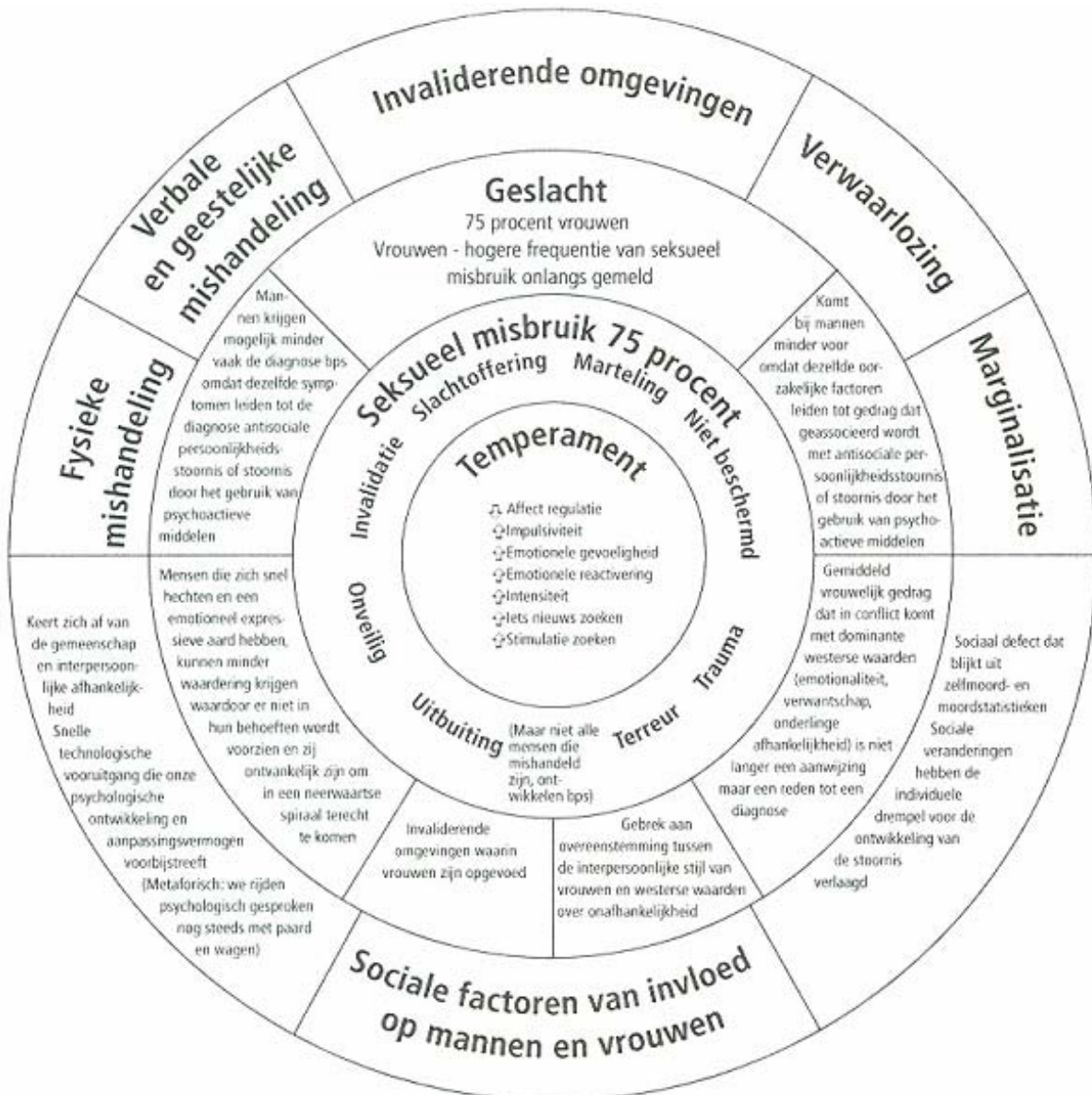


Re-integratie met een borderline persoonlijkheidsstoornis; een casestudy

Van gillend over straat, naar een 'normaal' leven.



Melloney Hartog – Martin v/d Blink
 Christelijke Hoge School Windesheim, CALO – BPT
 Juni 2008

Inhoudopgave

Voorwoord	3
Inleiding	4
1. Verantwoording vraagstelling	4
2. Casus	6
2.1 Mevrouw C. en haar geschiedenis.	6
2.2 Mevrouw C. en PMT.	7
2.3 Diagnostiek.....	7
3. Schemagerichte cognitieve therapie.....	10
3.1 Inleiding	10
3.2 Ontstaan en grondgedachte.....	10
3.3 Vroege onaangepaste schema's.	11
3.4 Schemadomeinen.....	11
3.5 Schemabevestiging	12
3.6 Schemavermijding.....	13
3.7 Schemacompensatie.....	13
3.8 Van disfunctionele schema's naar functionele schema's	14
4. De praktijk	14
4.1 Praktijkvoorbeeld	15
Conclusie.....	17
Literatuurlijst scriptie	21
Bijlage 1; De schema's	22
Bijlage 2; Vragenlijst & Beoordeling.....	27
Bijlage 3; Borderline Persoonlijkheidsstoornis	33

Voorwoord

Het schrijven van een scriptie... In eerste instantie dacht ik: "Leuk, het laatste stuk van de opleiding! Ik ga ervoor!" Vol goede moed ging ik aan de slag met het bedenken waar ik me extra in wilde verdiepen. Mijn eindstage heb ik gelopen met onder andere borderlinepatiënten. Het is een stoornis waar je mee moet leren omgaan, als persoon zelf, maar ook als omgeving van iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Vanuit mijn referentiekader vind ik het belangrijk dat een ieder gelijk wordt behandeld, iedereen verdient evenveel respect. Het maakt niet uit of die persoon groen, paars of bruin is, een been mist of een extra vinger heeft, iedereen is voor mij gelijk en zal ik met respect behandelen zolang ik ook met respect behandeld wordt. Vanuit deze gedachte en wetende dat borderline niet te genezen is, wilde ik me verdiepen in welke bijdrage PMT kan leveren om het leven met een borderline persoonlijkheidsstoornis zo normaal mogelijk te maken. Normaal in de zin van hoe kunnen zij anderen respecteren en gerespecteerd worden.

Van hieruit ben ik begonnen. Maar de vraag was hoe nu verder? Ik wist dat ik iets met borderline persoonlijkheidsstoornis wilde in combinatie met schema gerichte cognitieve therapie, maar welke vraagstelling maak je daarbij? Dit was mijn tweede berg op weg naar de diplomering. Ik heb hier vele momenten over nagedacht: op de fiets, tijdens het lesgeven, onder colleges maar de vraag kwam niet op. Tijd om contact op te nemen met mijn stagebegeleider. En ja hoor... 5 minuten om de tafel en de eerste opzet was er. Maar zoals vaak op een berg, wanneer je denkt bijna aan de top te zijn, blijkt er nog een heel stuk achter te zitten. Wat ook het geval was bij mijn vraagstelling. Vele malen heb ik deze moeten herschrijven, maar ondertussen ging ik wel vast van start met de theoretische verdieping; op weg naar de bibliotheek, boeken lezen, mening vormen, een eerste opzet, een eerste herschrijving en een tweede volgde. Langzaam maar gestaag kwam ik over de berg en ging ik de weg naar beneden. Een hele tijd kon ik lekker vooruit en genoot ik ondanks de drukte van het afstuderen. Elk half uurtje dat ik over had, ging ik aan mijn scriptie zitten.

Al snel volgde er een volgende berg. De theoretische verdieping was er maar nu? Ja, op de kaart kon ik zo zien waar alles lag, maar ik kon het beeld van de kaart moeilijk plaatsen op de plek waar ik nu stond. Welke weg moest ik nu nemen? Na veel wikken en wegen en na verschillende pogingen, heb ik opnieuw hulp aan mijn scriptiebegeleider gevraagd. Net als de vorige keer kon ik daarna weer verder. De manier waarop ik de vorige berg beklommen had, was niets op aan te merken, maar voor mijn eindpunt moet ik eigenlijk een andere berg nemen. Ik moest mijn scriptie anders insteken. Gelukkig was deze weg gemakkelijker. Ik nam het pad dat mij aangewezen was en stak ook hier alle tijd in die ik over had. Ik ging aan de slag en ben blijven lopen, tussendoor nog een keer de weg gevraagd en de ingeslagen weg bleek goed zijn.

Na een vermoeiende reis, een weg vol hindernissen en overwinningen, heb ik het eindpunt bereikt. Mijn eindopdracht is voltooid en ik ben tevreden met het resultaat. Ik mag nu even bijkomen van de rit en het is wachten op mijn beoordeling. Misschien is dat nog wel het moeilijkste van alles. Wachten... Wachten of ik nog een kleine uitstap ga maken, of dat ik mijn tas mag gaan uitpakken.

Martin, bij deze wil ik je bedanken voor het wijzen van de weg en de hulp die je onderweg hebt geboden. Bedankt!

Melloney Hartog 2008

Inleiding

Zoals op de vorige pagina benoemd, is dit mijn scriptie. Binnen mijn scriptie sta ik stil bij de problematiek van borderline persoonlijkheidsstoornis¹ (DSMIV; persoonlijkheidsstoornis Cluster B). Op stage werk ik met mensen die gediagnosticeerd zijn met persoonlijkheidsstoornissen, waaronder een groep met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het afgelopen jaar heb ik ervaring en kennis opgedaan wat deze doelgroep betreft en heb ik gemerkt dat het als therapeut belangrijk is om veiligheid en structuur te bieden. De structuur wordt onder andere geboden door de Schemagerichte Cognitieve Therapie² (Young, 2004), maar later in mijn stage is men overgestapt op de theorie van Linehan: Dialectisch Gedrag Therapie (Linehan 2002), door een nieuwe psychotherapeut die er veel mee werkt. Doordat ik al met mijn scriptie was begonnen en mijn beeld van de Schemagerichte Cognitieve Therapie duidelijk was, ben ik in mijn scriptie niet meegegaan met de verandering.

In de scriptie zal eerst de vraagstelling duidelijk omschreven en verantwoord worden. Daarna wordt een casus beschreven. Van de casus, Mevrouw C. zal het verleden beschreven worden, hoe ze is binnen de PMT, waarna het hoofdstuk afgesloten wordt met drie vormen van diagnostiek. Informatie over het ontstaan, kenmerken en andere zaken van borderline persoonlijkheidsstoornis, zijn in bijlage 3 opgenomen.

In het derde hoofdstuk staat informatie over de Schemagerichte Cognitieve Therapie die door Jeffrey Young speciaal ontwikkelt is voor mensen met de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. In dit hoofdstuk wordt de opbouw van de Schemagerichte Cognitieve Therapie beschreven en wordt het voorbeeld mevrouw C. erbij betrokken om een duidelijker beeld te scheppen. Extra informatie over Schemagerichte Cognitieve Therapie, wat betreft de schema's zijn in de bijlage 1 opgenomen.

In het vierde hoofdstuk wordt een beeld van de praktijk geschetst. Hiervoor wordt een voorbeeld van een mogelijke therapiesessie beschreven. Het betreft een therapiesessie van de PMT waar mevrouw C. aanwezig was. Het wordt beschreven gericht op mevrouw C. en de groep wordt erbij betrokken wanneer dat noodzakelijk is. In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de methode waarmee gewerkt wordt en worden verschillende keuzes uitgelegd. Er wordt afgesloten met een zevental punten waar je als therapeut op moet letten bij een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Na de praktijk zal de scriptie beëindigd worden met een conclusie waarin er teruggekomen wordt op de vraagstelling. De verschillende facetten van de vraagstelling worden kort beschreven, waarna ze aan elkaar gekoppeld worden. Daarnaast wordt de meerwaarde van PMT beschreven. De conclusie wordt gevolgd door een literatuurlijst en een drietal bijlagen.

¹ Na dit hoofdstuk zal borderline persoonlijkheidsstoornis afgekort worden met BPS

² Na dit hoofdstuk zal Schemagerichte Cognitieve Therapie afgekort worden met SCT

1. Verantwoording vraagstelling

“Welke aspecten van de schemagerichte cognitieve therapie zijn bruikbaar binnen psychomotorische therapie, bij re-integratie van mevrouw C. met een borderline persoonlijkheidsstoornis?”

Dit is uiteindelijk mijn vraagstelling geworden. In het begin was mijn vraagstelling alles behalve concreet. Ik wist dat ik iets met SCT wilde en met BPS, maar verder had ik geen idee.

Tijdens de opleiding heb ik persoonlijkheidsstoornissen altijd al interessant gevonden. Om deze reden wilde ik persoonlijkheidsstoornissen bij mijn scriptie betrekken. Mijn interesse lag vooral bij schizofrenie en BPS. Mijn keuze voor borderline is ontstaan doordat ik op stage een groep cliënten had met de diagnose BPS. Ik ben iemand die veel vanuit beeld en ervaring praat, iets waar de groep van stage dus aan kon bijdragen. Mijn beeld van schizofrene personen is beperkt, wat mij beperkt in het vormen van een plaatje en dus in het maken van een scriptie.

Ik koos voor de SCG van Jeffrey Young, omdat dit kader op stage werd gebruikt. Zo kon ik een goed beeld scheppen van hoe het er in de praktijk uit ziet. Helaas is de instelling, na ongeveer een halve stageperiode, overgestapt naar het theoretische kader van Linehan, Dialectische Gedragstherapie. Mijn beeld van de SCT was breed genoeg voor het maken van mijn scriptie, waardoor ik een vraagstelling niet hoefde aan te passen.

Om een concrete vraagstelling te krijgen, stelde ik mezelf de vraag wat ik nog graag zou willen leren, maar op deze vraag had ik niet direct een antwoord. Het antwoord kwam nadat ik had gekeken wat ik belangrijk vind. Van huis uit heb ik meegekregen dat respect voor jezelf en voor anderen belangrijk is. Dat je een ieder ziet als een gelijkwaardige en niet de één boven de ander stelt. Veel mensen met BPS worden niet als een gelijkwaardige gezien. Ze worden gezien als raar en vreemd. Nu wil ik niet elke persoon met BPS in hetzelfde hokje stoppen, maar als ik kijk naar mijn stage, zijn er een hoop personen vastgelopen op het sociale vlak. Ze benoemen dan, dat het lastig is om relaties in stand te houden en dat ze zich niet begrepen en/of gewaardeerd voelen.

Met deze gedachten kon ik mijn vraagstelling wel concretiseren. De doelgroep BPS had ik al gekozen, maar nu wist ik dat ik specifiek wilde kijken naar de re-integratie van deze doelgroep. Ik was benieuwd hoe het theoretische kader SCT binnen de PMT kon bijdragen aan een stuk respect en verbetering van het sociale vlak. Vanuit opleidingsniveau kijk ik wat PMT hierin nu zo specifiek maakt. Wat is er anders dan bij groepstherapie of beeldende therapie. Kort geformuleerd: wat is de meerwaarde van de PMT hierin?

Uiteindelijk dus een redelijk korte vraag, maar met verschillende aspecten om te onderzoeken en op te reflecteren.

2. Casus

2.1 Mevrouw C. en haar geschiedenis.

Gezinssysteem aspecten.

Mevrouw C. (34 jaar) is de jongste van twee kinderen en werd geboren toen haar moeder zeventien was. Haar vader is na haar eerste levensjaar vertrokken, waardoor mevrouw C. werd opgevoed door haar moeder en haar oma. Haar oma was streng en sloeg mevrouw C. Later hoort mevrouw C. dat oma een moeilijke jeugd heeft gehad. Oma verloor haar moeder toen ze drie jaar was en werd in eerste instantie opgevoed door haar oudste zus en later toen deze uit huis ging door haar stiefmoeder. Oma's vader was nooit thuis omdat hij werkte als zeeman. Jong getrouwd ging oma uit huis. In deze relatie zijn drie kinderen geboren, waaronder de moeder van mevrouw C. en twee ooms.

Sociale aspecten.

Mevrouw C. werd als jong meisje als lastig ervaren. Ze had last van driftbuien en kreeg problemen op school omdat ze druk was, niet oplette en ruzie maakte. Extra begeleiding zorgde dat mevrouw C. beter hanteerbaarder was, maar de hyperactiviteit en concentratieproblemen bleven. Haar moeder en oma wisten zich geen raad met haar gedrag.

Eerdere behandeling.

In de pubertijd ontwikkelt mevrouw C. een eetstoornis. Toen kwam ze voor het eerst bij het RIAGG, waar ze op een wachtlijst kwam te staan en later terecht kon bij de afdeling psychotherapie. De behandellaren stelde voor om moeder bij de behandeling te betrekken, maar moeder wilde dit niet, mede door de slechte ervaringen van vroeger. Mevrouw C. moest na een tijd opgenomen worden in psychiatrisch ziekenhuis, omdat de problematiek ernstig werd. Doordat mevrouw C. moeite had zich aan de afspraken te houden, was het een periode met erin en eruit en werd ze steeds depressiever. Van de huisarts kreeg ze antidepressivum voorgeschreven, wat een geringe verbetering gaf. Daarnaast probeerde de huisarts om mevrouw C. weer op te laten nemen, maar bij de eetstoornissen vonden ze haar motivatie te weinig en bij de stemmingsstoornissen vonden ze haar eetprobleem te veel op de voorgrond staan.

Uiteindelijk komt mevrouw C. door de huisarts bij een vrijgevestigde psycholoog. Ook deze denkt dat de klachten zijn ontstaan door slechte jeugdervaringen en start hypnotherapie. De zittingen werden steeds langer, omdat er veel emoties bij los kwamen. Mevrouw C. ging zich hechten aan de psycholoog en belde deze in paniek op en dreigde dan een einde aan haar leven te maken. De psycholoog stelde opname voor, waar mevrouw C. heel boos om werd en thuis een overdosis medicijnen innam.

Hierdoor komt mevrouw C. op de opnameafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Mevrouw C. was hier wisselend aanwezig: het ene moment was ze goed aanspreekbaar en op het volgende moment staarde ze voor zich uit. In deze periode sneed mevrouw C. zichzelf met een scheermes in de onderarmen. Het behandelteam vermoedt een diagnose van borderline persoonlijkheidsstoornis. Toen er besloten werd om tot afronding over te gaan verzette mevrouw C. zich hiertegen, omdat zij niet alleen kan zijn. Iemand van het behandelteam heeft mevrouw C. kunnen overtuigen naar huis te gaan en een poliklinische behandeling te volgen.

Mevrouw C. kwam bij een mannelijke therapeut wat klikte. In deze periode ging het beter met mevrouw C. totdat de therapeut vertelt dat hij van werkplek gaat veranderen. Mevrouw C. is niet meer op komen dagen en heeft niets meer van zich laten horen.

Deeltijdbehandeling nu.

Geruime tijd later is ze door de spoorweggpolitie opgepakt, omdat zij gevaarlijk gedrag vertoonde en er krassen te zien waren op de onderarmen. Mevrouw C. is toen via het RIAGG bij ons op de deeltijdbehandeling gekomen.

Binnen de deeltijdbehandeling is het vermoeden van borderline persoonlijkheidsstoornis bij mevrouw C. gediagnosticeerd. Binnen de PMT richten wij ons op de omgang van emoties, leren omgaan met impulsieve acties en het stellen van grenzen. Binnen PMT zie je dat mevrouw C. impulsief reageert. Ze gaat in op een spel en vergeet totaal de opdracht die ze had meegekregen. Daarnaast is het stilstaan bij jezelf, je lichaam of emoties lastig. Mevrouw C. dwaalt snel af met haar gedachten en wil niet bij haar gevoel komen. Ze is bang dat gevoelens haar zullen overspoelen en dat zij de controle kwijt raakt.³

2.2 Mevrouw C. en PMT.

PMT is een methode binnen de lichaamsgerichte psychotherapie. Er worden lichamelijke activiteiten, oefeningen en opdrachten gedaan, waarbij de nadruk ligt op het gebied van lichaamservaring en beweging. Het doel hierbij is het tot stand brengen van, of bijdragen aan een gedragsverandering waardoor de psychische klacht vermindert. Wanneer het verminderen niet haalbaar is, leert de cliënt binnen PMT hoe om te gaan met de situatie en de klacht te accepteren. Mevrouw C. is geïndiceerd voor de PMT doordat haar hulpvraag aansluit binnen PMT. Mevrouw C. heeft problemen binnen sociale relaties en op haar werkadressen die veel wisselen. Onder andere door deze problematiek heeft mevrouw C. psychische klachten die binnen PMT verminderd kunnen worden. Kenmerkend binnen de PMT voor mevrouw C. is in eerste instantie haar impulsieve gedrag. Mevrouw C. is iemand die aanwezig is in de groep en moeite heeft met stilzitten. Ze wiebelt altijd wel met haar voeten of handen.

Mevrouw C. zit in de Heden en Structuurgroep met nog zeven andere dames, die allen gediagnosticeerd zijn met BPS op as II. Ze volgen een deeltijdbehandeling van vier dagen die bestaat uit verschillende gestructureerde vaktherapieën waaronder PMT. Bij PMT staat vooral het oefenen en ervaren centraal. Er worden veel activiteiten gedaan waarin het gedrag naar voren komt dat men wil veranderen, om op deze wijze de personen inzicht te geven in hun eigen gedrag. Het kan ook zo zijn dat de activiteit direct ingestoken wordt op het nieuwe gedrag en dat er geoefend wordt anders te handelen in een situatie. Later in de scriptie wordt hier nog verder op in gegaan.

2.3 Diagnostiek.

Door de scriptie heen wordt steeds benoemd dat mevrouw C. gediagnosticeerd is met BPS. BPS behoort tot de persoonlijkheidsstoornissen binnen cluster B, samen met antisociale persoonlijkheidsstoornis, narcistische persoonlijkheidsstoornis en theatrale persoonlijkheidsstoornis (DSMIV, 2000).

Wanneer je op deze wijze naar een cliënt kijkt, kijk je vanuit classificerende diagnostiek. Deze diagnostiek gaat uit van verschillende criteria waaraan een persoon moet voldoen om gediagnosticeerd te worden met een stoornis. Het kan in verschillende landen worden gebruikt, doordat de criteria zijn vastgesteld. Hieronder een algemene omschrijving en de criteria om gediagnosticeerd te worden met een BPS volgens de DSM IV:

“Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties.” Mensen met BPS voldoen aan vijf of meer van de volgende negen criteria.

- (1) Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
N.B.: Reken hier niet het suïcidale of automutilerende gedrag toe, aangegeven in criterium 5.
- (2) Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren.
- (3) Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel.
- (4) Impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien).
N.B.: Reken hier niet het suïcidale of automutilerende gedrag toe, aangegeven in criterium 5.
- (5) Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen of automutilatie.
- (6) Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen).

³ Elektronisch Patiënten Dossier van GGZ Breda.

- (7) Chronisch gevoel van leegte.
- (8) Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bv. frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen).
- (9) Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.⁴

Wanneer er gekeken wordt naar Mevrouw C. en de criteria voor een BPS, kunnen de criteria (1); (3); (4); (5); (6) en (7) worden herkend. Mevrouw C. voelt zich altijd leeg, doordat ze alle gevoelens heeft weggestopt. Ze stopt haar gevoel weg, omdat ze bang is dat wanneer ze wel voelt, ze er geen controle over heeft. Mevrouw C. associeert het gevoel van leegte ook met het nergens bij horen. De personen die ze heeft, probeert ze op alle mogelijke manieren bij zich te houden. Later in haar behandeling vertelt mevrouw C. dat ze heel aanhankelijk was en dat ze letterlijk aan de benen van een ander heeft gehangen, zodat die niet weg ging. Nu ze er op terugkijkt, schaamt ze zich voor haar gedrag, en weet ze niet waarom ze het toen de tijd gedaan heeft.

De criteria identiteitsstoornis herken ik bij Mevrouw C. vooral aan het begin van de therapie. Ze vond het toen lastig om te omschrijven wie ze was, wat ze leuk of minder leuk vond. Daarnaast vond ze zichzelf lelijk, dik en nutteloos. Haar impulsiviteit is iets wat al meerdere keren naar voren komt. Mevrouw C. is iemand die vaak impulsief aankopen doet. Ze koopt dan vooral apparatuur wat ze eigenlijk niet nodig heeft. Door haar impulsieve aankopen, heeft ze een schuld opgelopen en staat ze geregistreerd bij postorderbedrijven als persoon die niet kan betalen en dus ook geen bestellingen meer mag doen. Daarnaast is haar roekeloze gedrag ook terug te zien in de PMT-zaal. In een spel vergeet ze de omgeving en gaat ze voor haar doel, bijvoorbeeld een paal omschieten. Hierbij kan ze over grenzen van anderen gaan. Ook de stemmingswisselingen van mevrouw C. zijn terug te zien in de PMT-zaal. Mevrouw C. kan plotseling in een andere stemming schieten. Het ene moment kan ze bijvoorbeeld blij zijn en gaat alles goed. Een moment later is ze boos op de hele wereld en kan niemand iets goed doen. Binnen de PMT is hier veel aandacht aan besteed. Op de momenten dat het zich voor deed, benoemde we wat er gebeurde en reflecteerde we op de situatie: Wat gebeurt er nu? Welke signalen zijn er in het lichaam? Welke emoties zijn aanwezig? Wat maakt dat de situatie veranderd is? Welke rol speelt de omgeving? Is er iets veranderd in het denken/voelen? In het begin was het lastig en stond mevrouw C. er niet voor open. De reden dat wij het toch deden, was dat we de afspraak met haar hadden gemaakt dat we het mochten doen op het moment dat het gebeurde. Gedurende de therapie kon mevrouw C. het steeds beter verdragen en gemakkelijker reflecteren op de situaties. Nu kan mevrouw C. vooraf de signalen herkennen en bij zichzelf blijven, zodat een plotselinge stemmingsverandering uitblijft.

Er kan ook vanuit een andere diagnostiek naar mevrouw C. worden gekeken. Een voorbeeld hiervan is de hermeneutische diagnostiek. Bij deze diagnostiek gaat het vooral om het verklaren en begrijpen. *Bij mevrouw C. kunnen er dingen worden verklaard zoals: de instabiliteit waardoor ze voortdurend in de problemen raakt binnen de maatschappij. Zo heeft mevrouw C. vele baantjes gehad, maar was ze niet in staat om er langere tijd te werken. Ook binnen relaties en vrijetijdsbesteding is mevrouw C. vastgelopen. Ze wil geen band met een ander opbouwen, uit angst dat deze haar verlaat. Wanneer ze toch een band heeft met een ander, klampt ze zich hieraan vast, wat voor strubbelingen binnen de relatie zorgt. Herkenbaar is dat mevrouw C. al problemen had op de basisschool. Uit onderzoek blijkt dat dit is iets wat men vaak terugziet in een anamnese. Mevrouw C. was hyperactief, maakte veel ruzie, kon zich slecht concentreren op school en had leerproblemen. Vanuit deze diagnostiek kun je ook kijken naar het negatieve zelfbeeld dat mevrouw C. heeft. Ze vindt zichzelf dik, log, vet en vergelijkt zichzelf steeds met de omgeving. Ze past zich hierdoor aan aan de omgeving, in de hoop dat het beter wordt. Binnen de PMT is dit een thema. Mevrouw C. gaat vanuit zichzelf kijken naar haar eigen behoeften en niet haar behoeften baseren op die van een ander.*

⁴ <http://www.hulpguids.nl/ziektebeelden/borderline.htm>; (februari 2008)

Een laatste model dat wordt besproken is de kritische diagnostiek die ervan uit gaat dat de omgeving alles bepaald. De omgevingsfactoren kunnen onderverdeeld worden in drie categorieën van biologisch, psychologisch en sociaal: biopsychosociaal model⁵ (Engel 1977). Ook vanuit deze diagnostiek kan er worden gekeken naar mevrouw C.

Onderzoek heeft aangetoond dat mensen met BPS vaak aanleg hebben voor impulsiviteit en stemmingswisselingen, wat mogelijk te maken heeft met een stoornis in de serotine huishouding. Ook bij mevrouw C. kan dit zo zijn, dat door een stoornis in de serotinehuishouding haar prikkeloverdracht tussen zenuwcellen verstoord is. Dit zou de hyperactiviteit en de leerproblemen verklaren. Nu kan aanleg alleen niet een BPS ontwikkelen. Hierbij spelen psychologische en sociale factoren ook een rol. Wanneer je kijkt naar deze factoren heeft mevrouw C. ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt. Haar vader vertrok toen ze een jaar was, ze werd geslagen door haar oma en ze kreeg weinig aandacht thuis. Mevrouw C. had buiten huis geen netwerk van mensen, doordat ze veel ruzie maakte en werk om zichzelf te onderhouden hield ze niet lang vol. Deze factoren kunnen een rol hebben gespeeld bij het ontwikkelen van een BPS.

Vanuit de kritische diagnostiek gezien, is de omgeving belangrijk. Bij de keus of iemand opgenomen moet worden is het belangrijk om te kijken of dit noodzakelijk is aangezien de omgeving hierdoor wordt bepaald. De keus tot wel of geen opname hangt samen met de vraag wie last heeft van de problematiek. De persoon zelf moet namelijk last hebben van de problematiek wil behandeling nut hebben. Binnen de BPS is het belangrijk dat zoveel mogelijk cliënten poliklinisch behandeld worden, vanwege het behouden van hun eigen verantwoordelijkheid.⁶

Op mijn stage wordt er alleen behandeld via dagbehandeling. De cliënten gaan 's middags weer naar huis. Er wordt hulp aangeboden bij re-integratie, het aanzien komen en voorkomen van een terugval en tijdig hulp kunnen zoeken. Belangrijk hierbij is dat cliënten naast de behandeling bezig kunnen met andere dagelijkse bezigheden om op deze wijze het re-integratieproces in werking te stellen. Dit is niet iets wat specifiek bij de SCT past. In de literatuur is niet duidelijk terug te vinden hoe de SCT hier over denkt. De visie van SCT is dat de hardnekkige denkpatronen omgezet worden in functionele denkpatronen. In de visie is niet terug te lezen of een cliënt klinisch moet worden opgenomen of dat de voorkeur uitgaat naar dagbehandeling.

⁵ <http://www.moeilijkemensen.nl/>; (februari 2008)

⁶ Jansen, M. (2007)

3. Schemagerichte cognitieve therapie.⁷

3.1 Inleiding

Schemagerichte Cognitieve Therapie (SCT) is een vorm van cognitieve therapie die zich richt op het veranderen van hardnekkige denk- en gedragspatronen, schema's genoemd. De schema's dienen als leidraad binnen de behandeling en de problemen. Centraal staat hoe ze ontstaan zijn en de last die er nu nog door ervaren wordt. Het geeft dus inzicht in de problematiek die bij iedere persoon verschillend kan zijn. De schema's zijn ontstaan in de jeugd als een overlevingsstrategie van schadelijke ervaringen (o.a. fysieke, seksuele mishandeling, verlating) en kunnen op volwassen leeftijd nog steeds bestaan, omdat ze nooit gecorrigeerd zijn of omdat ze niet disfunctioneel⁸ zijn geweest. Tijdens de SCT wordt gekeken of de in de jeugd ontwikkelde overlevingsstrategie nog effectief is of dat de overlevingsstrategie aangepast dient te worden, om de mogelijkheden te kunnen vergroten.

3.2 Ontstaan en grondgedachte.

SCT is ontwikkeld door Jeffrey Young uit de cognitieve gedragstherapie. Young ontwikkelde de SCT speciaal voor persoonlijkheidsstoornissen om de dieper gelegen patronen en de onderliggende overtuigingen die erbij horen te veranderen. Een belangrijk verschil tussen SCT en cognitieve gedragstherapie is dat bij SCT ook het gevoel betrokken wordt. Bij de cognitieve gedragstherapie wordt alleen uitgegaan van de cognities.

De grondgedachte van SCT is dat het denken (cognities) beïnvloed wordt door het voelen (emoties). Personen die emotionele problematiek hebben, kunnen realiteit vervormen door hun denkfouten, waardoor er schema's kunnen ontstaan. Bij de SCT wordt de denkfout onder de loep genomen en wordt er gekeken of de denkfout klopt. Dit met het idee dat wanneer de realiteit beter zichtbaar is, men zich beter kan voelen. Het zichtbaar maken gebeurt door het te doen, het uitzetten van situaties om te bekijken of de gedachten waar zijn.

Wanneer je kijkt naar de PMT is deze grondgedachte terug te zien. Binnen PMT worden verschillende activiteiten gedaan. De keus tot een activiteit wordt gemaakt aan de hand van de schema's. Als therapeut kijk je welke schema's er binnen de groep actief zijn en hoe deze in een activiteit naar voren kunnen komen. Binnen een dergelijke activiteit worden interventies gedaan op het onderscheid tussen denken en voelen. Daarnaast wordt gekeken welk schema zichtbaar wordt. Een vervolg hierop is te kijken naar hoe het gedrag te kunnen veranderen en dit ook te proberen. Door het te doen en te ervaren hoe het is.

Als informatie door een persoon eenzijdig en vervormd geïnterpreteerd wordt, kan dit leiden tot extreme emoties en probleemgedrag. De misinterpretatie van informatie kan ontstaan zijn doordat men als kind bepaalde ideeën heeft gekregen over zichzelf, anderen of gebeurtenissen waardoor er zogenoemde denkschema's ontstaan. Disfunctionele schema's zijn door hun vroege ontstaansgeschiedenis in alle volgende levensfasen actief geweest en hebben hun werking doen gelden. Dit leidt tot een continue herhaling van schemabevestigende ervaringen en een gebrek aan schemaontkrachtende ervaringen. Juist door de herhaling van de gebeurtenis zijn disfunctionele schema's structureel geworden en hebben andere meer functionele schema's zich niet kunnen ontwikkelen, met gevolg dat ze vaak moeilijk te veranderen zijn. Dit heeft mede te maken met dat de schema's erg vertrouwd zijn en erg passen bij iemands identiteit. Schema's sturen dus van jongs af aan het gedrag en de informatie wordt geselecteerd en vervormd zodat het past in het schema.

De behandelopzet die Young ontwikkelt heeft, heeft een opbouw in vijf theoretische constructen: 1. vroege onaangepaste schema's; 2. schemadomeinen; 3. schemabevestiging; 4. schemavermijding; 5. schemacompensatie. De verschillende constructen zullen apart besproken worden.

⁷ <http://www.schematherapie.nl/>; (februari 2008)

⁸ Disfunctioneel wil zeggen niet meer kloppend voor de huidige situatie en met gevolgen voor de persoon zelf en/of zijn omgeving.

3.3 Vroege onaangepaste schema's.

Vroege onaangepaste schema's zijn stabiele schema's die zijn ontwikkeld in de kindertijd en in belangrijke mate disfunctioneel kunnen zijn. Ze kunnen bij een persoon veel emotionele en sociale problemen veroorzaken met anderen, zoals in de omgang. Bij deze schema's kunnen de volgende kenmerken onderscheiden worden.

- Schema's worden ervaren in relatie met omgeving. Het zijn rigide denkpatronen die als waar worden ervaren. Bij activering is er veel emotie en stress.
- Schema's houden zich in stand door bevestiging. Ze worden als vertrouwd ervaren en informatie wordt geselecteerd. Informatie die niet overeenkomt met het schema worden vervormd, zodat het schema gehandhaafd blijft.
- De vroege onaangepaste schema's zijn disfunctioneel doordat ze leiden tot psychische stress, gevoel van eenzaamheid, depressie, paniek en angst wat vaak gecompenseerd wordt door onthechte relaties met anderen, privé en in het werk.
- De vroege onaangepaste schema's worden geactiveerd door gebeurtenissen die een associatieve relatie hebben met het schema.
- De vroege onaangepaste schema's leiden meestal tot heftige emoties waardoor vaak snelle en impulsieve reacties het schema zichtbaar maken voor anderen. De persoon zich hier niet bewust van, wat kan zorgen voor onbegrip in de relatie.
- De vroege onaangepaste schema's zijn het product van temperament en de ervaren tekorten in de opvoeding en omgeving in de eerste levensjaren. Het gaat dan om langdurige en herhaalde patronen van ervaringen die een kind als vanzelfsprekend verwacht.⁹

3.4 Schemadomeinen

Er zijn achttien schema's¹⁰ te verdelen over vijf schemadomeinen. De schemadomeinen zijn:

A. Onverbondenheid en afwijzing.

Hiervan is sprake als men niet op een voorspelbare manier kan verwachten dat iemands behoefte aan veiligheid, zekerheid, verzorging, empathie, acceptatie en respect wordt beloond. Vaak ontstaat een tekort wanneer de opvoeding omschreven kan worden als kil, onthecht, misbruikend en eenzaam. Binnen dit schemadomein zijn vijf schema's opgenomen. De tabel op de volgende pagina is een overzicht van de vijf schemadomeinen en de bijbehorende schema's.

B. Verzwakte autonomie en verminderd functioneren.

Dit schemadomein is actief wanneer men niet heeft ervaren om bewust te zijn van zijn eigen autonoom functioneren en handelen, te presteren en er onvoldoende rekening is gehouden met de eigen autonomie. Dit tekort ontstaat vaak in een gezin waar het kind niet tot weinig gestimuleerd wordt om dingen te doen. Er zijn vier vroege onaangepaste schema's die hiermee samenhangen.

C. Verzwakte grenzen.

Van dit schemadomein is sprake wanneer er onvoldoende geleerd is om grenzen te onderscheiden, wanneer er onvoldoende verantwoordelijkheid is naar de ander toe of wanneer er weinig aandacht is voor de toekomst. Dit schemadomein ontstaat vaak in een gezin waar weinig tot geen grenzen gesteld worden en een gevoel heerst van zich meer voelen dan anderen. Er zijn twee vroege onaangepaste schema's die hiermee samenhangen.

D. Gerichtheid op anderen.

Er is sprake van eigen behoeften en verlangens die ten koste gaan van verlangens, gevoelens en reacties van anderen. Dit wordt gedaan om met als doel liefde en waardering te krijgen. Meestal ontstaat dit tekort in een gezin waar sprake is van voorwaardelijke acceptatie. Een kind binnen dit gezin moet zich vaak onnatuurlijk en voorbeeldig gedragen om liefde, aandacht en goedkeuring te ontvangen. Met dit schemadomein hangen drie schema's samen.

⁹ <http://www.ccg.nl/>; (februari 2008)

¹⁰ Voor beschrijving van de schema's zie bijlage 1.

E. Overmatige waakzaamheid en inhibitie (geremdheid).

Er is sprake van dit schemadomein wanneer er een overmatige nadruk wordt gelegd op het onderdrukken van spontane gevoelens, impulsen en keuzen. Dit gaat vaak ten koste van geluk, zelfexpressie, ontspanning, intieme relaties of gezondheid. Meestal ontstaat dit tekort in een gezin waar sprake is van strenge, veeleisende ouders. Dit uit zich in prestatiedrang, perfectionisme en het volgen van regels waarbij emoties verborgen worden. Binnen het gezin staat dit boven genieten, plezier en ontspanning. Er zijn vier vroege onaangepaste schema's die met dit schemadomein samenhangen.

De vijf schemadomeinen zijn verbonden aan de emotionele basisbehoeften van een kind: veiligheid, verbondenheid, autonomie, realistische grenzen en zelfexpressie. Wanneer een kind een te kort ervaart in één of meerdere emotionele basisbehoeften, ontstaan er dus schema's. Hieronder een overzicht van de schemadomeinen met de schema's.

Domein A; Onverbondenheid en afwijzing	Domein B; Verzwakte autonomie en verminderd functioneren	Domein C; Verzwakte grenzen	Domein D; Gerichtheid op anderen	Domein E; Overmatige waakzaamheid en inhibitie
1. Verlating, Instabiliteit	6. Functionele afhankelijkheid, Onbekwaamheid	10. Rechten, Grootheid	12. Onderwerping	15. Negativiteit, Pessimisme
2. Wantrouwen, Misbruik	7. Kwetsbaarheid	11. Onvoldoende zelfcontrole	13. Zelfopoffering	16. Emotionele geremdheid
3. Emotionele deprivatie	8. Verstrengeling, Onderontwikkelt		14. Goedkeuring, Erkenning	17. Meedogenloze Normen, Hoge eisen
4. Onvolmaaktheid, Schaamte	9. Mislukking, Falen			18. Bestraffend
5. Sociaal isolement, Vervreemding				

Gekeken vanuit mevrouw C. zijn de volgende domeinen en schema's actief:

- A. Onverbondenheid en afwijzing -> 1. Verlating / Instabiliteit;*
- B. Verzwakte autonomie en verminderd functioneren -> 6. Functionele afhankelijkheid / Onbekwaamheid;*
- C. Verzwakte grenzen -> 11. Onvoldoende zelfcontrole;*
- E. Overmatige waakzaamheid en inhibitie -> 16. Emotionele geremdheid.*

3.5 Schemabevestiging

Schema's worden bevestigd en bekrachtigd. Dit kan op cognitief niveau, daar waar een selectieve aandacht aanwezig is. Informatie wordt geselecteerd; dat wat het schema bevestigd wordt gehoord, en dat wat het schema niet bekrachtigt wordt niet gehoord. Herkenbaar voor dit schemaproces is de uitspraak; 'Zie je wel.' Naast cognitief niveau kan het schema ook op gedragsmatig niveau beïnvloed worden. Telkens worden er situaties opgezocht die het schema bevestigen, omdat dat bekend is. Als laatste kan het ook op gevoelsmatig niveau worden beïnvloed. Een voorbeeld hiervan is de gedachte 'Er verandert nooit wat.' Hierdoor doet men weinig tot geen moeite om dingen te proberen, waardoor er ook niets verandert. Dit bevestigt de gedachte wat de cirkel rond maakt. De schema's lijken zo eigen te zijn dat het haast onmogelijk lijkt om ze te veranderen.

3.6 Schemavermijding

Centraal bij dit schemaproces is dat de persoon er zorg voor draagt dat het schema niet geactiveerd wordt. Op deze manier worden (extreem) negatieve emoties voorkomen. Ook dit kan gebeuren op cognitief niveau waarbij gedachtes/beelden geblokt zijn om het schema niet te kunnen triggeren. Het blokkeren van de gedachtes kan automatisch en doelbewust gebeuren. Hetzelfde geldt voor de gevoelsmatige vermijding. Het blokkeren van emoties die getriggert worden door schema's. Een voorbeeld hiervan is automutileren¹¹, om niet te hoeven voelen. Er wordt gesproken van gedragsmatige vermijding, wanneer situaties of omstandigheden worden vermeden die het schema kunnen triggeren.

3.7 Schemacompensatie

Bij dit schemaproces wordt tegenovergesteld gedrag vertoont dan dat wordt verwacht op grond van het schema. Tot op zekere hoogte is dit gezond om te doen. Personen met psychosociale problematiek slaan door bij de inspanning om een behoefte vervuld te krijgen, waardoor er aan het doel voorbij geschoten wordt. Dit gebeurt vaak door de onderliggende kwetsbaarheid die niet of onvoldoende wordt onderkend.

Wanneer er wordt gekeken naar de drie schemaprocessen kunnen deze worden geplaatst bij mevrouw C.

- A. Verlating / Instabiliteit; Mevrouw C. heeft het idee dat wanneer er een band is met een ander, de relatie wordt verbroken. Om deze reden wil ze geen intieme relaties aangaan met een ander (schemaproces vermijding). Ze voelt zich dan ook vaak alleen en heeft het gevoel nergens bij te horen. Om zich niet alleen te voelen, gaat ze vaak de stad in waar vele mensen zijn. Opvallend is dat ze altijd wel een band heeft gehad met haar therapeuten, die allen vanuit de therapeutkant beëindigd zijn.*
- B. Functionele afhankelijkheid / Onbekwaamheid; Mevrouw C. heeft het idee dat zij anderen nodig heeft om te leven (de therapeut waar ze wel een band mee aangaat?). Ze is niet zozeer functioneel afhankelijk, maar emotioneel afhankelijk. Ze hecht zich aan de ander en stelt alles in zaak om te zorgen dat de relatie blijft. Het schemaproces bevestiging is hier actief.*
- C. Onvoldoende zelfcontrole/Zelfdiscipline; Mevrouw C. reageert heel impulsief op situaties, doordat ze wordt overspoeld door emoties. Ze weet niet hoe ze ermee om moet gaan (vooral boosheid, frustratie en verdriet) en gaat krassen met haar nagels op haar armen (voorheen met scheermes). Het is lastig te benoemen of mevrouw C. in het vermijdende of bevestigende proces zit. Ze zoekt de situaties niet bewust op, maar het lijkt of ze steeds weer in een situatie beland, waar ze veel emoties ervaart.*
- E. Emotionele geremdheid; Mevrouw C. heeft in haar kinderjaren geen emoties mogen tonen. Dit verklaart mede waarom mevrouw C. het lastig vindt om uiting te geven aan haar emoties. Ze is er van overtuigd dat wanneer je emoties toont, de ander niet van je houdt en je zal verlaten. Gevolg is dat mevrouw C. haar gevoelens onderdrukt en wanneer ze hoog opspelen ze gaat krassen op haar armen. Het bevestigende schemaproces, speelt hier een rol.*

Binnen de PMT worden de schemaprocessen niet direct gebruikt. Wel komen de schema's naar voren. Binnen een activiteit kan er gekeken worden of er een schema actief is. Dit zorgt voor inzicht en structuur voor de personen uit de groep. Daarnaast kunnen de schema's door medecliënten herkend worden, waardoor ze elkaar bewust maken van gedrag. Daarnaast wordt gekeken naar herkenning. Herkent de cliënt haar gedrag in andere situaties. Op deze wijze krijgt men inzicht en komt men tot zaken die ze willen veranderen. Mevrouw C. vond het in het begin lastig om met een groepsgenoot samen een opdracht te doen. Uit angst dat ze later zou worden verlaten door die persoon. Naarmate ze langer in de groep zat, ging dit steeds beter. Iets anders wat je terug ziet is het impulsieve gedrag van mevrouw C. Ze kan zichzelf verliezen in een spel en houdt dan geen rekening meer met de anderen die ook in de zaal zijn. Het stilstaan bij emoties is lastig. Mevrouw C. benoemde in het begin dan dat ze niet wilde voelen uit angst overspoelt te raken. Elke therapie wordt gestart met een (korte) lichaamsscanner om te kijken wat er op dat moment aanwezig is. In het begin vond mevrouw C. dit verschrikkelijk. We zijn met kleine stapjes begonnen, door lichaamssignalen te observeren, waarna we later ook de emoties erbij hebben gepakt. Mevrouw C. vindt de oefening nog steeds lastig, maar kan er beter mee omgaan.

¹¹ Voor uitleg zie pagina 31; gedrag

3.8 Van disfunctionele schema's naar functionele schema's

Zoals eerder genoemd staat het veranderen van schema's centraal in de behandeling, waarbij de disfunctionele schema's worden afgezwakt en de functionele schema's worden versterkt. Dit kan op verschillende manieren en op de verschillende gebieden (cognitief, emotioneel en gedragsmatig).

- Het is belangrijk dat er per persoon gekeken wordt welke de schema's actief zijn. Dit gebeurt door middel van een vragenlijst.¹² Wanneer de schema's bekend zijn, wordt er gekeken naar wat de schema's triggert, waardoor de schema's gemakkelijker zijn om te buigen naar functionele schema's. Uiteindelijk worden de schema's verwerkt tot behandeldoelen.
- Een ander belangrijk punt is het begrijpen van de oorsprong en het ontstaan van de schema's. Het schrijven van een levensverhaal kan hierbij een hulpmiddel zijn. Naast de oorsprong en de oorzaak worden de schemaprocessen onderzocht en wordt er gekeken naar wat er op dit moment speelt. Welke last is er op dit moment?
- Het is als therapeut belangrijk om te weten op welke manier de schema's in stand worden gehouden. Ook dit is belangrijk om de schema's om te kunnen buigen.
- Om los te komen van de schema's moet er aan 'oude pijnen' op emotioneel vlak gewerkt worden.
- Het ombuigen van schema's vergt veel oefening en kan lang duren. Het veranderen van schema's levert vaak angst op, wat te maken heeft met het nieuwe gedrag. Belangrijk is dat er niet geoordeeld wordt, maar men behulpzaam is.

In grote lijnen gezien is SCT te onderscheiden in twee fasen. De eerste fase is de diagnose met onder andere de vragenlijst, de anamnese, in kaart brengen van klachten en inwinnen van informatie over het verleden. De tweede fase is de therapie waarbij de vroege onaangepaste schema's doorgewerkt worden.

Er kunnen verschillende technieken gebruikt worden voor de behandeling. De experiëntiële technieken worden veel gebruikt. Deze techniek wordt als belangrijk gezien, omdat de oude disfunctionele schema's, het coping-gedrag en de schema modi ook emotioneel doorleefd kunnen worden. Dit is noodzakelijk om te komen tot verandering en aanpassing van de disfunctionele schema's.

Daarnaast wordt therapierelatie bij SCT als heel belangrijk gezien. Als therapeut is het belangrijk om Rogeriaans empathisch, congruent en echt te zijn. Daarnaast moet de therapeut in staat zijn tot empathische confrontatie, beperkte reparenting¹¹ en zich bewust zijn van eigen conflicterende schema's die de therapie relatie kunnen verstoren. Verder wordt veel geduld en flexibiliteit verwacht van de therapeut om met het starre en vaak conflicteren gedrag van de persoon met BPS om te gaan en op een professionele wijze te kunnen helpen en de problemen te verminderen.

PMT valt in de tweede fase waar de vroege onaangepaste schema's doorgewerkt worden. PMT kan hier goed voor worden gebruikt aangezien de schema's onderzocht kunnen worden. Nadat het schema in een situatie in het hier en nu naar voren komt, kan er direct op gereflecteerd worden, waarna de situatie opnieuw geoefend kan worden met nieuw gedrag. Bij het oefenen van nieuw gedrag komt vaak veel emotie los zoals angst, verdriet en boosheid. Dit heeft te maken met een situatie van vroeger die het schema in stand gehouden heeft. Als therapeut kun je de cliënt op dat moment emotioneel ondersteunen en door het proces van verandering heen helpen.

¹² Voorbeeld vragenlijst zie bijlage twee.

4. De praktijk

4.1 Praktijkvoorbeeld:

Mevrouw C. en haar groepsgenoten komen binnen lopen en gaan op een kubus in de kring zitten. Ze komen net vanuit de weekopening. Bij PMT wordt altijd begonnen met de vraag "hoe zit je erbij?". Om hier antwoord op te geven maken we gebruik van een lichaamsscan, waar de cliënten observeren wat er in hun lijf aanwezig is. De therapeut begeleidt de cliënten van hun voeten naar het hoofd. De ene keer wordt deze oefening uitgebreider gedaan dan de andere keer. Er wordt voor deze opdracht gekozen zodat er geleerd wordt om bij jezelf stil te staan, om te kijken hoe het op dat moment is. Borderline patiënten hebben vaak moeite om bij zichzelf te blijven en naar hun lichaam te luisteren, wat binnen deze oefening geoefend kan worden. De centrale vraag na de oefening is vaak: "Wat neem je waar?" waar de cliënt zelf de link maakt naar hoe ze erbij zitten.

De oefening van de lichaamsscan komt niet van de SCT. Deze oefening is gekozen vanuit de dialectische gedragstherapie (Linehan 2002). Binnen dit kader wordt gesproken over verschillende vaardigheden: kernoplettendheidsvaardigheden, intermenselijke effectiviteitsvaardigheden, vaardigheden voor het omgaan met emoties en crisis. Dialectische gedragstherapie is een moduul voor vaardigheidstraining waar eerst aandacht wordt besteed aan observeren van emoties, gebeurtenissen en andere gedragsreacties. Een oefening die daarvoor gebruikt kan worden is de lichaamsscan. De vaardigheid observeren is niet iets wat iemand in één keer geleerd heeft, waardoor het belangrijk is om het regelmatig terug te laten keren.

Een ieder vertelt hoe zij erbij zit en wat ze wil doen. De cliënten krijgen altijd de mogelijkheid om ruimte te vragen voor een activiteit, thema of doel waar ze mee aan de slag willen. Dit hoeft niet concreet, wij als therapeut proberen er altijd een mouw aan te passen. Mevrouw C. geeft aan dat ze er goed bij zit. Ze voelt dat haar voeten koud zijn en dat er onrust in haar hele lijf zit. Gedachten gaan naar de weekopening, naar een verhaal van een medecliënt. Er zijn geen specifieke dingen die ze wil doen.

Vanuit de theorie van SCT is het begrijpelijk dat de cliënten niet zelf met een concreet voorstel hoeven te komen, gezien de drie schemaprocessen. Ondanks dat een cliënt gemotiveerd is om haar doelen te bereiken, blijft dit lastig. In hoofdstuk drie wordt beschreven hoe eigen de schema's zijn doordat ze verschillende levensfasen doorgemaakt hebben. De beginstap tot veranderen wordt door de meeste cliënten als eng ervaren. Ze zullen altijd situaties opzoeken die aansluiten bij hun schema. Gemakkelijker is om vanuit een thema te werken en te kijken welk schema daarbij naar voren komt, waarna er geoefend kan worden met nieuw gedrag.

Als therapeut kreeg je binnen deze groep vaak twee antwoorden terug. De eerste staat hier boven beschreven: geen voorkeur hebben en een ander veel voorkomend antwoord is iets actiefs willen doen. Dit is kenmerkend voor deze doelgroep. Ze hebben vaak moeite om iets concreet te krijgen en willen vaak iets actiefs doen om reactie te geven aan hun impulsen.

De activiteit die vandaag centraal staat heeft te maken met het thema grenzen. Bij de PMT kan er gebruik worden gemaakt van de thema's zoals ze op de BPT¹³ opleiding aangeboden worden. Er wordt dan een keus gemaakt om de activiteit niet te baseren op de schema's. Vooraf kan gekeken worden naar welke schema's een cliënt mogelijk tegenkomt in de activiteit. Vanuit dit oogpunt wordt kan er gekomen worden tot een activiteit. De terugkoppeling van schema's naar de cliënt kan in de activiteit zelf. Een veel gestelde vraag is: "Welk schema kom je tegen?"

De groep wordt gevraagd om allerlei materiaal in de zaal neer te leggen, waarna de opdracht uitgelegd wordt. De bedoeling is dat iedereen apart met haar ogen dicht door de zaal loopt met een doel. Het doel mogen ze zelf bepalen. Tijdens het lopen is het belangrijk om stil te staan bij je lijf, wat neem je waar en wat doe je ermee. Mevrouw C. kiest als doel om twee minuten door de ruimte te lopen. Hierbij heeft ze geen hulp van anderen nodig. Vooraf heeft ze niet veel gedachten over de activiteit. Ze benoemt dat ze bij anderen heeft gezien hoe die het gedaan hebben en vindt het een simpele oefening.

¹³ BPT = Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie. CALO te Zwolle.

Wanneer mevrouw C. de activiteit begint, loopt ze met een flink tempo door de zaal en lijkt zich niets van al het materiaal aan te trekken. Ze loopt dan ook tegen verschillend materiaal op. Je ziet dan dat haar lichaam even achteruit deinst, maar ze gaat in hetzelfde tempo verder. Mevrouw C. stopt wanneer gezegd wordt dat de twee minuten om zijn. Na die twee minuten bespreken we hoe het is gegaan. Mevrouw C. geeft aan weinig gemerkt te hebben in haar lijf. Het was wel lastiger dan ze dacht, maar vond het niet vervelend dat ze steeds overal tegenaan botste. De groep geeft feedback op wat zij hebben gezien en halen het schema onvoldoende zelfcontrole erbij. Mevrouw C. snapt na het benoemen wat er wordt bedoeld.

Na de feedback van de groep mag mevrouw C. de oefening nog een keer doen. Op stage proberen we bij PMT de cliënten zo veel mogelijk zelf tot hun inzichten te laten komen. Mijn stagebegeleidster benoemd niet vaak wat ze gezien heeft in de therapie. Ik merk bij mezelf dat ik dit wel doe. Ik vind het een gemakkelijke insteek om daarna verder te bevragen. Voor beide is wat te zeggen. Doordat de groep benoemd had wat ook wij hadden gezien, gingen we er niet verder op in. Door te vragen wat er anders kan en wat ze anders wil, komen we tot een nieuwe opdracht. Mevrouw C. wil nu in een rustiger tempo lopen om zo meer stil te staan bij haar lijf en wil eerst naar de kast lopen, dan over de mat naar de muur en eindigen bij de pion.

Tijdens de activiteit bevragen we mevrouw C. op wat ze waarneemt in haar lichaam. Ze kan dan de spanning benoemen die ze voelt in haar bovenarmen en schouders. Daarnaast is ze met haar gedachten bezig om rustig te lopen. Ze herhaalt voor zichzelf de woorden "Rustig aan, kalm." De activiteit verloopt verder rustig. Eén keer heeft mevrouw C. hulp nodig. Ze weet dan niet meer waar ze heen moest en vraagt dit na. Bij het nabespreken wordt er gekeken naar het verschil tussen de eerste en de tweede keer. Mevrouw C. vond de tweede keer fijner. Ze voelde zich zelfverzekerder en had het gevoel de situatie beter in de hand te hebben, dan wanneer ze snel liep en de situatie daardoor eigenlijk niet kon overzien.

De bovenbeschreven activiteit kan gebruikt worden binnen de SCT, omdat bijna elke cliënt haar schema's erin tegenkomt. De activiteit is eenvoudig en open doordat de cliënt een eigen doelstelling voor dat moment formuleert. De schema's, het denken en voelen staat centraal binnen de activiteit. Het zijn de punten waar de therapeut veel interventies op doet, wat terug te lezen is in het voorbeeld. Bij de eerste keer ervaart de cliënt het schema en benoemd welk gedrag anders te willen. Dat nieuwe gedrag wordt in een tweede ronde geoefend en ervaren. Vanuit de theorie gezien, is het ook mogelijk om tijdens de eerste ronde interventies te plegen.

Op het eind wordt er afgesloten met volleybal zonder regels. Het net wordt in het midden opgehangen en de roze skippybal wordt gepakt. Vooraf maken de cliënten een paar afspraken; mag met handen en voeten spelen en er wordt begonnen met één bal. Als therapeut brengen we de regel in dat wanneer er iets veranderd moet worden er "stop!" geroepen wordt en het spel dan stil ligt. Mevrouw C. begint redelijk rustig, maar al gauw rent ze de halve zaal door om alle ballen te pakken totdat een cliënt "stop!" roept. De medecliënt benoemd dat zij het vervelend vind dat mevrouw C. alle ballen pakt en wil afspreken dat ieder een bepaald vlak heeft waar ze de bal op mogen pakken. Als therapeut vragen we of een ieder weet wat haar deel is of dat het duidelijker aangegeven moet worden. De medecliënt wijst het met haar handen aan en een ieder vind het zo goed. Het spel gaat verder en na een aantal minuten roept mevrouw C. stop. Ze vindt het saai worden nu ze maar een klein stukje heeft en ze maar weinig ballen over het net kan slaan. Samen met de groep wordt er voor de oplossing gekozen om een tweede bal erbij te nemen. Het spel loopt verder, er wordt nog een aantal keer door cliënten stop geroepen tot het bijna tijd is.

Ook deze opdracht is open en er kunnen verschillende schema's naar voren komen afhankelijk van de persoon. Niet alleen het schemadomein verzwakte grenzen kan naar voren komen, maar ook schema's zoals: mislukken, falen; zelfopoffering; onderwerping; hoge eisen en bestraffend. Als therapeut is het bij deze oefening van belang goed te observeren en empathisch te confronteren wanneer een schema naar voren komt. In een spel verliezen de cliënten vaak de schema's uit het oog en moeten ze ermee geconfronteerd worden door een ander.

In het praktijkvoorbeeld zijn er al verschillende dingen benoemd over de methode van werken. Binnen PMT wordt bij deze groep altijd begonnen met een lichaamsscan om te kijken wat er op dat moment aanwezig is. Een ieder bespreekt wat zij tegenkomt, waarna ze de kans krijgen om een werkpunt in te brengen. Na het rondje proberen wordt er geprobeerd zo snel mogelijk te starten met een activiteit, omdat veel oefentijd belangrijk is. Binnen de beschreven groep heeft dit onder andere te maken met het aantal in de groep (acht personen). Aan de andere kant gaat het bij SCT om ervaren en doen. Wanneer nodig kan er meer tijd besteedt worden aan een praatje/uitleg, maar over het algemeen is veel oefentijd wenselijk. De activiteiten worden bijna altijd door de therapeuten bedacht nadat er een thema gekozen is. Vanuit een thema kan er gekeken worden naar een passende activiteit en de mogelijke schema's die erin voorkomen. Het is dus zo dat de therapeut de activiteiten bedenkt, mits de cliënt met een (concreet) voorstel komt. Vooraf bedenkt de therapeut welke thema's in de groep centraal staan en waarin nieuw gedrag geoefend kan worden. Naast een eigen activiteit probeert de therapeut bij de cliënt en haar idee aan te sluiten. Tijdens een activiteit wordt steeds gereflecteerd op denken, voelen en wat men tegen komt (schema's). Vanuit hier kan besloten worden om er of dieper op in te gaan of het erbij te laten. Centraal staat het koppelen van gedrag naar een schema en nieuw gedrag te ervaren. Persoonlijk vind ik het altijd mooi om te zien wanneer een cliënt door een activiteit tot een nieuw inzicht komt: "Ow doe ik dat zo." of "Hé voorheen deed ik dat anders." Algemene doelstelling bij de PMT is aan te sluiten bij de hulpvraag van de cliënt om inadequate schema's te doorbreken en nieuw gedrag/schema's te oefenen, ervaren en eigen te maken. Dit vergt veel oefening en herhaling.

Als therapeut is het belangrijk om structuur binnen de therapie aan te bieden. Daarnaast is het ook van belang om een effectieve relatie met de cliënt aan te gaan en deze bij beëindiging van therapie goed af te ronden. Dit is belangrijk, omdat de meeste cliënten met BPS problemen hebben op het sociale vlak. Daarnaast ben ik van mening dat wanneer er geen effectieve werkrelatie is (wat bestaat uit wederzijds respect en vertrouwen), je niet in staat bent om de cliënt te helpen. Wanneer je als therapeut werkt met de doelgroep BPS is het van belang verschillende valkuilen in de gaten te houden.

- Onvoldoende grenzen stellen, vermijden van confrontatie, gebrek aan assertiviteit;
- Zich laten verleiden tot teveel contact buiten de afgesproken therapietijd;
- Zichzelf als incompetent gaan beleven (te hoge eisen stellen);
- Kwaad of rancuneus worden (compensatie);
- Te vroeg aankaarten van beëindiging van de therapie (vermijding);
- Ontmoedigen van intense gevoelens en behoeften (vermijding);
- Vlakke, rigide, onpersoonlijke opstelling (emotionele geremdheid).¹⁴

Deze valkuilen zijn dus belangrijk om als therapeut in de gaten te houden. Wanneer een valkuil naar voren komt heeft dit consequenties op de relatie tussen therapeut en cliënt. De kans bestaat dat de cliënt zich dan niet begrepen voelt. Wanneer de valkuilen in de gaten gehouden worden en de therapeut tot op zekere hoogte transparant is naar de cliënten toe, is het mogelijk een effectieve werkrelatie op te bouwen, wat helpt bij de behandeling van de cliënt.

¹⁴ <http://www.moeilijkemensen.nl/>; (februari 2008)

Conclusie.

In het begin van mijn scriptie beschrijf ik mijn vraagstelling en de manier waarop ik tot mijn vraagstelling ben gekomen. Mijn vraagstelling was als volgende geformuleerd:

“Welke aspecten van de schemagerichte cognitieve therapie zijn bruikbaar binnen psychomotorische therapie, bij re-integratie van mevrouw C. met een borderline persoonlijkheidsstoornis?”

Om tot een conclusie op deze vraagstelling te komen heb ik me theoretisch verdiept in de boeken en heb ik op stage gekeken naar de praktijk. Op deze wijze heb ik een plaatje kunnen vormen en heb ik mijn ideeën over de vraagstelling gevormd. Voordat ik direct antwoord geef op mijn vraagstelling, wil ik eerst naar de verschillende aspecten in de vraagstelling kijken.

Schemagerichte Cognitieve Therapie van Jeffrey Young.

SCT is een manier van behandelen dat speciaal ontwikkeld is voor de mensen met de diagnose BPS. SCT wordt gekenmerkt door zijn opbouw van achttien verschillende schema's verdeeld over vijf schemadomeinen.¹⁵ De schema's zorgen voor structuur en ze kunnen inzicht geven in de problematiek. Men kan kijken naar het gedrag van nu, wat ze daarin anders willen en kunnen dit binnen een bepaald schema plaatsen. Ook wordt gekeken op welke manier het schema in stand gehouden wordt (bevestigen, vermijden of compenseren). Het inzicht wat hierdoor wordt verkregen, is naar mijn idee de eerste stap naar verandering. Vanuit deze eerste stap (reflecteren op eigen gedrag) kun je namelijk kijken wat je hieraan wilt veranderen, waarna je het nieuwe gedrag kunt oefenen en het je eigen probeert te maken (nieuwe overlevingsstrategie).

Borderline persoonlijkheidsstoornis.

BPS hoort samen met narcistische persoonlijkheidsstoornis, theatrale persoonlijkheidsstoornis en antisociale persoonlijkheidsstoornis in cluster B van de persoonlijkheidsstoornissen. BPS is een ingewikkelde stoornis waarvan de oorsprong ligt in de vroege kinderjaren. Als kind heeft men cognities ontwikkeld die toen als overlevingsstrategie werkten. Wanneer het niet wordt aangepast, kan het zijn dat het voor problemen zorgt op latere leeftijd. Iemand die een BPS heeft ontwikkeld zal ermee moeten leren leven. Het is een diagnose die niet te genezen is. Door middel van medicatie en therapie leert men omgaan met het leven met een BPS.¹⁶

Psychomotorische Therapie.

PMT is een behandelvorm wat behoort tot de non-verbale vaktherapie. Bij PMT worden sportachtige activiteiten gebruikt en kunnen verschillende thema's aan bod komen zoals grenzen, hulpvragen, samenwerken, positief zelfbeeld, emoties en ontspanningsoefeningen. Je kijkt welk gedrag er is en je kunt oefenen om gedrag te veranderen.

Tijdens het schrijven bemerk ik dat het lastig is om de drie aspecten echt los van elkaar te omschrijven. Ik ben bijvoorbeeld geneigd om vanuit de beschrijving van SCT direct een link te maken naar de PMT. Je kunt de drie aspecten net als biopsychosociaal model in een driehoek zetten, doordat ze met elkaar in verbinding staan en elk deel zijn effect heeft en overlap vindt bij een ander. Daarnaast ben ik van mening dat ze elkaar aan kunnen vullen.

Iemand met een diagnose BPS kan leren van zowel SCT als PMT. De SCT biedt structuur en inzicht in de problematiek. Door de inzichten kunnen ze nieuw/ander gedrag oefenen binnen de PMT. Natuurlijk zijn er binnen PMT ook nieuwe inzichten, maar die ontstaan door het inzicht vanuit de SCT wat de cliënten bij mij op stage leren bij de verbale vaktherapie. De oefening van de PMT maakt de inzichten duidelijk, doordat men direct in een situatie zit. Daarnaast kan het zijn dat eerst een oefening bij de PMT nodig is om vanuit de oefening te reflecteren en te komen tot een inzicht. Een ander voordeel in deze situatie is dat de cliënt niet alleen is. De therapeuten en medecliënten kunnen meekijken in de situatie en schema's herkennen.

Wanneer je naar de driehoek kijkt vanuit de PMT, kan de PMT gebruikt worden om naar gedrag te kijken. Er wordt dan gekeken naar het hier en nu. Dit past binnen de SCT waar eerst gekeken wordt hoe het schema is ontstaan (verleden) waarna er gekeken wordt of het schema nog actief is. Wanneer het schema actief is, maar niet meer effectief kan binnen PMT nieuw/ander gedrag worden geoefend. Dit is

¹⁵ zie beschrijving schema's bijlage 1;

voor beschrijving schemadomeinen en schemaprocessen zie hoofdstuk 3 pag. 11-13

¹⁶ uitgebreide beschrijving BPS zie bijlage 3

gemakkelijk dan direct de transfer naar het dagelijks leven te maken, doordat je eerst oefent binnen een veilige groep met vaak dezelfde problematiek. Je kunt binnen PMT dus kijken naar welk gedrag nog effectief is en welk gedrag anders kan.

PMT kan natuurlijk gebruikt worden bij verschillende stoornissen. Voor borderline heeft de PMT een meerwaarde. Een belangrijk thema binnen BPS is het stilstaan bij jezelf en omgaan met impulsief gedrag. Dit is een thema waar meer tijd aan besteed kan worden in PMT dan binnen een andere vaktherapie. Doordat een BPS patiënt leert stilstaan bij zichzelf, leert luisteren naar hun eigen lichaam, is die persoon beter in staat te functioneren.

Nu ik de verschillende deelaspecten heb behandeld en deze aan elkaar heb gekoppeld, kan ik me richten tot mijn vraagstelling en daar een antwoord op geven. Na het antwoord op mijn vraagstelling zal ik in het kort opsommen waarom PMT naar mijn idee daar een meerwaarde in heeft.

Vraagstelling: "Welke aspecten van de schemagerichte cognitieve therapie zijn bruikbaar binnen psychomotorische therapie, bij re-integratie van mevrouw C. met een borderline persoonlijkheidsstoornis?"

Antwoord: Zoals ik eerder noemde ben ik van mening dat het effect zit in dat alles in zijn geheel op elkaar is afgestemd. Het stuk inzicht wat SCT geeft gebeurt vooral in de verbale vaktherapieën. Doordat men kijkt naar het verleden, krijgt men inzicht in de problematiek. Bij andere vaktherapieën wordt gekeken in hoeverre het schema in het dagelijks leven last geeft. Dit stuk van de SCT zorgt ervoor dat men binnen PMT aan de slag kan in het hier en nu. Er wordt een thema gekozen en een activiteit. Binnen die activiteit kan het schema naar voren komen. Belangrijk is de situatie van nu te scheiden van de situatie van vroeger. Vaak gebeurt het dat een situatie triggert naar een situatie van vroeger en het dan lastig is om deze situatie anders te bekijken. Het schema wordt dan vaak bevestigd. Of wanneer men de situatie uit de weg gaat, wordt het schema vermeden. Binnen PMT kan men er dus voor kiezen om te kijken hoe hun schema in het hier en nu speelt, maar leert men ook om op een andere manier om te gaan met de situatie. Om een voorbeeld te noemen. Mevrouw C. heeft moeite wanneer ze een relatie verbroken wordt. Dit uit ze dan door een zelfmoordpoging of het vastklampen aan een ander. Ze raakt ontregeld. Binnen een verbale vaktherapie kan dan worden gekeken wat er op zo'n moment gebeurt en komt bijvoorbeeld naar voren dat mevrouw C. heel boos wordt als een ander weggaat. Binnen PMT kan mevrouw C. leren om op een andere manier om te gaan met die boosheid. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat mevrouw C. een situatie voor zich haalt waar ze zich boos in voelde en om de boosheid kwijt te raken met een stok gaat slaan op een kar met matten. Vandaar uit kun je samen kijken hoe mevrouw C. thuis iets kan creëren om met haar boosheid om te gaan. Het kan zijn dat mevrouw C. kiest voor het stompen in een kussen. Belangrijk is dat er gezocht wordt naar een manier waar de persoon zichzelf en een ander geen pijn/kwaad kan doen. Dit alles draagt bij aan de integratie. Binnen de verbale en non-verbale vaktherapieën wordt kennis opgedaan over de problematiek en wordt er gekeken hoe er anders omgegaan kan worden met situaties. Door het oefenen en aanleren van ander gedrag is men beter in staat om bijvoorbeeld relaties te onderhouden, kan men beter functioneren op het werk doordat ze geleerd hebben naar zichzelf te luisteren en te kijken naar wat goed en belangrijk voor hun is. Hierdoor draaien ze beter mee in de maatschappij en kunnen ze re-integreren. Groot verschil is dat ze voorheen ontregelden door een situatie waarvan ze niet wisten wat ermee aan moeten. Tijdens de behandeling leren ze om om te gaan met verschillende situaties, waardoor ze niet meer ontregelen en kunnen meedraaien in de maatschappij.

Ik vind dat PMT daar een meerwaarde aan heeft, omdat binnen PMT gemakkelijker nieuw gedrag kan worden geoefend. Het gaat uiteindelijk om dat er dingen anders moeten. Natuurlijk is vooraf het inzicht in de problematiek nodig. Wanneer men het inzicht krijgt en daarmee vervolgens in de praktijk zelfstandig aan de slag mag, is dit nog best lastig. PMT is daarentegen laagdrempeliger om nieuw gedrag te oefenen. Men heeft anderen die meekijken en kunnen helpen. Daarnaast is het een situatie waarin je mag oefenen. Daar waar geoefend wordt, mogen fouten worden gemaakt. Je kunt verschillende situaties naast elkaar zetten, om te kijken welke manier beter bij je past. Dit heb je bij andere vaktherapieën niet. Een andere meerwaarde van PMT boven bijvoorbeeld groepstherapie vind ik dat PMT zowel natuurlijke als onnatuurlijke situaties creëert. Hiermee bedoel ik dat bij een actief spel men niet snel op hun schema's zal letten en hun last in de situatie naar voren kan komen. Hierop kan de cliënt worden bevraagd, waarna direct nieuw gedrag/ervaring geoefend kan worden. Bij praatblokken hebben ze veel

meer invloed in wat ze loslaten. Bij non-verbaal is dit lastiger, doordat via lichaamstaal en keuzes binnen een activiteit veel over een persoon wordt gezegd. Vaak gaat men zo op in de activiteit dat de gedragingen onbewust gebeuren.

Wanneer je vergelijking maakt met andere non-verbale therapieën zoals beeldende therapie is het lastig om nieuw gedrag te oefenen. Iets wat de personen wel nodig hebben binnen de behandeling. Dit kan bij dramatherapie wel, maar uit ervaring van de cliënten hoor ik dat je minder vaak aan bod komt. Er zijn vaak één of twee personen die met hun werkpunt aan de slag komen en de anderen helpen wel, leren hier ook van maar kunnen geen eigen werkpunt in brengen. Binnen PMT zijn de activiteiten vaak zo ingericht dat een ieder binnen de activiteit met haar werkpunt aan de slag kan. Een andere meewaarde van de natuurlijke situaties is dat men tot inzichten komt, die ze eerst niet hadden. Een voorbeeld uit praktijk is dat na een activiteit een cliënt wordt bevraagd en navraagt of het herkenbaar is. In eerste instantie is het vaak niet zo, maar na even nadenken wel. Een mooi voorbeeld vind ik van een groepsgenoot van mevrouw C. We hadden een activiteit met observeren. De opdracht was dat ze drie ballen in een hoepel moesten krijgen. In de tweede ronde mocht niet meer geoordeeld worden, men mocht alleen observeren. In de derde ronde mocht men de situatie aanpassen om zo de effectiviteit van het doel te vergroten. De groepsgenoot van mevrouw C. bouwt haar hoepel helemaal in met blokken en legt een deken in de hoepel zodat de ballen direct stil komen te liggen. Bij het bespreken van de activiteit en na de oplossingen van anderen geprobeerd te hebben, zegt de groepsgenoot dat ze het zichzelf altijd zo moeilijk maakt. Ook in deze situatie kwam het naar voren doordat ze voor de hoepel een kubus had gezet, waardoor je de hoepel niet meer zag. Dit soort momenten heb je niet snel bij de andere vaktherapieën. Binnen PMT kun je dus gemakkelijker confronteren met cognitieve schema's, doordat het gedrag ook non-verbaal zichtbaar wordt en de schema's op een ander manier zichtbaar worden.

Kort samengevat: De schema's van de SCT zijn een belangrijk aspect voor de re-integratie. Zij geven duidelijkheid, structuur en inzicht en dragen bij aan het in gang brengen en houden van het leerproces. De schemaprocessen zijn ook wel een aspect, maar minder. Het voordeel van PMT hierbij is dat er situaties gecreëerd kunnen worden, waarin de schema's naar voren komen en dat er direct geoefend kan worden met nieuw gedrag.

In mijn afstudeeropdracht heb ik voornamelijk gekeken naar één persoon, mevrouw C. Een mogelijk vervolg zou kunnen zijn of de bevindingen bij deze casus overeenkomen bij andere personen met een diagnose BPS.

Literatuurlijst scriptie

Boeken:

1. Genderen, H. van & Arnets, A. (2005) *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderlinepersoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Nieuwezijds
2. Jansen, M. (2007) Scriptie: *Wat is de meerwaarde van schematherapie binnen thematisch werken in de PMT bij cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis*.
3. Kahn, R. (2006) *Onze hersenen over de smalle grens tussen normaal en abnormaal*. Amsterdam: Balans
4. Krawitz, R. & Watson, C. (2005) *Borderlinepersoonlijkheidsstoornis, een praktische gids voor behandeling*. Amsterdam: Nieuwezijds
5. Kreger R. & James Paul Shirley (2004) *Het borderline werkboek, praktische strategieën voor het omgaan met iemand met borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Nieuwezijds
6. Meekeren, E. van (1998) *De borderline stoornis, crisis in hechten en onthechten*. Amsterdam: Syn-Thesis
7. Spaans, J. & Meekeren, E. van (2004) *Borderline hulpboek, zelf leren omgaan met verschijnselen als impulsiviteit heftige emoties en conflicten*. Amsterdam: Boom
8. Spaans, J. & Meekeren, E. van (2006) *Borderline*. Amsterdam: Boom
9. Vreeswijk, M. van & Broersen, J. (2006) *Schemagerichte therapie in groepen, cognitieve groepspsychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
10. Walker, A. (2003) *De borderline dans*. Amsterdam: Nieuwezijds

Internet:

1. <http://www.ccg.nl/>; (februari 2008)
2. <http://www.moeilijkemensen.nl/>; (februari 2008)
3. <http://www.natuurlijk-welzijn.org/>; (februari 2008)
4. <http://www.nvvp.net/>; (februari 2008)
5. <http://www.schematherapie.nl/>; (februari 2008)
6. <http://www.trimbos.nl/>; (februari 2008)

Bijlage 1: De schema's¹⁷

A. Schemadomein Basisveiligheid ↔ Schematekort Afwijzing.

Basisveiligheid is een basale behoefte en een voorwaarde om te groeien. Mensen die als kind werden verlaten of misbruikt, zijn hierin vaak beschadigd. Ze voelen zich kwetsbaar, snel uit balans, hebben gevoelens die intens en wisselend zijn, zijn impulsief en zelfdestructief. Schema's die bij dit domein horen zijn:

1. **Verlating/Instabiliteit:** Dit schema verwijst naar de verwachting personen te verliezen waarmee een emotionele band bestaat. Er wordt beloofd dat intieme relaties altijd ophouden met bestaan. Vaak ontwikkelt dit zich wanneer kind een scheiding of dood van de opvoeder meemaakt of wanneer ouder voorkeur geeft aan een ander. Een andere mogelijkheid tot ontstaan is inconsistent zorgen voor de behoeften. Dit schema blijft in stand door:

Bevestiging: Kiezen voor partners die bedriegen, onbetrouwbaar zijn, zich vastklampen en/of veel jaloers gedrag vertonen. Daarnaast is men meer op zijn hoede binnen relaties of vriendschappen. Gevoelens die voorkomen zijn angst, paniek, verdriet.

Vermijding: Intieme relaties worden uit angst voor verlating vermeden. Soms is er sprake van middelenmisbruik. Gevoelens van leegte kunnen voorkomen.

Compenseren: Partners en andere belangrijke anderen worden weggeduwd. Er worden veel wisselende relaties aangegaan om afhankelijkheid, bezitterigheid of aanhankelijkheid te ontkrachten. Gevoelens die voorkomen zijn eenzaamheid.

Gevolg van dit gedrag is dat er een vicieuze cirkel ontstaat van verlatingsangst. Door krampachtig gedrag of onbetrouwbare partners is er waarschijnlijk sprake van veel in de steek gelaten worden, wat de angst voor verlating steeds opnieuw bevestigt. Depressie, kwaadheid en gevoelens van eenzaamheid, het missen van basisvertrouwen, zekerheid en instabiliteit kunnen mogelijke gevolgen zijn.

2. **Wantrouwen/Misbruik:** Dit schema verwijst naar de verwachting dat anderen van je profiteren, je pijn doen, bedriegen of vernederen. In de jeugd is er vaak sprake geweest van misbruik of onrechtvaardige behandeling door personen uit de omgeving (ouders, broer/zus, leeftijdsgenoten). Dit schema blijft in stand door:

Bevestiging: Door in misbruikende relaties terecht te komen en over waakzaam en wantrouwend te zijn naar anderen, wordt het schema bevestigd. Anderen krijgen niet het voordeel van de twijfel. Gevoelens van schuld en waardeloosheid komen hierbij naar voren.

Vermijding: Betrokkenheid met anderen wordt vermeden. Andere voorbeelden zijn geen zelfonthullingen doen, dissociëren of het misbruiken van middelen.

Compenseren: Tegenover gesteld gedrag is het misbruiken van anderen. Gevoelens van kwaadheid en angst komen binnen dit schema naar voren.

Gevolg van dit schema is het ontstaan van een vicieuze cirkel van misbruik en geweld. Er is weinig lef om contact met anderen aan te durven gaan. Altijd wordt er gedacht in termen van wel of niet te vertrouwen. Het zomaar kunnen genieten van contacten wordt als lastig ervaren.

B. Schemadomein Verbondenheid ↔ Schematekort Onverbondenheid.

Wanneer het gevoel van verbondenheid niet goed is ontwikkeld, valt het vaak niet op. Mensen met deze schema's kunnen een gezin hebben, een partner of actief deelnemen aan het leven. Vaak is er wel een gevoel van nergens mee verbonden zijn. Het ontstaat vaak als gevolg van vroegere ervaringen waarin koud, ongeïnteresseerd en/of afwijzend werd gereageerd. Daarnaast kan het zijn dat het kind is opgegroeid in een onvoorspelbare of misbruikende gezinsomgeving en zich vaak alleen heeft gevoeld.

3. **Emotionele deprivatie (tekort):** Dit schema verwijst naar verwachting dat emotionele behoeften nooit bevredigd zullen worden. Te denken aan verzorging, empathie, begrip, affectie, bescherming, leiding en liefde van de ander. Er is een overheersend gevoel van iets missen en verzorgers konden niet of te weinig aan deze behoefte voorzien. Dit schema blijft in stand door:

Bevestiging: Er wordt voor een beroep gekozen waar je veel voor anderen moet zorgen of er wordt voor partners en vrienden gekozen die veel aan zichzelf denken. Je durft je vaak niet kwetsbaar op te stellen of om op te komen voor je eigen behoeften.

Vermijding: Het gedrag is te herkennen aan het vermijden van nauwe banden, terugtrekken, isoleren en/of middelenmisbruik.

Compenseren: Het stellen van onhaalbare eisen naar de ander. Een andere mogelijkheid is zich vijandig naar anderen opstellen of boos worden. Gevoelens van wanhoop en onverzadigbaar zijn kenmerkend voor dit schema.

Gevolg is het ontstaan van oppervlakkige relaties en vriendschappen, gevoelens van eenzaamheid, het idee dat je niet op anderen kunt rekenen, gevoelens van wrok en boosheid die allen de vicieuze cirkel rond maken.

¹⁷ <http://www.schematherapie.nl/>; (februari 2008)

4. Onvolmaaktheid/Schaamte: Dit schema verwijst naar de overtuiging defect zijn, slecht zijn, niet gewenst zijn, minderwaardig zijn, gehandicapt of ongeliefd te zijn voor een belangrijke persoon. Er is angst dat de ander je zal verlaten als ze weten wie je echt bent. Daarnaast zijn er sterke gevoelens van schaamte aanwezig, die vaak ontstaan is door de kritische blik van ouders. Ontstaat vaak de gedachte de belangrijke mensen teleur te stellen. Dit schema blijft in stand door:

Bevestiging: Er wordt gekozen voor kille, kritische contacten. Daarnaast wordt er vaak gekozen voor partners die emotioneel/fysiek misbruiken of onbereikbaar zijn. Zetten zichzelf vaak in een down positie door zich voortdurend te vergelijken met anderen en altijd een aanleiding vind om zichzelf negatief te beoordelen. Gevoel van onzekerheid, minderwaardigheid zijn kenmerkend voor dit schema.

Vermijding: Het delen van gedachten wordt vermeden uit angst voor afwijzing. Kan sprake zijn van middelen misbruik. Gevoelens die kenmerkend zijn is een afgevlakt gevoel.

Compenseren: Naar anderen kritisch zijn. Er wordt gekozen voor sociale relaties waarin ze kunnen overheersen. Getracht wordt om perfect over te komen. Gevoelens van schaamte en zich minder waardig voelen komen veel voor.

5. Sociaal isolement/Vervreemding: Dit schema verwijst naar overtuiging geïsoleerd te zijn van de wereld, het gevoel anders te zijn dan anderen en geen deel te zijn van een gemeenschap. Er is constant een gevoel van eenzaamheid, wat vaak wordt veroorzaakt doordat kind zelf of familie vroeger geen aansluiting vond bij de omgeving. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Voortdurend vergelijken met anderen waarbij verschillen overdreven worden. Er is een constante angst om beoordeeld te worden, jezelf te durven zijn, waardoor dingen geheim gehouden worden. Kenmerkende gevoelens zijn angst om fouten te maken of voor het aangaan van nieuwe dingen.

Vermijgend: Situaties waarin jezelf toont worden vermeden. Voorbeelden zijn: geen promoties maken en vasthouden aan het bekende. Dit gaat veel samen met gevoelens van angst.

Compenseren: Extreem populair doen of krampachtig bewijzen tot een juiste club te horen en daar veel belang aan hechten, om zo het gevoel van een buitenstaander te zijn te voorkomen.

Gevolgen zijn vaak lichamelijke klachten, het ontwikkelen van extreem hoge eisen met een vicieuze cirkel van vermijden van sociale gelegenheden. Vaak wordt gekozen voor solistische eenzame beroepen.

C. Schemadomein Autonomie/Prestatie ↔ Schematekort Verzwakte autonomie/Prestatie.

Mensen met dit schemadomein hebben vaak de verwachtingen over zichzelf, de omgeving of de wereld, dat ze niet het vermogen hebben om los van een ander te overleven, onafhankelijk te kunnen functioneren of succesvol te presteren. Oorzaken van de schema's kunnen zijn het ondermijnen van het zelfvertrouwen van een kind, overbescherming of onvoldoende ondersteuning van het functioneren van het kind buiten het gezin. Ook het tegenovergestelde kan leiden tot problemen met afhankelijkheid.

6. Functionele afhankelijkheid/Onbekwaamheid: Dit schema verwijst naar het gevoel niet in staat te zijn een eigen leven te leiden. Hulp van anderen moet er zijn, anders kan er niet worden overleefd. Frequentie gevoelens van paniek en angst om anderen te verliezen zijn aanwezig. Het ontstaat vaak doordat er weinig aanmoediging is geweest om zich onafhankelijk op te stellen en vertrouwen te hebben in zichzelf. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Anderen te laten bepalen wat er gebeurt of wat je wilt en dus geen enkele verantwoordelijkheid nemen. Dit mede door de gedachte dat de andere het toch wel beter weet. Eigen succes wordt wegwuift en eigen mislukkingen benadrukt.

Vermijgend: Onafhankelijk gedrag zoals volwassen verantwoordelijkheden of het nemen van beslissingen worden uitgesteld. Anderen worden letterlijk of emotioneel op afstand gehouden. Er kan ook sprake zijn van middelenmisbruik. Gevoel van leegte en in de war zijn, kunnen voorkomen bij dit schema.

Compenseren: Het laten zien van extreme onafhankelijk gedrag en assertiviteit of anderen afhankelijk van je maken. Eenzaamheid, frustratie, en negatieve zelfwaardering zijn gevoelens die voor kunnen komen.

Gevolgen zijn gebrek aan individuele en sociale ontwikkeling, het gevoel hebben niet te bestaan, het ontbreken van richting in je eigen leven en/of gebrek aan energie.

7. Kwetsbaarheid: Dit schema verwijst naar het ontbreken van de basisveiligheid. Vaak wordt er geleefd in angst dat er een ramp gaat gebeuren en dat deze niet te hanteren is. De kans op gevaar is heel groot, maar het eigen vermogen om te redden is heel klein. Vaak ontstaan deze gedachten wanneer een ouder extreem angstig is en het idee wekt dat wereld gevaarlijk is. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Continu catastrofaal denken en bij ieder signaal meteen het allerergste denken. Voelen zich hierin machteloos en zo kwetsbaar als een kind. Gevolg dat er voortdurend naar geruststelling wordt gezocht bij artsen of ouders. Er worden relaties aangegaan met personen die graag voor anderen zorgen en waarin ze zich afhankelijk kunnen opstellen.

Vermijgend: Gevaarlijke situaties worden vermeden en er kan sprake zijn van middelen misbruik.

Compenseren: Zich begeven in roekeloos en gevaarlijk gedrag waar angst blijft bestaan.

Gevolgen zijn een beperkt leven waarin geen risico wordt genomen en er sprake is van beperkte sociale contacten. Dwangrituelen of bijgeloof kunnen ontwikkeld worden en er kan eczeem, astma of andere stressgerelateerde ziekten ontstaan.

8. Verstremgeling/Onderontwikkeld zelf: Dit schema verwijst naar de overtuiging niet te kunnen overleven of gelukkig te zijn zonder constante ondersteuning van een ander. Dit leidt tot overmatig emotionele betrokkenheid en nabijheid met een belangrijke ander, wat ten koste gaat van volledige zelfstandigheid of sociale ontwikkeling. Oorzaak kan zijn een ouder die controlerend, misbruikend of overbeschermend is en het kind niet aanmoedigt om een eigen ik te ontwikkelen. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigen: Contacten worden vooral aangaan met mensen die extreme betrokkenheid nodig hebben en eigen behoeften worden geprojecteerd op andere.

Vermijdend: Anderen worden letterlijk of emotioneel op afstand gehouden. Relaties die nadruk leggen op eigen individualiteit worden vermeden. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik en gevoelens van leegte en in de war zijn kunnen voorkomen.

Compenseren: Bij compensatie gedrag wordt er afstand gehouden en worden er geen relaties aangegaan. Gevoelens van eenzaamheid, frustratie, en negatieve zelfwaardering zijn kenmerkend bij dit schema.

Gevolgen zijn gebrek aan individuele en sociale ontwikkeling, het gevoel hebben niet te bestaan, het ontbreken van richting in je eigen leven en gebrek aan energie.

9. Mislukking/Falen: Dit schema verwijst naar het gevoel van mislukken en falen, ongeacht of er wel of niet iets bereikt wordt. Gaan vaak andere schema's aan vooraf. Daarnaast wordt er vaak onvoldoende steun geboden, is er weinig discipline en aanmoediging om door te zetten en te slagen bij prestaties en het nastreven van doelen. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigen: Gebeurtenissen worden voortdurend negatief geïnterpreteerd, waardoor ze zichzelf als een mislukking zien. Dit wordt bevestigd door het stellen van hoge eisen die niet haalbaar zijn. Gevolg is gevoel stom te zijn en niets te kunnen en als er blij wordt gegeven van goede prestatie ontstaat er een ongemakkelijk gevoel.

Vermijden: Er wordt niets gedaan om de kennis te vergroten, kansen te creëren en verantwoordelijkheden te nemen. Vaak wordt er gekozen voor een loopbaan onder niveau en worden er extreem succesvolle partners gekozen waardoor het gevoel van stom zijn wordt bevestigd.

Compenseren: Succes van anderen wordt verkleind of er wordt gedroomd over hoe goed gepresteerd kan worden in beroepsgroep van een ander.

Gevolgen kunnen zijn depressie, minderwaardigheidscomplex, vastlopen in carrière of opleiding.

D. Schemadomein Realistische grenzen ↔ Schematekort Verzwakte grenzen.

Schema's binnen dit domein hebben te maken met een gebrek aan innerlijke grenzen, aan verantwoordelijkheid naar anderen of aan lange termijn doelen. Dit kan leiden tot problemen met het respecteren van de rechten van de ander, samenwerken met de ander, zich verbinden aan anderen of het stellen en nakomen van realistische persoonlijke doelen. Mogelijke oorzaken zijn een te grote toegeeflijkheid in het gezin waar enige richting ontbrak. Er was een gevoel dat alles mocht en kon in plaats van confrontatie, discipline en het nemen van verantwoordelijkheid.

10. Rechten/Grootseid: Dit schema verwijst naar de overtuiging dat men superieur is aan andere mensen. De gedachten dat men speciale privileges heeft of niet gebonden is aan regels van wederkerigheid die het sociale verkeer regelen. Mogelijke oorzaak is weinig grenzen stellen aan sociaal aangepast gedrag of te veel verwennen. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Er worden relaties aan gegaan die ongelijk en liefdeloos zijn. Daarnaast zullen ze zich egoïstisch gedragen en behoeften en gevoelens van anderen negeren.

Vermijdend: Situaties waarin er niet uitblinkt kan worden, worden vermeden.

Compenseren: Er worden buitensporige giften en liefdadigheden gegeven om het egoïstische gedrag goed te maken.

11. Onvoldoende zelfcontrole/Zelfdiscipline: Dit schema verwijst naar het onvermogen om frustratie te verdragen bij het bereiken van doelen en onvermogen om op aangepaste manier uiting te geven aan impulsen en gevoelens. Bij extreem gedrag is er gemakkelijk verval in crimineel en verslavend gedrag. Dit schema ontwikkelt zich wanneer een verzorgende niet het goede voorbeeld heeft gegeven of weinig aandacht heeft besteed aan discipline. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigen: Er worden contacten aangegaan waarin de ander veel controle heeft. Daarnaast bevestigt de gedachte 'ik moet kunnen doen en voelen wat ik wil' de heftige emoties met gevolg dat grenzeloze situaties opgezocht worden. Er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Vermijden: Binnen dit schema is er weinig onderscheid tussen bevestigen en vermijden.

Compenseren: Het gedrag wordt gecompenseerd met extreem dwangmatig handelen, waarbij je kunt denken aan een obsessief compulsieve stoornis. Gevoelens van beklemd zitten en geremdheid kunnen voorkomen.

Gevolgen zijn een ongezonde levensstijl, financiële problemen, problemen met sociale contacten, weinig binding ervaren, weinig dingen afmaken en uitputting

E1. Schemadomein Zelfexpressie ↔ Schematekort Gerichtheid op anderen.

Personen binnen dit schemadomein leggen nadruk op de wensen, gevoelens en reacties van anderen, ten koste van eigen behoefte. Vaak gebeurt dit om liefde en waardering te ontvangen, zich verbonden te voelen of om wraak te vermijden of andermans pijn te verzachten. Eigen emoties (boosheid, woede, interesse) worden onderdrukt en niet geuit.

12. Onderwerping: Mensen met dit schema geven continu controle aan anderen, doordat er een gedwongen gevoel is om woede en verlaten te voorkomen. Er is vaak de overtuiging dat eigen gevoelens minder belangrijk zijn dan die van anderen, en dus moet de ander een plezier gedaan worden om zo liefde, aandacht en goedkeuring te krijgen. In de kindertijd is er sprake geweest van een overcontrollende ouder. Dit schema blijft in stand door:

Bevestiging: Er worden contacten aangegaan waar de ander de dominerende rol heeft. De eigen mening wordt niet verteld en er zijn gevoelens van hopeloosheid en machteloosheid.

Vermijdend: Gedrag dat dit schema in stand houdt is onder andere passief agressief gedrag, indirect aandacht vragen voor eigen behoeften (klachten, lichamelijke klachten). Een andere mogelijkheid is terugtrekken en uitvlakken van het gevoel. Kan gepaard gaan met middelenmisbruik.

Compenseren: Het over assertief gedragen en arrogantie is een compenserende factor. Vaak gedragen ze zich extreem opstandig en vertonen ze onaangepast gedrag. Gevoelens van angst dat niet verdwijnt zijn aanwezig.

Gevolgen zijn ontevreden gevoelens, niet vervullen van eigen behoeftes en kans om gebruikt te worden door anderen.

13. Zelfopoffering: Dit schema verwijst naar de overtuiging slecht te zijn wanneer je opkomt voor je eigen behoeftes en verlangens. Macht en controle wordt om deze reden overgegeven aan anderen, zolang de ander zich maar goed voelt. Gedrag wat dit schema in stand houdt is geen pijn willen veroorzaken bij de ander, het vermijden van schuldgevoel vanwege egoïsme, contact houden met degene waarvan je denkt niet zonder te kunnen. Oorzaak is vaak overmatig verantwoordelijkheid voor welzijn van ouders in kinderjaren. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Een visuele cirkel van angst om iemand pijn te doen en hierom niet uitkomen voor eigen behoeften. Binnen relaties en het beroep wordt vaak gekozen voor iets waar veel voor de ander gezorgd moet worden. Centraal staat het teveel voor de ander doen en te weinig voor zichzelf, en gevoelens die slingeren tussen boosheid en schuldgevoel.

Vermijden: Intieme relaties worden vermeden en er kan sprake zijn van middelenmisbruik.

Compensatie: Rebellerend, opstandig en puberaal gedrag wordt vertoont, soms met woede uitbarstingen. Het is een leven lang strijden en het gevoel geen keuze vrijheid te hebben.

Gevolgen zijn een laag gevoel van eigenwaarde, grenzen vervagen waardoor kans op misbruik toeneemt en steeds minder eigen behoeftes vervuld worden.

14. Goedkeuring/Erkenning: Dit schema verwijst naar de overtuiging dat eigenwaarde bepaald wordt door bevestiging, goedkeuring, erkenning of aandacht van ander, wat ten koste gaat van eigenwaarde. Mogelijke oorzaak is dat het kind geleerd heeft dat eigen behoeften en verlangens ondergeschikt zijn aan de wensen van anderen. Nadruk binnen dit schema ligt op het erbij horen wat ten koste gaat van de ontwikkeling van gevoel van eigen identiteit. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Naar goedkeuring en/of aandacht zoeken door middel van status en prestatie.

Vermijdend: Relaties met mensen die bewonderd worden, worden vermeden uit angst geen goedkeuring of waardering te krijgen voor zichzelf.

Compenseren: Zich buitensporig/aanstootgevend gedragen.

E2. Zelfexpressie ↔ Waakzaamheid/Geremdheid.

Overdreven controleren van eigen gevoelens, impulsen en keuzes om te voorkomen dat er fouten gemaakt worden. Een andere reden tot het overdreven controleren kan zijn om op deze wijze te beantwoorden aan strenge, geïnternaliseerde regels en verwachtingen over prestaties, waarden en normen, wat ten koste gaat van levensgeluk, zelfexpressie, ontspanning, plezier, intimiteit of gezondheid. Oorzaken van het schemadomein zijn strenge en vaak bestraffende ouders. Prestatie, plicht, perfectionisme, het opvolgen van regels en het vermijden van fouten stonden hoger binnen het gezin dan plezier, geluk en ontspanning. Gevolg is dat ze vaak overwaakzaam zijn, door de gedachte dat de wereld instort wanneer ze falen. Wanneer eigen gevoelens in de hand gehouden worden, worden fouten voorkomen, is een andere kenmerkende gedachte.

15. Negativiteit/Pessimisme: Dit schema verwijst naar overtuiging dat belangrijke zaken zullen mislopen wanneer er een fout wordt gemaakt of wanneer de controle verloren wordt. Dingen die fout gaan worden uitvergroot tegenover het verkleinen van de dingen die goed gaan. Dit kan leiden tot chronische zorgen, hyperactiviteit, pessimisme, klagen en besluiteloosheid. Mogelijke oorzaak is weinig aanmoediging ervaren in de kindertijd en weinig vertrouwen ontwikkelt om in eigen kunnen te geloven. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Het minimaliseren van positieve gebeurtenissen tegenover het maximaliseren van het negatieve. Verwacht daarnaast van alles het slechtste.

Vermijdend: Heeft weinig tot geen hoop in dingen en stelt lage verwachtingen.

Compenseren: Persoon is overdreven positief ingesteld. Slaat door naar onrealistisch.

16. Emotionele geremdheid: Dit schema verwijst naar de overtuiging dat emoties en impulsen ingehouden moeten worden, omdat elke uiting van gevoel zichzelf of anderen kan schaden. Gevolg is dat zelfrespect verloren gaat, men verlegenheid wordt en bang voor wraak of verlaten. Wat kan resulteren in zich overdreven vastklampen aan orde, overzichtelijkheid, routine en planning. Een mogelijke oorzaak is dat expressie van gevoelens in de kinderjaren ontmoedigd werd. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: De gedachten dat wanneer er gevoelens gezien worden, anderen je proberen te kwetsen of buiten te sluiten. Contacten worden oppervlakkig gehouden uit angst voor afkeuring, verlies van controle of frustratie. Er ontstaat geremdheid in gevoelens wat kan leiden tot passief agressief gedrag.

Vermijdend: Er worden geen acties ondernomen, men is passief en rationaliseert alles, praat eigen fouten goed en er ontstaat een gevoel van matheid.

Compenseren: De rem gaat eraf, mede door middelenmisbruik. Er zijn sporadische uitbarstingen of er wordt over gereageerd in bepaalde situaties wat achteraf gevoelens van schuld oproept omdat ze zich lieten gaan.

Gevolgen zijn oppervlakkige contacten, gevoel er niet bij te horen, eenzaam zijn, lichamelijke klachten, gebrek aan spontaniteit en levensvreugde, emotionele druk en belasting doordat er niet gedeeld wordt met anderen.

17. Meedogenloze normen/Hoge eisen: Dit schema verwijst naar de onderliggende overtuiging dat er gestreefd moet worden naar het bereiken van hoge geïnternaliseerde normen om kritiek te vermijden of om andere schema's te compenseren. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: Er wordt selectief geluisterd en gekeken. Daarnaast worden er alleen hoge eisen gesteld zodat er gefaald moet worden.

Vermijdend: Het uitstellen van werktaken die gekozen zijn of doelmatig afleiding zoeken, Er kan sprake zijn van middelenmisbruik. Gevoelens van niet in staat zijn om echt te voelen zowel negatief als positief kunnen aanwezig zijn.

Compenseren: Onder eigen gemiddelde presteren of anderen bekritisieren en je beter voelen dan de ander.

Gevolgen zijn dat contacten er onder lijden vanwege hoge verwachtingen. Nooit ergens tevreden over zijn, altijd gefrustreerd, lichamelijke en geestelijke uitputting en geen energie meer hebben. Er is nauwelijks ruimte voor ontspanning er creativiteit.

18. Bestraffend: Dit schema verwijst naar de overtuiging dat tekortkomingen, fouten en vergissingen zwaar gestraft moeten worden, zowel eigen als andermans tekortkomingen moeten gestraft worden. Dit kan gevoelens van boosheid, ongeduld, intolerantie en straf bij onvolkomenheden oproepen. Vergeven van jezelf of ander wordt lastig gevonden. In de kindertijd is vaak niet geleerd dat fouten maken mag, maar dat hier straf voor staat. Dit schema blijft in stand door:

Bevestigend: De persoon gedraagt zich bestraffend wanneer ze zelf of een ander iets verkeerd heeft gedaan.

Vermijdend: Situatie waarin sprake is van beoordeling of waardebeoordeling worden vermeden uit angst voor straf.

Compenseren: Stelt zich vergeeflijk op, terwijl inwendig sprake is van boosheid en bestrafferigheid naar de ander.

Bijlage 2: Vragenlijst & Beoordeling

Youngs Schemavragenlijst, 2e druk¹⁸

Ontwikkeld door dr. Jeffrey Young
Cognitive Therapy Center of New York
120 E.56th street, suite 530
New York, NY 10022 USA
tel. (212) 588-1998
Vertaling: Hans Pijnaker

Naam Datum
Geboortedatum
Man / Vrouw

Instructies

Hieronder volgt een aantal beweringen die men kan gebruiken om zichzelf te beschrijven. Lees elke bewering en kijk hoe goed deze u beschrijft. Als u niet zeker bent van uw antwoord, baseer uw antwoord dan op wat u emotioneel voelt en niet op wat u denkt dat waar is.

Als u wilt, mag u de bewering ook zo veranderen dat deze nog meer op u van toepassing is.

Kies vervolgens de score uit de cijfers 1 —6 die op u van toepassing is (inclusief de wijzigingen die u aanbracht) en noteer het nummer in de ruimte voor de bewering.

Score-schaal

- 1 = absoluut niet op mij van toepassing
- 2 meestal niet op mij van toepassing
- 3 = iets meer wel dan niet op mij van toepassing
- 4 = gemiddeld op mij van toepassing
- 5 = meestal wel op mij van toepassing
- 6 = geheel op mij van toepassing

Voorbeeld

123 .4 Ik maak me zorgen dat mensen om wie ik geef, niet om mij geven.

Vragenlijst

- 1.....Men was er niet voor mij destijds om mijn emotionele behoeften te vervullen.
 - 2.....Ik heb geen liefde en aandacht gekregen.
 - 3.....Voor het grootste deel heb ik niemand gehad op wie ik kon steunen voor advies en emotionele ondersteuning.
 - 4.....De meeste tijd heb ik niemand gehad die mij verzorgde, koesterde, dingen met mij deelde of zich echt bekommerde om alles wat mij overkwam.
 - 5.....Voor een groot deel van mijn leven heb ik niemand gehad die een persoonlijke band met mij wilde aangaan en veel tijd met mij wilde doorbrengen
 - 6.....Over het geheel genomen waren er geen mensen om mij warmte, koestering en liefde te geven.
 - 7.....Een groot deel van mijn leven heb ik niet het gevoel gehad dat ik bijzonder ben voor iemand/in iemands hart een plekje heb.
 - 8.....Het grootste deel van mijn leven heb ik niemand gehad die echt naar mij luistert, mij begrijpt of zich richt op wat ik werkelijk nodig had of voelde.
 - 9.....Zelden had ik een sterk iemand die mij duidelijke raad gaf of richting aangaf als ik niet zeker wist wat ik moest doen.
- *ed**
- 10.....Ik pieker erover dat de mensen van wie ik houd spoedig zullen overlijden, ook al heb ik daar medisch gezien geen reden voor.
 - 11.....Ik merk dat ik mij vastklamp aan mensen met wie ik een band heb omdat ik bang ben dat ze mij in de steek zullen laten.
 - 12.....Ik maak me zorgen dat mensen met wie ik een band voel mij in de steek zullen laten.
 - 13.....Ik heb het gevoel dat ik een stabiele basis voor emotionele steun mis.
 - 14.....Ik heb niet het gevoel dat voor mij belangrijke relaties lang duren. Ik verwacht dat ze al snel eindigen.
 - 15.....Ik voel me prettig bij partners die niet in staat zijn om er op een toegewijde manier voor mij te zijn.
 - 16.....Uiteindelijk zal ik alleen overblijven

¹⁸ <http://www.schematherapie.nl/>; (februari 2008)

- 17.....Wanneer ik merk dat iemand om wie ik geef zich van mij terugtrekt, word ik wanhopig.
- 18.....Soms ben ik er zo bezorgd over dat mensen mij in de steek zullen laten, dat ik ze wegstuur.
- 19.....Ik raak over mijn toeren wanneer iemand mij alleen laat, zelfs al is het maar voor een korte periode.
- 20.....Ik kan er niet op rekenen dat mensen die mij steunen er meestal zijn.
- 21.....Ik kan mijzelf niet toestaan om echt vertrouwd te worden met andere mensen, omdat ik er niet zeker van kan zijn dat ze er altijd zullen zijn.
- 22.....Het lijkt erop dat de belangrijkste mensen in mijn leven altijd maar komen en gaan.
- 23.....Ik maak me veel zorgen dat de mensen om wie ik geef iemand anders zullen vinden aan wie ze de voorkeur geven en mij dan in de steek zullen laten.
- 24.....De mensen in mijn directe nabijheid waren erg onvoorspelbaar. Het ene moment waren ze beschikbaar en aardig voor mij. Het andere moment waren ze boos, upset, alleen maar met zichzelf bezig, ruziënd, enzovoort.
- 25.....Ik heb andere mensen zo hard nodig dat ik steeds pieker dat ik hen zal verliezen.
- 26.....Ik voel me zo weerloos als ik geen mensen heb die mij beschermen, dat ik er veel over moet piekeren dat ik hen kwijt zal raken.
- 27.....Ik kan niet echt mijzelf zijn of laten merken wat ik echt voel, omdat mensen mij anders in de steek zullen laten.

***ab**

- 28.....Ik heb het gevoel dat mensen van mij willen profiteren.
- 29.....Ik heb vaak het gevoel dat ik mij moet beschermen tegen andere mensen.
- 30.....Ik heb het gevoel dat ik op mijn hoede moet blijven in de aanwezigheid van andere mensen, omdat ze me anders bewust pijn zullen doen.
- 31.....Als iemand aardig tegen mij doet, houd ik er rekening mee dat die persoon op iets uit is.
- 32.....Het is slechts een kwestie van tijd voordat iemand mij verraadt/beduvelt.
- 33.....De meeste mensen denken alleen aan zichzelf.
- 34.....Ik heb er veel moeite mee om mensen te vertrouwen.
- 35.....Ik ben tamelijk achterdochtig over de motieven van andere mensen.
- 36.....Mensen zijn zelden eerlijk. Ze zijn gewoonlijk niet wat ze lijken.
- 37.....Ik ben gewoonlijk op mijn hoede voor de geheime motieven van mensen.
- 38.....Als ik denk dat iemand eropuit is mij schade te berokkenen, probeer ik als eerste hem schade toe te brengen.
- 39.....Mensen moeten zich gewoonlijk eerst aan mij bewijzen voordat ik hen kan vertrouwen.
- 40.....Ik zet valkuilen op voor andere mensen om te zien of ze mij de waarheid vertellen en het goed bedoelen.
- 41.....Ik onderschrijf de mening: heers of word overheerst.
- 42.....Ik word boos wanneer ik denk aan de manieren waarop ik door andere mensen gedurende mijn leven gemeen ben behandeld.
- 43.....Gedurende mijn leven tot nu toe hebben diegenen met wie ik leef van mij geprofiteerd of mij gebruikt voor hun eigen voordeel.
- 44.....Ik ben lichamelijk, emotioneel of seksueel misbruikt door belangrijke mensen in mijn leven.

***ma**

- 45.....Ik hoor er niet bij.
- 46.....Ik ben fundamenteel anders dan andere mensen.
- 47.....Ik hoor nergens bij. Ik ben een 'loner', een Einzelgänger.
- 48.....Ik voel me vervreemd van andere mensen.
- 49.....Ik voel me geïsoleerd en alleen.
- 50.....Ik voel me altijd buiten groepen staan.
- 51.....Niemand begrijpt mij echt.
- 52.....Mijn familie was altijd anders dan andere families.
- 53.....Soms heb ik het gevoel dat ik een buitenaards wezen ben.
- 54.....Als ik morgen zou verdwijnen, zou niemand dat merken.

***si**

- 55.....Geen man/vrouw naar wie ik verlang zou van mij kunnen houden als hij/zij mijn tekorten/defecten zou zien.
- 56.....Niemand naar wie ik verlang zou graag in mijn directe nabijheid willen blijven als hij/zij mijn echte ik zou kennen.
- 57.....Ik ben in wezen gebrekkig en niet in orde.
- 58.....Het doet er niet toe hoe hard ik het probeer, ik heb het gevoel dat ik niet in staat ben te zorgen dat een man/vrouw die ik belangrijk vind, mij zal respecteren of zal vinden dat ik waardevol ben.

- 59.....Ik ben de liefde, aandacht en het respect van anderen niet waard.
60.....Ik heb het gevoel dat ik niet beminnenswaard ben.
61.....Ik ben fundamenteel te onacceptabel om mijzelf aan anderen te kunnen laten zien.
62.....Als anderen mijn fundamentele fouten of tekorten zouden ontdekken zou ik mijn gezicht niet meer kunnen laten zien.
63.....Wanneer mensen mij mogen, heb ik het gevoel dat ik hen beduvel.
64.....Vaak voel ik mij aangetrokken tot mensen die erg kritisch zijn naar mij of mij afwijzen.
65.....Ik heb innerlijke geheimen waarvan ik niet wil dat mensen in mijn directe omgeving die ontdekken.
66.....Het is mijn schuld dat mijn ouders niet genoeg van mij hielden.
67.....Ik laat mensen mijn ware zelf niet kennen.
68.....Mijn grootste angst is dat mijn tekorten zichtbaar zullen worden.
69.....Ik kan niet begrijpen hoe iemand van mij zou kunnen houden.

***ds**

- 70.....Ik ben seksueel niet aantrekkelijk.
71.....Ik ben te dik.
72.....Ik ben lelijk.
73.....Ik kan geen behoorlijk gesprek gaande houden.
74.....Ik ben stom en niet interessant in sociale situaties.
75.....Mensen die ik waardeer willen niet met mij omgaan vanwege mijn sociale status (d.w.z. inkomen, opleidingsniveau, carrière).
76.....Ik weet in sociale situaties nooit wat ik moet zeggen.
77.....Mensen willen mij niet in hun groepen opnemen.
78.....Ik ben mij erg van mijzelf bewust bij andere mensen.

***su**

- 79.....Bijna niets van wat ik op mijn werk (school) doe is zo goed als wat andere mensen doen.
80.....Ik ben onbekwaam wanneer ik iets moet bereiken/presteren.
81.....De meeste andere mensen hebben meer in hun mars dan ik op het gebied van werk en carrière.
82.....Ik ben een mislukkeling.
83.....Ik ben niet zo talentvol als de meeste mensen op mijn werk/school.
84.....Ik ben niet zo intelligent als de meeste mensen op mijn werk of school.
85.....Ik voel mij vernederd door mijn tekorten en onhandigheden in de werksfeer.
86.....Ik voel me vaak van mijn stuk raken bij andere mensen omdat ik niet tegen hen op kan wat betreft mijn vaardigheden.
87.....Vaak vergelijk ik mijn vaardigheden met die van anderen en heb ik het gevoel dat zij veel succesvoller zijn.

***fa**

- 88.....Ik voel me niet in staat om mijzelf te redden/staande te houden in het dagelijks leven.
89.....Ik heb andere mensen nodig om mij te helpen me te redden/te handhaven/staande te houden.
90.....Ik heb niet het gevoel dat ik op eigen kracht de dingen aankan.
91.....Ik geloof dat andere mensen beter voor mij kunnen zorgen dan ik dat zelf kan.
92.....Ik heb er moeite mee om naast mijn werk nieuwe taken aan te kunnen, tenzij ik iemand heb die mij leidt.

***ai**

- 93.....Ik zie mijzelf als een afhankelijk persoon wanneer het gaat om het dagelijks functioneren.
94.....Ik maak van alles wat ik probeer een puinhoop, zelfs buiten mijn werk.
95.....Ik ben onhandig op de meeste levensgebieden.
96.....Wanneer ik op mijn eigen oordeel vertrouw in dagelijkse situaties, neem ik de verkeerde beslissing.
97.....Ik mis gezond verstand.
98.....Op mijn oordeel kan in dagelijkse situaties niet vertrouwd worden.
99.....Ik heb niet het gevoel te kunnen vertrouwen op mijn vermogen om dagelijkse problemen die zich voordoen op te lossen.
100.....Ik heb het gevoel dat ik iemand nodig heb om op te vertrouwen, die mij raad geeft over praktische zaken.
101.....Ik voel me meer als een kind dan als een volwassene wanneer het aankomt op het hanteren van dagelijkse verantwoordelijkheden.
102.....Ik vind dat de verantwoordelijkheden van alledag mij overweldigen.

***di**

- 103.....Ik schijn niet aan het gevoel te kunnen ontsnappen dat er een of ander onheil staat te gebeuren.

- 104.....Ik heb het gevoel dat een ramp (natuurramp, criminaliteit, financieel, of medisch) op elk moment kan toeslaan.
- 105.....Ik maak me er zorgen over dat ik op straat zal komen te staan of een zwerver zal worden.
- 106.....Ik maak me er zorgen over dat ik aangevallen zal worden.
- 107.....Ik heb het gevoel dat ik heel goed op mijn geld moet passen of anders alles zal verliezen.
- 108.....Ik neem bijzondere voorzorgsmaatregelen om te voorkomen dat ik ziek zal worden of gewond zal raken.
- 109.....Ik maak me zorgen dat ik al mijn geld zal verliezen en armlastig zal worden/op een uitkering zal zijn aangewezen.
- 110.....Ik maak me zorgen dat ik een ernstige ziekte zal krijgen, ook al is er niets ernstigs geconstateerd door de dokter.
- 111.....Ik ben een angstig mens.
- 112.....Ik maak me veel zorgen over de kwade dingen die er in de wereld gebeuren: misdaad, vervuiling, en dergelijke.
- 113.....Vaak heb ik het gevoel dat ik gek word.
- 114.....Ik heb vaak het gevoel dat ik een angstaanval zal krijgen.
- 115.....Vaak maak ik mij zorgen dat ik een hartaanval krijg, ook al is er weinig medische reden om bezorgd te zijn.
- 116.....Ik heb het gevoel dat de wereld een gevaarlijke plaats is.

***vh**

- 117.....Ik ben niet in staat geweest om mij los te maken van mijn ouder(s) op de manier zoals andere mensen van mijn leeftijd dat schijnen te doen.
- 118.....Mijn ouder(s) en ik hebben de neiging om overbetrokken te zijn op elkaars levens en elkaars problemen.
- 119.....Het is erg moeilijk voor mijn ouder(s) en mij om intieme details voor zich te houden, zonder het gevoel verraden te worden of schuldig te zijn.
- 120.....Mijn ouder(s) en ik moeten elkaar bijna iedere dag spreken of anders voelt een van ons zich schuldig, pijn gedaan, teleurgesteld of alleen.
- 121.....Vaak heb ik het gevoel dat ik geen aparte identiteit heb, los van mijn ouders of partner.
- 122.....Vaak heb ik het gevoel alsof mijn ouders leven door mij; ik heb geen leven voor mijzelf.
- 123..... Het is erg moeilijk voor mij om afstand te bewaren tot de mensen met wie ik een band heb; ik heb er moeite mee om een apart zelf- gevoel te hebben.
- 124.....Ik ben zo betrokken op mijn partner (mijn ouders) dat ik niet echt weet wie ik ben of wat ik wil.
- 125.....Ik heb er moeite mee om mijn visie of mening los te maken van die van mijn ouders of mijn partner.
- 126.....Vaak heb ik het gevoel dat ik geen privacy heb wanneer ik bij mijn ouders of mijn partner ben.
- 127.....Ik heb het gevoel dat ik mijn ouders veel pijn doe wanneer ik op mijzelf ga wonen of ver weg van hen.

***em**

- 128.....Ik geef andere mensen hun zin, omdat ik bang ben voor de gevolgen.
- 129.....Ik denk dat ik vraag om moeilijkheden als ik doe wat ik zelf wil.
- 130.....Ik heb het gevoel dat ik geen andere keus heb dan toe te geven aan de verlangens van andere mensen, omdat ze anders wraak zullen nemen of mij op een of andere manier zullen afwijzen.
- 131.....In relaties laat ik de andere persoon de baas spelen.
- 132.....Ik heb altijd anderen keuzes voor mij laten maken, dus ik weet werkelijk niet wat ik zelf wil.
- 133.....Ik heb het gevoel dat de belangrijkste beslissingen in mijn leven niet echt mijn eigen beslissingen waren.
- 134.....Ik maak me er altijd een hoop zorgen over of ik het de ander naar de zin maak, zodat ze mij niet zullen afwijzen.
- 135.....Ik heb er grote moeite mee om te eisen dat mijn rechten worden gerespecteerd en dat met mijn gevoelens rekening wordt gehouden.
- 136.....Ik pak mensen op subtiele manieren terug in plaats van openlijk mijn boosheid te tonen.
- 137.....Ik zal veel verder gaan dan de meeste mensen om confrontaties te vermijden.

***sb**

- 138.....Ik plaats andermans behoeften boven die van mijzelf, anders voel ik mij schuldig.
- 139.....Ik voel mij schuldig wanneer ik andere mensen laat vallen of hen teleurstel.
- 140.....Ik geef meer aan andere mensen dan ik terugkrijg.
- 141.....Ik ben degene die altijd moet zorgen voor de mensen direct om mij heen.
- 142.....Ik accepteer bijna alles van iemand die ik liefheb.
- 143.....Ik ben een goed mens omdat ik meer aan anderen denk dan aan mij zelf.
- 144.....Op het werk ben ik meestal degene die vrijwillig extra taken doet of extra tijd investeert.
- 145.....Het maakt niet uit hoe druk ik het heb, ik kan altijd tijd voor anderen vrij maken.
- 146.....Ik kan mezelf met heel weinig redden omdat mijn behoeften minimaal zijn.
- 147.....Ik ben alleen gelukkig wanneer de mensen om mij heen gelukkig zijn.

148.....Ik ben zo druk bezig dingen te doen voor mensen om wie ik geef, dat ik weinig tijd heb voor mijzelf.

149.....Ik ben altijd degene geweest die luistert naar de problemen van een ander.

150.....Ik voel me meer op mijn gemak als ik een cadeau geef dan wanneer ik een cadeau krijg.

151.....Andere mensen zien mij als iemand die te veel doet voor anderen en niet genoeg voor zichzelf.

152.....Het maakt niet uit hoeveel ik geef, het is nooit genoeg.

153.....Als ik doe wat ik wil voel ik mij erg ongemakkelijk.

154.....Het is erg moeilijk voor mij om anderen te vragen voor mijn behoeften te zorgen.

***ss**

155.....Ik maak me zorgen dat ik de controle verlies over mijn handelen.

156.....Ik maak me zorgen dat ik iemand lichamelijk of emotioneel ernstig zou kunnen verwonden/pijn doen als ik de controle verlies over mijn woede.

157.....Ik heb het gevoel dat ik mijn emoties en impulsen onder controle moet houden om te zorgen dat er niets naars gebeurt.

158.....Er ligt een hoop woede en wrok in mij opgestapeld die ik niet uit.

159.....Ik let te veel op mijzelf om positieve gevoelens naar anderen te kunnen tonen (bijv. warmte, laten zien dat ik om de ander geef).

160.....Ik word er verlegen van als ik mijn gevoelens naar anderen uit.

161.....Ik vind het moeilijk om warm en spontaan te zijn.

162.....Ik heb mijzelf zo onder controle dat mensen denken dat ik geen emoties heb.

163.....Mensen zien mij als een gespannen iemand.

***ei**

164.....Ik moet de beste zijn bij alles wat ik doe; ik kan niet een tweede plaats accepteren.

165.....Ik streef ernaar om bijna alles perfect in orde te hebben.

166.....De meeste tijd moet ik er op mijn best uitzien.

167.....Ik probeer mijn uiterste best te doen; ik neem geen genoegen met 'goed genoeg'.

168.....Ik moet zo veel doen dat ik bijna geen tijd heb om echt te ontspannen.

169.....Bijna niets wat ik doe is goed genoeg. Het kan altijd beter. Ik moet al mijn verantwoordelijkheden nakomen.

170.....Ik moet al mijn verantwoordelijkheden nakomen.

171.....Ik voel dat er constant een druk op mij ligt om te presteren en om dingen gedaan te krijgen.

172.....Mijn relaties lijden eronder dat ik mijzelf zo opzweep/opjaag.

173.....Mijn gezondheid lijdt eronder dat ik mijzelf zo onder druk zet om de dingen goed te doen.

174.....Ik offer vaak mijn genoegens en plezierijtjes op om te kunnen voldoen aan de eisen die ik aan mezelf stel.

175.....Wanneer ik een fout maak, verdien ik ongezouten kritiek.

176.....Ik stel zulke hoge eisen aan mijzelf dat, als ik een fout maak, ik mijzelf niet gemakkelijk vergeef of me excuseer voor mijn fouten.

177.....Ik ben een erg competitief/wedijverend persoon.

178.....Ik hecht veel belang aan geld of status.

179.....Ik moet wat betreft mijn optreden altijd 'nummer één' zijn.

***us**

180.....Ik heb er grote moeite mee om 'neen' als antwoord te accepteren wanneer ik iets van andere mensen wil.

181.....Ik word vaak boos of geïrriteerd wanneer ik niet kan krijgen wat ik

182.....Ik ben een bijzonder mens en zou niet zo veel van de beperkingen moeten hoeven accepteren die aan andere mensen worden opgelegd.

183.....Ik haat het om ingeperkt te worden of weerhouden te worden van wat ik wil doen.

184.....Ik heb vaak het gevoel dat ik niet de regels en conventies hoeft te volgen zoals andere mensen.

185.....Ik heb het gevoel dat wat ik te bieden heb van grotere waarde is dan de bijdragen van anderen.

186.....Gewoonlijk geef ik aan mijn behoeften voorrang boven de behoeften van anderen.

187.....Vaak merk ik dat ik zo bezig ben met mijn eigen prioriteiten dat ik geen tijd kan vrijmaken voor vrienden of familie.

188.....Mensen zeggen mij vaak dat ik erg de controle houd over de manier waarop dingen gedaan worden.

189.....Ik raak erg geïrriteerd wanneer mensen niet doen wat ik van hen vraag.

190.....Ik kan het niet verdragen als andere mensen mij vertellen wat ik moet doen.

***et**

191.....Ik heb er grote moeite mee om te stoppen met drinken, roken, te veel eten, of met andere problematische gedragingen.

- 192.....Ik schijn mijzelf niet de discipline op te kunnen leggen om routinetaken of vervelende taken af te maken.
- 193.....Vaak sta ik mijzelf toe om toe te geven aan mijn impulsen en uiting te geven aan mijn emoties, wat me in moeilijkheden brengt of andere mensen pijn doet.
- 194.....Wanneer ik mijn doel niet bereik, raak ik gemakkelijk gefrustreerd en geef ik op.
- 195.....Ik vind het erg moeilijk om onmiddellijke bevrediging op te geven om een langetermijndoel te bereiken.
- 196.....Vaak gebeurt het dat ik mij niet kan beheersen als ik boos word.
- 197.....Ik heb de neiging om dingen te overdrijven, ook al weet ik dat dat niet goed voor me is, zoals dagelijks overwerken tot 21.00 uur.
- 198.....Ik verveel me erg gemakkelijk.
- 199.....Wanneer taken moeilijk worden, kan ik gewoonlijk niet doorzetten en ze afmaken.
- 200.....Ik kan me niet al te lang op iets concentreren.
- 201.....Ik kan mijzelf niet dwingen om dingen te doen die ik niet leuk vind, zelfs niet als ik weet dat het in mijn eigen belang is.
- 202.....Ik verlies mijn zelfbeheersing bij de geringste belediging.
- 203.....Ik ben zelden, in staat om vast te houden aan mijn besluiten.
- 204.....Ik kan mijzelf bijna nooit inhouden om mensen te laten zien hoe ik mij echt voel, ongeacht wat de consequentie van mijn gedrag kan zijn.
- 205.....Vaak doe ik dingen impulsief, waar ik later spijt van heb.

*is

Interpretatie van de schemalijs van Jeffrey E. Young.

Scoring YSQ-L2:

In deze lijst komen 16 van de 18 vroege disfunctionele schema's voor. Niet vertegenwoordigd zijn: schema 14 goedkeuring zoeken/erkenning en schema 18 bestraffend. Sociale onwenselijkheid (su) is waarschijnlijk een subset van de ds-schema.

Elk schema op de YSQ-L2 heeft een verschillend aantal items om het te meten. De schemamatrix is ontwikkeld als manier van aanpassing aan de verschillen in aantallen items door de ruwe scores voor elk schema om te zetten in een percentage van het totale aantal items voor elk schema. Wanneer de scores op de matrix worden uitgezet, geeft de matrix een plaatje van de hoog- en laagscorende schema's van de cliënt.

De volgorde waarin schema's zijn gegroepeerd op de vragenlijst correspondeert met hun volgorde op de schemamatrix.

Scores voor elk schema worden gevonden door het totale aantal items binnen een schema te tellen die 5 of 6 scoren. Dit aantal wordt uitgezet in de bijbehorende rij van de schemamatrix.

Als voorbeeld: een cliënt die op 1 item van het ed-cluster een 5 scoort en op 2 items een 6, zou 3 scoren op emotionele deprivatie. Deze totale score van 3 wordt in de matrix ingebracht door 3 te noteren in de cel naast emotionele deprivatie, en dan een punt te tekenen midden tussen de 2 en 4 in die rij. Nadat de scores voor elk schema op deze wijze als punten ingevuld zijn, wordt een lijn getrokken die de punten met elkaar verbindt. Dit profiel toont visueel de relatieve invloed van elk van de schema's.

De koppen boven aan de matrix vertalen de totale score op een schema in een percentage van 0 – 100%. Het percentage items met een score 5 of 6 kan bepaald worden door deze omzettingskaart te gebruiken. Bijvoorbeeld, een cliënt die 6 scoort op ed heeft ongeveer 79% van de items van ed een 5 of 6 toegekend. Percentagescores kunnen gebruikt worden om het relatieve belang van elk schema voor de cliënt te vergelijken.

Interpretatie van de scores

Op de lange vorm beschouwen we over het algemeen elke score van 3 of meer op een schema als betekenisvol. Op de korte vorm (waar elk schema door 5 items is vertegenwoordigd) is elke score van 2 of meer gewoonlijk betekenisvol (significant).

Nadat de YSQ gescoord is leggen we aan de cliënt uit welke schema's matig hoge scores kregen en welke zeer hoge scores kregen. We leggen dan uit wat elk schema betekent in gewone mensentaal, en moedigen de cliënt aan om de bespreken hoe elk schema relevant is geweest in hun leven. We moedigen de cliënt ook aan om de hoofdstukken te lezen uit "Leven in je leven" die relevant zijn voor hun schema's.

Als er heel weinig of geen schema's hoog scoren voor een bepaalde cliënt nemen we meestal aan dat de cliënt een schemavermijder is, en focussen we niet op de resultaten van de vragenlijst met de cliënt. In plaats daarvan vertrouwen we op andere assessment strategieën om te bepalen welke schema's waarschijnlijk relevant zijn voor de cliënt. Op een later tijdstip zullen we dan direct ingaan op de vermijdende copingstijl, en nemen dan de YRAI af.

Bijlage 3: Borderline Persoonlijkheidsstoornis

Verschijnselen.¹⁹

Borderline persoonlijkheidsstoornis is een ingewikkelde stoornis, met veel verschillende verschijnselen. De verschijnselen kun je onderscheiden in gedachten, gevoel en gedrag, waarbij instabiliteit bij de verschillende verschijnselen centraal staat. De verschijnselen zullen hieronder worden uitgewerkt. Belangrijk is om in het oog te houden dat de verschijnselen worden beschreven voor een borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij een andere stoornis kan dit dus anders zijn. Voordat de verschijnselen worden besproken eerst een omschrijving van wat het DSMIV onder borderline persoonlijkheidsstoornis verstaat:

“Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties”²⁰

Gedachten.

Het denken van een borderline patiënt wisselt in uitersten. Voorbeelden zijn zwart/wit denken, alles of niets, neiging mensen te verdelen in goed of slecht, in voor of tegen, aardig of vreselijk. Er zit niets daartussen. Iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis is vaak gemakkelijk in het eerste contact, maar vervolgens vaak teleurgesteld en boos als de ander niet voldoet aan de verwachtingen. Hierdoor zijn er veel intensieve relaties die kort duren, met gevolg terughoudendheid in contacten. Zelfbeoordelingen zijn wisselend, waarin het negatieve meestal overheerst.

De negatieve zelfbeoordeling uit zich vaak in het geen hoge dunk van zichzelf hebben, wat wordt versterkt door alles wat gedaan wordt negatief te beoordelen. Daarnaast reageren ze zeer gevoelig bij gevoel van afwijzing en zie je negatieve gedachten terug in het perfectionistisch handelen.

Gevoel.

Er is sprake van emotionele instabiliteit en stemmingswisselingen. Dit doordat de stemming snel wisselt en er op een gebeurtenis heel emotioneel gereageerd kan worden. Zo kan iemand met een borderline persoonlijkheidsstoornis gevoelens van leegte en depressie ervaren. Dit uit zich in het niet lekker in je vel zitten, angst en prikkelbaarheid. Er is zelden sprake van langere tijd achtereen goed gestemd of tevreden zijn. Een gevolg hiervan kan zijn suïcide gedachten. De depressieve gevoelens vallen niet altijd onder de diagnose depressie. Er wordt pas van een depressie gesproken als de stemming ernstig verlaagd is, waarvan de verandering niet duidelijk is. Een ander gevoel wat voor kan komen is woede. Het gaat dan om last van ingehouden agressie of van ongecontroleerde woede-uitbarstingen, die het gevolg zijn van de ingehouden agressieve gevoelens. Zonder reden kan er zomaar worden uitgevallen.

Vaak zijn borderlinepatiënten bang om in de steek te worden gelaten. Het gaat dan vooral om degene waar een sterke band mee is. Momenten van alleen voelen/zijn leveren dan vaak paniek op. In aanwezigheid van anderen ontstaan er vaak conflicten en is de nabijheid moeilijk te verdragen. De gevoelens zijn dus heel dubbel. Aan de ene kant is er een verlaten gevoel zonder die ander, maar zijn er conflicten wanneer de ander aanwezig is. Hierin zie je de moeite met afstand-nabijheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Als laatste kunnen er gevoelens zijn van verwaarlozing en niet serieus genomen voelen. Het kan zijn dat een persoon hier overgevoelig voor is, wanneer er bijvoorbeeld sprake was van verwaarlozing in de jeugd. Wanneer de persoon ouder is, is deze er erg op gespist of anderen voldoende aandacht aan hem besteden en ze kijken heel kritisch naar de reactie van de ander.

Gedrag

Het gedrag wordt vaak gekenmerkt door impulsiviteit. Er wordt veel tot actie overgaan zonder dat er eerst wordt nagedacht of de actie wel verstandig is of wat de consequenties mogelijk zijn. Er wordt vaak aan iets begonnen, wat later niet geschikt blijkt te zijn, met gevolg dat ermee wordt gestopt. Een voorbeeld hiervan zijn de snelle wisselingen in de sociale relaties en wat door de ander kan worden gezien als wispelturig. Andere gevolgen kunnen overmatig alcohol, drugs of medicijngebruik zijn. Daarnaast zijn geldverkwisting, sommige vormen van zelfverwonding, wisselende seksuele contacten en roekeloos autorijden andere voorbeelden. Het impulsieve moet niet altijd gezien worden als negatief, het geeft net het beetje extra aan het leven. De spontane acties worden soms door de omgeving gewaardeerd en daarnaast kunnen het eigenschappen zijn die binnen een bepaald beroep passen.

Een ander kenmerk van het gedrag is zelfverwonding ook wel automutilatie genoemd. De borderline patiënt brengt schade toe aan het eigen lichaam door middel van krassen, branden of anderszins. Het verschil met suïcide is dat er geen behoefte is om een eind te maken aan het leven.

Overige verschijnselen.

Suïcidale gedachten en/of handelen komt geregeld voor bij borderline patiënten. Een borderline patiënt ziet dan geen uitweg meer in de problemen en is zo wanhopig dat de wens ontstaat om een einde aan het leven te maken. Negen à tien procent van de borderline patiënten komt vroegtijdig te overlijden door suïcide.

Dissociatieve ervaringen is een ander verschijnsel wat veel voorkomt bij borderline patiënten. Dissociatie is te omschrijven als een verandering in je bewustzijnstoestand. Het is een toestand van het bewustzijn waarbij een afwezige indruk wordt gemaakt. Dissociatie kan als prettig ervaren worden, wanneer er concentratie nodig is voor bepaald werk wat gebeuren moet. Dissociatie wordt als onplezierig ervaren door de ervaring controle te verliezen. Er wordt gesproken over een ziekteverschijnsel wanneer er geen controle over uitgeoefend kan worden.

Als laatste verschijnsel hier beschreven is waarnemingen en gedachten die niet of slechts gedeeltelijk overeenkomen met de werkelijkheid (realiteitsvervorming). Ernstige vervormingen van realiteit worden psychotische verschijnselen genoemd. Er wordt dan vastgehouden aan de waarneming of gedachte die objectief niet juist kan zijn.

¹⁹ Spaans, J. & Meekeren, E. van (2004)

²⁰ DSM IV (2000)

Oorzaken.²¹

Over de oorzaken van borderline persoonlijkheidsstoornis is geen duidelijkheid, mede hierom wordt er vaker over risicofactoren gesproken in plaats van oorzaken. De risicofactoren kunnen worden besproken volgens het biopsychosociaal model. Centraal binnen dit model staan drie aspecten die met elkaar in verbinding staan en elkaar beïnvloeden. De drie aspecten zullen hieronder worden besproken. Naast wat algemeen worden ook voorbeelden gegeven die gelden bij een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Biologische factoren.

Biologische kwetsbaarheid heeft te maken met dingen zoals aanleg, erfelijkheid en lichamelijke factoren. Aanwijzingen tonen aan dat impulsiviteit en stemmingswisselingen in de aanleg van de mens aanwezig kunnen zijn. Dit heeft mogelijk te maken met een stoornis in de serotoninehuishouding, dat zorgt voor prikkeloverdracht tussen zenuwcellen. In een anamnese is herkenbaar dat een borderliner in de kinderjaren vaak hyperactief was, problemen had met concentratie en leren. Daarnaast kwamen er vaak problemen in de opvoeding voor. Het kan zijn dat de biologische factoren niet opvallen en pas tot uiting komen door psychische factoren. Daarnaast kunnen alleen biologische factoren niet leiden tot een borderline persoonlijkheidsstoornis. Er zijn ook andere factoren die een rol spelen zoals psychologische factoren en omgevingsfactoren.

Psychologische factoren.

Psychologische ervaringen staat voor opvoeding, ingrijpende gebeurtenissen en eerder opgedane ervaringen. Veel voorkomend bij borderlinepatiënten is een instabiele gezinssituatie in de jeugd. Hieronder kun je verstaan: het verlies van een belangrijke persoon of op vroege leeftijd een langdurige scheiding van de ouders. Andere voorbeelden zijn fysieke of seksuele mishandeling, inadequate opvoedingspatronen maar vooral emotionele verwaarlozing. Wanneer iemand deze ervaringen heeft meegemaakt hoeft het niet te betekenen dat er een borderline persoonlijkheidsstoornis ontwikkeld. Het kan zijn dat een andere stoornis zich ontwikkeld (vb. depressie) of dat er helemaal geen stoornis ontwikkeld. De andere kant op geldt hetzelfde: niet alle borderlinepatiënten hebben een ingrijpende ervaring meegemaakt. Een ingrijpende jeugdervaring kan invloed hebben op iemands zelfvertrouwen, zelfbeeld en vermogen om contacten te leggen of om met intimiteit om te gaan, maar leidt niet tot de diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Dit is mede afhankelijk van de erfelijke en omgevingsfactoren.

Daarnaast is er een andere theorie beschreven, die zegt dat in de periode tussen anderhalf en drie jaar een kind de basis legt om om te leren gaan met afstand-nabijheid en met hechten-onthechten. Binnen deze fase leert een kind dat er goede kanten en minder goede kanten in een persoon zitten. Daarnaast leert een kind dat deze situatie frustratie kan opleveren. Uiteindelijk moet een kind dus leren vertrouwen op terugkomst wanneer iemand wegloopt. Deze fase kan op twee manieren fout lopen.

1. Splitsen: er is sprake van de gedachte dat een persoon helemaal goed of helemaal slecht is. Er wordt in uitersten gedacht en er is geen mogelijkheid is tot nuanceren.
2. Objectconstantie: Dit is het vermogen iemand anders te kunnen ervaren ook wanneer deze fysiek niet aanwezig is. Kenmerkend is dat iemand erop vertrouwd dat na verwijdering vriendschap en liefde blijft bestaan en er weer is bij het herzien.

Wanneer het hechten en onthechten niet goed geleerd is, kunnen er problemen ontstaan in de adolescentie. Deze fase wordt gekenmerkt door het afsluiten van het proces onthechten-hechten wat moet leiden tot volwassenheid, zelfstandigheid en het vermogen nieuwe langdurige relaties aan te gaan. Dit is een verklaring waarom de borderline persoonlijkheidsstoornis zich meestal openbaart op jongvolwassen leeftijd, aangezien dan de werkelijke eisen gesteld worden aan het individu.

Sociale factoren.

Sociale invloeden staat voor de maatschappij of de (sub)cultuur waartoe iemand behoort.

De borderline persoonlijkheidsstoornis lijkt vooral in de westerse wereld voor te komen. Door deze gedachte is men op het idee gekomen dat de aard van de westerse maatschappij (individualisme), bijdraagt aan het openbaren van de stoornis. Mensen voelen zich minder veilig en geborgen. Het is voor te stellen dat indien er in de ontwikkeling dingen mis zijn gegaan de gevolgen hiervan verzacht kunnen worden door een samenleving die gekenmerkt wordt door verbondenheid en loyaliteit. Naast loyaliteit en verbondenheid heeft het wel of niet kunnen en durven praten ook invloed op het wel of niet ontwikkelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast speelt steun uit de omgeving een rol op de ontwikkeling van borderline persoonlijkheidsstoornis.

Een psychische stoornis is dus het gevolg van de bovengenoemde factoren die samenhangen of op elkaar inwerken. Zo heb je een biologische kwetsbaarheid die samen met de psychologische ervaringen in het leven opgedaan wordt en onder sociale invloeden, kan leiden tot bepaalde stoornis. Voor elke stoornis zijn deze factoren verschillend. Nogmaals hierboven zijn de factoren beschreven voor een borderline persoonlijkheidsstoornis, voor bijvoorbeeld een depressie gelden andere factoren.

Differentiële diagnose.²²

Borderline persoonlijkheidsstoornis valt onder cluster B van de persoonlijkheidsproblematiek, samen met de diagnoses theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis. De diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis wordt het vaakst gesteld. De diagnoses theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis worden tegenwoordig veel minder gesteld, deels door seksistische associaties in het geval bij de theatrale persoonlijkheidsstoornis en daarnaast functioneert iemand met een narcistische persoonlijkheidsstoornis over het algemeen beter en is minder verward. Er zullen dus personen zijn met de stoornis, maar die niet geregistreerd staan.

Er bestaat een grote overlap tussen BPS en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Een voorbeeld is het totale gebrek aan empathie. Mensen met BPS hebben vaak duidelijke antisociale trekken, kunnen zich wel inleven in gevoelens van anderen, soms juist zeer goed, maar het inlevingsvermogen wordt meestal niet lang vol gehouden.

Drugsgebruikers hebben vaak kenmerken van BPS, wat te wijten is aan de chaos op veel gebieden in hun leven wat direct verband houdt met het middelengebruik. De chaos kan verdwijnen als het drugsgebruik ophoudt. Een diagnose kan dus pas gesteld worden na het stoppen van het drugsgebruik of bij gebruik van methadon.

Overlap tussen BPS en de bipolaire stemmingsstoornis is dat bij BPS zijn stemmingswisselingen van kortere duur. Ze komen snel op en kunnen ook zo verdwenen zijn. Daarnaast hebben ze een aantoonbare oorzaak in de omgeving die stress oplevert.

²¹ Meekeren, E. van (1998) en Spaans, J. & Meekeren, E. van (2004)

²² Krawitz, R. & Watson, C. (2005)

Behandeling.²³

Er zijn verschillende mogelijkheden voor behandeling. Dit verschilt van steunende, individuele gesprekken tot opname op een psychiatrische afdeling. Daarnaast kan er verschil gemaakt worden tussen de verschillende visies en grondgedachte van een behandeling. Hieronder zal in het kort de verschillende mogelijkheden worden besproken voor de behandeling van een borderline persoonlijkheidsstoornis.

Farmacotherapie.

Farmacotherapie werd voorheen niet veel gebruikt, omdat behandelaars bang waren voor suicide bij misbruik van medicatie. Tegenwoordig wordt de medicatie in vele behandelingen gebruikt, waarbij vele soorten medicatie wordt gebruikt. Het voorschrijven van medicijnen bij borderlinepatiënten is een ingewikkelde klus, door de uiteenlopende symptomen. Door de uiteenlopende symptomen komen alle soorten psychofarmaca in principe in aanmerking. Medicatie speelt een belangrijke rol in de behandeling, ondanks de diversiteit, echter is er geen medicatie die de stoornis kan genezen. Het is een belangrijke ondersteuning bij het tegengaan van de verschijnselen. Medicatie dat voorgeschreven kan worden:

- Antipsychotica; Effect bij psychoses of psychotische symptomen of effect bij angst, woedeaanvallen, stemmingswisselingen en impulsief gedrag.
- Antidepressiva; Een gunstig effect op impulsief gedrag, zelfdestructief gedrag en agressiviteit.
- Lithium en carbamazepine; Wordt gebruikt om een depressie te ontwrichten of gebruik bij manische fasen.
- Benzodiazepines; Wordt gebruikt voor de snelle werking tegen een periode van 4-8 weken van andere medicatie.

Psychodynamisch en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie.

De grondgedachte is dat slecht gevormde of versplinterde identiteit gevolg is van een verstoorde psychische ontwikkeling in de jeugd. De verstoorde ontwikkeling kan leiden tot onveilige hechting en problemen in de ontwikkeling van identiteit en zelfgevoel. Een belangrijke taak van de therapeut is het bieden van een houvast en zorgen niet overspoelt te raken door emoties. Een relatie aanbieden die consequent, continu, solide en voorspelbaar is, waarbij de ander empathisch en respectvol wordt behandeld. Uiteindelijk doel is dan ook door middel van de relatie met de therapeut, het vermogen om intimiteit, autonomie, zelfwaardering en identiteit te ontwikkelen.

Cognitieve analytische therapie (CAT).

Therapeuten richten zich op het verhaal dat wordt meegenomen naar de therapie. Behandeling is gericht op het begrijpen en veranderen van gedragspatronen, ervaringen worden geherformuleerd. Als therapeut verken je in vogelvlucht het leven van een patiënt. Onderzoek naar de patronen in de relatie met de therapeut en een investering in huiswerkopdrachten bieden uiteindelijk de gelegenheid om te veranderen.

Cognitieve gedragstherapie.

Er is voortdurend aandacht voor inzet en betrokkenheid van de patiënt met betrekking tot behandeling en doelen. De behandeling is gericht op analyse van gedragspatronen en vaardigheidstraining, waarbij emotieregulatie gezien wordt als grootste probleem.

Schemagerichte Cognitieve therapie.

Therapievorm waar gewerkt wordt met schemadomeinen en schema's. Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van vier dominante wisselende dimensies bij de cliënt. Elke dimensie zorgt voor andere aanpak van de therapeut.

1. Verlaten kind dimensie waarbij de therapeut empathisch is en de patiënt helpt zichzelf te koesteren.
2. Boze kind dimensie waarbij de therapeut empathie in evenwicht stelt van grenzen en realiteitstoetsing. Er wordt gezocht naar een gezonde manier om woede te uiten.
3. Straffende ouder linkt aan het deel dat de patiënt zelfkritiek heeft en eist van de therapeut te helpen de straffende ouder te bevechten en ervan af te komen.
4. Dimensie de afstandelijke beschermer verwijst naar het deel van de patiënt dat emotioneel losgekoppeld is om te beschermen tegen excessieve pijn. De patiënt heeft geruststelling nodig dat het oké is om te voelen, wat bewerkstelligt wordt door tijdige verkenning van pijnlijke gevoelens en door juiste manier van juiste manier om gaan met verlaten en boze kind + straffende ouder.

Gedragstherapie.

Gedragstherapie bestaat uit concrete adviezen en oefeningen met betrekking tot de klachten. Een bekende vorm is dialectische gedragstherapie van Linehan. Binnen Linehan worden groepsvaardigheidstrainingen gecombineerd met individuele begeleiding, hierbinnen staat niet alleen het veranderen van gedrag en gedachten centraal, maar ook het bewust worden van eigen manieren van reageren, denken en voelen staat centraal.

²³ Spaans, J. & Meekeren, E. van (2004) en Krawitz, R. & Watson, C. (2005)