

Schematherapie via beeldbellen; crossectioneel onderzoek onder therapeuten

B. van der Boom*, A.P. Lagemaat*, T. Donker, J. Bos, O.M. Brand-de Wilde, K. Nikkels, D. de Beurs, A.R. Arntz, H. Riper

- Achtergrond** Voor de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bestaan lange wachttijden, die mogelijk ingekort kunnen worden door de toepassing van beeldbeltherapie. Tijdens de COVID-19-pandemie is noodgedwongen ervaring opgedaan met schematherapie, een behandeling voor persoonlijkheidsstoornissen, middels beeldbellen.
- Doel** Het onderzoeken van de ervaringen van therapeuten met schematherapie middels beeldbellen voor persoonlijkheidsstoornissen tijdens de COVID-19-pandemie.
- Methode** In een observationeel crossectioneel onderzoek vulden 83 schematherapeuten een vragenlijst in over de periode voorafgaand aan en tijdens de COVID-19-pandemie. We onderzochten hun subjectieve ervaring met, gebruik van en houding tegenover beeldbeltherapie. Ook onderzochten we in hoeverre de effectiviteit van schematherapie middels beeldbellen en face-to-face(F2F)-schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen vergelijkbaar werd bevonden.
- Resultaten** Schematherapeuten beoordeelden hun ervaring met beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen tijdens de COVID-19-pandemie positief, het gebruik ervan nam in deze periode toe en de houding van de therapeuten werd positiever. De meerderheid vond beeldbeltherapie echter minder effectief dan F2F-behandeling. Bijna de helft van de schematherapeuten zette tijdens beeldbeltherapie kortere sessies of aangepaste oefeningen in.
- Conclusie** Hoewel schematherapeuten in toenemende mate positief waren over beeldbeltherapie, is F2F-behandeling volgens hen effectiever. Er is gerandomiseerd effectiviteitsonderzoek nodig van beeldbeltherapie in vergelijking met F2F-therapie, waarbij ook de ervaringen van patiënten met beide vormen worden onderzocht.

Sinds het begin van de COVID-19-pandemie waren therapeuten in de ggz, passend bij de maatregelen die werden genomen, veelal genooddaakt om over te stappen van face-to-face(F2F)-gesprekken op beeldbeltherapie. Beeldbeltherapie heeft belangrijke voordelen, zoals het mogelijk verkorten van de wachttijd voor behandeling door het wegvallen van regioafhankelijkheid en het vergroten van de toegankelijkheid van zorg (Fletcher e.a. 2018). Voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen biedt dit een uitkomst aangezien de wachttijd voor hen problematisch hoog is (Vektis 2021). De omstandigheden door COVID-19 boden de unieke kans om de ervaringen van therapeuten die via beeldbellen aan deze patiëntengroep zorg verlenen in kaart te brengen. Beeldbeltherapie valt onder het begrip *e-therapy*: het verlenen van geestelijke gezondheidszorg door een gecertificeerde gezondheidszorgprofessional via het internet middels e-mail, videobellen, *virtual reality* of chattechnologie, of een combinatie van enige van deze

(Manhal-Baugus 2001; Riper e.a. 2010). ‘Beeldbeltherapie’ definiëren we in deze studie als het psychotherapeutisch behandelen van patiënten via een live- en beveiligde videoverbinding.

Therapie met beeldbellen

Therapie met beeldbellen als behandelmodaliteit blijkt effectief in de behandeling van een aantal psychiatrische stoornissen. In een systematische review naar de effectiviteit van beeldbeltherapie voor depressie werd in 13 van de 14 geïncludeerde RCT's een vergelijkbaar effect gevonden als bij F2F-behandeling. Behandelingen bestonden voornamelijk uit cognitieve gedragstherapie (CGT) en gedragsactivatie (Berryhill e.a. 2018). Ditzelfde vonden Berryhill e.a. (2019) in een andere systematische review waarin zij 6 RCT's includeerden naar de effectiviteit van beeldbeltherapie voor angststoornissen. De gegeven behandelingen waren CGT (3), gedragsactivatie (2) en exposuretherapie (1). In geen van de studies werd

AUTEURS

Bram van der Boom*, psychiater, afd. Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Anne Lagemaat*, medisch secretaresse, Care to Change, Zeist.

Tara Donker, gezondheidspsycholoog en universitair hoofddocent, afd. Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

Judith Bos, gz-psycholoog-psychotherapeut, Praktijk voor Psychotherapie Judith Bos, Zeist.

Odette Brand-de Wilde, klinisch psycholoog en psychotherapeut, Jeugdhulp Friesland, Leeuwarden.

Kasper Nikkels, gz-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog, PsyQ, Amsterdam.

Derek de Beurs, senior onderzoeker, Mentale gezondheid en preventie, Trimbos-instituut, Utrecht.

Arnoud Arntz, hoogleraar, afd. Klinische Psychologie, Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Heleen Ripper, hoogleraar eMental health/klinische psychologie, afd. Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie, Faculteit der Gedrags- en Bewegingswetenschappen, Vrije Universiteit, Amsterdam.

*Gedeeld eerste auteur.

Correspondentie

Bram van der Boom (b.vander.boom@vu.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-8-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):609-616

een statistisch significant verschil in effectiviteit gevonden tussen F2F-therapie en beeldbeltherapie.

Uit reviews over beeldbeltherapie komt uniform naar voren dat veel patiënten dit als veilig (met oog op privacy) ervaren en dat de toegankelijkheid van therapie verbetert door een afname van ervaren stigma en het wegvallen van zowel reistijd als regioafhankelijkheid (Hubley e.a. 2016; Fletcher e.a. 2018). Uit dezelfde onderzoeken blijkt beeldbeltherapie meestal kosten-effectiever dan F2F-behandeling (Hubley e.a. 2016; Fletcher e.a. 2018).

Naast de effectiviteit van beeldbeltherapie zijn sinds het begin van de COVID-19-pandemie ook de ervaringen met beeldbeltherapie van therapeuten onderzocht voor een breed spectrum aan psychische stoornissen zoals stemmings- en angststoornissen (Kamp e.a. 2020; Humer e.a. 2020; Guinart e.a. 2021; Wyler e.a. 2021). De ervaringen van zorgverleners met beeldbellen in Nederland bleken overwegend positief en auteurs noemen beeldbellen een waardevolle aanvulling (Kamp e.a. 2020; De Beurs e.a. 2021).

In de meeste onderzoeken lijkt er een verband te bestaan tussen de houding van zorgprofessionals ten opzichte van beeldbeltherapie en hun ervaring met beeldbeltherapie, zo concluderen Kamp e.a. (2020) en Conolly (2020) in hun reviews. Of therapeuten positief zijn over beeldbeltherapie lijkt samen te hangen met hoeveel ervaring zij daarmee hebben en of ze zich competent voelen (Kamp e.a. 2020; Conolly 2020). Therapeuten met meer ervaring lijken minder nadelen van beeldbeltherapie te zien, zoals technische problemen,

ervaren onpersoonlijk karakter ervan en twijfel aan de geschiktheid van deze modaliteit voor hoogrisicopatiënten dan therapeuten met minder ervaring (Conolly 2020). Naar ons beste weten is er nog geen onderzoek uitgevoerd en gepubliceerd naar de ervaring van therapeuten met beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen.

Schematherapie

Van de volwassen bevolking heeft 4,4-13,5% ten minste één persoonlijkheidsstoornis (Akwa GGZ 2021). De wachttijd voor behandeling van een persoonlijkheidsstoornis bedroeg in 2018-2020 15-20 weken; langer dan voor vrijwel alle andere stoornissen (Vektis 2021). Dit is onder andere te wijten aan de relatief lange behandelduur (1-3 jaar) (Akwa GGZ 2021).

Schematherapie is een bewezen effectieve integratieve psychotherapie (Jacob & Arntz 2013) voor persoonlijkheidsstoornissen (Akwa GGZ 2021). Schematherapie brengt theorie en technieken samen uit de objectrelatietheorie, psychoanalyse, hechtingstheorie, cognitieve gedragstherapie en gestalttherapie (Young e.a. 2019). De belangrijkste concepten binnen de schematherapie zijn *limited reparenting*, schema's, schemamodi, copingstijlen en emotionele basisbehoeften. In recent onderzoek concludeerde men dat de stoelentechniek en imaginatie met *rescripting* (ImRS), twee veelgebruikte technieken in de schematherapie, haalbaar zijn binnen beeldbeltherapie voor psychische stoornissen (Pugh e.a. 2020; Paulik e.a. 2021).

Bender e.a. (2005) beschreven dat de verstoorde patronen in interpersoonlijke relaties bij persoonlijkheidsstoornissen het opbouwen van de therapeutische relatie kunnen bemoeilijken. Een gevolg hiervan kan zijn dat therapeuten beeldbeltherapie anders ervaren bij persoonlijkheidsstoornissen dan bij andere stoornissen. Uit eerder onderzoek is bekend dat patiënten bij beeldbeltherapie over het algemeen een betere therapeutische relatie rapporteren dan hun therapeuten (Simpson 2021). Tijdens de COVID-19-pandemie hebben schematherapeuten noodgedwongen de proef op de som genomen met beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen. In dit onderzoek evalueren wij dit ongeplande experiment.

We verwachten dat het gebruik van beeldbeltherapie door schematherapeuten bij F2F-therapie sterk is toegenomen tijdens de COVID-19-pandemie. Ook verwachten we dat schematherapeuten hun ervaring met beeldbeltherapie positief beoordelen. Voorts vermoeden we dat de houding van schematherapeuten tegenover beeldbeltherapie positiever is geworden in de loop van de COVID-19-pandemie. Tot slot is onze verwachting dat schematherapeuten de effectiviteit van beeldbeltherapie en F2F-therapie voor persoonlijkheidsstoornissen vergelijkbaar inschatten, nu zij daar tijdens de COVID-19-pandemie ervaring mee hebben opgedaan.

METHODE

Procedure

In de periode van 5 februari tot 23 april 2021 nodigde de Vereniging voor Schematherapie al haar leden ($n = 1440$) driemaal via haar nieuwsbrief en LinkedIn uit voor het invullen van een onlinevragenlijst over beeldbeltherapie. Via een link kregen zij toegang tot informatie over het onderzoek en de mogelijkheid om online informed consent te geven, waarna de vragenlijst startte. Inclusiecriteria waren dat respondenten bij aanvang van de COVID-19-pandemie in maart 2020 werkzaam waren als schematherapeut.

Voor dit observationeel crosssectioneel cohortonderzoek ontwikkelden wij een vragenlijst met 48 vragen waaronder 10 vragen met likertschalen, 2 vragen met een schaal van 0-100, 2 vragen met mogelijkheid voor toelichting, 1 open vraag en 1 vraag waarbij een top 4 kon worden gemaakt. Respondenten kregen minimaal 34 vragen voorgelegd en, afhankelijk van hun antwoorden, vervolgvragen. Vervolgens testten we de vragenlijst een aantal keer om de consistentie en logica van de vraagstelling te evalueren en verbeteren. We vatten de vragenlijst hier samen, de volledige vragenlijst is opgenomen in [bijlage 1](#) (online te raadplegen).

De vragenlijst bestond uit a. vragen over sociaal-demografische kenmerken en b. inhoudelijke vragen over zorg op afstand. Allereerst vroegen we bij welk percentage patiënten zorg op afstand werd toegepast voor en na maart 2020, het begin van de lockdown in Nederland

(hierna genoemd: het begin van de COVID-19-pandemie). De overige vragen gingen specifiek over beeldbeltherapie. Respondenten werden onder andere gevraagd hoe positief of negatief hun houding was tegenover beeldbeltherapie op een 5-puntslikertschaal (1 was 'erg negatief' en 5 'erg positief'), en wat de reden daarvan was. Op eenzelfde schaal konden zij aangeven of beeldbeltherapie na verloop van tijd makkelijker of moeilijker werd (1 was 'veel moeilijker' en 5 was 'veel makkelijker'). Daarna konden zij op een 7-puntslikertschaal het verschil tussen de verwachting van beeldbeltherapie en de daadwerkelijke ervaring daarmee aangeven (1 was 'mijn ervaring was veel negatiever dan mijn verwachting' en 7 'mijn ervaring was veel positiever dan mijn verwachting').

Verder vroegen we of betrokkenen een training gevolgd hadden met aandacht voor beeldbeltherapie en of zij de schematherapiesessies hadden aangepast bij beeldbeltherapie. Hierna volgden 5 items waarbij de respondenten op een 7-puntslikertschaal hun beleving van beeldbeltherapie konden beoordelen op verschillende aspecten van de behandeling, zoals effect op de behandelrelatie (1 was 'zeer negatief' en 7 'zeer positief'). Voorts vroegen we naar het door de therapeut ingeschatte effect van beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen in vergelijking met F2F-behandeling. Daarna vroegen we naar het type patiënt bij wie beeldbeltherapie volgens de therapeut beter aansluit dan F2F-therapie. Verder vroegen we naar uitvallers, uitval van sessies, stopzetten van behandelingen en, indien van toepassing, ondersteuning van de werkgever bij het beeldbellen.

Statistische analyses

Om de mate van toepassing van schematherapie middels beeldbellen en de houding van therapeuten tegenover beeldbeltherapie voor en na aanvang van de COVID-19-pandemie te vergelijken voerden we t-toetsen voor gepaarde en onafhankelijke steekproeven uit; de data voldeden aan de assumpties van normale verdeling. We berekenden effectgroottes (Cohens delta) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI). Resultaten werden als significant aangemerkt als $\alpha < 0,05$. Antwoorden op open vragen werden gecategoriseerd en descriptief geanalyseerd. Continue variabelen werden gepresenteerd in gemiddelden (M), standaarddeviaties (SD) en bereik van antwoordopties, categorische variabelen werden gepresenteerd in frequenties en percentages. Voor de statistische analyse gebruikten we SPSS versie 21.

RESULTATEN

Respondenten

Van de 1440 leden van de Vereniging voor Schematherapie vulden 130 leden de vragenlijst in. Alle leden hebben de opleiding tot schematherapeut gevolgd of zijn in opleiding (deze laatsten zijn aspirant-lid). Van deze 130

Tabel 1. Kenmerken van de steekproef (n = 83)

Variabelen	n (%)
Geslacht	
Vrouw	65 (78)
Leeftijd (in jaren)	
< 45	70 (84)
> 60	13 (16)
Niveau van ervaring	
Aspirant-lid (basisopleiding gevolgd)/junior schematherapeut (1 jaar ervaring)	28 (34)
Senior schematherapeut (3 jaar ervaring)/supervisor schematherapeut (5 jaar ervaring)	55 (67)
Werksetting (meerdere antwoorden mogelijk)	
Vrijgevestigd	27 (33)
Algemene ggz/poli/deeltijd/klinisch	68 (76)
Jeugdhulpverlening	2 (2)
Leeftijd patiënten in jaren (meerdere antwoorden mogelijk)	
0-17	5 (6)
18-64	79 (95)
> 65	19 (23)
Belangrijkste doelgroep	
Cluster B	11 (13)
Cluster C	24 (29)
Cluster A, B, C, en NOS	38 (46)
Anders (combinatie van/met persoonlijkheidsstoornissen)	10 (12)
(Ook) werkend met groepen	52 (63)

respondenten vulden 38 leden alleen demografische vragen in. Derhalve werden hun gegevens niet in onze analyse betrokken, evenmin als die van 9 respondenten

die een andere doelgroep dan persoonlijkheidsstoornissen als belangrijkste doelgroep behandelden. In totaal gebruikten we de antwoorden van 83 respondenten in de analyse (5,8% van de leden van de Vereniging voor Schematherapie). Van hen beantwoordden 6 personen niet alle vragen. Derhalve varieerde de steekproefgrootte tussen de n = 77 en n = 83. De respondenten behandelden in 2019 gemiddeld 22 patiënten, 66% (n = 55) was senior of supervisor schematherapeut (> 3 jaar ervaring) en 63% (n = 52) behandelde ook groepen met schematherapie. **Tabel 1** geeft inzicht in de achtergrond van de respondenten.

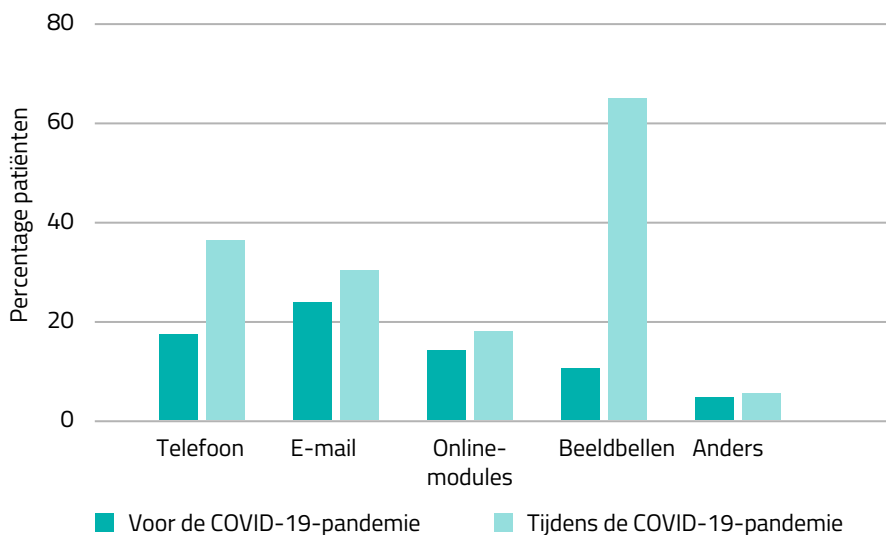
Toepassing schematherapie middels beeldbellen

Schematherapeuten (n = 82) maakten bij een significant groter percentage van hun patiënten gebruik van beeldbeltherapie sinds het begin van de COVID-19-pandemie (M = 64; SD = 30, uitersten = 0-100) vergeleken met voor aanvang daarvan (M = 10; SD = 25; t(82) = -14; p < 0,001). Gemiddeld steeg het aandeel patiënten waarbij schematherapie middels beeldbellen werd toegepast met 54% (95%-BI: 47-62; uitersten: 0-100) (zie **figuur 1**).

Beleving van schematherapie middels beeldbellen

De schematherapeuten (n = 77) scoorden hun beleving van beeldbeltherapie gemiddeld voor alle aangegeven aspecten als neutraal tot enigszins positief (zie **tabel 2**). De positieve en negatieve effecten die het meest werden gerapporteerd, staan in **tabel 3**. De meest genoemde positieve effecten op de patiënt waren dat deze geen reistijd of -kosten had, zich veiliger voelde wat betref COVID-19, meer flexibiliteit ervoer bij het plannen van sessies en zich comfortabeler voelde in de huiselijke context. De negatieve ervaringen die het meest genoemd

Figuur 1. Gebruik van zorg op afstand door schematherapeuten (n = 82) bij patiënten (%) voor aanvang en tijdens de COVID-19-pandemie (meerdere antwoorden mogelijk)



Tabel 2. Beleving van schematherapeuten van beeldbeltherapie op een 7-puntslikertschaal (n = 77), waarbij 1 = zeer negatief en 7 = zeer positief

Variabelen	M (SD)
Gebruiksvriendelijkheid voor u als therapeut	4,57 (1,66)
Gebruiksvriendelijkheid voor de patiënt (inschatting)	4,49 (1,46)
Effect op de behandelrelatie	4,18 (1,32)
Effect op de mate van contact tussen u en de patiënt	4,08 (1,29)
Effect op de controle over de behandeling voor u als therapeut	4,16 (1,39)

werden, waren technische problemen met internetverbinding, beeld en geluid, en gehorigheid/gebrek aan privacy bij de patiënt thuis. Negatieve ervaringen die het minst werden gerapporteerd, waren problemen met crisishantering en dissociatie.

De schematherapeuten (n = 82) gaven aan dat beeldbeltherapie na verloop van tijd makkelijker werd (M = 4,25; SD = 0,77; uitersten: 1-5) (zie **figuur 2**) en dat hun ervaring met beeldbeltherapie in positieve zin verschilde van hun verwachting daarvan bij aanvang van de COVID-19-pandemie (M = 5,17; SD = 1,32; uitersten: 1-7) (zie **figuur 3**).

Houding tegenover beeldbeltherapie

Schematherapeuten (n = 81) gaven aan dat zij sinds het begin van de COVID-19-pandemie een significant meer positieve houding hadden ten aanzien van beeldbeltherapie (M = 2,75; SD = 1,16; uitersten: 1-5) vergeleken met voor aanvang van daarvan (M = 2,46; SD = 1,01; t(80) = 9,65; p < 0,001). De gemiddelde verbetering in de houding tegenover schematherapie middels beeldbellen was 1,30 (95%-BI: 1,03-1,56).

Als redenen voor een (zeer) positieve houding voor aanvang van de COVID-19-pandemie noemden de therapeuten vooral eerdere positieve ervaringen met beeldbeltherapie, na aanvang daarvan rapporteerden zij vooral dat beeldbeltherapie goed of beter werkte dan gedacht en dat beeldbellen veel mogelijkheden bood. Redenen voor een negatieve houding waren vooral zorgen over de kwaliteit van het contact met de patiënt (zowel voor als na aanvang van de COVID-19-pandemie) en de gedachte dat beeldbeltherapie niet (even) effectief zou zijn (als F2F-therapie).

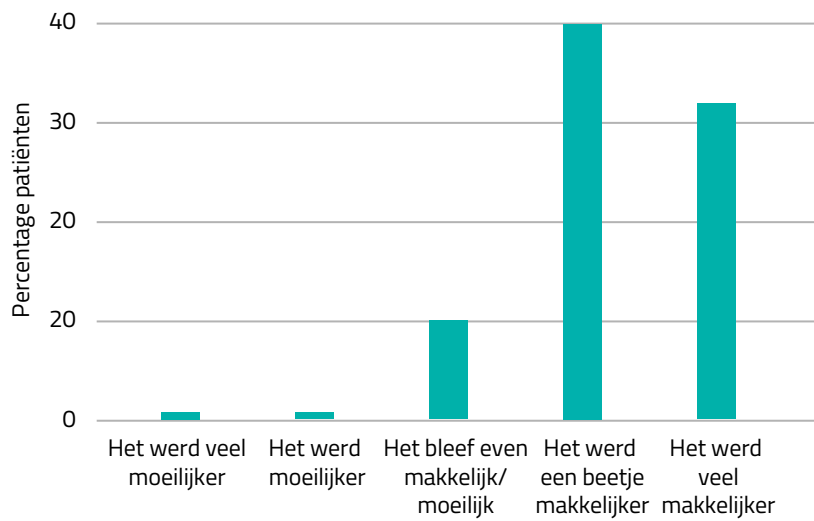
Beeldbeltherapie versus F2F-therapie

Bijna de helft (47%; n = 36) van de schematherapeuten (n = 77) schatte F2F-behandeling effectiever en 20% (n = 15) als veel effectiever in dan beeldbeltherapie. Een derde (34%; n = 26) van de schematherapeuten schatte beeldbeltherapie even effectief in als F2F-schematherapie. Geen van hen leek schematherapie middels beeldbellen effectiever dan F2F-schematherapie te vinden.

Tabel 3. Positieve en negatieve effecten van beeldbeltherapie op de patiënt zoals ervaren door schematherapeuten op basis van voorgestelde categorieën (n = 77)

Items	Frequentie (%)
Positieve effecten (meerdere antwoorden mogelijk)	
De patiënt voelt zich meer comfortabel binnen de huiselijke context	28 (34)
De patiënt voelt zich veiliger met betrekking tot COVID-19	46 (56)
De patiënt krijgt meer eigen regie en wordt meer zelfredzaam	8 (10)
De patiënt kan iets vertrouwds/troostends vasthouden, zoals een kussen, een deken of een huisdier	18 (22)
De patiënt kan in comfortabele kleding therapie volgen	16 (19)
De patiënt heeft geen reistijd en/of reiskosten	64 (77)
De patiënt ervaart meer flexibiliteit als het gaat om tijden waarop therapie kan worden gepland	28 (34)
Anders	4 (5)
Negatieve effecten (meerdere antwoorden mogelijk)	
Gehorigheid in de ruimte van de patiënt	36 (43)
Gehorigheid in de werkruimte van de therapeut	16 (19)
Gebrek aan privacy in de ruimte van de patiënt	50 (60)
Moeite om elkaar te verstaan	41 (49)
Moeite met het beeld/de camerahoek	34 (41)
Problemen met de internetverbinding	70 (84)
Problemen bij crisishantering	11 (13)
Problemen in verband met dissociatie	8 (10)
Anders	15 (18)

Figuur 2. Mate waarin schematherapeuten (n = 81) de toepassing van beeldbeltherapie moeilijker of makkelijker vonden in de loop van de COVID-19-pandemie



Aanvullende bevindingen

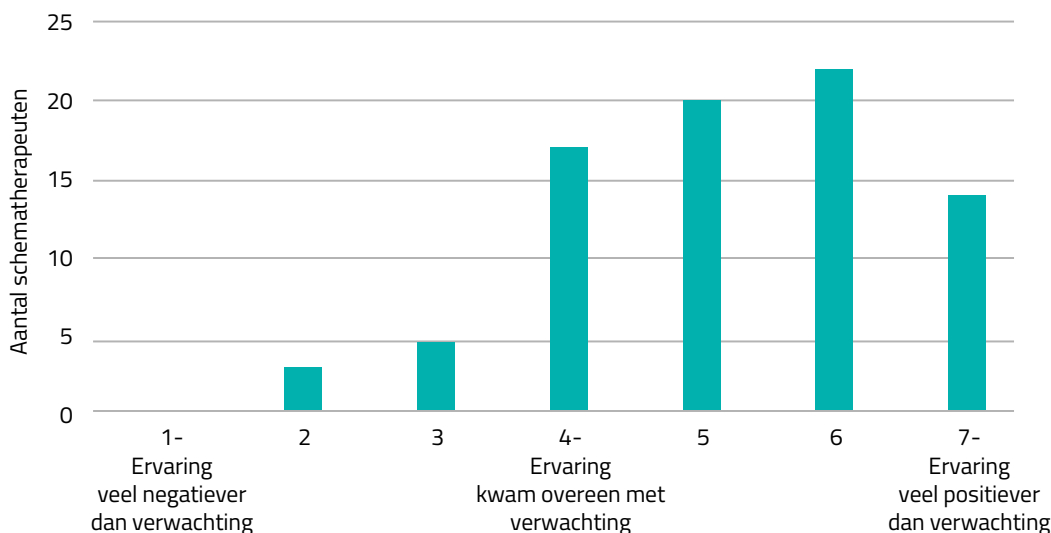
Tijdens exploratieve analyses viel op dat 36% (n = 28) van de respondenten (n = 77) inschatte dat beeldbeltherapie bij bepaalde patiënten beter paste dan bij andere patiënten (de overige 64% (n = 49) vermoedde van niet). Hierbij werden patiënten beschreven met lichte klachten, voornamelijk cluster C-persoonlijkheidsproblematiek (angstige, vermijdende patiënten), een sterke motivatie en/of een goede behandelrelatie. Verder paste 45% (n = 37) van de respondenten (n = 81) de schematherapiesessies aan bij beeldbeltherapie: 16% (n = 13) kortte de sessies in en 30% (n = 24) paste de behandeling op een andere manier aan, waarbij het

veranderen van oefeningen of interventies (n = 10) en het inlassen van een pauze (n = 5) het meest werden genoemd.

DISCUSSIE

In dit observationeel crosssectioneel onderzoek hebben de respondenten over het algemeen, ondanks enige negatieve kanttekeningen, een positief oordeel over hun ervaring met beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen tijdens de COVID-19-pandemie. Het gebruik van beeldbeltherapie nam in deze periode significant toe en de houding van de therapeuten tegenover beeld-

Figuur 3. Ervaring van schematherapeuten (n = 81) met beeldbeltherapie in vergelijking met hun verwachting daarvan (1 = mijn ervaring was veel negatiever dan mijn verwachting; 7 = mijn ervaring was veel positiever dan mijn verwachting)



beltherapie werd significant positiever in vergelijking met de periode voor de pandemie. In tegenstelling tot onze verwachtingen schatte de meerderheid van de schematherapeuten de effectiviteit van beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen lager in dan die van F2F-behandeling.

Onze bevindingen zijn in lijn met eerder onderzoek naar de ervaringen van therapeuten met beeldbeltherapie voor psychische stoornissen zoals depressie en angst, waarin werd geconcludeerd dat therapeuten overwegend positief waren over beeldbeltherapie (Hubley e.a. 2016; Fletcher e.a. 2018; Kamp e.a. 2020). Naast een positievere houding gaven schematherapeuten aan dat zij beeldbeltherapie makkelijker waren gaan vinden in de loop van de COVID-19-pandemie, een periode waarin schematherapeuten, conform de toen geldende richtlijnen van de overheid, significant meer gebruikmaakten van beeldbeltherapie. Dit komt overeen met de constatering van Conolly (2020) dat de positieve houding van therapeuten tegenover beeldbeltherapie onder andere samenhangt met hun mate van ervaring. Een kanttekening is hierbij op zijn plaats; de houding van schematherapeuten is wellicht ook verbeterd door de mogelijk toegenomen acceptatie in de algemene populatie van beeldbellen als communicatiemiddel in de loop van de pandemie en door de noodzaak van het gebruik ervan ('beter iets dan niets'). Eerder onderzoek wijst op vergelijkbare effectiviteit van beeldbeltherapie en F2F-behandeling bij stemmings- en angststoornissen (Berryhill e.a. 2018; 2019). Ondanks dat mogelijk hetzelfde geldt voor persoonlijkheidsstoornissen laten onze bevindingen zien dat de subjectieve beoordeling van de therapeuten over de effectiviteit van schematherapie middels beeldbellen versus F2F-schematherapie voor persoonlijkheidsstoornissen minder positief is dan we hadden verwacht. Hierbij kunnen we opmerken dat uit onderzoek van Simpson (2021) bleek dat therapeuten gemiddeld minder positief zijn over beeldbellen dan hun patiënten. De inschatting van de schematherapeuten in dit ongecontroleerde onderzoek is mogelijk toe te schrijven aan de ongunstige omstandigheden waaronder de schematherapeuten en hun patiënten de beeldbeltherapie tijdens de COVID-19-pandemie moesten realiseren (Kamp e.a. 2020). De patiëntenpopulatie die tijdens de pandemie behandeld werd met schematherapie middels beeldbellen heeft namelijk geen consent kunnen geven zoals dat bij een RCT gebruikelijk is, met andere woorden, ze werden gedwongen de overstap te maken naar beeldbeltherapie. Daarnaast hebben de schematherapeuten zich niet voor kunnen bereiden zoals ze dat voor een geplande beeldbeltherapie zouden doen (Paulik e.a. 2021). Dit zou de negatief gekleurde mening van schematherapeuten over de vergelijkbaarheid van F2F-behandeling versus beeldbeltherapie voor persoonlijkheidsstoornissen deels kunnen verklaren. Dit vermoeden wordt ondersteund door de antwoorden op de andere onderzoeksvragen in onze studie, waarin de respondenten voornamelijk technische problemen benoemden.

De minder positieve beoordeling van de vergelijkbaarheid van beeldbeltherapie en F2F-schematherapie zou ook te maken kunnen hebben met de complexiteit van de problematiek bij persoonlijkheidsstoornissen (Bender 2005) of doordat de kern van schematherapie, *limited reparenting*, via beeldbellen minder tot zijn recht komt doordat non-verbale aspecten hiervan, zoals aanraking en fysieke nabijheid, beperkt mogelijk zijn.

Sterke kanten en beperkingen

Doordat deze steekproef volledig bestond uit schematherapeuten met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als primaire doelgroep, konden we de ervaringen met beeldbeltherapie voor deze specifieke behandeling en deze specifieke doelgroep onderzoeken. Bovendien zijn aspecten van het onderzoek relevant voor alle ggz-behandelaren die beeldbeltherapie geven. Dit onderzoek heeft ook een aantal beperkingen. Hoewel de resultaten aansluiten bij de eerdergenoemde literatuur over dit onderwerp, zijn deze mogelijk niet generaliseerbaar naar schematherapeuten in het algemeen, gezien de beperkte steekproefgrootte (5,8% van de leden van de Vereniging voor Schematherapie) (Hubley e.a. 2016; Fletcher e.a. 2018; Kamp e.a. 2020). Verder zijn wellicht vooral schematherapeuten die hun patiënten met beeldbeltherapie hebben behandeld en/of daar positief tegenover stonden, geneigd geweest om een vragenlijst in te vullen over beeldbellen. Daarnaast moeten we er bij de interpretatie van de resultaten meewegen dat ons onderzoek gericht is op de ervaringen van therapeuten en dat het patiëntenperspectief niet vertegenwoordigd is. Een laatste beperking is het gebrek aan validatie van de gebruikte vragenlijst. We hebben afgezien van validatie omdat het type vraagstuk zich daar niet voor leent.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In dit onderzoek hebben we ons gericht op de ervaring van schematherapeuten met beeldbellen. Vervolgonderzoek is nodig naar de ervaring van patiënten alsmede een gerandomiseerde klinische trial naar de effectiviteit van schematherapie middels beeldbellen voor persoonlijkheidsstoornissen in vergelijking met F2F-schematherapie. Daarbij is het belangrijk om te differentiëren tussen het onderzoek voor verschillende persoonlijkheidsstoornissen dan wel clusters. Omdat persoonlijkheidsstoornissen sterk van elkaar verschillen, is het mogelijk dat beeldbeltherapie bij bepaalde persoonlijkheidsstoornissen beter aansluit.

Ook de vraag of schematherapie bij gebruik van beeldbellen aangepast moet worden, zou men kunnen onderzoeken vanwege de belangrijke rol die fysieke nabijheid kan spelen in schematherapie. Tot slot is het belangrijk te onderzoeken in hoeverre schematherapeuten na de COVID-19-pandemie

beeldtherapie blijven inzetten in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

CONCLUSIE

De therapeuten beoordeelden schematherapie middels beeldbellen over het algemeen positief in ons onderzoek, zeker naarmate ze er meer ervaring mee hebben. De uit eerder onderzoek reeds bekende voordelen van beeldtherapie bij andere stoornissen zoals wachttijdverkorting, vergroten van de toegankelijkheid van zorg en kostenbesparing, zouden daarom op basis van ons onderzoek ook van toepassing kunnen zijn bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen met schematherapie.

LITERATUUR

- Akwa G. Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen: Kwaliteitsontwikkeling ggz. 2017. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen>
- Bender DS. The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *J Psychiatr Pract* 2005; 11: 73-87.
- Berryhill MB, Culmer N, Williams N, e.a. Videoconferencing psychotherapy and depression: A systematic review. *Telemed J E Health* 2018; 25: 435-46.
- Berryhill MB, Halli-Tierney A, Culmer N, e.a. Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Fam Pract* 2019; 36: 53-63.
- Connolly SL, Miller CJ, Lindsay JA, e.a. A systematic review of providers' attitudes toward telemental health via videoconferencing. *Clin Psychol* 2020; 27: e12311.
- De Beurs E, Blankers M, Goudriaan A, e.a. Zorgverlening in tijden van corona: Ervaringen van behandelaars met zorg op afstand. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 242-9.
- Fassbinder E, Hauer A, Schaich A, e.a. Integration of e health tools into face-to-face psychotherapy for borderline personality disorder: A chance to close the gap between demand and supply? *J Clin Psychol* 2015; 71: 764-77.
- Fletcher TL, Hogan JB, Keegan F, e.a. Recent advances in delivering mental health treatment via video to home. *Curr Psychiatry Rep* 2018; 20: 1-9.
- Guinart D, Marcy P, Hauser M, e.a. Mental health care providers' attitudes toward telepsychiatry: A systemwide, multisite survey during the covid-19 pandemic. *Psychiatr Serv* 2021; 72: 704-7.
- Hubble S, Lynch SB, Schneck C, e.a. Review of key telepsychiatry outcomes. *World J Psychiatry* 2016; 6: 269.
- Humer E, Stippl P, Pieh C, e.a. Experiences of psychotherapists with remote psychotherapy during the covid-19 pandemic: Cross-sectional web-based survey study. *J Med Int Res* 2020; 22: e20246.
- Jacob GA, Arntz A. Schema therapy for personality disorders - a review. *Int J Cogn Ther* 2013; 6: 171-85.
- Kamp D, Machielsen G, van Os J. Voorpublicatie: De toepassing van psychotherapeutische behandeling via beeldbellen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 2020; 3. <https://www.tijdschriftvoorpsychotherapie.nl/archief/jaargang-2020-uitgave-3/11676/>
- Manhal-Baugus M. E-therapy: practical, ethical, and legal issues. *Cyberpsychol Behav* 2001; 4: 551-63.
- Paulik G, Maloney G, Arntz A, e.a. Delivering imagery rescripting via telehealth: Clinical concerns, benefits, and recommendations. *Curr Psychiatry Rep* 2021; 23: 1-10.
- Pugh M, Bell T, Dixon A. Delivering tele-chairwork: A qualitative survey of expert therapists. *Psychother Res* 2020: 1-16.
- Riper H, Andersson G, Christensen H, e.a. Theme issue on e-mental health: A growing field in internet research. *J Med Internet Res* 2010; 12(5): e74.
- Simpson S, Richardson L, Pietrabissa G, e.a. Videotherapy and therapeutic alliance in the age of COVID 19. *Clin Psychol Psychother* 2021; 28: 409-21.
- Vektis. Factsheet wachttijd informatie ggz. 2021 <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>
- Wylter H, Liebrecht M, Ajdacic-Gross V, e.a. Treatment provision for adults with ADHD during the COVID-19 pandemic: An exploratory study on patient and therapist experience with on-site sessions using face masks vs. telepsychiatric sessions. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 1-16.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schemagerichte therapie. *Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2019.