanwege de snelle wisseling tussen intense emoties, zelfverwondend gedrag en het hoge risico op suïcide blijkt een intensieve behandeling dan ook vaak noodzakelijk (Young & Kellogg, 2006), maar is het erg moeilijk een therapievorm te vinden die leidt tot een verandering in de onderliggende persoonlijkheid. Naast een patroon van instabiliteit in affect-

regulatie, zelfbeeld en impulscontrole is een hoge mate van verlatingsangst kenmerkend voor een BPS. Deze angst uit zich vaak in het wisselend idealiseren en devalueren van anderen, en bemoeilijkt het instandhouden van interpersoonlijke relaties. Voor de omgeving zijn deze hoog emotionele reacties vaak onvoorspelbaar en beangstigend, en dat zorgt voor onbegrip. Er heerst dan ook een groot gevoel van eenzaamheid onder mensen met een BPS (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

Zeventig procent van de mensen die gediagnosticeerd zijn met een BPS is vrouwelijk (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004). Of het sekseverschil in prevalentie een juiste weerspiegeling van de werkelijkheid is, en zo ja, waar dit verschil precies vandaan komt, is omstrede. Er is meer duidelijkheid over de verschillen tussen mannen en vrouwen in comorbide stoornissen. Studies laten zien dat mannen met een BPS vaker worden gediagnosticeerd met comorbide middelenmisbruik of een narcistische- of antisociale persoonlijkheidsstoornis dan vrouwen met een BPS. Bij vrouwen worden vaker stemmings- en angststoornissen, eetproblemen en posttraumatische stressstoornis gerapporteerd (Grant et al., 2008; Tadić et al., 2009; Johnson et al., 2003; Zanarini et al., 1998a; Zlotnick, Rothschild & Zimmerman, 2002).

De resultaten van schematherapie (ST) op de vermindering van BPS-manifestaties bij mensen met een BPS blijken groot: verschillende studies naar de effectiviteit van ST laten zien dat 52 procent van de patiënten geneest van BPS (van Genderen & Arntz,

2010). ST in groepsverband (STG) zou volgens sommigen de verbetering van BPS-symptomen versnellen (Farrell, Shaw & Webber, 2009). Naast de algemene voordelen die groepstherapie biedt, zoals de *in vivo* uitingen van overdracht en confrontaties, het herkennen van het eigen gedrag, het verkrijgen van informatie van verschillende personen en de mogelijkheden om gedrag van anderen te imiteren (Gutmacher & Birk, 1971), heeft groepsbehandeling ook specifieke voordelen voor ST bij mensen met een BPS. De groep kan fungeren als plek waar deelnemers een gevoel van herkenning en verbinding vinden bij de groepsgenoten. Het is mogelijk gemakkelijker een vertrouwensband te ontwikkelen met mensen die last hebben van dezelfde soort problematiek, dan met mensen zonder een BPS. Er kan worden ingespeeld op de eerdergenoemde interpersoonlijke problematiek die veel wordt ervaren, door te oefenen met het uiten van gevoelens, gedachten en 'nieuw' gedrag. Het is een eerste stap in het uitvoeren van het gedrag in de wereld buiten de therapeutische setting. Ook lijkt de invloed van confrontatie met en feedback van medepatiënten op het herstel vaak groter dan dat van de therapeut. En tot slot zijn er meer mogelijkheden om rollenspellen uit te kunnen voeren, omdat er meerdere mensen aanwezig zijn (van Genderen & Arntz, 2010). Een gevolg van het verschil in prevalentie is dat vrouwen vaak oververtegenwoordigd zijn in behandelgroepen voor mensen met een BPS. In hoeverre deze oververtegenwoordiging volgens de groepsleden zelf invloed heeft op het behandelproces is nog onduidelijk.

Heterogeniteit en groepscohesie

De oververtegenwoordiging van vrouwelijke deelnemers in behandelgroepen betekent uiteraard een ondervertegenwoordiging van mannelijke deelnemers. Yalom (2005) stelt in zijn boek *The theory and practice of group psychotherapy* dat een (van de rest van de groep) deviante deelnemer minder tevredenheid ervaart met de groepsbehandeling. Tevens blijkt dat deze deviante deelnemer daadwerkelijk minder baat heeft bij de groepsbehandeling en vaker negatieve consequenties ondervindt van de groep (Yalom & Leszcz, 2005). Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat de deviante deelnemer weinig verbinding voelt met de rest van de groep. Zoals reeds genoemd is juist het gevoel van verbinding en herkenning voor mensen met een BPS mogelijk een voordeel van een groepsbehandeling. Er zijn verschillende studies die uitwijzen dat een hoge mate van ervaren groepscohesie in een groep een sterke positieve invloed heeft op het effect van de behandeling. Hierin wordt groepscohesie als volgt omschreven: ‘een gevoel van steun, acceptatie en identificatie in de groep’ (Bloch & Crouch, 1985). Het gaat hierbij om de ervaring van de deelnemers, en dit wordt in dit artikel gelijkgesteld aan het gevoel van onderlinge verbinding en herkenning. Groepscohesie wordt gezien als een van de belangrijkste factoren voor een effectieve groepsbehandeling (Joyce, Piper & Ogrodniczuk, 2007). Volgens de theorie van Yalom zou het dus nadelig zijn

voor een man met een BPS om in een behandelgroep met verder alleen vrouwen te komen, als het man-zijn als deviant gezien wordt. Een in theorie deviante deelnemer hoeft volgens Yalom echter niet in de praktijk een deviante deelnemer te zijn. Het gaat hem niet zozeer om een verschil in karakteristieken zoals geslacht of leeftijd, maar om een verschil in gedrag binnen de groep. Wanneer iemand op het oog afwijkt van de groep, maar zich sociaal wenselijk, aardig en open gedraagt zal deze deelnemer niet de deviante deelnemer zijn die buiten de groep valt (Yalom & Leszcz, 2005). Een mannelijke deelnemer in een groep met alleen maar vrouwen hoeft dus niet per definitie de negatieve aspecten van de groep te ervaren, mits hij zich gedraagt naar de gedragsnormen en regels van de groep. Het blijkt echter dat mannen en vrouwen zich in het algemeen significant anders gedragen in groepen. Mannen gedragen zich vaker agressief, assertief en dominant in groepen dan vrouwen. Vrouwen vertonen daarentegen vaak angstiger en empathischer gedrag dan mannen (Archer, 2009; McCrea & Terrachiano, 2005). In hoeverre deze algemene verschillen in groepsgedrag worden gezien als deviant is nog onduidelijk. Het is belangrijk dat de ervaringen van deelnemers over seksverschillen binnen groepen in acht worden genomen, om een beter beeld te krijgen van de optimale samenstelling van de behandelgroepen. In het huidige onderzoek staat de vraag centraal hoe cliënten deze verschillen ervaren.

Mogelijke nadelen van sekseverschillen binnen STG

Het is belangrijk dat cliënten zich openstellen en zich veilig genoeg voelen om zich kwetsbaar op te stellen in de groep, om vanuit deze positie te kijken waar de onvervulde behoeftes liggen. Aangezien seksueel en emotioneel misbruik vaak ten grondslag ligt aan een BPS (Ogata, Silk, Goodrich et al., 1990), is het mogelijk dat bijvoorbeeld vrouwelijke deelnemers de aanwezigheid van mannelijke deelnemers als een barrière ervaren om zich te uiten over intieme of gevoelige onderwerpen. Een onderzoek van Greenfeld, Cummings & Kuper et al. (2007) wijst uit dat seksespecifieke behandelgroepen leiden tot een hogere behandel-effectiviteit bij vrouwen met een middelenafhankelijkheidsstoornis dan seksegemengde groepen. De vrouwelijke deelnemers uit de seksespecifieke groep gaven aan zich veiliger te voelen en meer intimiteit en empathie te ervaren vanuit de groep dan de vrouwen uit de seksegemengde groep. Tevens bleek dat zij vaker het gevoel hadden dat er aan hun behoeftes werd voldaan en dat zij meer groepscohesie en steun ervoeren van de groep wanneer zij spraken over een gevoelig onderwerp. De aanwezigheid van mannelijke deelnemers zorgde voor terughoudendheid in het praten over gevoelige onderwerpen.

De oververtegenwoordiging van vrouwelijke deelnemers zou er daarnaast voor kunnen zorgen dat de onderwerpen die worden aangesneden tijdens de sessies irrelevant zijn voor de mannelijke deelnemers, mede

door de verschillen in ziektebeeld en comorbiditeit. Mogelijk worden er onderwerpen gemist die voor mannen wel belangrijk zijn. Het zojuist genoemde onderzoek van Greenfeld, Cummings, Kuper et al. ondersteunt deze hypothese. De vrouwelijke deelnemers uit de seksegemengde groep vertelden dat de onderwerpen die besproken werden tijdens de sessies ‘gender-neutraal’ waren; hierdoor voelden sommigen zich geremd in het praten over meer seksespecifieke onderwerpen. De seksegemengde groep in dit onderzoek bestond echter uit ten minste twee vrouwen. In de behandelgroepen van STG komt het vaak voor dat er slechts één mannelijke deelnemer in de groep zit. Hoe mannelijke deelnemers de verschillen ervaren is nog niet onderzocht. In dit onderzoek zullen ook de ervaringen van de mannelijke deelnemers worden meegenomen in de analyse.

Mogelijke voordelen van sekseverschillen binnen STG

Er kunnen echter ook voordelen zitten aan sekseverschillen binnen ST-behandelgroepen. Heterogeniteit binnen een groep zou namelijk kunnen leiden tot een grotere variatie aan perspectieven en oplossingen die worden aangereikt tijdens de behandeling. Dit kan naar voren komen tijdens de rollenspellen, waar deelnemers van elkaar ‘nieuw’ gedrag kunnen leren. Een diversiteit aan oplossingen en perspectieven biedt ook meer mogelijkheden tot herkenning. Bovendien geeft deze diversiteit meer kans op confrontaties, wat als therapeutisch instrument

gebruikt zou kunnen worden om verandering bij de deelnemers teweeg te brengen.

Een ander voordeel van sekseverschillen binnen STG zou de eventuele bijstelling van generaliseerde ideeën over mannen en/of vrouwen kunnen zijn. Wanneer een vrouwelijke deelnemer met bijvoorbeeld een sterke overtuiging dat mannen onbetrouwbaar en gevaarlijk zijn, ervaart dat een mannelijke deelnemer uit haar groep positief op haar reageert, zou dit kunnen leiden tot een bijstelling of een versoepeling van haar rigide idee. Waar zij in het dagelijks leven het contact met mannen misschien vermijdt, wordt ze hier uitgedaagd ook in het bijzijn van mannen haar gevoelens te uiten.

Deze focus op openheid en veiligheid in STG zorgt voor een extra belang van bewustwording van de groepsdynamiek en de factoren die daartoe bijdragen. Niet alleen voor het vervullen van basisbehoeften, maar ook voor het leren reguleren van emoties blijken veiligheid binnen de groep en de groepscohesie goede voorspellers (Farrell & Shaw, 2009).

Methoden en resultaten

Deelnemers

Momenteel loopt er een grootschalig internationaal onderzoek naar de effectiviteit van STG in vergelijking tot *treatment as usual* (TAU) (Wetzelaer et al., 2014). In dit onderzoek worden onder meer kwalitatieve data vergaard om de mening van cliënten en therapeuten over het gewenste format te belichten. Onderwerpen die aan bod komen zijn onder andere aspecten van STG die als

‘helpend’ worden ervaren, specifieke technieken van ST die bijdragen aan herstel en het ervaren van de onderlinge dynamiek tussen groepsleden. Het huidige onderzoek vormt een onderdeel van het originele onderzoek van Wetzelaer et al. (2014). Voor het kwalitatieve deel zijn in totaal 36 deelnemers geïnterviewd waarvan uiteindelijk 21 interviews bruikbaar waren voor analyse, omdat niet altijd specifiek gevraagd was naar ervaringen met sekseverschillen, één interview niet goed was opgenomen en informatie uit een ander interview niet bruikbaar werd bevonden omdat deze deelnemer geen relevante antwoorden op de vragen gaf. De deelnemers voldeden aan de diagnostische criteria van een BPS (een score hoger dan 20 op de Personality Disorder Severity Index, versie IV) en hadden een leeftijd tussen de 18 en 65 jaar. Alle deelnemers hebben uiteindelijk twee jaar lang STG ontvangen, in een van de participerende ggz-instellingen op verschillende plekken in Nederland.

Data-analyse

Aan de hand van thematische analyse en met behulp van een *coding frame* zijn de interviews geanalyseerd. Bij het coderen van de interviews is de hoofdcategorie ‘Samenstelling van de groep op basis van sekse’ naar boven gekomen met relevantie voor het huidige onderzoek. De subcategorieën onder deze hoofdcategorie waren: ‘Emoties die ontstaan door de aanwezigheid van deelnemers van dezelfde/andere sekse’, ‘Alternatieve perspectieven en oplossingen, verschaft door een verschil in sekse bij de

deelnemers' en 'Sekse van de therapeuten'. De berekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de hoofdcategorie was .804. De drie subcategorieën zijn voor nadere analyse geëxtraheerd door één beoordelaar, er is geen interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bekend. In tabel 1. staat de sekseverdeling en de samenstelling van de groepen van de deelnemers van wie de data gebruikt

zijn. De bevindingen binnen subcategorieën 'Samenstelling van de groep op basis van sekse' en 'Emoties die ontstaan door de aanwezigheid van de deelnemers van dezelfde/andere sekse' zullen in dit artikel besproken worden. De informatie over de subcategorie 'Sekse van de therapeuten' zal achterwege gelaten worden, omdat dit te ver voert voor het huidige artikel.

	Man	Vrouw	Totaal
Seksegemengde groep	6	11	17
Seksespecifieke groep	0	4	4
Totaal	6	15	21

Tabel 1. Samenstelling van de behandelgroepen op basis van sekse van de deelnemers.

Subcategorie 1: Emoties die ontstaan door de aanwezigheid van deelnemers van dezelfde/andere sekse

Alle segmenten waarin gevoelens werden genoemd die betrekking hadden op de samenstelling wat betreft sekse van de behandelgroepen, werden gecodeerd onder deze subcategorie. Opvallend is dat veel deelnemers voorafgaand aan de behandeling vooral angstige verwachtingen hadden. Het starten in een twee jaar durende groepsbehandeling bleek voor velen een grote stap. Het feit dat er in de groep deelnemers van verschillende seksen zouden zitten, bleek deze verwachting nog angstiger te maken. Echter, gedurende de behandeling veranderde dit gevoel bij de meeste deelnemers. Bijna alle deelnemers, ongeacht sekse

of groepssamenstelling, gaven aan uiteindelijk tevreden te zijn (geweest) met de samenstelling van de groep wat betreft sekse. In deze paragraaf zal ten eerste worden ingegaan op het gevoel van tevredenheid. Vervolgens wordt weergegeven wat de deelnemers rapporteerden betreffende de reeds genoemde angstige gevoelens, en worden factoren besproken die mogelijk hebben bijgedragen aan de bijstelling van deze verwachtingen.

Tevredenheid

Negen segmenten zijn gecodeerd met 'tevredenheid'. Deze deelnemers gaven aan (uiteindelijk) geen problemen te hebben gehad met de manier waarop hun groep was samengesteld wat betreft sekse. Alle vier de deelnemers uit de seksexspecifieke groep

zeiden tevreden te zijn met de behandelgroep bestaande uit slechts vrouwelijke deelnemers.

Vrouw: *'Op een gegeven moment weet je dingen van elkaar die niemand anders ooit zal weten, en dat brengt je dicht bij elkaar. Ik denk dat vrouwen meer dan mannen geneigd zijn om deze dingen te delen. Mannen zouden het allemaal veilig en bij zichzelf houden, terwijl wij (vrouwen) dat niet deden.'*

Zes deelnemers uit de seksegemengde groepen gaven aan tevredenheid te voelen met de samenstelling van de behandelgroep. Drie van hen waren man.

Man: *'Ik lig goed in de groep. Dat gaat helemaal prima. De vrouwen plagen mij met dat ik een man ben, maar ik plaag hen ermee dat zij vrouwen zijn. Dat is echt helemaal prima. Ik heb het altijd beter kunnen vinden met vrouwen dan met mannen.'*

Een andere mannelijke deelnemer had meer moeite met de oververtegenwoordiging van vrouwelijke deelnemers. Hij gaf aan zich soms 'de enige haan in een kippenhok' te voelen. Toch zei hij dat hij achteraf niet perse meerdere mannelijke deelnemers in de groep had gewild.

Man: *'Ik denk dat je het zo moet zien: dat je problemen hebt, en je kan niet verder. En je krijgt een hand om geholpen te worden, dan pak je die aan. Of er nou dertig vrouwen en één man zit... dat maakt dan niet meer uit.'*

Je zit in een situatie waar je niet in wil zitten en die hand (...) pak je aan. Dan pas kijk je, en schrik je. Maar ik denk dat het mijn enige manier was. De groep heeft het gered. We zijn als een van de weinige groepen bij elkaar gebleven, dat zegt ook iets over het vertrouwen. Dus voor mij maakte het niet veel uit als er meerdere mannen in hadden gezeten. Misschien juist wel goed zelfs... ik bedoel dat botst ook natuurlijk.'

De vrouwelijke deelnemers uit de seksegemengde groepen lieten weten het niet als een belemmering te hebben gezien dat er een mannelijke deelnemer bij hen in de groep zat. Wel komt vaak terug dat het misschien wat langer duurde voordat er echt vertrouwen in de groep was. Wanneer dit vertrouwen eenmaal tot stand gebracht was, werd het door hen juist als positief ervaren dat er ook een mannelijke deelnemer in de groep aanwezig was.

Vrouw: *'Voor mij was het zelfs heel erg handig (dat er een man in de groep zat). Als ik straks weer ga werken moet ik misschien wel met alleen maar mannen samenwerken. Dan moet ik daar ook mee om kunnen gaan. Ik zie het eigenlijk als een soort oefening als het ware, positief dus. Hoewel ik het eerst moeilijker vond, zie ik het nu juist als een kans om te oefenen.'*

Angst en terughoudendheid

De deelnemers die emoties als angst en terughoudendheid noemden, kwamen allen uit een seksegemengde groep. Zoals reeds genoemd, lijken deze angst en terughou-

dendheid vooral betrekking te hebben gehad op de verwachtingen voorafgaande aan de groepsbehandeling, en deze gevoelens veranderden vaak gedurende de behandeling in een positiever gevoel. Vooral het gevoel van vertrouwen en onderlinge verbondenheid in de groep lijken deze verandering te beïnvloeden. Onderstaande citaten illustreren deze hypothese.

Man: *'Het was eng om te beginnen in een groep met alleen maar vrouwen, voor beide kanten was het spannend. De meiden dachten: "Hé, er zit een vreemde eend in de bijt. Een haan in het kippenhok." Jezelf blootgeven aan anderen die je niet kent is natuurlijk al een stap... Maar dat vertrouwen kwam redelijk snel, daar hebben de therapeuten wel voor gezorgd. (...) Aan het begin was het voor hen ook moeilijker om meer intieme dingen te delen, maar in het tweede jaar werden al dat soort taboes verbroken. Je leert elkaars ziel kennen, dan durf je je ook meer bloot te geven.'*

Vrouw: *'Aan het begin was ik natuurlijk bang, omdat ik wist dat er ook mannen aanwezig zouden zijn. Dat zou het nog moeilijker maken, en ik was bang dat ik mij nooit zou kunnen openen. Die angst is er nu helemaal niet meer. (...) Er zijn nu veel deelnemers, ook mannen, die ik echt vertrouw. Dat komt doordat zij ook van buitenaf (van een afstand) kunnen zeggen dat ze me begrijpen.'*

Deze negatieve verwachtingen blijken dus door ervaring bijgesteld te zijn. Van tevoren waren veel deelnemers erg angstig, maar

wanneer zij zich eenmaal vertrouwd en veilig voelden in de groep bleek het gemakkelijker om zich te openen. Het optreden van een correctieve ervaring zorgt voor het bijstellen van de negatieve verwachtingen. Het vertrouwen binnen de groep speelt hierin blijkbaar een grote rol. Maar welke factoren hebben volgens de deelnemers invloed gehad op het tot stand brengen van vertrouwen in de groep? En wat was de invloed van sekseverschillen op dit proces? Vooral onvoorwaardelijke acceptatie, een niet-oordelende sfeer en een gevoel van veiligheid binnen de groep komen veel naar voren als aspecten die belangrijk zijn geweest voor het tot stand brengen van vertrouwen.

Vrouw: *'Er werd voor gezorgd dat de groep een hele veilige plek was, waar je alles kon vertellen en waar niks gek was. Waar je alles kon vertellen wat er in je hoofd omging. Ook als je iets heel stoms had gedaan, als je weer had gedronken of jezelf had gesneden. Niemand oordeelde, je kon alles zeggen.'*

Vrouw: *'Normaal gesproken ben je altijd omringd door mensen, je voelt continu verschillen tussen jezelf en die anderen. Dit is de eerste keer in mijn leven dat ik ook gelijkenissen merk met anderen, en dat is het goede aan de groep. Je voelt geen verschillen meer.'*

Hieruit blijkt duidelijk het belang van de focus op acceptatie en het hebben van een niet-oordelende houding van de deelnemers in het ontwikkelen van een vertrouwd en

veilige groep. Pas wanneer het vertrouwen in de groep tot stand is gebracht, is er meer openheid en durf om emoties te uiten. Een aantal vrouwelijke deelnemers meende dat voor hun gevoel een mannelijke deelnemer in de behandelgroepen dit proces niet direct zou belemmeren. Zij gaven aan dat het gedrag van deze mannelijke deelnemer, zijn persoonlijkheid of zijn karakter belangrijker is dan zijn sekse. Specifiek werd agressief gedrag genoemd, als gedrag wat de veiligheid zou kunnen schaden.

Vrouw: *'Een man in de groep zou mij niet per se belemmeren denk ik. Wel als je bang bent voor iemands reactie. Als je bang bent dat iemand bijvoorbeeld heel erg agressief reageert. Maar daarin denk ik dat sekse niet zo veel uitmaakt eigenlijk.'*

Vrouw: *'Ik vind het sowieso al moeilijk om me te openen, dus ik denk dat, wanneer ik de kans krijg om te zien hoe iemand reageert... wat voor soort persoon het is, dan maakt het niet uit of het een man of een vrouw is.'*

Terughoudendheid door sekseverschillen werd echter ook een aantal keer genoemd. Het ging dan meestal over terughoudendheid in het praten over meer intieme onderwerpen, zoals seksualiteit. Drie van de zes mannelijke deelnemers gaven aan niet alles te bespreken in de groep, doordat de oververtegenwoordiging van vrouwelijke deelnemers ervoor zorgde dat zij zich niet geheel vrij voelden om overal over te praten. Er werd echter ook een aantal keer

genoemd dat het niet zozeer ligt aan deze oververtegenwoordiging, als wel aan het onderwerp zelf. Een deelnemer vertelde dat vooral seksuele onderwerpen moeilijk voor hem waren te bespreken, omdat deze onderwerpen 'simpelweg taboe zijn'. Hij besprak het wel met zijn individuele, mannelijke therapeut die hem volgens hem beter begreep dan de vrouwelijke deelnemers uit de groep.

Conclusie subcategorie 1

De subcategorie 'Emoties die ontstaan door de aanwezigheid van deelnemers van dezelfde/andere sekse' gaf een beeld van de gevoelens die de deelnemers noemden tijdens de interviews met betrekking tot de verdeling van sekse in de behandelgroepen. Uit de citaten kan geconcludeerd worden dat er voorafgaande aan de behandeling veel gevoelens van angst bij de deelnemers waren. Deze angst had vooral betrekking op het zich openstellen in een groep en werd versterkt door het idee dat ook mensen van de andere sekse aanwezig zouden zijn. Door de ontwikkeling van een gevoel van vertrouwen in de groep, werden de negatieve verwachtingen vaak bijgesteld. Karakter van de deelnemers was volgens een aantal deelnemers belangrijker dan de sekse. Een uitzondering op het algemene patroon was dat sommigen aangaven toch terughoudend te zijn geweest in het praten over seksuele onderwerpen. Deelnemers gaven bijna allen aan tevreden te zijn of te zijn geweest over de samenstelling van de groep.

Subcategorie 2: Alternatieve perspectieven en oplossingen, verschaft door een verschil in sekse bij de deelnemers

Wat betreft deze tweede subcategorie gaven veel deelnemers aan dat sekseverschillen in de behandelgroep zorgden voor een grotere variatie aan oplossingen, visies en perspectieven in de groep. In totaal werden 15 segmenten gecodeerd met deze subcategorie, allen waren deelnemers uit de seksegemengde groep. In de introductie van dit artikel werd reeds gesuggereerd dat dit mogelijk een voordeel zou zijn van sekseverschillen in behandelgroepen. Er werd genoemd dat het eventueel naar voren zou kunnen komen tijdens rollenspellen en dat er wellicht een grotere kans is op confrontaties, wat gebruikt zou kunnen worden als therapeutisch instrument. Het verschil in visie en perspectief kwam heel duidelijk naar voren in wat de deelnemers vertelden. Dit werd bij de meesten genoemd als iets positiefs: de deelnemers stonden open voor elkaars visie. Zij gaven aan dat ze bewust werden van het feit dat er meerdere manieren waren om ergens tegen aan te kijken.

Man: *‘Het was soms heel grappig om met al die vrouwen in een groep te zitten. Soms reageren ze zo anders dan hoe ik reageer. En dan denk je: misschien hebben ze wel gelijk.’*

Vrouw: *‘(...) het kan je ook weer andere inzichten geven als je onderling verschild. Als iemand zegt: “Hé, zet eens even je schouders er onder”, in plaats van iemand die altijd een schouder geeft om op te huielen, zeg maar.’*

De afwisseling tussen begrip en voorzichtigheid enerzijds, en anderzijds een wat hardere, fellere reactie was voor deze deelnemer erg prettig. Wat echter het meeste naar voren kwam over dit onderwerp, was dat de sekseverschillen ervoor zorgden dat de deelnemers een andere kant te zien kregen dan het typerende idee dat zij over elkaar hadden. Maladaptieve schema's zijn vaak inflexibel, en nare ervaringen uit het verleden worden dan ook snel gegeneraliseerd naar met deze ervaring geassocieerde factoren. Zoals eerder genoemd zouden correctieve ervaringen kunnen zorgen voor een versoepeling, of zelfs bijstelling van een rigide idee. Dit lijkt ondersteund te worden door de deelnemers. De vrouwelijke deelnemers zeiden vooral positief verrast te zijn geweest over de ‘zachtere’ of meer gevoelige kant die sommige mannelijke deelnemers lieten zien.

Vrouw: *‘(Een man in de groep) heeft me ook wel geleerd om niet zo te oordelen. Daar was het heel goed voor. Er was bijvoorbeeld een enorm verschil tussen de man die uit de groep is gestapt en de man die is blijven zitten. Ik vond die laatste een hele vrouwelijke kant hebben, in de zin van gevoeligheid. Die andere profileerde zich echt als een machoman. Daarom aardde die zachtere man ook beter in de groep denk ik.’*

Vrouw: *‘Onderwerpen zoals misbruik enzo... ik vond het wel fijn dat er ook mannen bij waren. Dan hoor je ineens hoe slecht zij zich voelen bij dit soort verhalen.’*

Een mannelijke deelnemer vertelde dat hij beseftte dat vrouwen ook verschillen in karakter. Dit besef maakte het voor hem gemakkelijker om (als enige man) actief deel te nemen aan de groepsbehandeling.

De genoemde typerende ideeën die mannen en vrouwen over elkaar kunnen hebben, kunnen bepalend zijn voor het onderlinge contact. Dit bleek vooral uit wat een aantal mannelijke deelnemers vertelde. Hieruit valt op te maken dat zij soms het gevoel hadden zich te moeten bewijzen of te verdedigen tegenover de vrouwelijke deelnemers. Een deelnemer vertelde bijvoorbeeld dat de vrouwen uit zijn groep soms discriminerend konden zijn jegens mannen. Hij vond het prettig dat hij hier tegenin kon gaan, vertelde hij. Op deze manier kon hij ook zijn stem laten horen. Hij leek het gevoel te hebben het typerende idee dat vrouwen kunnen hebben over mannen te moeten compenseren; zo kon hij de vrouwen uit zijn groep laten zien dat er ook een verschil is tussen de ene man en de andere. Een andere mannelijke deelnemer vertelde zich meerdere malen verontschuldigd te hebben nadat een vrouwelijke deelnemer verteld had door een man misbruikt te zijn geweest. Hij voelde zich hier schuldig over, en bood hen zijn excuses aan. Zijn vrouwelijke groepsgenoten vonden dit echter niet terecht, het was volgens hen niet zijn schuld. Hieruit zou je kunnen concluderen dat het zijn eigen gevoel was dat hij zich moest verontschuldigen (misschien wel gebaseerd op de bovengenoemde attitude van de vrouwelijke deelnemers), maar dat hij zich eigenlijk niet (meer) hoefde te bewijzen. Mogelijk was

het beeld dat hij dacht dat de vrouwelijke deelnemers over mannen hadden in het algemeen, bij deze vrouwelijke deelnemers al veranderd.

Kortom: de sekseverschillen in behandelgroepen bieden volgens de deelnemers een variatie aan perspectieven. Meerdere vrouwelijke deelnemers vertelden dat het hen vooral hielp in het krijgen van een genuanceerder beeld van mannen in het algemeen. Mannelijke deelnemers gaven echter aan vaak het gevoel te hebben gehad zich te moeten bewijzen om te laten zien dat zij ook een gevoelige kant hebben. Mogelijk stimuleert de oververtegenwoordiging van vrouwelijke deelnemers het uiten van deze gevoelige aspecten van het karakter bij de mannelijke deelnemers. Dit is slechts een speculatie en verdient nader onderzoek.

Conclusies

Uit wat de deelnemers vertelden kunnen verschillende conclusies getrokken worden. Ten eerste gaven bijna alle deelnemers aan dat zij, ongeacht de eigen sekse, tevreden waren over sekseverdeling binnen hun behandelgroep. Het maakte niet uit of zij aan een seksegemengde of sekse-specifieke behandelgroep deelnamen, hoewel veel deelnemers voorafgaande aan de groepsbehandeling aangaven angstige gevoelens te ervaren. Een behandeling in een groep bleek al een grote stap; het besef dat er tevens deelnemers van de andere sekse aanwezig zouden zijn maakte deze verwachting beangstigender. Door het vertrouwen dat zich in de groep ontwik-

kelde, werden deze angstige verwachtingen vaak bijgesteld. Het opbouwen van dit vertrouwen in de groep lijkt wel langer te duren in seksegemengde groepen dan in seksspecifieke groepen. Deelnemers vonden het moeilijker om zich te uiten over intieme onderwerpen wanneer er deelnemers van de andere sekse aanwezig waren. Ten tweede bleek dat deelnemers het karakter van de ander vaak belangrijker vonden dan de sekse. Vrouwelijke deelnemers gaven aan dat een mannelijke deelnemer in de groep hen niet belemmerde, mits hij geen agressief gedrag zou vertonen. De genoemde typerende ideeën over mannen en vrouwen lijken door middel van correctieve ervaringen te worden bijgesteld. Dit zou gezien kunnen worden als de verandering van een schema. De ervaring dat verwachtingen niet uitkomen, blijkt waardevol te zijn voor zowel het behandelverloop als de groepscohesie. Als laatste noemden deelnemers uit de seksegemengde groepen dat sekseverschillen zorgen voor een grotere variatie aan perspectieven.

Deze studie toont aan dat er aanwijzingen zijn dat STG voor mensen met een BPS het beste kan worden uitgevoerd in seksegemengde behandelgroepen. Ondanks angstige verwachtingen vooraf, lijkt een seksegemengde behandelgroep de verandering van schema's in de hand te werken. De resultaten ondersteunen de in de introductie genoemde theorie van Yalom: met het oog op de groepscohesie lijkt het gedrag dat de deelnemers uiten in de groep meer invloed te hebben dan de sekse.

Literatuur

- Archer, J. (2009). Does sexual selection explain human sex differences in aggression? *Behavioral and Brain Sciences*, 32(3-4), 249-266.
- Bloch, S. & Crouch, E. (1985). *Therapeutic Factors in Group Psychotherapy*. Oxford University Press.
- Deacon, B.J. & Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology*, 60(4), 429-441.
- Farrell, J.M., Shaw, I.A. & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328.
- Genderen, H.V. & Arntz, A. (2010). *Schematherapie bij borderline-persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. & Ruan, W.J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(64), 533.

Greenfield, S.F., Cummings, A.M., Kuper, L.E., Wigderson, S.B. & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance use & misuse*, 48(9), 750-760.

Guttmacher, J.A. & Birk, L. (1971). Group therapy: What specific therapeutic advantages? *Comprehensive Psychiatry*, 12(6), 546-556.

Johnson, D.M., Shea, M.T., Yen, S., Battle, C.L., Zlotnick, C., Sanislow, C.A. & Zanarini, M.C. (2003). Gender differences in borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 284-292.

Joyce, A.S., Piper, W.E. & Ogrodniczuk, J.S. (2007). Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 269-296.

Kellogg, S.H. & Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.

Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

McCrae, R. & Terracciano, A. (2005). Universal Features of Personality Traits From the Observer's Perspectives: Data from 50 Cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547-561.

Ogata, S.N., Silk, K.R., Goodrich, S., Lohr, N.E., Westen, D. & Hill, E.M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with a borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1008-1013.

Tadić, A., Wagner, S., Hoch, J., Ba kaya, Ö., von Cube, R., Skaletz, C. & Dahmen, N. (2009). Gender differences in axis I and axis II comorbidity in patients with borderline personality disorder. *Psychopathology*, 42(4), 257-263.

Weaver, T.L. & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068.

Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S.M.M.A., Jacob, G., Lee, C., Brand, O., van Breukelen, G., Fassbinder, E., Fretwell, H., Harper, P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I., Schweiger, U., Startup, H., Stevenson, T., Zarbock, G. & Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14:319. DOI: 10.1186/s12888-014-0319-3

Yalom, I.D. & Leszcz, M. (1995). *The theory and practice of group therapy*. New York: Basic Books.

Young, J.E., Klosoko, J. & Weishaar, M.E. (2003). *Schematherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.B., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of the borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296-302

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Schwartz, E.O. & Frankenburg, F.R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18-25.

Zlotnick, C., Rothschild, L. & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 277-282.