

# Trauma en behandeling in groepsschematherapie

*Pleidooi voor een samenhangende behandeling, individueel én in de groep.*

Door **Els Loeb**, klinisch psycholoog, psychotherapeut, cognitief gedragstherapeut en supervisor VGct, groepspsychotherapeut en schematherapeut.

*In menig multidisciplinair team wordt gediscussieerd over het wel of niet behandelen van trauma's van de individuele cliënt in de groep of in individuele gesprekken met de psychotherapeut. In dit artikel over klinische groepsschematherapie wordt gepleit voor het doen van beide, omdat dan gebruik kan worden gemaakt van verschillende technieken zoals imaginatie met rescripting, EMDR en imaginaire exposure, die op verschillende aspecten van de problematiek lijken in te grijpen. Daardoor zijn de groepsbehandeling en de individuele behandeling een mooie aanvulling op elkaar en sluiten zij elkaar niet uit, en kan het groepsdynamisch proces zich voltrekken.*

Het Centrum voor Psychotherapie van Pro Persona biedt behandeling aan mensen met persoonlijkheidsproblematiek bij wie ambulante behandelingen onvoldoende resultaat hebben gehad. De cliënt kan tijdens de behandeling van acht maanden zowel klinisch als dagklinisch in behandeling zijn. Cliënten worden in de intake geïndiceerd voor het psychodynamische cluster óf voor het schematherapiecluster.

Dit artikel is een bewerking van de lezing die gehouden werd op het middagsymposium van Pro Persona op 9 maart 2015. De auteur was destijds werkzaam in het schematherapiecluster.

## **Wat te doen?**

Stelt u zich eens voor. U zit als groepstherapeut in een groep en Nick vertelt dat hij helemaal gek wordt van Carolien. De groep heeft deze week de taak om te zorgen voor de boodschappen, het eten, huis en tuin. Iedere week verzorgt een van de vier groepen de zogenoemde 'huis- tuin- en keukentherapie'. Door gezamenlijk diverse taken uit te voeren, lopen cliënten tegen patronen aan waar ze ook in hun dagelijks leven in hun eigen omgeving tegenaan lopen. Tijdens de behandeling wordt actief gebruikgemaakt van de gebeurtenissen tijdens deze activiteiten. Zo wordt 'met een vergrootglas' gekeken naar wat er gebeurt, om cliënten te helpen hun reacties en hun gedrag te onderzoeken en verandering aan te kunnen brengen in hun patronen met behulp van schematherapie. Nick

vertelt dat hij niet weet wat hij nog meer kan doen om hun gezamenlijke taak uit te voeren. Carolien weigert om samen met Nick het afval weg te brengen naar de vuilcontainers in de schuur. Nick is gewend het de ander naar de zin te maken. In de casusconceptualisatie komt naar voren dat Nick gemakkelijk in het schema ‘zelfopoffering’ terecht komt en vanuit de modus ‘willoze inschikkelijke’ handelt. Hij is geneigd deze taak alleen uit te voeren, nu Carolien aangeeft de taak niet op zich te willen nemen, maar de groep is het daar niet mee eens. Nick is zichtbaar ongelukkig met de situatie, terwijl Carolien afwerend en bagatelliserend reageert. Carolien reageert regelmatig vanuit de modus ‘onthechte beschermer’. Dit gebeurt op momenten dat zij angstig wordt en zich niet wil laten raken. Ze zegt ‘het allemaal onzin te vinden’. Om dit te onderschrijven gebruikt zij het argument dat zij op maandag het afval heeft weggebracht toen Nick een gezinsgesprek met zijn ouders had. Daarom mag hij het nu doen. Bij iedere vraag of reactie van Nick en de groep haalt Carolien haar schouders op. Ze vraagt ‘of er niet verder gegaan kan worden, zonde van de tijd’.

U, als psychotherapeut, weet dat Carolien door haar veel oudere broer in de schuur seksueel is misbruikt vanaf haar zesde jaar en u vermoedt dat dit in deze situatie een belangrijke rol speelt. De groep is niet op de hoogte van het seksueel misbruik in de jeugd van Carolien.

U staat voor een dilemma. U kunt op verschillende manieren interveniëren.

Bijvoorbeeld:

- u vraagt aan Carolien of zij een idee heeft wat maakt dat zij niet met Nick het afval naar de schuur wil brengen.
- u zegt tegen de groep dat Carolien duidelijk aangeeft dat zij dit niet wil en dat zij de grenzen van Carolien moeten respecteren en u vraagt Nick wat er in hem geraakt wordt als iemand niet met hem samen wil werken.
- u biedt Carolien een individueel gesprek aan, omdat het voor u duidelijk is dat dit te maken heeft met het seksueel misbruik en u van mening bent dat seksueel misbruik niet in de groep besproken kan worden.
- u legt de link zelf en zegt dat u gelezen heeft in het intakeverslag dat Carolien seksueel misbruikt is door haar broer in de schuur en dat ze daarom mogelijk nu niet in de schuur durft te komen met een mannelijke groepsgenoot.

Kiest u een van deze interventies of kiest u een andere interventie? Hoe in groepsschematherapie in een milieutherapeutische setting om te gaan met een trauma is een niet gemakkelijk te beantwoorden vraag. Toch is dit de dagelijkse praktijk en zoeken we naar wat helpend is voor deze groep cliënten. Methodische uitgangspunten en onderzoeksbevindingen helpen de praktijk vorm te geven en helpen ons te verantwoorden wat we doen.

### **Methodische dilemma's**

Schematherapie is ontwikkeld als een individuele therapie voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Schema's,

patronen van denken, voelen, handelen, ervaringen, (herinnerings)beelden, ontstaan volgens Young en anderen (2005) als gevolg van:

- onaangename frustratie van behoeften: iets goeds te weinig meemaken (gemis);
- traumatisering (beschadiging);
- teveel van iets goeds (overbescherming en verwenning, en ten gevolge daarvan gebrek aan autonomie of realistische grenzen);
- selectieve internalisering of identificatie met belangrijke anderen (bijvoorbeeld eigen maken van de mishandelende ouder, mogelijk afhankelijk van temperament).

Het doel van schematherapie is cliënten te helpen zich te ontwikkelen tot autonome, voor zichzelf zorgdragende volwassenen. De attitude van de therapeut is als een ouder die zorgt voor en eisen stelt die passen bij de leeftijd en de mogelijkheden van een kind (limited reparenting). Het tegemoet komen aan de basisbehoeften (veilige hechting, autonomie / competentie / identiteitsgevoel, zelfexpressie, spontaniteit en spel, realistische grenzen) staat hierin centraal. Alle interventies zijn een middel om dat doel te bereiken.

Uit de wijze waarop schema's kunnen ontstaan kunnen we opmaken dat onder traumatisering wordt verstaan het opdoen van beschadigende ervaringen. Traumatisering is een breder begrip dan het begrip 'trauma'. De criteria voor gebeurtenissen die in aanmerking komen voor het predicaat 'trauma-

tische' gebeurtenis is in de DSM 5 explicie-ter geworden. Hieronder vallen naast het zelf meemaken van een traumatische gebeurtenis ook het vernemen dat een familielid of vriend(in) een traumatische gebeurtenis is overkomen óf het herhaaldelijk blootgesteld worden aan akelige details die met de traumatische gebeurtenis te maken hebben.

Alle cliënten die in behandeling komen in het schematherapiecluster op het Centrum voor Psychotherapie hebben in hun leven traumatische ervaringen opgedaan als gevolg van de frustratie van basisbehoeften zoals in de schematherapie beschreven wordt, maar niet iedereen heeft een posttraumatische stressstoornis als gevolg van een traumatische gebeurtenis.

Carolien heeft naast de persoonlijkheidsproblematiek, als reactie op het seksueel misbruik door haar broer, een posttraumatische stressstoornis ontwikkeld. Om de vraag te kunnen beantwoorden of deze klachten in de groep of individueel behandeld moeten worden, zal vanuit een methodische visie zowel op individueel niveau als op groepsniveau gehandeld moeten worden. We willen immers voorkomen dat cliënten getraumatiseerd worden door wat mede-clie-nten in de groep vertellen. Het gevaar hiervoor wordt onderschreven door de criteria voor de posttraumatische stressstoornis in de DSM 5; ook het vernemen van een traumatische gebeurtenis bij een naaste óf het blootgesteld worden aan het herhaaldelijk horen van akelige details kan leiden tot het ontstaan van posttraumatische stressklach-

ten. Cliënten werken zo nauw met elkaar samen in de groep en in het leefmilieu, dat het gevaar voor deze beide stressoren aanwezig is als cliënten vrijelijk praten over hun traumatische ervaringen.

Maar waar ligt de grens van wat wel of niet, of hoe gedetailleerd iets besproken kan worden in de groep? Zijn de voortdurende vernederende opmerkingen die een cliënt vanaf jongs af aan heeft ondergaan en daar uitgebreid over praten minder intrusief en belastend voor medegroepsleden dan seksueel misbruik? Of de pestervaringen op school, zonder dat er een doodsbedreiging was, kan daar gedetailleerd over gesproken worden?

### **Derde interventieniveau**

Joan Farrell en Ida Shaw zijn op dit moment leidend in de ontwikkeling van groepsschematherapie. Zij hebben *limited reparenting* vertaald naar *family reparenting*. Van een ouder-kindrelatie naar een familie- of gezinsrelatie. De therapeuten hebben de attitude van ouders in een gezin. Zij dragen zorg voor de behoeften van iedere cliënt in de groep en begrenzen daar waar dat nodig is. Farrell en Shaw (2012, 2014) zijn de afgelopen jaren meer aandacht gaan besteden aan de groepsdynamische processen die in hun groepen plaatsvinden. Naast aandacht voor de ontwikkelingsfasen van de groep maken zij gebruik van de therapeutische of genezende factoren van de groep volgens Yalom (1981).

Het model van Farrell en Shaw is goed toepasbaar op ambulante groepen of deeltijdgroepen waarbij op twee interventieniveaus

wordt gewerkt, het individu en de groep. In een milieutherapeutische setting komt daar een derde interventieniveau bij, het totale leef- en behandelmilieu. Hoe kan limited reparenting en family reparenting vertaald worden naar een milieutherapeutische setting? Welke metafoor sluit daarbij het beste aan? Kunnen we spreken van één grote familie, bestaande uit de cliëntengroep in zijn totaal (vier groepen van negen cliënten) en het behandelteam? Of kunnen we de afzonderlijke cliëntengroepen (van negen cliënten) zien als afzonderlijke gezinnen die met elkaar te maken hebben alsof het familie is of naaste burens zijn? In een milieutherapeutische setting is de visie op de samenhang van alle onderdelen van de behandeling leidend voor de methodiek die gebruikt wordt. De hiervoor genoemde metaforen kunnen helpen bij het motiveren van de keuzes die gemaakt worden ten aanzien van de interventies bij het werken aan trauma's van individuele cliënten. Als we het therapeutisch milieu als één grote familie zien, betekent dit dat onderlinge grenzen anders gehanteerd zullen worden dan als de groepen als burens of verre familie gezien worden. De keuze die hierin gemaakt wordt is ook bepalend voor hoe op de verschillende interventieniveaus geïntervenieerd wordt.

Enerzijds wordt ernaar gestreefd de grenzen tussen de drie interventieniveaus, individu, groep en leef- en behandelmilieu, zo helder mogelijk neer te zetten, zodat er voldoende veiligheid ontstaat. Anderzijds kunnen grenzen leiden tot het beperken van het speelveld waarop de behandeling plaatsvindt en bereiken we onbedoeld het tegenovergestelde van

wat we willen. Cliënten hebben voldoende vrijheid nodig om zich te kunnen uiten, te onderzoeken en te experimenteren. Wat gebeurt er in een groep en met een cliënt als de boodschap gegeven wordt dat dit onderwerp niet geschikt is om in de groep te bespreken en dat de cliënt de gelegenheid heeft om dit onderwerp in een individueel gesprek met de psychotherapeut te bespreken?

### Vrijheid en grenzen

Omdat in de schematherapie gewerkt wordt met limited reparenting wordt de metafoor van het gezin gebruikt. Wat zou er in een kind kunnen omgaan als ouders aan tafel tegen een broer of zus zeggen als er iets aan de hand is en de spanning voelbaar is: 'Daar praten we straks wel over als de anderen er niet bij zijn'? Hierop zijn verschillende reacties denkbaar. Mogelijk is het kind gerustgesteld en voelt het zich niet belast met wat er met broer of zus aan de hand is en kan het daarna weer zorgeloos verder spelen als gevolg van de gestelde grenzen. Mogelijk krijgt het kind fantasieën over wat er aan de hand is en durft het kind niets meer te vragen. Ook is het mogelijk dat het kind vraagt wat er aan de hand is en een ontwijkend antwoord krijgt. Mogelijk zal het kind ervoor kiezen om als er met zichzelf iets aan de hand is dit niet aan tafel te vertellen. In dat geval wordt de gestelde grens een beperking van het zich vrij kunnen uiten.

Wat in dit voorbeeld gebeurt, kan op eenzelfde manier in een groepstherapie voor-

vallen als cliënten ontmoedigd worden om over bepaalde onderwerpen in de groep te praten en deze te bespreken in een individueel gesprek. Het gevolg van het ontmoedigen van praten over trauma's in de groepstherapie kan tot gevolg hebben dat het groepstherapeutische proces stagneert.

In de literatuur van de groepsdynamica vinden we hiervoor enkele aanwijzingen. Zoals:

- normering. Er wordt een norm gesteld, namelijk 'wij praten niet over wat emotioneel heftig is'. Als dit de norm wordt, is dit het einde van de groepstherapie. Het kunnen praten over emotioneel beladen onderwerpen is belangrijk, omdat dan de therapeutische factoren van de groep zijn werking kunnen doen. Alle groepsleden hebben traumatische ervaringen die op ieder een sterke emotionele wissel hebben getrokken. Alle onderwerpen zijn gerechtvaardigd om in te brengen. Het gaat immers om wat de cliënt beleeft en nodig heeft en niet om het gebeuren op zich. De groepstherapeut wil geen waardeoordeel geven over de beleving;
- basisovertuigingen volgens Bion. Er wordt een 'bondje' gevormd tussen één cliënt en de therapeut. Bij een *pairing off* houdt een groep op met samenwerken. Zij wachten op een verlossende gebeurtenis die alles zal veranderen. En de afhankelijke basisovertuiging maakt dat de groep ervan overtuigd is dat de therapeut alwetend en almachtig is en alles kan geven waar zij naar verlangen (Berk, 2005). Ook op de individuele cliënt kan het ont-

moedigen van praten over trauma's een negatief effect hebben. Aan de cliënt wordt de boodschap gegeven dat deze ervaring 'het daglicht niet kan verdragen'. Vaak is een cliënt die een seksueel trauma heeft meege maakt in een sociaal geïsoleerde positie terechtgekomen omdat hij er niet over kon of mocht praten. Als we de cliënt uitnodigen om in een individueel gesprek met de therapeut te praten over de traumatische ervaring in plaats van in de groep, bekrachtigen we het geheim houden, en daarmee schaamte en schuldgevoelens én de geïsoleerde positie.

Hoe kunnen psychotherapeuten de veiligheid in een groep bewaken, waarbij de cliënten vrij zijn te praten over wat zij beleven en tegelijkertijd elkaar niet wederzijds traumatiseren? Welke technieken staan ons ter beschikking? En waar grijpen deze technieken op in?

## Technieken

Schematherapie is een integratief model en schematherapeuten maken gebruik van werkzame technieken om het doel van de behandeling te bereiken. De afgelopen twee decennia is er meer inzicht verkregen in de wijze waarop informatie verwerkt wordt. Young et al. (2005) maken in het handboek voor therapeuten gebruik van een publicatie uit 1996 van LeDoux waarin geconcludeerd wordt dat de amygdala de emotionele herinnering opslaat, terwijl de hippocampus en de neocortex de cognitieve herinnering opslaat. Deze variaties in informatieverwerking geven de noodzaak aan van het gebruik

van verschillende technieken binnen de psychotherapie. Dit is de reden dat naast cognitieve en gedragstechnieken, de experiëntiële technieken in de schematherapie zijn opgenomen.

Imaginatie met rescripting is een experiëntiële techniek die gebruikt wordt bij trauma-behandeling. Het doel van deze techniek is tweeledig. Het eerste doel is het geblokkeerde affect te bereiken, emoties te voelen en uit te drukken. Het tweede doel is tegemoet te komen aan de basisbehoeften van de cliënt door bescherming en troost te bieden. De cliënt is in het heden onvoldoende in staat zijn basisbehoeften te vervullen op grond van de ervaringen uit het verleden. De cliënt heeft destijds geleerd dat deze behoeften er niet toe deden en herhaalt dit (onbewust) met de coping behorende bij de schema's die hij nu heeft.

In het voorbeeld van Carolien, zou dit kunnen betekenen dat Carolien tijdens de groepstherapie gevraagd wordt haar ogen te sluiten en het beeld op te laten komen dat zij als zesjarige naar de schuur gaat. Aan Carolien wordt gevraagd wat er gebeurt in het beeld vanuit het perspectief van haar als zesjarige. Op het moment dat zij haar broer tegenkomt in de schuur kan de therapeut het beeld in stappen en Carolien beschermen door te voorkomen dat haar broer haar seksueel benadert. Ook kan de psychotherapeut haar broer aanspreken op zijn seksueel grensoverschrijdende gedrag naar Carolien. Aan de zesjarige Carolien kan gevraagd worden of zij iets nodig heeft. De imaginairere rescripting stopt als Carolien zich als zesjarige veilig weet. Hiermee krijgt Carolien

erkenning voor wat zij in die situatie nodig had. Met dit besef kan zij in haar huidige leven beter voor zichzelf gaan zorgen en de herhaling van het oude patroon tegengaan. Andere experiëntiële technieken die gebruikt worden bij de behandeling van trauma's zijn EMDR en (imaginaire) exposure. Al in 2002 heeft Shapiro, de grondlegger van de EMDR, een hoofdstuk van Young, Zangwill en Behary in haar boek opgenomen over hoe EMDR en schematherapie elkaar kunnen aanvullen, onder de titel 'het geheel is groter dan de som der delen'.

Driessen & Ten Broeke (2014) komen met een rationale hoe de technieken imaginatie met rescripting, EMDR en imaginaire exposure ingezet kunnen worden. Zij maken onderscheid tussen situaties die er niet hadden moeten zijn maar er wel waren, zoals misbruik en mishandeling, en situaties waarin iets er wel had moeten zijn maar er niet (voldoende) was, waar niet tegemoet is gekomen aan basisbehoeften. Bij getraumatiseerde cliënten is van beide sprake. Dat er een relatie is tussen opvoeding en het ontwikkelen van een PTSS vonden Cockram et al. (2010) in hun studie waarin de conclusie was dat een negatief ervaren opvoeding correleert met het al of niet ontwikkelen van een PTSS bij vergelijkbare traumatische situaties. Het onderscheid dat Driessen & Ten Broeke maken tussen verwaarlozing en misbruik kan helpen bij de keuze welke techniek in welke situatie van toepassing is. Imaginatie met rescripting lijkt zich vooral te richten op de basisbehoeften, terwijl exposure en EMDR zich met name lijken te richten op de specifieke PTSS-klachten.

Volgens Driessen en ten Broeke (2014) wordt 'binnen de schematherapie (veel) actiever ingegrepen in het script van de herinnering – en niet onbelangrijk: nog vóór het trauma daadwerkelijk plaatsvindt – terwijl EMDR wordt ingezet op de 'reinigende' werking van werkgeheugenbelasting en het volgen van spontane associaties, zonder dat de therapeut intervenueert'.

Dit betekent dat deze technieken aanvullend aan elkaar gebruikt kunnen worden. Imaginatie met rescripting kan in de groep worden toegepast, mede omdat de 'gezonde volwassene' in de rescripting in zal grijpen voordat de daadwerkelijke traumatische gebeurtenis plaatsvindt. Medecliënten worden niet blootgesteld aan akelige details en hun wordt de mogelijkheid geboden om in de nabespreking stil te staan bij de eigen basisbehoeften. EMDR en exposure kunnen daarnaast individueel worden aangeboden om specifieke PTSS-klachten, zoals intrusieve beelden, te behandelen. Als dit naast elkaar gebeurt, is er geen geheim meer, geen geïsoleerde positie en kunnen schaamte en schuldgevoelens met behulp van beide interventies verminderen.

Enige evidentie voor deze conclusie kan worden gevonden in het onderzoek van Arntz, Tiesema & Kindt (2007) waarin imaginaire exposure met en zonder imaginatie met rescripting aangeboden werd. Er bleken minder drop-outs bij de groep imaginaire exposure met imaginatie met rescripting. Bij beide groepen nam de ernst van de PTSS-klachten evenveel af. De toegevoegde waarde van de imaginatie met rescripting leek het effect op een verbeterde regulatie



van boosheid, en de boosheid, vijandigheid en schuld konden beter geëxternaliseerd worden. Er was een minder duidelijk effect zichtbaar voor afname van schaamte en geïnternaliseerde boosheid. De therapeuten hadden een voorkeur voor imaginaire exposure in combinatie met imaginatie met rescripting omdat zij zich daarbij minder hulpeloos voelden. De onderzoekers concludeerden dat imaginaire exposure in combinatie met imaginatie met rescripting een behandeling acceptabeler voor zowel de cliënten als de therapeuten maakt en tot betere effecten leidt ten aanzien van de niet angst gerelateerde klachten.

### **Hulp voor Carolien en Nick**

Terug naar de situatie waarin Nick zich geen raad weet met Carolien die het afval niet met hem naar de afvalcontainers in de schuur wil brengen. Carolien wordt aangemoedigd om te vertellen wat maakt dat zij het wegbrengen van het vuilnis met Nick vermijdt. Haar wordt uitgelegd dat vermijding samen kan hangen met ervaringen die in het verleden traumatisch zijn geweest. De vermijding was lange tijd een goede oplossing (coping), maar nu belemmert het haar in haar vrijheid en in de activiteiten die zij moet doen. Als zij vertelt wat haar beangstigt en dat het haar doet denken aan het seksueel misbruik door haar broer, krijgt zij erkenning van haar groep voor wat haar is overkomen. Als Carolien in een volgende sessie hierop terugkomt, wordt een imaginatie met rescripting gedaan. Tijdens de oefening is te zien hoe angstig zij is. Met be-

hulp van de psychotherapeut en groepsleden wordt in het beeld de steun en bescherming geboden die zij destijds nodig had gehad. Carolien ervaart dit als een prettige en wonderlijke ervaring. Zij geeft aan zich gezien en gesteund te voelen, iets wat zij niet eerder in haar leven heeft ervaren. Omdat zij veel last heeft van nachtmerries waardoor zij slecht slaapt en uitgeput raakt, wordt besloten dat zij enkele sessies EMDR krijgt om deze symptomen te verminderen. Als zij de EMDR-sessie heeft, zitten er twee groepsleden op de gang haar op te wachten. Zij vangen haar na de individuele sessie op, tonen hun interesse, geven haar een knuffel en wandelen met haar terug naar de huiskamer. Nick wordt aangemoedigd om Carolien te blijven vragen om de vuilnis samen weg te brengen. Hij leert dat het voor hem helpend is om op te komen voor zijn behoeften en zich niet te schikken, terwijl Carolien met behulp van een gedragsexperiment kan ervaren dat toen en nu te onderscheiden zijn en zij nu in staat is goed voor zichzelf te zorgen door, waar nodig, aan te geven wat ze wel en niet wil, wat zij als zesjarige niet kon.

### **Conclusie**

De vraag of een trauma in de groep behandeld kan worden is beantwoord met hoe dat gedaan kan worden. De werkzame therapeutische factoren van de groep hebben een helend effect op het proces van de cliënt(en) als zij praten over hun traumatische ervaringen. Imaginatie met rescripting in de groep is een goede aanvulling, gericht op het vervullen van de basisbehoeften. Het individu-



eel inzetten van EMDR en imaginaire exposure kan een goed effect hebben op de specifieke symptomen die voorkomen bij PTSS. Het stimuleren van openheid in de groep en tussen de therapiegroepen normaliseert, schaamte en schuldgevoelens kunnen afnemen doordat de genezende factoren van de groep hun werk kunnen doen en daarnaast biedt het de cliënten de ruimte om te oefenen met hun sociale rollen en vaardigheden. De behandelaren van het multidisciplinaire team bieden limited re-parenting of family re-parenting door cliënten de grenzen te leren verkennen in de mate van het geven van details, net zoals dat gebeurt bij de opvoeding van kinderen.

## Literatuur

- Arntz, A., Tiesema, M. & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, pp. 345-370.
- Berk, T. (2005). *Leerboek Groepspsychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D. & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(3), pp. 165-182.
- Driessen, A. & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47(3), pp. 232-249.

Farrell, J.M. & Shaw, I.A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder. A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Oxford: Wiley Blackwell.

Farrell, J.M., Reiss, N. & Shaw, I.A. (2014). *The schema therapy clinician's guide. A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Oxford: Wiley Blackwell.

Jongedijk, R. (2014). *De posttraumatische stressstoornis in de DSM-5*. Boompyschologie.nl.

Yalom, I.D. (1981). *Groepspsychotherapie in de theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie, handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Young, Jeffrey E.; Zangwill, William M.; Behary, Wendy E. (2002). Combining EMDR and schema-focused therapy: The whole may be greater than the sum of the parts. In: Shapiro, F. (Ed). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, pp. 181-208. Washington, DC, US: American Psychological Association.