

Scriptie
Psychomotorische therapie en bewegingsagogie

**Dialectische gedragstherapie als PMT kader bij Borderline
persoonlijkheidsstoornissen**



Student
Studentnummer
Moduulcode
Datum
Scriptie begeleidend docent
Scriptie beoordelend docent

Marquin Regoor
s980050
B4033
15-12-2007
Annelee Mataheru
Sandra Verbeeten

Voorwoord

Voor u ligt mijn scriptie, geschreven ter afronding van mijn studie bewegingsagogie en psychomotorische therapie aan de Christelijke academie voor lichamelijke opvoeding. Na een pittige maar leerzame periode is mijn scriptie eindelijk afgerond.

Uiteraard was deze scriptie nooit tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal personen en organisaties.

Allereerst wil ik mijn eindstageplaats 'Rembrandthof' in Hilversum bedanken en met name mijn begeleiders aldaar Mirjam Unk en Elzelien Overwater, die mij met toewijding hebben begeleid naar een positief eindresultaat.

Daarnaast wil ik Annelee Mataheru bedanken voor haar begeleiding en ondersteuning bij het schrijven van mijn scriptie.

Tenslotte wil ik mijn thuisfront bedanken. Ondanks mijn uitgelopen planning hebben zij mij altijd gesteund.

Inhoudsopgave

	Pagina
Voorwoord	2
Inhoudsopgave	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1	5
Borderline persoonlijkheidsstoornissen	
1.1 Behandeling van BPS	6
Hoofdstuk 2	7
Methode Linehan / DGT	
2.1 Theoretische onderbouwing; werking van de tegenstrijdigheden	7
2.2 DGT en traditionele cognitieve therapie.	7
2.4 DGT in de Praktijk	8
2.3 10 vergelijkingsfactoren	9
Hoofdstuk 3	12
Casus beschrijving	
3.1 Diagnostiek	12
• Hermeneutisch	12
• Kritisch	13
• Classificerend	13
3.2 PMT	13
Hoofdstuk 4.	15
Toepassing van de DGT in de PMT	
4.1 Toespitsing op kernoplettendheid	15
4.2 PMT op basis van DGT behandelmethode	15
4.3 Toepassing van de 10 factoren	15
Hoofdstuk 5	23
Conclusie	
Literatuurlijst	24

Inleiding

Deze scriptie is het resultaat van mijn zoektocht naar het vinden van een toepasbaar kader voor de psychomotorische therapie(PMT) bij Borderline persoonlijkheidsstoornis(BPS).

Tijdens mijn eindstage ondervond ik moeite met het kaderen van de therapie voor een cliënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Deze cliënt is vanaf haar kleuterleeftijd al in behandeling bij diverse hulpverlenende instanties. De effecten van de daar genoten behandelingen leken beperkt. De cliënt zelf gaf aan dat ze alles al had geprobeerd en dat niets hielp.

Op mijn stage wordt gewerkt met Linehan ook wel Dialectische gedragstherapie (DGT) genoemd. Toen was het me nog niet duidelijk wat DGT precies inhield en op welke manier het werd ingezet tijdens PMT. Mijn stagebegeleider intervenueerde op basis van Linehan. Maar ik zag geen verandering. Ik wilde de interventies van mijn stagebegeleidster begrijpen. Van daaruit ben ik opzoek gegaan naar de theoretische onderbouwing van Linehan voor PMT bij borderline problematiek.

Nadat ik een klein onderzoek het gedaan naar in hoeverre DGT word toegepast bij PMT in verschillende klinieken in Nederland, bleek dat er op verschillende instellingen mee gewerkt word binnen de PMT.

Resultaten over deze vorm van behandeling zijn positief. Inhoudelijk is er over de toepassing van deze behandelvorm weinig gepubliceerd. Ik ben me vervolgens verder gaan verdiepen in de DGT. De DGT methode is de behandeling die op dit moment de beste resultaten haalt bij BPS.

Mede omdat de DGT succesvol lijkt te zijn heb ik ervoor gekozen om mijn scriptie te weiden aan de vraag: 'Hoe kan dialectische gedragstherapie gebruikt worden als kader voor de Psychomotorische therapie bij Borderline persoonlijkheidsstoornissen?'

Als eerste beschrijf ik in hoofdstuk 1 wat borderline is. In hoofdstuk 2 beschrijf ik wat de methode Linehan oftewel DGT inhoudt. Gevolgd door hoofdstuk 3 waarin ik een casus beschrijf die als voorbeeld gezien kan worden voor de praktijk voorbeelden in hoofdstuk 4. Hierin leg ik uit hoe DGT zich kan vertalen naar een psychomotorische behandelsetting. Uit de theorie van de DGT komen 10 factoren naar voren die een sleutel rol spelen in de behandeling. Het praktisch toepassen van de DGT wordt verduidelijkt door het koppelen van mogelijke therapeutische interventies aan de 10 sleutel factoren.

Hoofdstuk 1 Borderline

BPS komt volgens internationaal onderzoek voor bij ongeveer 0,4% tot 1,8% van de algemene bevolking. Hoe vaak BPS voorkomt bij de algemene bevolking van Nederland is onduidelijk. Als cijfers van het internationale onderzoek worden vertaald naar de Nederlandse situatie, dan lijden ruim 176.000 mensen in Nederland aan BPS.

Borderline komt bij de algemene bevolking ongeveer even veel bij mannen als bij vrouwen voor. Wel verschillen ze in de uitingen van de symptomen. Zo komt middelenmisbruik als symptoom van impulsiviteit vaker voor bij mannen terwijl eetbuien vaker voorkomen bij vrouwen (De Jong, Van den Brink, Ormel, 1999, p. 347-378). De stoornis komt vaak tot uiting tussen het 18^e en 25^e levensjaar en is het meest geconstateerd bij vrouwen.

Mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis vertonen diepgaande patronen van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit. Dit begint in de vroege volwassenheid en komt tot uiting in diverse situaties. In de DSM-V-tr worden de symptomen van BPS als volgt beschreven;

- (1)krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
 - (2)een patroon van instabiele intermenselijke relaties gekenmerkt door overmatig idealiseren en kleineren.
 - (3)identiteitsstoornis: duidelijk aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
 - (4)impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden.
 - (5)recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreiging of automutilatie.
 - (6)affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming.
 - (7)chronisch gevoel van leegte
 - (8)inadequate intense woede of moeite kwaadheid te beheersen.
 - (9)voorbijgaande aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.
- (American Psychiatric Association, 2002, p351-352)

De volgende beschrijving geeft invulling en duidelijkheid aan de negen punten van de stoornis zoals beschreven in de DSM-IV-tr die kenmerkend zijn voor borderline:

Verlatingsangst; extreme angst om verlaten te worden door partner, familie en/of vrienden. Deze angst kan zo beklemmend zijn dat zij hierdoor juist afwisselend mensen naar zich toe halen en weer afstoten uit angst om gekwetst te worden

Impulsiviteit; de borderliner is zeer impulsief in zijn/haar reacties op gebeurtenissen en zij handelen daar ook naar. Achteraf gaan ze pas nadenken over hun reactie. 'Eerst doen en dan nadenken' is een veel gehoorde uitspraak over hun handelen. Probeer niet het gedrag van een borderliner hierin te veranderen, want het ligt vast in zijn/haar psyche en deze poging tot hulp zal al snel worden ervaren als onbegrip.

Stemmingswisselingen; het humeur kan binnen een seconde omslaan van heel vrolijk naar diep verdriet (al zullen deze emoties worden verborgen waar mogelijk). Vaak liggen flashbacks of herinneringen hieraan ten grondslag die door kleine dingen in het dagelijkse leven naar boven komen. In de depressieve stemming zijn alcohol en verslavende middelen een gevaar omdat deze de emoties veeleenvoudigen en dan automutilatie (zelfbeschadiging) en suïcidale neigingen ten gevolg kunnen hebben.

Gevoel van leegte; het gevoel leeg te zijn of alleen in de wereld te staan is heel herkenbaar voor cliënten met borderline. Zij voelen zich immers niet begrepen omdat de omgeving vaak heel anders reageert dan zijzelf. Zij beschrijven af en toe een diep gevoel van totale leegte.

Instabiele relaties; vaak zijn de relaties (zowel op vriendschaps- als liefdesgebied) kortstondig en hevig. Reden hiervoor is het aanhalen en afstoten en de angst wéér iemand te verliezen. Daarnaast is het voor de borderliner vaak moeilijk om liefde te tonen, doordat zij hun emoties achter een muur hebben gestopt. Vertrouwen en eerlijkheid zijn zeer belangrijke gegevens voor een borderliner en een goed

bedoeld leugentje om bestwil wordt dan ook opgevat als het schaden van vertrouwen en zorgt voor direct afstoten.

Identiteitsstoornis: hoewel de vraag 'wie ben ik nu eigenlijk' voor niemand ooit beantwoord zal worden, weegt deze bij de borderliner extreem zwaar, omdat zij van mensen steeds te horen krijgen dat ze 'raar' reageren. Hierdoor gaan zij zichzelf al snel als een buitenstaander beschouwen en de vraag onderzoeken waarom zij reageren zoals zij reageren. Hoewel is aangetoond dat dit waarschijnlijk meer met de hoeveelheid serotonine in de hersenen te maken heeft dan met hun persoonlijkheid, geeft dit toch een diep gevoel van onzekerheid over de eigen identiteit.

Suïcidale gedragingen: in periodes van depressie of psychose (vaak na gebruik van alcohol of andere verslavende middelen) kunnen periodes optreden waarin de borderliner geen zin meer heeft in het leven, de angst om anderen pijn te doen (in het bijzonder mensen in de directe omgeving) legt een zware last op de schouders van de patiënt en kan af en toe teveel worden. Alhoewel ook vaak een schreeuw om aandacht aanwezig is (die wel serieus genomen moet worden!), pleegt naar schatting 9% van de borderliners uiteindelijk zelfmoord.

Intense woede: de borderliner kan extreem kwaad reageren op onrecht (in hun ogen) en is op deze momenten niet aanspreekbaar.

Dissociatie: de borderliner heeft vaak het gevoel buiten zichzelf te staan. Doordat zij de lijn naar hun emoties door hebben gesneden kunnen zij over zichzelf praten en ondertussen het gevoel hebben dat zij het over iemand anders hebben. Het bestaan van verschillende persoonlijkheden komt voor en zo kan het ook gebeuren dat ze dingen doen waar ze de volgende dag totaal geen benul van hebben (<http://www.geestelijke-gezondheid.nl/borderline.htm>, Arnt, 2004).

1.1 Behandeling van BPS

Bij de behandeling van cliënten met BPS zijn 3 vormen te onderscheiden. De verschillende vormen worden gekenmerkt door specifieke doelen. Zo kan de behandeling van BPS zich richten op het beter leren omgaan met de stoornis, door middel van crisismanagement en stabilisatie. De behandeling is hierbij niet primair gericht op genezing. Een voorbeeld hiervan is de dialectische gedragstherapie. De methode Linehan valt hier onder.

De behandeling kan zich ook richten op vermindering van bepaalde BPS-symptomen. Dit gebeurt bij voorbeeld in de training van sociale vaardigheden.

De 3^e vorm van behandeling kan zich richten op biologische processen die samenhangen met bepaalde symptomen. Bij voorbeeld de behandeling van stoornissen in de impulscontrole of instabiliteit in het gevoelsleven (depressie, angst). Voor de behandeling hiervan wordt vaak gebruik gemaakt van medicatie. (Trimbos instituut, 2004)

Hoofdstuk 2 Methode Linehan en DGT

Methode Linehan is een door Marsha M. Linehan, hoogleraar in de psychologie, psychiatrie en gedragswetenschappen aan de Universiteit van Washington, ontwikkelde methode voor de behandeling van mensen met een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis. Haar methode is een behandeling die is ontstaan uit pogingen om mensen met borderline problematiek beter te begrijpen. Er is gezocht naar verklaringen. Waarom zijn deze mensen zich zo gaan gedragen? Deze verklaringen worden in de behandeling met de cliënt besproken.

(<http://www.ggzleiden.nl/templates/RichContentZonder.aspx?PageID=22979>, GGZ Leiden, 2007).

Deze behandelmethode wordt tegenwoordig ook wel 'Dialectische gedragstherapie', kortweg 'DGT', genoemd. Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat DGT een effectieve behandeling is voor deze doelgroep.

De doelen van DGT bij de behandeling van BPS zijn het creëren van een levenswaardig leven.

Om een levenswaardig leven te creëren probeert de DGT de cliënt meer grip te laten krijgen op zijn denken, voelen en gedrag. De DGT is voor het grootste gedeelte dan ook het toepassen van een breed scala aan cognitieve en gedragstherapeutische strategieën op de problemen van BPS.

(<http://www.ggzleiden.nl/templates/RichContentZonder.aspx?PageID=22979>, GGZ Leiden, 2007).

Subdoelen hierbij zijn; het vervangen van disfunctioneel gedrag door effectief functioneel gedrag, het aanleren van vaardigheden, het leren controleren van emoties en het voorkomen van opnames. De kern van de DGT-behandeling, houdt in dat acceptatie van de bestaande situatie en verandering naar een nieuwe situatie met elkaar in evenwicht gebracht en gehouden moeten worden. Vooral door de validerende houding van de therapeut en het aanzetten tot verandering. De therapeut maakt duidelijk dat het gedrag te verklaren is, maar dat wil niet zeggen dat het gedrag wordt goedgekeurd (Van den Bosch, 2005). Het valideren en het aanzetten tot verandering kan gezien worden als twee tegengestelden. Het verzoenen van deze tegengestelden in een voortdurend proces van synthese noemt men het dialect. (Linehan, 2002, blz. 39).

2.1 De theoretische onderbouwing; werking van de tegenstrijdigheden

De theoretische onderbouwing van de DGT behandelmethode uit het boek 'Borderline persoonlijkheidsstoornis, handleiding voor training en therapie' van Marsha Linehan kan als volgt samengevat worden: Dialectiek vormt als wereldbeeld en als filosofisch standpunt de basis voor de DGT. Dialectiek heeft in de gedragstherapie betrekking op 2 dingen. Die van de fundamentele aard van de werkelijkheid en die van de overredende dialoog en relatie. De dialectiek richt de aandacht zowel op de onmiddellijke context van gedrag, op de grote context van gedrag als op de onderlinge samenhang tussen individuele gedragspatronen.

De therapeut moet aan de ene kant rekening houden met de ontoereikende vaardigheden van de cliënt. Anderzijds moet de therapeut rekening houden met tegenstrijdigheden in de werkelijkheid. De dialectiek gaat er vanuit dat de werkelijkheid niet statisch gezien kan worden maar bestaat uit interne elkaar tegenwerkende krachten. Uit de synthese hiervan ontstaat een nieuwe reeks elkaar tegenwerkende krachten. Een belangrijke dialectische gedachte is dat alle beweringen hun eigen tegenstelling bevatten. Volgens de dialectiek vertaald dit zich naar drie tegenstrijdigheden die de vooruitgang bemoeilijken.

- De eerste tegenstrijdigheid gaat schuil in de noodzaak voor de cliënt om zichzelf te accepteren zoals ze is en in te zien dat het noodzakelijk is om te veranderen.
- De tweede tegenstrijdigheid zit tussen het krijgen wat ze nodig heeft en het verliezen van dat gene waar ze behoefte aan heeft als ze competenter wordt.
- De derde tegenstrijdigheid komt naar voren in het werken met de twee bovenstaande punten. Hierbij moet niet gericht worden op stabiliseren en in evenwicht houden van de omgeving, maar op het helpen van de cliënt zich op zijn of haar gemak te voelen.

Binnen de drie tegenstrijdigheden spelen een aantal systemen een rol. Een van die systemen is de moeite met het reguleren van emoties. Volgens de Biosociale theorie (Masters, 1987), waar de DGT gebruik van maakt, is disregulatie van emoties de kern van de BPS. Het aanleren van aangepaste en adequate strategieën om emoties te moduleren is tijdens de ontwikkeling verstoord. Door de disregulatie ontstaat er een emotionele kwetsbaarheid.

Een invaliderende omgeving is zeer beschadigend voor een kind dat haar leven begint met een grote emotionele kwetsbaarheid. De invaliderende omgeving is een doorslaggevende ontwikkelingsomstandigheid bij het ontstaan van emotie-disregulatie.

Het emotioneel gekwetste kind veroorzaakt een reactie bij de omgeving waardoor deze invaliderend gaat werken terwijl deze ondersteunend had moeten zijn. Het kind leert dat haar emoties niet kloppen door afkeuring hiervan door de omgeving. Het kind leert haar eigen gedrag af te keuren. In plaats van vertrouwen te hebben in eigen gedrag, leert het te vertrouwen op de omgeving. De omgeving vertelt wat het kind moet voelen en hoe het zich moet gedragen. De omgeving vertelt het kind wat de werkelijkheid is. Het kind leert hierdoor niet zichzelf te sturen.

De omgeving creëert vaak een situatie waarbij de emotionele expressiestijl schommelt tussen extreme geremdheid en extreme ongeremdheid. Omdat er telkens twee situaties ontstaan. Of het kind uit negatieve emoties welke door de omgeving worden bestraft en onderdrukt. Of er ontstaat een situatie waarbij de emotionele communicatie pas wordt bestraft nadat het kind de zaak heeft laten escaleren. Zo ontstaat er een vicieuze cirkel die dit systeem versterkt.

De extreme geremdheid en extreme ongeremdheid kunnen gezien worden als effecten van emotie disregulatie en slecht aangepaste emotie regulatiesystemen. Impulsief gedrag en parasuicide kunnen gezien worden als slecht aangepaste maar zeer effectieve emotieregulatie-strategieën. Suicide pogingen werken effectief om hulp te krijgen van de omgeving. Ook helpt het de omgevingssituatie te veranderen die de emotionele pijn veroorzaakt. Daarnaast leidt het ook af van pijnlijke emoties en zorgt het op die manier voor regulatie van emoties.

Het onvermogen om emotionele opwindingsgepast te reguleren verstoort de ontwikkeling en handhaving van iemands zelfbesef. Door onvoorspelbare emotionele labiliteit wordt ook het contact met de omgeving verstoord. De reactie van de omgeving op de emotionele onvoorspelbaarheid kan er voor zorgen dat de borderliner vervreemdt van het bewustzijn van eigen emoties. Als gevolg hiervan krijgt de borderliner een incorrect beeld van gebeurtenissen en daarmee een inadequaat en soms zelfs volledig afwezig zelfbesef en identiteitsbesef. Omdat borderliners deze vermogens missen ontwikkelen ze vaak chaotische relaties waardoor het onderhouden van stabiele relaties onmogelijk wordt.

Samengevat;

De DGT ziet, geredeneerd vanuit het biopsychosociaal model (Masters, 1987), het onvermogen om emoties te kunnen reguleren als kernprobleem.

De DGT probeert tevens een balans te vinden in tegenstrijdigheden in de werkelijkheid en menselijk gedrag.

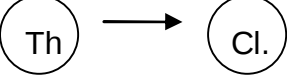
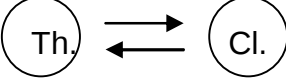
Daarnaast wordt gedrag in een grotere context geplaatst waardoor de functie van disfunctioneel gedrag duidelijk worden en deze op een andere manier opgelost kan worden.

Als laatste richt de therapie zich niet op het in stand houden van een stabiele omgeving, maar probeert deze de cliënt te helpen om zich op zijn gemak te voelen bij verandering.

2.2 DGT en traditionele cognitieve gedragstherapie.

De DGT is gebaseerd op de principes van de cognitieve gedragstherapie.

Maar in de DGT worden 4 aspecten van cognitieve gedragstherapie benadrukt die in de traditionele cognitieve gedragstherapeutische aanpak minder aandacht krijgen:

Therapeutisch Aspect	Traditionele cognitieve gedragstherapie	Dialectische Gedragstherapie
<i>Gedrag op het moment zelf</i>	Observeren	Observeren & Valideren
<i>Therapie interfererend gedrag</i>	Bij de cliënt	Bij cliënt en therapeut
<i>Therapeutische relatie</i>		
<i>Veranderen LECS*</i>	Veranderen na observatie	Verandering & acceptatie in balans

Figuur 1; Schematische weergave van verschillen tussen cognitieve gedragstherapie en DGT

*) LECS; *Lichamelijk / Emotioneel / Cognitief / Sociaal*.

Validering en laten accepteren van het gedrag, gedachten en emoties op het moment zelf.

De DGT gaat, in het zichzelf accepteren van de cliënt zoals deze is, een stap verder dan de traditionele cognitieve gedragstherapie. Door de cliënt te leren haar wereld volledig te accepteren zoals deze is op het moment.

Het behandelen van therapie interfererend gedrag van zowel de cliënt als de therapeut.

Bij de DGT ligt de nadruk bij therapie interfererend gedrag meer op overdracht en tegenoverdracht.

Borderliners staan er om bekend snel uit te vallen in therapie. Daarom moet er meer aandacht geschonken worden aan factoren die hun gehechtheid ten aanzien van de therapie, zowel als van het leven, vergroten.

De DGT kijkt ook sterker naar het belang van de therapeutische relatie en dialectische processen.

Over de dialectische processen kan gezegd worden dat bij de DGT de therapeut meer rekening houdt met de werkelijkheid zoals de cliënt deze ervaart.

Verandering van LECS.

Daarnaast benadrukt de DGT, vanuit het dialectisch perspectief, het belang van een evenwicht tussen acceptatie en verandering.

2.3 DGT in de praktijk

De DGT past een breed scala aan cognitieve en gedragstherapeutische strategieën toe. De focus ligt op doorlopende beoordeling en gegevensverzameling van actuele gedragingen; duidelijke behandeldoelen, een op samenwerking gebaseerde werkrelatie met de cliënt, aandacht voor het oriënteren op de therapie en wederzijdse betrokkenheid op de behandeldoelen. Aan de ene kant is het de bedoeling dat er getracht wordt disfunctioneel gedrag opnieuw vorm te geven als probleemoplossend gedrag. Aan de andere kant moet de emotionele, cognitieve en gedragsmatige

reacties van de cliënt zoals deze op dat moment zijn, gevalideerd worden. De aandacht van de therapeut is gevestigd op het bevestigen van gedachten, gevoelens en acties van de cliënt. Daarom moet de therapeut zoeken naar waarheden en wijsheid die reacties van de cliënt bevat en deze meedelen.

Het veranderingsproces van de cliënt wordt ondersteund door het geloof in eigen vermogens zich te kunnen ontwikkelen en groeien en te veranderen. Dit gebeurt o.a. door in de behandeling de opbouw en handhaving van positieve, intermenselijke op samenwerking gebaseerde relatie tussen cliënt en therapeut te benadrukken. Dit kan alleen als de therapeut te allen tijden aan de kant van de cliënt staat. Vermijdingsdrang van cliënten is een groot aandachtspunt. Daarom moet er geoefend worden in het niet vermijden. Oefenen kan door blootstelling aan angststimuli te arrangeren tijdens sessies als wel in het dagelijkse leven. De cliënt krijgt controle over de nieuwe situatie door systematisch te werken. Daarom is het belangrijk om gestructureerd te werken bij; het maken van een samen bepaalde gedragsanalyse, het formuleren van hypothesen over mogelijke factoren die situaties beïnvloeden, het tot stand brengen van mogelijke veranderingen en het uitproberen en evalueren van oplossingen.

In de praktijk komt het erop neer dat de DGT uit drie hoofdonderdelen bestaat. Het hoofdonderdeel vaardigheidstraining bestaat uit vier modulen;

Individuele Psychotherapie

Hier is het de bedoeling om effectiever te leren omgaan met probleemsituaties en het geleerde in de vaardigheidstraining om te zetten naar het individuele leven van alledag.

Vaardigheidstraining

Module kernoplettendheid

Dit is het aanleren van het vermogen om zichzelf en gebeurtenissen in de directe omgeving te ervaren en te observeren. Deze vaardigheid loopt als een rode draad door de gehele training. Kernoplettendheid is een vertaling van de term 'mindfulness' en is afkomstig uit het 'Zen-boeddhisme'. Het kan ook wel beschreven worden als "met volledige, niet-oordelende overgave op een taak of activiteit gericht zijn". Dit kan een gerichtheid betekenen op de taak of activiteit zelf of juist een geconcentreerdheid op eigen belevingen en lichamelijke sensaties. Alle oordelen over de activiteiten of belevingen dienen te worden losgelaten of verminderd. Dit is ten eerste belangrijk omdat cliënten vaak last hebben van disregulatie van het zelfbeeld. Ten tweede is dit belangrijk omdat stressvolle situaties kunnen zorgen voor korte niet-psychotische cognitieve stoornissen.

Module Intermenselijke effectiviteit

Deze module is bedoeld om effectieve inter-relatieve relaties aan te leren. Omdat zij veelal last hebben van inter-relatieve disregulatie. Zij hebben vaak relaties die gekenmerkt zijn door veel problemen. Deze module heeft grote overeenkomsten met gangbare assertiviteitstrainingen. In de vaardigheidstraining wordt aandacht besteed aan het analyseren van intermenselijke problemen en vervolgens het oplossen daarvan. Het doel is te leren op een effectieve wijze met relaties om te gaan en bijvoorbeeld op een effectieve manier wensen te uiten, grenzen aan te geven en op een redelijke manier in te gaan op verzoeken.

Module emotieregulatie

Veel probleemgedragingen van borderline cliënten komen voort uit het onvermogen pijnlijke emoties te verdragen. Deze disregulatie wordt veroorzaakt door emotionele labiliteit. De emotionele reacties van de borderline cliënt zijn reactief. Ze moeten leren hun emoties te reguleren op een wijze die minder schadelijk is. Het is daarbij van belang om te leren wat de waarde van emoties is. Het kunnen benoemen en beleven van emoties is daarbij nodig. Een borderliner kan bijvoorbeeld extreem kwaad reageren op onrecht (in hun ogen) en is op deze momenten niet aanspreekbaar. Het beste is hem/haar op deze momenten rust te gunnen, want alles wat op dat moment gezegd wordt is in zijn/haar ogen onredelijk en er zal een manier gevonden worden om het negatief op te vatten. Vervolgens kan er geleerd worden deze emoties te reguleren. Bijvoorbeeld door het verminderen van lichamelijke spanning.

Module het verdragen van crises

Hierbij gaat het om het leren verdragen en accepteren van onbehagen. Cliënten vertonen patronen van gedragsdisregulatie. Dit uit zich vaak in de vorm van impulsief gedrag, zelfverwonding of suicide pogingen. Dit wordt binnen de DGT gezien als inadequaat gedrag om met problemen om te gaan. Daarom gaat deze module over het verdragen van crisis zodat er gezocht kan worden naar effectievere oplossingen om met problemen om te gaan. Hierbij is het noodzakelijk een oordeelvrij standpunt te kunnen innemen. Deze radicale acceptatie is de noodzaak van het kunnen verdragen en overleven van crises. Het aanvaarden van het leven zoals het op dit moment is.

(<http://www.umcn.nl/extern/patfol/NSC0723.pdf>, UMC St. Radboud, 2006)

Telefonische consultatie

De telefonische consultatie is ter voorkoming van crises. Omdat veranderen pijn en inspanning kost, zal de cliënt regelmatig terugvallen in ineffectief gedrag. Om dit te voorkomen kan de cliënt op momenten waarin deze haast onbedwingbaar toegeeft aan oud en destructief gedrag (zelfmoordpoging, gevaarlijk gedrag, zelfverwonding, fors middelenmisbruik), een psychotherapeut bellen. Deze kijkt met de cliënt naar wat te doen om de crisis te overwinnen. Ook is het belangrijk dat de cliënt 's avonds en 's nachts een beroep kan doen op een psychotherapeut of een dienstdoende arts die daar ook speciaal voor opgeleid is.

2.4 10 factoren van de DGT

Om een concreter beeld te schetsen van de therapie op basis van de DGT gerelateerde behandelmethode, kan er gebruik gemaakt worden van een aantal factoren. Deze factoren heb ik gedestilleerd uit de 'handleiding voor training en therapie van borderline Persoonlijkheids stoornissen' van Marsha Linehan en 'Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornissen, theorie en behandeling', van Marsha Linehan. Ik heb deze punten zo geselecteerd dat het integreren van al deze factoren zorgen voor een complete dialectische benadering. Het vormt het theoretisch kader waarop het therapeutisch handelen gebaseerd kan worden. Aan de hand van de 10 punten kan de toepassing van DGT in de PMT bij BPS praktisch geïllustreerd worden.

- 1 Voor beide partijen moeten de behandeldoelen duidelijk zijn.
- 2 Aandacht voor het voortdurend oriënteren op de therapie en wederzijdse betrokkenheid op de behandeldoelen.
- 3 Er moet systematisch gewerkt worden.
- 4 Aandacht vestigen op het valideren van gedachten, gevoelens en acties van de cliënt.
- 5 Disfunctioneel gedrag opnieuw vormgeven als probleemoplossend gedrag.
- 6 Het veranderingsproces van de cliënt ondersteunen door het ontwikkelen van geloof in eigen vermogens te kunnen ontwikkelen, groeien en te veranderen.
- 7 Blootstelling aan angststimuli dienen te worden gearrangeerd tijdens sessies als wel in het dagelijks leven.
- 8 Aandacht voor vermijdingsdrang van cliënten.
- 9 In de behandeling moet de opbouw en handhaving van positieve, intermenselijke, op samenwerking gebaseerde relatie tussen cliënt en therapeut benadrukt worden.
- 10 De werkrelatie moet op samenwerking gebaseerd zijn.

Hoofdstuk 3 Casus

3.1 Diagnostiek

- Hermeneutisch

De 22 jarige cliënte is door haar sturend behandelaar aangemeld voor een deeltijdbehandeling op de afdeling persoonlijkheidstoornissen. Deze afdeling is onderdeel van een volwassenen psychiatrisch centrum waar de cliënte is gediagnosticeerd met een Borderline Persoonlijkheidstoornis.

De cliënte is van jongs af aan meerdere malen opgenomen en in behandeling geweest.

Separatieangst op kleuter leeftijd, in vroege jeugd problemen met eten en later opgenomen voor angst en dwangmatige slikklachten en angst om te eten.

Ze is onderzocht op somatische klachten als moeilijke stoelgang en buikpijnen. Maar dit leverde niets op. Vervolgens is ze opgenomen voor faalangst, angststoornissen en eetproblemen. Ze had eetbuien en gebruikte laxemiddelen. Nu doet ze dat niet meer.

De cliënte is onbetrouwbaar in haar medicatiegebruik, ze neemt vaak een grotere hoeveelheid dan voorgeschreven. Op het moment van behandeling gebruikt ze Venlafaxine(Efexor Xr) vooral om haar angsten te onderdrukken. Daarnaast gebruikt ze Zopiclon om beter te kunnen slapen.

Doelen die samen met de cliënt zijn opgesteld zijn; het proberen een normaal eetpatroon te krijgen, leren zich beter te ontspannen, niet zo snel dingen opgeven maar doorzetten, geen negatieve gedachten meer hebben, beter slapen, mogelijkheden ontdekken voor opleiding.

LECS – Lichamelijk

Lichaamsbeeld

De cliënte is een vrouw met een gemiddelde lengte, een normaal gewicht en een slank figuur. Ze ziet er zonnig uit en heeft stijlbruin half lang haar en een sprekend gezicht. Ze oogt verzorgd en modieus.

Houdingsbeeld

Qua houding ziet ze er aan de ene kant vaak lusteloos en in elkaar gezakt bij. Ook neemt ze vaak houdingen aan die ongepast uitdagend genoemd kunnen worden. Aan de andere kant kan ze ook kracht en zelf verzekerdheid uitstralen.

Bewegingsbeeld

Tijdens oefeningen is goed te zien hoe motorisch behendig ze is. Haar bewegingen zien er soepel uit. Echter bij oefeningen waarbij haar controle over de situatie ontbreekt, laat ze zien hoe verkrampd ze ook kan zijn. Haar beweging verloopt dan schokkerig en half in elkaar gedoken.

LECS – Emotioneel

Emotioneel laat de cliënte weinig crisis zien en maakt op het eerste gezicht niet de indruk zich heel ongelukkig te voelen maar ervaart dat gevoel wel. Cliënte doet zich aan de ene kant vaak beter voor dan ze zich voelt. Aan de andere kant toont ze zich lusteloos, bozig, somber over haar lichaam, denkt negatief over zichzelf en het leven in het algemeen. Ze laat haar bijpassende emotie duidelijk zien.

LECS – Cognitief

De cliënte heeft een gemiddelde intelligentie. Ze laat zien dat ze situaties en gedrag bij andere cliënten goed kan overzien en verwoorden.

LECS – Sociaal

Cliënte is ongehuwd en woont alleen. Ze is zeer sociaal en vriendelijk met andere groepsgenoten. Cliënt heeft geen contact meer met haar moeder. Ze heeft haar vader een paar

keer in haar leven gezien. Met hem heeft ze nu ook geen contact meer. Ze kent oppervlakkige vriendschappen met leeftijdsgenoten. Ze is werkzaam in de bediening in een restaurant.

- Kritisch

Clïente is al enkele jaren niet gelukkig met het leven dat ze leidt en denkt zeer negatief over zichzelf. Ze geeft aan 'niet lekker in haar vel te zitten' en zich 'leeg' te voelen. Daarnaast kan ze weinig genieten en ervaart ze vele 'moetens' in haar leven. Ze heeft een sterke afkeer van haar lichaam. Ze 'walgt' van haar eigen lichaam en uiterlijk, terwijl ze door de meeste mensen wel als aantrekkelijk gezien wordt. Zelf denkt ze dat de omgeving vindt dat ze dingen 'moet' en dat ze er fysiek niet uit ziet.

Ze heeft geen familie waarop ze kan terugvallen en heeft hier ook geen wens toe. Ze ervaart veel moeite met sociale contacten die ze heeft of juist niet heeft. Ze zegt moeite met aanpakken te hebben en is geneigd tot uitstelgedrag. Ze heeft moeite met het vasthouden van structuur in haar leven maar ze geeft aan inmiddels wel wat meer structuur in haar leven te krijgen. Dit ervaart ze als prettig.

Clïente klaagt vaak over misselijkheid, duizelingen, 'eindeloze' hoofdpijn en slaapproblemen. Aannemelijk is dat clïente somatiseergedrag vertoont als middel om spanning te laten wegvloeien. Ook heeft ze last van snoepbuien. Regelmatig heeft de clïente het over de "behandeling die bij haar past" en dat ze deze nog niet heeft gevonden. Patiënte geeft de indruk dat zij al alles weet van therapieën en psycho-educatie en dat niets haar helpt. Clïente ziet de winst die ze al geboekt heeft niet.

- Classificerend.

Classificatie volgens de DSM- IV-TR

As I: Eetstoornis NAO in remissie.

As II: Persoonlijkheidsstoornis BPS.

As III: Geen bijzonderheden.

As IV: Geen bijzonderheden.

As V: GAF 75/75.

Hoofddiagnose op as II

3.2 PMT

(L = Lichamelijk / E = Emotioneel / C = Cognitief / S = sociaal).

Op verzoek van haar persoonlijk begeleider wordt er in de PMT verder gewerkt met de thema's vast houden van structuur, bij je gevoel komen en meer richten op het 'hier en nu'. Er zijn oefeningen gedaan om meer in contact te komen en stil te staan bij lichamelijke ervaringen en mogelijk daaraan gekoppelde emoties. Oefeningen zoals trampoline springen, het geblinddoekt voelen van voorwerpen, het hanteren van de spanningsthermometer in diverse situaties en ontspanningsoefeningen. Hierbij is continue geprobeerd de focus te laten verleggen van de gedachten uit het verleden naar de ervaringen van het 'hier en nu'. Daarnaast hebben de opkomende gedachten over verleden en toekomst ruimte gekregen en zijn deze gevalideerd.

Als clïente zelf mag besluiten wat te doen, kiest ze ervoor te gaan zitten en zich afzijdig te houden(S). Vaak letterlijk met haar handen in het haar. Ze lijkt moedeloos(E) en komt ook tot niets. Op zo'n moment heeft ze sterke negatieve gedachten(C). Ze geeft aan dat ze zich 'slecht' voelt en dat ze zich voelt trillen in haar lichaam(L). Als haar een oefensituatie aangereikt wordt, grijpt ze deze altijd aan. Ze kiest wel voor de mogelijkheid om beter te worden. Maar komt overwegend pas tot handelen op uitnodiging van haar omgeving.

Tijdens een boksoefening kwam duidelijk naar voren dat als ze in de oefening zit, ze zich prettiger gaat voelen(E). Haar negatieve gedachten raken dan op de achtergrond(C). Ze wordt enthousiaster en haar gezicht gaat meer stralen. Het wordt ook duidelijk zichtbaar hoe energiek ze kan zijn(L). Ook wordt ze dan opener in contact en neemt de samenwerking toe(S). Als ze stopt met de oefening, komen negatieve gedachten over zichzelf en haar toekomst weer terug(C). Daardoor komen de moedeloosheid en teleurstelling ook weer terug(E). Ook de eerst zo positieve boks ervaring, wordt door haar gedevalueerd. Terugkerende gedachten hierbij zijn 'dat ze het beter had kunnen doen', 'dat ze slap is' en 'dat ze denkt dat het nooit meer goed komt'. Deze gedachten maken haar bijzonder somber. Ze laat haar schouders dan hangen(L) en wil uit het contact treden(S).

Bij een andere oefening was het de bedoeling te stuiten met een basketbal; eigen ritme aanhouden, ritme van een ander volgen, ritme van een ander verstoren. Het ervaren van invloed van anderen op het eigen denken, voelen en handelen was het thema hierbij(S).

Aan de cliënte werd gevraagd of ze verschil bij zich zelf kon opmerken bij de verschillende vormen en wat ze er van vond, zegt ze niets op te kunnen merken. Ze gaf wel aan dat ze steeds aan het denken was(C). Het uitnodigen om de focus te verleggen naar fysieke signalen levert ook het zelfde antwoord op. Ze kan 'niets voelen' en 'ze voelt zich op slot'. Er komen wel vele vooral negatieve gedachten naar boven. Gedachten zoals 'dat ze het stom doet' en 'dat iedereen dat ziet'. Ook deze gedachten maken haar bijzonder somber(E). Ze laat haar schouders dan hangen(L) en wil uit het contact treden(S). Bij bevraging op specifieke lichaamssignalen als 'hoe warm ze het heeft' of 'hoe klam haar handen zijn'(L), reageert ze op gefrustreerde wijze(E) dat ze helemaal niets kan voelen. Het doel 'het ervaren van het hier en nu' was niet bereikt.

Zo ontstond de hypothese dat ze zich heeft afgesloten voor haar lichaamssignalen(L). Omdat in de lichaamssignalen het contact schuil gaat met haar emoties(E). Ze heeft veel emoties te verwerken. Om emoties mondjes maat te kunnen verwerken zouden haar gedachten(C) een scheiding kunnen vormen tussen haar lichaamssignalen en emoties.

Om haar toch te laten oefenen met het 'hier en nu' zonder direct de nadruk te leggen op fysieke signalen hebben we een andere oefening gedaan. Namelijk zonder te kijken, verschillende aangereikte voorwerpen met verschillende eigenschappen te voelen. Met als doel het richten van haar focus op het 'hier en nu' en het ontwikkelen van lichamelijke sensitiviteit. Daarna is haar gevraagd hoe de texturen aanvoelden. Haar antwoord hierop was dat het haar doet denken aan verschillende negatieve situaties uit het verleden(C). Op zo'n moment gaat ze drukker bewegen(L) en lijkt ze afstand te willen doen van de situatie(S). De vraag welke emotie ze zou kunnen koppelen aan de verschillende texturen, gaf negatieve emoties, die niet via lichamelijke signalen aan de voorwerpen gekoppeld konden worden(L). Dit gaf negatieve emoties die bij haar gedachten van het verleden pasten(C). Ze wil dan stoppen met de oefening en 'iets zinnigs' gaan doen omdat het toch niet lukt in het 'hier en nu' te blijven(S). Bij de opmerking 'dat er zichtbaar een moment is geweest dat ze wel in het hier en nu was tijdens de oefening' reageert ze teleurgesteld en treedt ze uit contact. Reden hiervoor is dat ze het ervaart als 'een druppel op de gloeiende plaat'. De zichtbaar lange weg die nog te gaan is ontmoedigt haar.

Dit scenario blijft terugkeren bij diverse activiteiten zoals badminton, trampoline springen en andere lichaamsgerichte oefeningen. Zodra de cliënte in een PMT oefening uitgedaagd wordt zich te focussen op haar gevoel of lichaamssignalen van het moment(L), geeft ze aan niets te voelen en niets te merken. Confrontatie met haar gevoel op het moment eindigt meestal in een betoog. Hierin vertelt ze over hoe vroeger haar niets heeft gebracht, hoe de toekomst haar ook niets zal brengen en dat niets zin heeft en niets gaat lukken. Ze vertelt dan over haar behandelingen uit het verleden die 'ook niets geholpen hebben'. 'Ik ben niet te helpen'. De cliënte heeft haar hoop gevestigd op de verwachting dat er één ding is wat ze kan doen waardoor haar problemen verdwijnen(C). Dat ene ding heeft ze echter nog nooit

gevonden. Dat maakt haar moedeloos en somber en geeft haar een leeg gevoel(E). Dat de oplossing een lange termijn planning kan zijn met veel verschillende stapjes ziet ze niet. Dit vertaald zich naar terug kerende betogen dat haar verleden bewezen heeft niets te kunnen bieden en dat dit dus ook voor de toekomst geldt. De cliënte geeft vaak aan te walgen van haar lichaam en haar eigen gedrag. En geeft geregeld aan dat 'het allemaal niet meer hoeft'. Ze wil dan dat 'het' weg is en sluit zich af voor haar omgeving(S).

Hoofdstuk 4 Toepassing van de DGT in de PMT

4.1 Toespitsing op kernoplettendheid

Met betrekking tot de drie onderwerpen individuele Psychotherapie, vaardigheidstraining en telefonische consultatie (zie hoofdstuk 2.3) stel ik, dat de kracht en functie van de PMT, welke zich in het gebied van de beweging bevindt, in eerste instantie hoofdzakelijk toegepast kan worden in het onderdeel 'vaardigheidstraining'. Het onderdeel psychotherapie in de vorm zoals beschreven, behoort uitsluitend toe aan gecertificeerde psychotherapeuten. Van het onderdeel telefonische consultatie kan gezegd worden dat deze niet 'in het gebied van de Beweging' te plaatsen is.

Vanuit het onderdeel vaardigheidstraining kies ik er voor om uitsluitend de module kernoplettendheid te gebruiken om de implementatie van de DGT in de PMT te onderzoeken.

Ik kies hiervoor omdat deze module de rode draad voor de overige modules en onderdelen van de DGT aanpak vormt. De interpretatie van de DGT principes in deze module gelden ook voor de andere modules. Het verschil tussen de modules zit vooral in de soort oefeningen en de daaraan gekoppelde doelen voor de therapie, terwijl de methodiek gelijk blijft.

4.2 PMT op basis van DGT behandelmethode

De therapie bij DGT uitgaande van het doel van kernoplettendheid vaardigheden ziet er als volgt uit; Het aanleren van het vermogen om zichzelf, eigen belevingen en lichamelijke sensaties en gebeurtenissen in de directe omgeving met volledige, niet-oordelende overgave te ervaren en te observeren.

Dit doel kan bewerkstelligd worden met PMT oefeningen die de cliënt meer in contact laten komen en die de cliënt stil laten staan bij lichamelijke ervaringen en mogelijk daaraan gekoppelde emoties van het moment. Dus de focus verleggen van, wat is er vroeger allemaal gebeurd en hoe ziet mijn toekomst eruit, naar, hoe ervaar ik 'in het hier en nu' mijn lichaam en het contact met de omgeving. Daarin is het belangrijk deze ervaringen los te koppelen van oordelen. Door het bewust ervaren van lichaamssignalen, vrij van oordelen, kan het lichaam gebruikt worden als graadmeter voor het herkennen van emotionele reacties en het vinden van een nieuwe werkelijkheid.

4.3 Toepassing van de 10 factoren

In het nu volgende stuk beschrijf ik de 10 factoren van de DGT puntsgewijs. Eerst volgt een theoretische uitleg en daarna volgt telkens een praktisch voorbeeld van hoe dit eruit kan zien in de therapie. Bij het toepassen van de 10 punten moet rekening gehouden worden met de drie tegenstrijdigheidsprincipes zoals beschreven in hoofdstuk 2.

Het verwarrende in het verenigen van deze tegenstrijdigheden is dat er een tweedeling ontstaat in de therapie. Aan de ene kant worden er oefeningen aangeboden die moeten zorgen voor 'meer in contact komen' en 'stil te staan bij lichamelijke ervaringen en mogelijk daaraan gekoppelde emoties en deze ervaringen los te koppelen van oordelen'. Aan de andere kant wordt de focus afgeleid naar een andere richting namelijk de bij de cliënt opkomende emotionele, cognitieve en gedragsmatige reacties zoals hij of zij deze gewend is. er ontstaat dus een strijd tussen het oude en het nieuwe.

Punt 1. Voor beide partijen moeten de behandeldoelen duidelijk zijn.

In de therapie moet het voor de cliënt continue duidelijk zijn wat het doel is van de therapie en de daarin plaats vindende activiteiten. Om duidelijkheid te krijgen voor de therapie in het algemeen, zullen de doelen aan het begin van de therapie reeks en aan het begin van elke therapie besproken moeten worden. Het terughalen van wat plaats heeft gevonden bij vorige sessies, helpt daarbij. Tijdens de activiteit kan er elk moment sprake zijn van onduidelijkheid van het behandeldoel voor de cliënt. Het is aan de therapeut om de mate van duidelijkheid bij de cliënt te bewaken door dit te checken en te bespreken. Ook is het aan de therapeut er voor te zorgen dat er een cultuur ontstaat in de therapie waarin de cliënt de ruimte ervaart om hiernaar te vragen en het te bespreken. Het creëren van

zelfwaakzaamheid bij de cliënt voor het zelf duidelijk houden van het doel is hierbij wenselijk. Dit kan beide gedaan worden door dit aan het begin van elke therapie te bespreken. Ook kan het op andere momenten in de therapie nog eens nagevraagd worden. Dit is belangrijk bij het gestructureerd kunnen werken en biedt de cliënt houvast. Dit is een belangrijke factor binnen het systeem van zijn of haar verandering. Dit zorgt tevens voor duidelijkheid in de wederzijdse relatie waardoor vertrouwen in therapeut en veranderingsmogelijkheden toe nemen. Daarnaast geeft het informatie voor de therapeut over de juistheid van de gestelde doelen.

PMT:

Als samen met de cliënt is afgesproken om als oefening, blind over een bank te lopen om op die manier bewust te worden van lichamelijke signalen met behulp van spanning, is het belangrijk dat de cliënt weet dat het doel van de oefening, lichamelijke signalen ervaren is. Ook is het belangrijk voor de cliënt om te weten dat dit hoort bij het onderdeel 'in het hier en nu blijven'. Bovendien is het belangrijk dat de cliënt weet dat dit hoort bij het doel gevoel en handelen herkennen en erkennen. Dit om vervolgens meer vertrouwen te krijgen in eigen gevoel en mogelijkheden om te kunnen veranderen. Als de cliënt gevraagd wordt "hoe hoog is je spanning nu?". En deze antwoord: "Dit doet me denken aan de gymles van vroeger" en ze verteld hoe bekeken ze zich toen voelde en dat ze toen wel wilde weglopen. Dan is het goed om het doel van de oefening te bespreken en samen te evalueren of haar reactie kloppend is bij de doelstelling en wat er dan anders zou kunnen. Bijvoorbeeld het verleggen van de focus op de fysieke ervaringen in plaats van cognities. Als het voor de cliënt niet duidelijk is wat de doelen zijn in bredere zin, dan blijft deze verkeren in een situatie waarbij oud gedrag getriggerd wordt. Omdat er geen overzicht en dus geen vertrouwen is in de therapie.

PMT:

Er kan doormiddel van een oefening geprobeerd worden om het aanpakken van verschillende doelen op verschillende momenten duidelijk te maken. Er kan een parcours uitgezet worden van de ene kant van de zaal naar de andere kant. Het parcours krijgt drie verschillende routes met op elke route iets wat de cliënt leuk vindt om te doen. Helaas kan er maar één route per keer gelopen worden. De ervaring van de cliënt over het niet kunnen doen van de andere routes kan dan besproken worden. Evenals de ervaring van het wel lopen van de andere route. De symboliek van de oefening en de parallel met de aanpak van doelen van de cliënt kan dan uitgelegd worden. De cliënt kan dan in andere oefeningen wellicht haar negatieve gedachten over het verleden beter 'parkeren'. De cliënt kan dan de gedachten beperken tot die gene die bij de oefening passen. Op die manier komen er ook wellicht minder interfererende emoties boven. En blijft de cliënt makkelijker in contact zodat er beter doelgericht gewerkt kan worden.

Punt 2 Aandacht voor het voortdurend oriënteren op de therapie en wederzijdse betrokkenheid op de behandeldoelen.

De voortdurende oriëntatie is van belang omdat er binnen de problematiek van de BPS een continue paradox heerst tussen de tegenstellingen (zie Hoofdstuk 2.1). Dit is zeer verwarrend voor de cliënt. Deze verwarring zorgt er voor dat de cliënt snel geneigd is tot negatief kijken naar de therapie en de veranderingsmogelijkheden. Ook het vertrouwen in en de stabiliteit van de relatie met de therapeut kan hierdoor aangetast worden. Een uitleg over de tegenstrijdigheden en de plaats van de cliënt hierin is dan nodig. Maar ook bij deze uitleg kunnen er emoties en gedrag oproepen bij de cliënt die gevalideerd moeten worden. Het valideren en het bespreken van doelen en het verantwoording nemen hiervoor zijn dan een manier om hier samen een uitweg in te vinden.

PMT:

Als bij de oefening 'het blind over een bank lopen om zo bewust te worden van lichamelijke signalen met behulp van spanning, de cliënt als reactie op de vraag "Hoe hoog is je spanning nu?", over negatieve ervaringen uit het verleden begint, is het goed om te valideren en samen te bespreken wat met die informatie te doen. Moet er iets mee gedaan worden? En zo ja wanneer en bij welk doel past het. Dus direct valideren en kenbaar maken dat het goed is om verdere details aan het eind van de

sessie te bespreken is dan een goede oplossing. In gezamenlijk overleg kan duidelijk worden of, wat en wanneer er iets mee te doen.

Voor wat betreft het doel kernoplettendheid is het niet gepast om de ervaring uit het verleden in deze fase van de vaardigheidstraining terug te laten komen maar in een andere fase van de DGT n.l. intermenselijke effectiviteit of emotie regulatie. Voor de cliënt is het dus van belang om ook dit duidelijk te begrijpen. De cliënt dient dus niet alleen de korte termijn doelen helder te hebben maar ook op de hoogte te zijn van de algemene behandelstructuur uit latere fasen van de behandeling. Als de cliënt de doelen in bredere context kent, begrijpt deze de subdoelen ook beter. Betrokkenheid en motivatie van de cliënt is nodig om dit op een juiste wijze te kunnen begrijpen. Een manier om de betrokkenheid van de cliënt te vergroten is door de cliënt te vragen, zelf de doelen en de reeds gedane ontdekkingen op te opnoemen.

PMT:

De cliënt betrokken krijgen of houden bij de behandeldoelen en het eigen proces kan, door deze mee te laten denken en beslissen in het inrichten van de therapie. Door samen een doel te kiezen om aan te werken en samen te onderbouwen waarom dat doel belangrijk is. Ook kan het helpen om de cliënt mee te laten denken en beslissen in de oefeningkeuze en uitvoering daarvan.

Punt 3 Er moet systematisch gewerkt worden.

Door de tegenstrijdigheden die heersen en de veranderende wereld van de cliënt ontstaat er veel instabiliteit en vermindert diens houvast (zie hoofdstuk 2.1). Deze ontbrekende houvast moet o.a. vervangen worden door vertrouwen in de weg binnen de therapie. Deze moet voor de cliënt dus duidelijk zijn. Om deze duidelijkheid te krijgen is het belangrijk dat er op basis van de duidelijke doelen ook systematisch gewerkt kan worden. Zo kan de cliënt duidelijk teruggrijpen op de ontstane nieuwe structuur. Zo komt er een nieuwe lijn in een verwarrende wereld.

PMT:

Door aan het eind van de therapie samen te bepalen wat te doen met de opgekomen ervaring uit de gymles van het verleden, kun je systematisch werken aan ervaringen, gedachten en gedrag van de cliënt. De ervaring krijgt een plek binnen de therapie waardoor de ervaring geordend wordt en er voor de cliënt structuur binnen de chaos ontstaat. Het is niet gepast om de ervaring uit het verleden in de fase kernoplettendheid van de vaardigheidstraining terug te laten komen maar in een andere fase van de DGT. N.l. intermenselijke effectiviteit of emotie regulatie.

PMT:

Als oefening kan er samen met de cliënt een lijst gemaakt worden met werkpunten en doelen. Op deze lijst kan in overleg met de cliënt op een visuele manier de ontwikkeling bijgehouden worden van de werkpunten en doelen. Dit kan gedaan worden telkens als er tijdens oefeningen iets juist bereikt of ervaren is.

Punt 4 Aandacht vestigen op het valideren van gedachten, gevoelens en acties van de cliënt.

De cliënt heeft eigen gedachten, gevoelens en handelingen namelijk continue devaluerend gelabeld. De gedachten, gevoelens en acties van de cliënt kunnen gevalideerd worden. Dit betekent dat de cliënt voortdurend verteld moet worden dat deze niet fout zijn maar zelfs goed gezien de situatie. Hiervoor zal de therapeut moeten zoeken naar waarheden en wijsheid die reacties van de cliënt bevat om tegenwicht te geven aan de devaluerende labels. Zo leert de cliënt haar eigen emotionele reacties te vertrouwen als geldige interpretaties van gebeurtenissen. Het is de bedoeling deze te veranderen naarmate de acceptatie toeneemt. Zo leert de cliënt extreme emoties te beheersen en daarmee ook beter om te gaan met crisis situaties.

PMT:

Als je bij de oefening met de bank met de cliënt overlegt of het niet beter is om de opgekomen ervaring van de gymles van vroeger later te bespreken, kan er voor de cliënt een makkelijke mogelijkheid ontstaan om zichzelf negatief te labelen. Door gedachten als 'Ik mocht dat niet zeggen' of 'het is dom

om te zeggen' of 'ik snap ook niets en kan niets'. De gedachten 'zie je wel het wordt toch niets met mij' liggen dan al gauw in het verschiets. Belangrijk is om die gedachten voor te zijn door bijvoorbeeld te zeggen: "Ik snap best dat die gevoelens boven komen en dat is ook heel logisch want in het verleden zijn er inderdaad mensen geweest die zeiden dat je het niet goed deed", "Maar ik vind niet dat je het niet goed doet, het is heel logisch". Vervolgens kun je voorstellen de ervaring uit het verleden een andere keer te bespreken en verder te gaan met waar voor de oefening bedoeld is.

PMT:

Een oefening kan vanuit een praktische situatie duidelijk maken dat er devaluerend gelabeld wordt. Door bijvoorbeeld bij badminton de cliënt te laten spelen tegen iemand die het heel goed kan en tegen iemand die het heel slecht kan. In beide situaties zal de cliënt aangeven dat haar prestaties aan de ander te wijten zijn. Bij verlies zal 'de ander te goed' zijn. Bij winst zal 'de ander te slecht' zijn. In beide gevallen is de cliënt zichzelf niet realistisch aan het labelen. Het is kan zo duidelijk worden dat er met dat systeem nooit een mogelijkheid ontstaat om eigen gedrag positief te labelen. Met deze ervaring kan de transfer gemaakt worden naar andere situaties uit het Algemeen Dagelijks Leven (ADL).

Punt 5 Disfunctioneel gedrag opnieuw vormgeven als probleemoplossend gedrag.

Disfunctioneel gedrag is het gedrag wat wel functioneel was als zelfbescherming in de oude situatie. Dit gedrag wordt voor de nieuwe situatie niet meer als functioneel geacht. Zodra de cliënt haar gedrag heeft ervaren als niet handig en dat geaccepteerd heeft, is deze klaar om te veranderen. Er zal er samen gezocht moeten worden naar nieuwe oplossingen.

PMT:

De negatieve ervaring van de gymles uit het verleden kan wel dienen als voorbeeld zonder het verleden van die betreffende gymles te bespreken. Het kan gebruikt worden om het verschil tussen het hier en nu te verduidelijken. De therapeut kan samen met de cliënt gaan ontdekken dat het teruggrijpen op situaties in het verleden de focus van de lichaamssignalen en in dit geval de spanning afleidt. En hoe dit zich verhoudt met de doelen van de therapie, namelijk het stil staan bij het hier en nu. Bij herhaling van dergelijke oefeningen, zal de cliënt gaan ervaren dat deze bij een juiste focus een beter antwoord kan vinden op bewegingssituaties dan wanneer de focus op het verleden ligt. Tot dat deze nieuwe ervaring zich heeft aangediend zal de cliënt moeten vertrouwen op de therapeut en meten vertrouwen dat de verandering werkelijk zal gaan plaats vinden.

In een oefenvorm ontstaan er twee verschillende situaties in het bewegen. Bij een focus op het verleden zal de cliënt letterlijk gaan wiebelen of verkrampen. Bij een focus op het hier en nu krijgt de cliënt controle over fysieke aansturing. Daarmee ontstaat er controle over de bewegingssituatie. Vervolgens kan deze uitkomst gekoppeld worden aan situaties uit het dagelijkse leven. De cliënt leert dan disfunctioneel gedrag om te zetten in probleem oplossend gedrag.

PMT:

Cliënten met BPS hebben de neiging om gedachten niet uit te spreken. Hierdoor kunnen deze gedachten niet getoetst worden en blijven mogelijke inadequate cognities bestaan. Voor de cliënt is het dan van belang om te ervaren dat deze zich prettiger voelt als de communicatie open blijft. Dit kan zich vertalen naar een bewegingssituatie als 'blindbegeleide'. Hierbij krijgt de blinde de instructie niet te praten of gezichten te trekken. De begeleider mag gewoon praten en gevoelens uiten. Vervolgens worden de rollen omgedraaid waarna de cliënt mag kiezen wat prettiger was om te ervaren. De borderline cliënt zal dan het begeleiden het prettigste vinden. De symboliek van de oefening kan dan gebruikt worden als metafoor voor het niet uiten van gedachten en gevoelens in andere situaties.

Punt 6 Het veranderingsproces van de cliënt ondersteunen door het ontwikkelen van geloof in eigen vermogens te kunnen ontwikkelen, groeien en te veranderen.

Als de cliënt nieuwe ervaringen of gedrag op doet dan moet bekend en vertrouwd disfunctioneel gedrag losgelaten worden. Het is dan gemakkelijk om te vervallen in devaluatie van eigen kunnen en geloof in de therapie. In het verleden is immers vaak bewezen dat het niet is gelukt te veranderen. Dit terwijl de

noodzaak duidelijk ervaren wordt bij de cliënt. De therapeut heeft hierin de taak om symptomen van devaluatie op te merken en deze aan te gaan.

PMT:

Na het overleggen met de cliënt, over wanneer er met de ervaring van de gymles uit het verleden verder gewerkt gaat worden, is de kans groot dat er bij de cliënt twijfel ontstaat. Twijfel over het lukken en de werkelijke haalbaarheid van dit nieuwe doel. Belangrijk is dan om dit te onderkennen en de cliënt te steunen. Dit kan door tegen de cliënt te zeggen dat het heel logisch is dat deze geen vertrouwen heeft in de werkelijke haalbaarheid door wat er is gebeurd in het verleden. Je kunt uitleggen dat, omdat het in het verleden zo was, dit niet wil zeggen dat het zelfde opgaat voor de toekomst.

Tegelijkertijd is het ook noodzakelijk om het tegendeel duidelijk te maken. Dit kan heel goed door oefeningen te doen die de cliënt niet denkt te kunnen, maar die met een beetje hulp zeker wel haalbaar zijn. De vouwhang in de ringen kan zo'n oefening zijn. In situaties waarbij de cliënt geen vertrouwen heeft kan gerefereerd worden aan de ervaring met de vouwhang. Dit kan door te zeggen "weet je nog dat je bij de vouwhang zei dat het nooit ging lukken om de vouwhang te doen? En dat het later toch lukte?", "Dat gaat hiermee net zo, ik ben er van overtuigd dat het samen gaat lukken". In combinatie met het verleggen van de focus naar het 'hier en nu' zorgt het er voor dat de cliënt steeds vaker vast kan houden aan het vertrouwen in verandering.

Punt 7 Blootstelling aan angststimuli dienen te worden gearrangeerd tijdens sessies als wel in het dagelijks leven.

Voor de cliënt is het belangrijk om emoties te verkennen. Dit om deze vervolgens te gebruiken als graadmeter voor verkenning en erkenning van gedrag in bepaalde situaties en nieuw gedrag te oefenen. Ook kan door blootstelling aan angststimuli geoefend worden om gedragsalternatieven eigen te maken, om vermijdingsdrang te voorkomen en crisis situaties beter aan te kunnen.

PMT:

Bij het voorbeeld van het lopen over de bank met de ogen dicht, valt het op dat de cliënt vertraagd en zelfs bijna stilstaat en omvalt op het moment dat deze begint over de ervaring van de gymles van vroeger. De cliënt wordt bloot gesteld aan angststimuli en vermijdt deze door te vluchten in cognities van vroeger. Haar handelen komt tot een stilstand en laat haar bijna vallen. Door de focus van de cliënt terug te brengen naar haar gevoel van 'hier en nu' en hierbij stil te staan en deze te ervaren kan de cliënt beslissen de loopsnelheid aan te passen aan de hoeveelheid angst. Zo kan de cliënt op een gedoeerde wijze de angstige situatie de baas worden. Vervolgens kan er een situatie uit het dagelijks leven uitgezocht worden waar de cliënt door angst ook vastloopt. Daarop kan dan de zelfde strategie toegepast worden als in de bewegingssituatie. Namelijk de focus in het 'hier en nu' houden en deze ervaren om vervolgens gedoerd verder te gaan in de angstige situatie.

Punt 8 Aandacht voor vermijdingsdrang van cliënten.

De cliënt zal een grote neiging hebben om te vervallen in vermijdende strategieën. Dit omdat vermijden de bekende strategie is, die het angst- en stressniveau relatief acceptabel houdt. Het is de strategie die in het verleden altijd goed gewerkt heeft. De cliënt voelt zich daarin thuis. Vermijdingsdrang is erg nauw verbonden met het blootstellen aan angststimuli (punt 7). De confrontatie met nieuwe situaties zal als beangstigend worden ervaren. Daarin voelt de cliënt zich niet thuis. De cliënt moet vertrouwen krijgen in de nieuwe situatie. De vermijding speelt een grote rol in dit veranderingsproces.

PMT:

Bij de oefening met de bank kunnen de gedachten van de gymles van vroeger gezien worden als vermijdende strategie. Als de cliënt vasthoudt aan deze vermijdende gedachten moet de therapeut aan de ene kant sturend optreden door de cliënt te confronteren met de gevoelens en lichamelijke signalen van het 'hier en nu'. Aan de andere kant moet dit gepaard gaan met een uitleg waarom deze confrontatie belangrijk is en hoe dat past bij de samen besproken doelen. Voor de cliënt is deze confrontatie met de lichamelijke signalen, de daarbij behorende gevoelens en gedachten vervelend. De

blootstelling aan deze angst stimuli is nodig om de vermijding uiteindelijk te verminderen. De cliënt kan zich in dat proces alleen gaan voelen en vertrouwen in de therapie en zichzelf verliezen en weer in de vermijding terecht komen. De uitleg van het waarom van de confrontatie maakt het voor de cliënt begrijpelijk en gestructureerd.

Vermijding moet als zo danig besproken worden. De vermijding krijgt anders geen plaats in het proces. Voor de cliënt is het dan lastig om het te herkennen. Daardoor wordt het moeilijk vermijding tegenover het beoogde doel te plaatsen. De cliënt moet het gaan zien als twee, elkaar tegenwerkende krachten.

PMT:

Het is goed te ervaren voor de cliënt wat vermeiding is en hoe het er voor zorgt dat doelen niet worden bereikt. Dit kan ervaren worden in de situatie waarbij de cliënt angst ervaart voor de therapie en vervolgens de therapie vermijdt door niet te komen. Als de cliënt niet naar de therapie komt, kan er ook geen doel bereikt worden.

Punt 9 In de behandeling moet de opbouw en handhaving van positieve, intermenselijke, op samenwerking gebaseerde relatie tussen cliënt en therapeut benadrukt worden.

De rede hierachter is dat de cliënt niet gewend is om een relatie op een positieve en op samenwerking gebaseerde manier aan te gaan, terwijl deze wel noodzakelijk is om de cliënt door het instabiele veranderingsproces heen te helpen. De cliënt is gewend in een situatie te verkeren waarbij eigen gedrag, invaliderende reacties opleveren vanuit de omgeving, waardoor een instabiele emotie regulatie en bijpassende schommelende emotionele expressie stijl gesteund blijven. Door positieve, samenwerkingsgerichte sociale interactie te laten zien en te laten ervaren zal de triggering van de invaliderende reactie vanuit de omgeving niet of verminderd ervaren worden. De cliënt kan dan leren dat positieve, samenwerkingsgerichte sociale interactie haalbaar is. De schommelende emotionele expressie stijl zal dan verminderen.

In de therapie krijgt dit op meerdere manieren vorm (zoals in eerder genoemde voorbeelden). Het valideren van het gedrag, gevoel en emotie van de cliënt. Het samen bepalen van de doelen voor de therapie. Het invoegen in het realiteitsbeeld van de cliënt door de therapeut en daarmee eigen realiteitsbeeld op metaniveau kunnen zien.

PMT:

Voor de oefening betekent dit, dat de cliënt gecompimenteerd wordt voor het in contact blijven en het volgen van de samen bepaalde structuur. Dat de cliënt te horen krijgt dat het gedrag, gevoel en emotie heel logisch is gezien de context. Dat de therapeut vertrouwen heeft dat de cliënt het in zich heeft op een positieve manier samen te kunnen weken. En vooral dat de cliënt kan vertrouwen op de therapeut door de achterliggende gedachten van het handelen van de therapeut te bespreken.

PMT:

Tijdens de oefeningen laat de cliënt, op momenten dat door angststimuli negatieve gevoelens boven komen, blijken dat het toch niet gaat lukken en dat het geen zin heeft. Ze geeft de hoop op en verbreekt het contact en daarmee de positieve samenwerking. De therapeut reageert dan validerend door te zeggen dat het heel logisch is dat de cliënt de situatie zo ervaart, en dat de therapeut wél vertrouwen heeft en het niet gaat opgeven. Hierdoor ervaart de cliënt geen invaliderende reactie en geen negatieve relatie waarin de cliënt alleen komt te staan. Maar de cliënt ervaart een positieve, intermenselijke op samenwerking gebaseerde relatie.

PMT:

Er kan een oefening gedaan worden die een appél doet op het ervaren van een positieve, intermenselijke op samenwerking gebaseerde relatie. Door met een groepje, in een cirkel, te gaan hangen in een groot rond touw die op rug hoogte zit. Op deze wijze moet er een balans gevonden worden met de andere leden van de groep. Om dit te laten slagen zal iedereen elkaar in de gaten moeten houden en tegelijkertijd het touw goed aanvoelen. Via het touw staat iedereen met elkaar in contact en vindt er communicatie plaats.

Punt 10 De werkrelatie moet op samenwerking gebaseerd zijn.

Als de werkrelatie niet op samenwerking gebaseerd is, kan het veranderingsproces niet plaats vinden. Er is dan namelijk minder kans, om vertrouwen in de therapie en de beoogde verandering op te bouwen, en om vertrouwd disfunctioneel gedrag los te laten. Hierdoor is de kans groot dat de cliënt vast zal houden aan eigen irreële cognities en dus ook disfunctioneel gedrag. De relatie zal dan gekenmerkt worden door instandhouding van oud gedrag. Zoals het uitlokken van reacties bij de omgeving die invaliderend werken op de cliënt. Hierdoor zal een instabiele emotieregulatie en bijpassende schommelende emotionele expressie stijl gesteund blijven.

PMT:

Voor de praktijk betekent dit dat de therapeut altijd alert moet zijn op signalen die duiden op tegengesteldheid in de werkrelatie. Dit om de situatie vervolgens bespreekbaar te maken met als doel het waarborgen van de samenwerking. Dit kan door 'te aller tijde aan de kant van de cliënt te staan', wederom door het valideren maar ook door het terug grijpen op de stabiliteit van de structuur zoals eerder beschreven in punt 2, 3 en 4.

PMT:

Er zijn verschillende thema oefeningen waarbij samenwerking ervaren kan worden. Zo kan bij het 'met z'n tweeën tegelijk trampoline springen' het afstemmen op elkaar als thema naar voren komen. Ook kan het thema wederzijds vertrouwen bij de oefening 'blinde begeleide' aanbod komen. Het begeleiden kan dan verbaal of fysiek gebeuren. Voor de wederzijdsheid van het vertrouwen bij de laatste oefening, is het nuttig dat de cliënt beide rollen ervaren heeft. Dus zowel het begeleiden als het begeleid worden.

Hoofdstuk 5 Conclusie

PMT is een sterk middel bij het verleggen van de focus naar het 'hier en nu'. Omdat fysieke beweging altijd in het 'hier en nu' plaats vindt, kan deze ervaring gemakkelijk op gedaan worden. De meerwaarde van PMT in combinatie met DGT, komt in de module Kernoplettendheid, duidelijk naar voren.

De effectiviteit van de therapie wordt bepaald door twee zaken. Ten eerste de gekozen oefeningen met bijpassende thema's. En ten tweede de manier van toepassen. De tien punten vormen een richtlijn die kan helpen bij beide zaken.

Ten aanzien van de gekozen oefeningen en bij passende thema's:

Doormiddel van verschillende bewegingsactiviteiten zoals beschreven in hoofdstuk 4.3 kan de cliënt de verschillende thema's ervaren. Belangrijke thema's zijn: structuur, contact maken met eigen lichaam, controleren van impulsiviteit, omgaan met grenzen, vertrouwen, sociale contacten, samenwerken. Het ervaren van de verschillende thema's (zoals terug te vinden in hoofdstuk 4.3) zal uiteindelijk moeten leiden tot een nieuw lichamelijk, emotioneel, cognitieve en sociale beleving.

Ten aanzien van de manier van toepassen:

Daarnaast is het nodig de juiste manier van toepassing te hanteren om de therapie DGT gekaderd te kunnen noemen. Voor de therapeut is het behouden van de juiste balans van de drie tegenstrijdigheid-principes in de behandeling een uitdaging (zie hoofdstuk 2.1). Kernpunten hierin zijn: de gedachten het gedrag en de emotie valideren en zonder waarde oordeel in een groter perspectief plaatsen. Zo kan de cliënt zichzelf accepteren. Door een juiste werkrelatie neemt de acceptatie van eigen gedrag en het vertrouwen in de mogelijkheid te veranderen toe. Het onbevangen openstellen van de therapeut voor het wereldbeeld van de cliënt is hierbij van belang. Duidelijkheid over de therapie doelen op een breder niveau, het toepassen van de systematiek op een breed niveau en inspraak van de cliënt kunnen hierbij niet ontbreken. De situatie zal alleen dan voor de cliënt als veilig genoeg ervaren worden. De therapie trouwheid zal hierdoor ook verbeteren. De cliënt kan zo vertrouwen op eigen kunnen en kan dan de commitment laten zien die nodig is. Het verval in oud veilig maar destructief gedrag kan dan voorkomen worden. Daarom verdient het de aanbeveling om de bredere achtergrond van de 10 punten te kennen voordat deze worden toegepast.

Tot op heden is over PMT in combinatie met DGT weinig gepubliceerd. Uit de vraag 'hoe kan DGT toegepast worden als kader bij PMT bij borderline cliënten' ontstaan er meer subvragen over de inrichting van de PMT. Hoe ziet de PMT eruit per modulen en fasen van de behandeling? Wat zijn de effecten als de cliënt uitsluitend PMT aan geboden krijgt? Wat zijn de effecten van groepstherapie ten opzichte van individuele therapie? Wat zijn de effecten van een behandeling bij open groepen ten opzichte van gesloten groepen? Vragen waar mogelijk in de toekomst meer duidelijkheid overkomt.

De manier waarop DGT als kader voor PMT ingevuld wordt kan verschillen. Ik heb doormiddel van de tien punten een eigenweg geprobeerd te vinden in het vormen van het kader. Zoals bij elke vertaling gaat er altijd wel iets van de werkelijke betekenis verloren. Bij DGT bleek dit lastig omdat er gebruik gemaakt wordt van een complex model van sociale interactie. In mijn systeem en uitleg hoop ik zoveel mogelijk van de werkelijke betekenis en functie van de DGT behouden te hebben.

Literatuurlijst

Boeken

- Linehan, M.M., 2003, BPS handleiding voor training en therapie, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Linehan, M.M., 2002, Dialectische gedragstherapie bij BPS, Theorie en behandeling, Harcourt Assessment.
- Masters, J.C. e.a., 1987, Behavioral therapy: Techniques and empirical findings. Orlando: Harcourt Brace Jovanovich.
- American Psychiatric Association, 2002, DSM-V-tr, Swets & Zeitlinger, Lisse.
- De Jong, A., Van den Brink, W., Ormel, J., 1999, *Handboek psychiatrische epidemiologie*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen.
- Trimbos instituut, redactie C. Schoemaker en prof. dr. C. de Ruiter, 2004, Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid.
- Wies van den Bos, Borderline personalitydisorder, substance abuse, and dialectical behavior,.
- Behandelingsstrategieën bij de borderline persoonlijkheidsstoornis, Cure en care development. Prof. dr. W. van Tilburg, Prof dr. W. van den Brink en Dr. A.
- NVPMT module borderline persoonlijkheidsstoornissen, Jan 2000.

Artikelen

- Fabius, M., 2004, Houvast; werkconferentie PMT en dialectische gedragstherapie,, In Tijdschrift NVPMT 10-4.
- Van den Bosch, L.M.C, 2005, EFP masterclass Dialectische Gedragstherapie, data base Expertisecentrum forensische psychiatrie.
- Biopsychosociaal model
- Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie G006, Luuk Sietsma.

Internet.

- <http://www.geestelijke-gezondheid.nl/borderline.htm>, Arnt, 2004.
- <http://www.ggzleiden.nl/templates/RichContentZonder.aspx?PageID=22979>, GGZ Leiden, 2007
- <http://www.umcn.nl/extern/patfol/NSC0723.pdf>, UMC St Radboud, 2006.
- <http://www.ggze.nl/dewende/Zorginformatie/zorgaanbod.htm>, Stichting Geïntegreerde Geestelijke Gezondheidszorg in Eindhoven en de Kempen, 2007
- <http://www.geestelijke-gezondheid.be/zibe2.html>, 2006
- http://members.chello.nl/r.vanmontfoort/Kibweb/ik-versterkende_groep.htm, Van Montvoort, 2005