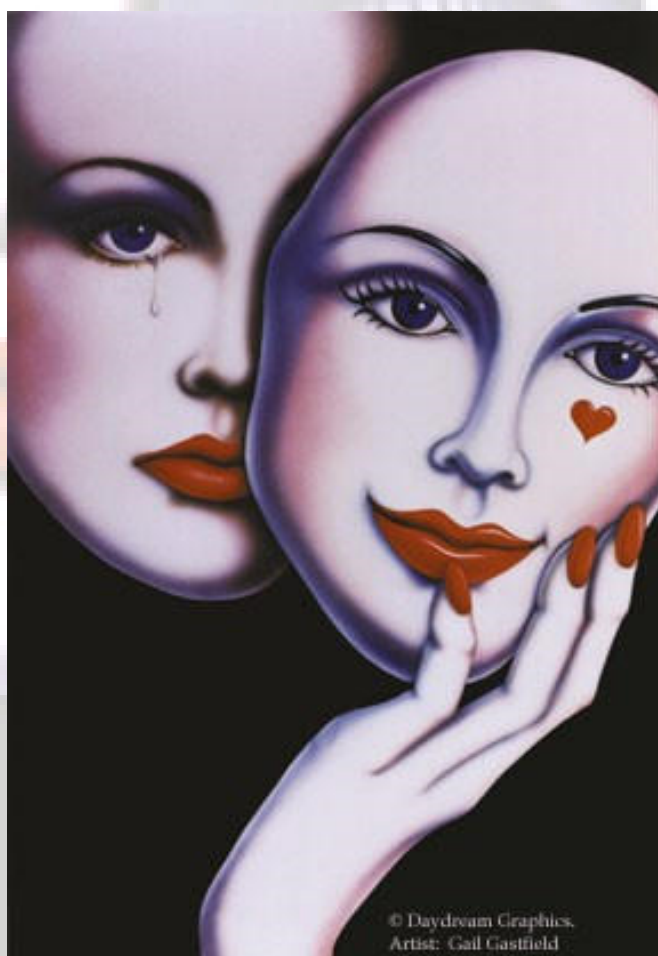


Mentaliserende dramatherapie bij een Dubbele Diagnose programma

Hoe Mentalization-Based Treatment toe te passen
is binnen dramatherapie



Karlijn Wijten – Spee
Stenden Hogeschool Leeuwarden
Creatieve Therapie Drama Verkort
In opdracht van: VOF Dubbele Diagnose
GGz Breburg – Novadic-Kentron
Juni 2011

© Daydream Graphics,
Artist: Gail Gastfield

Mentaliserende dramatherapie bij een Dubbele Diagnose programma

Een praktijkonderzoek naar de mogelijkheden van
het toepassen van Mentalization-Based Treatment
binnen dramatherapie.

Contractwerkstuk

Door:	Karlijn Wijten – Spee
Opleiding:	Stenden Hogeschool Leeuwarden Creatieve Therapie Drama Verkort
Opdrachtgever:	VOF Dubbele Diagnose GGz Breburg – Novadic-Kentron
Begeleider instelling:	Irene Dijkstra (Novadic-Kentron)
Begeleider opleiding:	Aurora Lamberigts
Datum:	Juni 2011
Omslagontwerp:	© Gail Gastfield

Niets uit deze uitgave mag worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, geluidsband, elektronisch hetzij op enige andere manier, zonder schriftelijke toestemming van de auteur.

Voorwoord

In dit contractwerkstuk (CWS) heb ik beschreven hoe Mentalization-Based Treatment (MBT) voor cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS) toe te passen is binnen de dramatherapie. Door het onderzoek te doen ben ik enthousiast geworden over MBT. Ik heb het vertrouwen dat ik hier als therapeut goede effecten mee kan bereiken bij de behandeling van cliënten met BPS. Ik heb gezocht naar dramatherapeutische werkvormen en heb deze gevonden door dramatherapeuten persoonlijk te interviewen. Met deze werkvormen blijkt dat MBT goed toegepast kan worden in de dramatherapie.

Ik denk dat andere dramatherapeuten die werken met MBT of hiermee willen gaan werken veel aan dit onderzoek kunnen hebben. Daarnaast zal het ook interessant zijn voor andere dramatherapeuten, maar ook voor vaktherapeuten en andere collega's in de zorg die werken met MBT. Dit onderzoek zal tevens boeiend zijn voor studenten dramatherapie of studenten die studeren voor een ander vaktherapeutisch beroep.

Dit onderzoek is tot stand gekomen door middel van een praktijkonderzoek, bestaande uit literatuuronderzoek, interviews en mijn eigen ervaringen uit de praktijk.

Ik ben studente dramatherapie. Daarnaast werk ik sinds kort als dramatherapeut, verbonden aan het programma waarvoor dit onderzoek is uitgevoerd: het VOF Dubbele Diagnose programma te Tilburg. Dit onderzoek is binnen dit programma uitgevoerd, maar ook door het interviewen van dramatherapeuten elders in Nederland.

Karlijn Wijten-Spee, Tilburg, 1 juni 2011

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Inleiding	6
1.1. Opleiding, opdrachtgever en instelling	6
1.2. Het VOF Dubbele Diagnose programma	6
1.3. Aanleiding voor dit onderzoek	6
1.3.1. Probleemstelling	6
1.4. Doelstelling	7
1.4.1. Deelvragen	7
1.5. Opzet verantwoording	7
1.6. Opmerking	7
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	8
2.1. Databronnen	8
2.2. Data verzamelingstechniek	8
2.3. Data analysemethode	8
Hoofdstuk 3: De theorie van MBT	10
3.1. Mentaliseren	10
3.2. De ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren	10
3.3. Het tekortschieten van mentalisatie bij mensen met BPS	10
3.4. De modi	11
3.4.1. Equivalent mode	11
3.4.2. Pretend mode	11
3.4.3. Integrative mode	11
3.4.4. Teleological stance	11
3.5. Trauma	12
3.6. Het vreemde zelf (het 'alien self')	12
Hoofdstuk 4: De MBT methodiek	13
4.1. Behandelprogramma	13
4.1.1. Behandelprogramma Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong	13
4.1.2. Doelen	13
4.2. Fasering van behandeling	13
4.2.1. Beginfase	13
4.2.2. Middenfase	14
4.2.3. Eindfase	14
4.2.4. Nabehandeling	14
4.3. Algemene kenmerken van het behandelmodel	14
Hoofdstuk 5: BPS en de rol van verslaving binnen deze stoornis	16
5.1. BPS	16
5.2. Comorbiditeit	16
5.3. BPS en middelenmisbruik of –afhankelijkheid	16
Hoofdstuk 6: MBT en dramatherapie in Nederland	18
Hoofdstuk 7: De ervaring van MBT en dramatherapie	19
7.1. De ervaring van Marjon Wagenaar	19
7.1.1. De werkvorm: tableau vivant	19
7.1.2. De methodiek: Developmental Transformations (DvT)	19
7.2. De ervaring van Elly de Bruijn	20
7.2.1. De methodiek: Psychodrama	20
7.3. De ervaring van Ine Verbruggen	21
7.3.1. De werkvorm: rollenspelen	21
7.3.2. De werkvorm: gevoelsoefeningen	21
7.4. De ervaring van Mario van Montfoort	21
7.4.1. Werken met: het transitioneel object	21
7.4.2. De werkvorm: samenwerkingsoefeningen	22
7.5. De ervaring van een (oud)student	22

Hoofdstuk 8: De houding van de therapeut	24
8.1. Interventies	24
8.1.1. Steunend en empathisch reageren	24
8.1.2. Verhelderen en uitwerken van het affect	24
8.1.3. Basaal mentaliseren	24
8.1.4. Interpretatief mentaliseren	24
8.1.5. De overdracht mentaliseren	25
8.1.6. Timing van de interventies	25
8.2. Algemene kenmerken	25
8.2.1. In het hier-en-nu blijven	25
8.2.2. Symbolen, metaforen, analogieën en woordspelingen	25
8.2.3. Werken met arousal/ spanning	26
8.2.4. Tips voor de dramatherapeut	26
Hoofdstuk 9: De integratie van MBT binnen dramatherapie bij het DD programma voor cliënten met BPS	27
9.1. Binnen het DD programma	27
9.2. Binnen dramatherapie	27
Hoofdstuk 10: De eerste ervaringen van MBT in de dramatherapie binnen het DD programma	28
10.1. Ervaringen van mij als therapeut	28
10.1.1. Individuele cliënt S	28
10.1.2. Individuele cliënte B	28
10.1.3. Supervisie	28
10.1.4. Ontspanningsgroep	28
10.1.5. Themagroep	29
10.2. Ervaringen van de co-therapeut van de dramatherapie themagroep	29
10.2.1. Houding van de therapeut	29
10.2.2. Het gebruik van oefeningen	29
10.2.3. Interventies	29
Hoofdstuk 11: Conclusies	30
Hoofdstuk 12: Discussie	31
Hoofdstuk 13: Aanbevelingen	32
Samenvatting & summary	33
Samenvatting	33
Summary	33
Begrippenlijst	34
Bronnenlijst	35
Artikelen	35
Boeken	35
Document	37
Documenten via websites	37
Internetsites	37
Verslagen	37
Videobestand	38
Nawoord	39
Bijlage 1: Het IDDT model	40
Bijlage 2: Het VOF Dubbele Diagnose Programma	41
Het behandelprogramma	41
Screening	41
Bijlage 3: De diagnose BPS volgens de DSM-IV-TR	42
Bijlage 4: De interviewvragen	43

Hoofdstuk 1: Inleiding

In dit hoofdstuk heb ik beschreven wat dit contractwerkstuk (CWS) inhoudt. Als eerste komt de opleiding, opdrachtgever en instelling aan bod. Vervolgens het programma waar het onderzoek is uitgevoerd. Daarna volgt de aanleiding van dit onderzoek en de probleemstelling. Als volgt wordt de doelstelling van dit onderzoek belicht en de deelvragen die gesteld zijn. Tenslotte volgen de opzet verantwoording en een opmerking.

1.1. Opleiding, opdrachtgever en instelling

Het CWS is uitgevoerd binnen de opleiding: Creatieve Therapie Drama Verkort aan Stenden Hogeschool te Leeuwarden. De opdrachtgever is het VOF Dubbele Diagnose programma te Tilburg (hierna te noemen: DD programma). Dit is een samenwerkingsverband tussen GGZ Breburg en Novadic-Kentron. De cliëntenpopulatie van dit programma bestaat uit personen met ernstige verslavings- en ernstige psychiatrische problematiek. De relatie beginsituatie met dramatherapie is de volgende: deze afdeling heeft sinds kort dramatherapie en psychomotorische therapie (PMT) in het programma en is bezig Mentalisation-Based Treatment (MBT) te implementeren. Gezien de kwetsbare doelgroep is het noodzakelijk om deze methodiek vanuit meerdere invalshoeken te benaderen, zodat het maximale uit een behandeling gehaald kan worden bij het werken met deze methodiek.

1.2. Het DD programma

De VOF bestaat uit een ACT team (Assertive Community Treatment) en twee afdelingen (in Tilburg en in Breda), beide met een klinisch en een ambulant programma. De visie van het programma wordt beschreven als een eclectisch model waarin gebruik gemaakt wordt van een therapeutische benadering, die in andere geïntegreerde behandelingen succesvol is toegepast. Dit model is gebaseerd op de principes van relationshipmanagement en de principes van autonomie en verbondenheid. Motiverende gesprekstechnieken, gedragstherapeutische interventies en een op mentaliseren gebaseerde benadering worden toegepast (VOF Dubbele Diagnose). Dit CWS is gericht op de afdeling in Tilburg. Het DD programma werkt volgens de Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT), in het Nederlands: Geïntegreerde Dubbele Diagnose Behandeling. De multidisciplinaire richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2008) concludeert dat een geïntegreerde behandeling, wanneer er sprake is van meerdere psychiatrische problemen (zoals verslavingsproblematiek) mogelijk effectief is. Het is belangrijk dat beide diagnoses geïntegreerd behandeld worden. Ook is het van belang dat de cliënt een hoofdbehandelaar heeft. Er is een toolkit IDDT ontwikkeld. Deze toolkit is afkomstig van het Amerikaanse project Implementing Evidence Based Practices (Torrey et al., in van Wamel, Jansen & Kuijpers, 2009). Er is tevens een IDDT model ontwikkeld waarin de uitgangspunten voor behandeling zijn opgenomen. Dit is opgenomen in bijlage 1. De afdeling voldoet zoveel als mogelijk aan dit model. Alle collega's zijn getraind in de motiverende gespreksvoeringstechnieken (Miller & Rollnick, 2005) en het fasegericht behandelen (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), welke onderdeel uitmaken van het IDDT model. Naast de motiverende gespreksvoering zijn ook alle collega's getraind in de MBT methodiek. De basishouding van beide methodieken komen sterk met elkaar overeen. Binnen de afdeling wordt een brede behandeling aangeboden. Deze behandeling is gericht op de gehele cliëntenpopulatie. De aard van de psychiatrische problematiek loopt zeer uiteen, evenals de aard van de verslavingsproblematiek. Dit maakt dat het aanbod zeer breed is. Aangezien dit CWS specifiek gericht is op cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis (BPS), wordt voor meer informatie over het behandelprogramma en de manier van werken verwezen naar bijlage 2.

1.3. Aanleiding voor dit onderzoek

Ik werk sinds 1 februari 2011 op deze afdeling als dramatherapeut. De afdeling is sinds vorig jaar gaan werken volgens het principe van MBT. Het doel hiervan is dat de cliënten beter gaan mentaliseren. Er is binnen het programma (nog) geen aparte MBT behandellijn, bijvoorbeeld zoals omschreven in hoofdstuk 3. De therapeuten zullen voornamelijk de technieken van de MBT gaan toepassen in hun werk binnen alle therapieonderdelen, gesprekken en contacten met de cliënten. Aangezien ook van dramatherapie wordt verwacht mee te gaan in deze ontwikkeling, is de vraag gesteld om te onderzoeken op welke manier dit het beste vorm gegeven kan gaan worden, met name voor de cliënten met BPS.

1.3.1. Probleemstelling

Vanuit de aanleiding voor dit onderzoek komt de probleemstelling voort. Deze luidt: 'Hoe kan de dramatherapeutische behandeling bijdragen aan het bevorderen van mentaliseren bij cliënten met BPS die in zorg zijn bij het DD programma?'

1.4. Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is om:

- Te komen tot richtlijnen voor dramatherapiesessies voor cliënten met BPS van het DD programma, d.m.v. de MBT methodiek.
- Mijn methodische kennis te vergroten op het gebied van MBT.

1.4.1. Deelvragen

Er zijn verschillende deelvragen omschreven om de probleemstelling te beantwoorden en aan de doelstelling te voldoen. Deze deelvragen zijn hieronder uiteengezet:

1. Wat is mentaliseren? / Wat houdt de MBT methodiek in?
2. Wat houdt een borderline persoonlijkheidsstoornis in? / Welke rol vervult de verslaving van de cliënt hierin?
3. Wat is de visie van het DD programma en hoe ziet de uitvoering hiervan eruit?
4. Waaruit bestaat de behandeling bij het DD programma op dit moment?
5. Waar wordt dramatherapie (vaktherapie) vanuit de MBT methodiek gegeven? / Door wie wordt dit gegeven?
6. Welke ervaring is er in de dramatherapie opgedaan door andere dramatherapeuten m.b.t. het werken vanuit de MBT principes?
7. Wat betekent het uitvoeren van MBT bij deze doelgroep voor de houding van de dramatherapeut?
8. Hoe kan MBT geïntegreerd worden in dramatherapie bij deze doelgroep?
9. Wat zijn mijn eerste ervaringen bij het toepassen van MBT in de dramatherapie?

1.5. Opzet verantwoording

Dit onderzoek bestaat uit verschillende onderdelen. Als eerste vindt u de verdieping in de MBT theorie, waarna een MBT programmalijn wordt toegelicht, gevolgd door een verdieping in BPS en de comorbiditeit, specifiek met een verslaving. Vervolgens is de vertaalslag gemaakt naar dramatherapie, hierna worden de ervaringen uit de praktijk, weergegeven. Vervolgens wordt de houding van de therapeut uitgediept. Hierna wordt de informatie gekoppeld aan het programma en specifiek aan dramatherapie en daarna volgt een overzicht van de ervaringen van mijzelf en mijn co-therapeut. Tenslotte vindt u de conclusies van het onderzoek, discussie en de aanbevelingen.

1.6. Opmerking

In dit CWS worden verschillende afkortingen gebruikt. Dit is gedaan om de leesbaarheid te vergroten. Zo staat CWS voor contractwerkstuk, BPS voor borderline-persoonlijkheidsstoornis, MBT voor Mentalization-Based Treatment, DD programma voor VOF Dubbele Diagnose programma en DvT voor Developmental Transformations. Zie ook de begrippenlijst op pagina 33.

Ook is ervoor gekozen om te spreken van cliënt en therapeut, beiden in de 'hij-vorm'. Dit kan echter ook in de zij-vorm gelezen worden. Als een cliënt een vrouw is, wordt echter wel 'zij' gebruikt.

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk heb ik omschreven welke databronnen zijn geraadpleegd, welke data verzamelings-technieken zijn gebruikt en hoe de data geanalyseerd is.

2.1. Databronnen

Binnen dit onderzoek zijn verschillende bronnen gebruikt. Voor een groot deel is dit onderzoek een literatuuronderzoek. Hiervoor zijn boeken, artikelen, internetpagina's en CWS'en van andere (oud)studenten over dit onderwerp gebruikt. Er zijn beleidsstukken over de afdeling Dubbele Diagnose gelezen. Tevens is de basiscursus MBT van GGz Breburg gevolgd. Mijn netwerk van collega's en vaktherapeuten is aangesproken om erachter te komen waar dramatherapie gegeven wordt volgens de MBT methodiek en door wie. Om onderzoek te doen naar ervaringen van dramatherapeuten uit de praktijk, is gebruik gemaakt van half-gestandaardiseerde interviews. De informatie over het DD programma is verkregen door collega's te interviewen en mijn eigen ervaringen uit te werken. Alle informatie die voorhanden was, heb ik geprobeerd toe te passen op verschillende therapieën die ik al dan niet samen met een co-therapeut gegeven heb. De bevindingen hiervan heb ik uitgewerkt. En ik heb mijn co-therapeut geïnterviewd over haar ervaringen met betrekking tot MBT in de therapieën die wij samen hebben gegeven. De gebruikte databronnen worden in de tekst genoemd. Een totaaloverzicht hiervan is te vinden in de literatuurlijst.

2.2. Data verzamelings-techniek

Het literatuuronderzoek en het volgen van de basiscursus MBT hebben verschillende doelen gehad, namelijk:

- het vakgebied van de MBT theorie en het DD programma verkennen en hiervan een overzicht geven;
- BPS en de rol van verslaving binnen deze problematiek verkennen en hiervan een overzicht geven;
- een goede vragenlijst maken en mezelf goed voorbereiden op de interviews;
- de dramatherapie technieken verkennen en hiervan een overzicht geven;
- mijn theorieën, argumenten, conclusies, aanbevelingen en andere gevolgtrekkingen van mijn onderzoek onderbouwen of weerleggen.

Collega's zijn door mij gesproken met als doel:

- het DD programma verkennen en hiervan een overzicht geven;
- helder krijgen waar/ door wie dramatherapie wordt gegeven volgens de MBT methodiek.

De interviews zijn afgenomen met als doel:

- nagaan hoe MBT in de praktijk werkt in de dramatherapie;
- datgene wat ondervonden is in mijn literatuuronderzoek staven aan de praktijk.

De bevindingen zijn toegepast in de praktijk met als doel:

- mijn aanbevelingen/ bevindingen toetsen.

Als laatste zijn mijn eigen bevindingen en de bevindingen van mijn co-therapeut geanalyseerd met als doel:

- nagaan of mijn aanbevelingen werken in de praktijk;
- mijn theorieën, argumenten, conclusies, aanbevelingen en andere gevolgtrekkingen van het onderzoek onderbouwen of weerleggen.

2.3. Data analysemethode

Dit kwalitatief onderzoek is als volgt te werk gegaan. Als eerste is een literatuuronderzoek gedaan en de basiscursus MBT gevolgd. Van deze data is datgene gebruikt wat belangrijk is voor het beantwoorden van de deelvragen. De informatie die van collega's afkomstig is, is opgeschreven en geanalyseerd. Datgene wat uitgewerkt is van deze gesprekken voor het beantwoorden van de deelvragen, al dan niet gekoppeld aan de literatuur, is aan hen teruggekoppeld voor een laatste check en ter goedkeuring. Door dit vooronderzoek zijn goede, interessante vragen voor mijn onderzoek opgesteld die beantwoord zijn in de interviews. De dramatherapie is vergeleken met de MBT methodiek alsook met het DD programma. De half-gestandaardiseerde interviews zijn afgenomen en opgenomen op bandrecorder en de belangrijke informatie is opgeschreven. De interviews zijn per geïnterviewde uitgewerkt. Per vraag is het antwoord van de geïnterviewde samengevat opgeschreven. De uitgewerkte interviews zijn opgestuurd aan de geïnterviewden, waarna zij eventuele aanpassingen

hebben gedaan in de antwoorden en de interviews hebben teruggestuurd met hun goedkeuring. Verschillende ervaringen vanuit de cursus, het literatuuronderzoek en de interviews zijn toegepast binnen de dramatherapie op de afdeling. De ervaringen van mijzelf als therapeut en mijn collega als co-therapeut zijn meegenomen in de analyse. Vanuit deze gehele analyse is de samenvatting geschreven, zijn conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 3: De theorie van MBT

In dit hoofdstuk heb ik de theorie van MBT onderzocht. Deze theorie is ontwikkeld door Anthony W. Bateman en Peter Fonagy. Als eerste wordt beschreven wat mentaliseren inhoudt. Vervolgens wordt dit verder uitgewerkt door de oorsprong van de theorie te beschrijven. Hierna door de koppeling met BPS te leggen. Vervolgens worden de modi omschreven die onderscheiden worden. Tot slot wordt omschreven welke rol trauma inneemt binnen de theorie en wat met het 'alien self' bedoeld wordt.

3.1. Mentaliseren

Mentaliseren betekent dat men het doen en laten van zichzelf en de ander waarneemt en begrijpt. Dit doet men door middel van zijn mentaliserend vermogen. Het mentaliserend vermogen komt tot uitdrukking in gedachten, gevoelens, overtuigingen en verlangens. Het wil zeggen dat een combinatie van innerlijke en externe gebeurtenissen het gedrag van de mens bepaalt. Met 'innerlijke gebeurtenissen' wordt bedoeld: het proces dat zich in het bewustzijn afspeelt (gevoelens, gedachten, verlangens). Met 'externe gebeurtenissen' wordt bedoeld: omgevingsfactoren (cultuur, normen en waarden, anderen etc.). Bij het mentaliseren spelen de innerlijke gebeurtenissen, *de psychische realiteit*, een grotere rol dan de externe gebeurtenissen (van Gael, 2008). Het gaat voornamelijk om verbeeldingskracht en inlevingsvermogen. Hiermee wordt bedoeld dat we ons moeten inleven in hoe een ander zich voelt, wat de ander denkt, wil of vindt. Ook gebruiken we verbeeldingskracht om eigen ervaringen te begrijpen (Bateman & Fonagy, 2007). Het vermogen tot mentaliseren heeft invloed op veel aspecten van het dagelijks leven waaronder het vermogen om intermenselijke relaties aan te gaan en te onderhouden, maar ook het ontwikkelen van een stabiel zelfbeeld en het kunnen omgaan met stressvolle situaties.

Een voorbeeld: Jaap is aan het werk en zijn collega Anna komt binnen. Jaap stelt Anna een vraag en krijgt een kortaf antwoord. Jaap bedenkt zich dat Anna misschien kwaad is op hem. Maar het zou ook kunnen dat ze slecht geslapen heeft of een aanvaring heeft gehad met een andere collega of cliënt. Ze komt misschien om in het werk of is er met haar gedachten niet bij. Het zou ook kunnen dat er in haar privésfeer van alles aan de hand is of dat ze even geen zin heeft om zijn vraag te beantwoorden. Dit reflecteren is mentaliseren. We mentaliseren ook over ons eigen gedrag. Dit doen we door onze gevoelens, gedachten en verlangens als oorzaak te zien voor ons gedrag. Belangrijk is het besef dat de interne toestanden en de externe toestanden niet volledig overeen hoeven te komen. Mijn overtuigingen hoeven niet te kloppen, maar die van mijn collega zijn misschien ook niet waar (van Gael, 2008).

3.2. De ontwikkeling van het vermogen tot mentaliseren

MBT is een theorie die gebaseerd is op de hechtingstheorie van John Bowlby (1988). "Een veilige hechting met de verzorger zorgt ervoor dat het jonge kind een psychologisch Zelf kan ontwikkelen, door zijn innerlijke toestand te herkennen in de reactie van de verzorger." (Stern, in Kaarsemaker-Verfaillie, 2009, p.24).

De verzorger spiegelt als het ware het gedrag van het kind. Als het kind lacht, dan zal de verzorger ook lachen. Als het kind huilt, zal de verzorger het kind troosten. De gevoelens van het kind worden gereflecteerd in de reactie van de verzorger. Zo leert het kind zijn eigen gevoelens herkennen (Bales, Van Beek & Bateman, 2009).

Als dit proces verstoord raakt en het kind geen reacties krijgt van zijn verzorger, zal het kind eerst zijn best doen om de aandacht van zijn verzorger te krijgen. Als dit niet lukt, raakt het kind gestresst. (Umassboston, 2009). Het kind heeft zijn gevoelens en gedrag niet of niet adequaat gespiegeld gezien, waardoor deze gevoelens niet geïntegreerd zijn in het Zelf. Het kind zal later moeite hebben met het onderscheiden van de innerlijke gemoedstoestand en de feitelijke realiteit, met fantasie en werkelijkheid. Het kind zal later moeite hebben om te mentaliseren (Deben-Mager, 2005).

Bateman en Fonagy (2007) geven de basis van een veilige hechting en daarmee een goede basis voor mentalisatie weer:

Voor de ontwikkeling van het begrip van anderen is het cruciaal dat zorgzame, niet-bedreigende volwassenen de mentale toestanden van het kind begrijpen. Dat kan het beste gebeuren in een veilige, speelse kind-verzorgerrelatie die een speelse houding ten opzichte van gevoelens en gedachten, overtuigingen en verlangens verwelkomt en de ontwikkeling van een stevige basis voor mentalisatie bevordert. (Bateman & Fonagy, 2007, p.28).

3.3. Het tekortschieten van mentalisatie bij mensen met BPS

Er wordt aangenomen dat mensen met BPS vaak onveilig gehecht zijn en geen stabiel zelfbeeld ontwikkeld hebben. De verbeeldingskracht en het inlevingsvermogen in hun eigen gedrag en dat van

de ander wordt vaak gemist. Ze hebben een beperkter mentaliserend vermogen. Hierdoor worden de relaties met anderen verstoord en wordt er geen veilige hechtingsband opgebouwd.

Het is niet zo dat mensen met BPS niet kunnen mentaliseren. Echter, hechtingsproblematiek kan ertoe leiden dat het mentaliserend vermogen onderdrukt wordt doordat het gehechtheidssysteem in relaties geactiveerd wordt. Ook hevige emotionele prikkeling bewerkstelligt waarschijnlijk een verlies van mentaliserend vermogen (Bateman & Fonagy, 2007).

Het gebeurt vaak, dat mensen met BPS gebeurtenissen niet goed interpreteren, waardoor zij alleen de feiten zien. Ook kan het bijvoorbeeld zo zijn dat ze niet invoelen of zich inleven in een bepaalde situatie. Later wordt er verder ingegaan op BPS.

3.4. De modi

Cliënten met BPS zitten vaak vast of vallen terug in een bepaalde manier van denken, voelen en handelen. Deze manieren hebben Bateman en Fonagy (2007) vastgelegd in drie verschillende modi. Dit zijn: de equivalent mode (psychisch-equivalentimodus), de pretend mode (alsof-modus) en de integrative mode (integratiemodus). Daarnaast wordt de teleological stance (het teleologische denken) onderscheiden.

3.4.1 Equivalent mode

Bij de 'equivalent mode' is de binnenwereld gelijk aan de buitenwereld. Dat wat iemand ervaart is daadwerkelijk zo. Als hij bijvoorbeeld denkt dat iemand boos op hem is, dan is deze persoon ook boos op hem. Kijkende naar het voorbeeld met Jaap en zijn collega Anna: 'Anna reageert kortaf, dus ze vindt me niet aardig'. Als hij een minderwaardig gevoel heeft, dan is de hele wereld tegen hem, dan is hij een slecht persoon. Anderen kunnen hem niet overtuigen van het tegendeel, zij zullen in zijn ogen liegen. Gedachtes van de ander worden ingevuld, ook dit is de waarheid. De wereld wordt als tē echt ervaren. Zo zullen in deze modus herbelevingen als 'werkelijkheid' ervaren worden, wat zeer beangstigend kan zijn. In de 'equivalent mode' is de spanning/ arousal hoog, de cliënt ervaart veel emoties (Bateman & Fonagy, 2007; van Gael, 2007).

3.4.2. Pretend mode

Bij de 'pretend mode' staat de binnenwereld geheel los van de buitenwereld. Datgene wat in de realiteit gebeurt wordt niet ervaren, doorleefd. Mensen die in de 'pretend mode' zitten voelen zich vaak leeg en betekenisloos. Na een trauma kan een persoon in deze modus gaan dissociëren. Iemand is totaal afgesloten van de buitenwereld. In het voorbeeld met Jaap en Anna voelt hij niets naar aanleiding van haar kortaffe antwoord. In deze modus kunnen cliënten vaak veel praten over hun gedachten en gevoelens, het kan lijken dat ze mentaliseren. Bateman & Fonagy noemen dit *pseudomentalisatie*. Datgene wat ze zeggen is echter niet ingeleefd en voelt betekenisloos aan. Vanuit de leegte die ervaren wordt gaan cliënten vaak (zelf)destructief gedrag vertonen zoals middelengebruik, zelfbeschadiging etc. Hierdoor zullen ze weer voelen en komen ze uit deze modus. De wereld wordt als tē onecht ervaren. In de 'pretend mode' is de spanning/ arousal laag (Bales et al., 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

3.4.3. Integrative mode

In de 'integrative mode' is iemand daadwerkelijk aan het mentaliseren. De binnenwereld kan los van de buitenwereld ervaren worden en andersom, maar de persoon is zich ervan bewust dat beide werelden invloed op elkaar hebben (Kaarsemaker-Verfaillie, 2009). De persoon die in de 'integrative mode' zit, kan gedachten, gevoelens en verlangens van de ander interpreteren. Hij kan reflecteren op het gedrag van de ander en van hemzelf. Hij weet echter ook dat ieders mentale toestand beïnvloed wordt door velerlei omgevingsfactoren, zoals opvoeding, gebeurtenissen etc. In het voorbeeld met Jaap en Anna heeft hij gereflecteerd op haar gedrag en kan het zijn dat hij haar vraagt waarom ze zo reageert. Daarbij kan hij ook aangeven wat zijn gevoel erbij is, zodat zij zijn mentale toestand beter begrijpt.

3.4.4. Teleological stance

'Teleological stance' ofwel het teleologisch denken wil zeggen dat er wordt geconcludeerd naar aanleiding van het fysieke resultaat. Het gedrag van jezelf en de ander is doelgericht. Er wordt niet geïnterpreteerd of gereflecteerd op datgene wat achter dit fysieke resultaat schuil kan gaan (Bales et al., 2009). In het voorbeeld met Jaap en Anna stelt hij een vraag en krijgt hij een antwoord. Alleen de feitelijke inhoud van de boodschap wordt gehoord. Het non-verbale gedrag wordt niet gehoord en gezien en er wordt niet nagedacht over de beweegredenen van Anna. Het is als het ware een actie-reactie. Dit is bijvoorbeeld te merken aan het taalgebruik van de cliënt. Verhalen hangen samen met eindeloze opsommingen.

3.5. Trauma

Traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek hangen nauw samen (van Gael, 2007). Bales et al. (2009) stellen: "Vroege traumatische ervaringen kunnen het mentaliserend vermogen negatief beïnvloeden. [...] Omgekeerd kan een verminderd mentaliserend vermogen de impact van een later trauma vergroten." (p.269). Eerder is geschreven over herbelevingen die in de 'equivalent mode' als echt beleefd worden en cliënten die naar aanleiding van een trauma kunnen dissociëren in de 'pretend mode'. Vaak is het dissociëren het gevolg van het tē echt ervaren van herbelevingen. Beide modi kunnen elkaar afwisselen. Dit wordt de 'dual mode' genoemd. Bij getraumatiseerde cliënten is het mentaliserend vermogen vaak voor een deel verstoord. Het gaat bij hen om de mentaliserende toestanden die gerelateerd zijn aan het trauma. Traumaproblematiek en persoonlijkheidsproblematiek kunnen elkaar versterken. Zij kunnen elkaar ook in de weg staan bij behandeling. Vaak is niet te achterhalen hoe de relatie tot elkaar is. De volgorde van behandeling staat hierdoor niet vast. Het is belangrijk om dit af te stemmen op de wensen, behoeften en het veranderingsproces van de cliënt (Stuyling de Lange, Dashorst & Moorten, 2009).

3.6. Het vreemde zelf (het 'alien self')

Zoals omschreven leren kinderen al op jonge leeftijd hun gevoelens te herkennen via de spiegeling van hun verzorgers. Op het moment dat dit stelselmatig niet adequaat en incongruent wordt gedaan, neemt het kind de spiegeling van de verzorger over, maar deze klopt niet met zijn eigen gevoel. Dit wordt vaak (deels) ingehaald bij een ander veilig persoon. Op het moment dat het kind echter misbruikt / mishandeld wordt en de spiegeling krijgt van de misbruiker/ mishandelaar, neemt het kind de geestestoestand van zijn misbruiker/ mishandelaar in zich op. Deze delen noemen we het vreemde zelf, ofwel het 'alien self'. Dit kind voelt zich slecht. Het kind, en later de volwassene, zal deze pijnlijke, vreemde delen van het zelf naar buiten wringen, externaliseren. Dit wil zeggen dat deze delen op een ander worden geprojecteerd. De ander wordt als het ware gemanipuleerd om zich zo te gaan voelen en gedragen (Bales et al., 2009; van Gael, 2008). Een voorbeeld: de cliënt is zo kwaad en verwijtend naar de therapeut, dat de therapeut de neiging voelt fysiek agressief te worden naar de cliënt toe. Dit gevoel kent de therapeut echter totaal niet van zichzelf en het past niet bij wie hij is.

Vaak worden in het latere leven relaties gezocht met personen die net zo slecht handelen, waardoor zij hun vreemde zelf kunnen externaliseren. Wanneer de relatie verbroken is, zullen de vreemde delen terug in het zelf keren. Als het lukt om het vreemde zelf te externaliseren, dan zal de buitenwereld als beangstigend worden ervaren. Het is echter beangstigender om de vreemde delen van het zelf niet te externaliseren, want dan zal de cliënt deze vreemde delen in het eigen lichaam aanvallen, wat zelfdestructief gedrag tot gevolg kan hebben (Bales et al., 2009; van Gael, 2008).

Hoofdstuk 4: De MBT methodiek

Bateman & Fonagy hebben naar aanleiding van hun theorie een methodiek ontwikkeld. Deze methodiek heb ik in dit hoofdstuk in kaart gebracht. Als eerste wordt aangegeven waarom gekozen is voor een bepaald behandelprogramma. Daarna wordt dit behandelprogramma uitgediept. Vervolgens wordt de fasering van de behandeling omschreven en als laatste worden de algemene kenmerken van de behandeling belicht.

4.1. Behandelprogramma

Binnen Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong is in 2004 als eerste instelling in Nederland een MBT behandelprogramma neergezet voor mensen met een complexe BPS. Het programma is evidence based (Bateman & Fonagy 1999, 2001) en afgeleid van het programma wat prof. dr. Anthony Bateman heeft ontwikkeld (De Viersprong Academy, n.d.). De andere programma's die in Nederland aangeboden worden zijn of vergelijkbaar, of hiervan afgeleid. In Nederland zijn echter verschillen te zien in het aanbod van de MBT programma's. De lengte en duur van de programma's verschillen van elkaar. Vaak wordt het programma drie dagen per week aangeboden voor een duur van achttien maanden. In de uitleg die in de volgende paragraaf wordt gegeven, wordt uitgegaan van het model van de Viersprong dat is omschreven in Bales et al. (2009). Dit model komt namelijk het meest overeen met het programma in Londen (wat door Bateman is ontwikkeld) en is goed uitgeschreven en verantwoord.

4.1.1. Behandelprogramma Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong

Het MBT programma duurt maximaal 18 maanden à vijf dagen per week. Het is een groepsprogramma waarbij er 8 à 9 personen in de groep zitten. De groep is zeer belangrijk, omdat de cliënt zo leert mentaliseren in relatie tot anderen, maar ook het mentalisatieproces van anderen meemaakt. Eenieder kan zijn gezichtspunten laten zien en verkennen, wat voor de gehele groep leerzaam is. Ook leren de cliënten hoe zij in een groep functioneren.

Daarbij wordt ook individuele psychotherapie aangeboden (voor elke cliënt eenmaal per week). Ook worden er individuele gesprekken aangeboden met de persoonlijke begeleider (sociotherapeut of sociaal psychiatrisch verpleegkundige). De groep heeft elke dag in de ochtend groepspsychotherapie gedurende een uur. Daarnaast wordt er: tweemaal per week creatieve therapie beeldend aangeboden, eenmaal per week een schrijfgroep, een aangepaste vorm van cognitieve gedragstherapie, medicatiesprekuren, ontspanningsoefeningen, huishoudelijk overleg en een groepsactiviteit. Op vrijdag wordt er op een ontspannen, gezellige manier geëindigd door middel van gezelschapspelletjes.

4.1.2. Doelen

De algemene doelen van het programma zijn:

- committeren aan het programma (om een geslaagde behandeling mogelijk te maken);
- het verminderen van de algemene psychiatrische symptomen (met name depressie en angst);
- het verminderen van (zelf)destructief gedrag en suïcidepogingen;
- het verbeteren van het sociaal – en interpersoonlijk functioneren;
- het verminderen van afhankelijkheid van opname.

Er wordt in de beginfase voor elke cliënt een individueel behandelplan gemaakt, waarin deze algemene doelen op de cliënt worden toegespitst.

4.2. Fasering van behandeling

De behandeling is in verschillende fases verdeeld, te weten: de beginfase, de middenfase, de eindfase en de nabehandeling. Over de fasering van de behandeling hebben Bales et al. (2009) en Bateman & Fonagy (2007) het onderstaande geschreven:

4.2.1. Beginfase

In de beginfase is het belangrijkste doel de cliënt te committeren aan de behandeling. Dit wil zeggen dat er een actieve houding van de teamleden is naar de cliënten toe, ook als zij de behandeling willen stoppen of niet meer komen opdagen. Deze cliënten hebben tijd nodig om zich te hechten en committeren en dit gaat gepaard met vallen en opstaan. Er wordt verhelderend en ondersteunend gewerkt naar de cliënt toe. In de beginfase wordt ook het mentaliserend vermogen van de cliënt beoordeeld. De diagnose wordt besproken en uitgelegd en er vindt psycho-educatie plaats over het behandelprogramma. De therapeuten zullen de overdrachtssporen met de cliënten helder maken. Dit wil zeggen dat bepaalde vormen van overdracht hen in moeilijkheden kunnen brengen tijdens de therapie. Meer informatie over overdracht vindt u in hoofdstuk 8. Het stabiliseren van sociale problemen en gedragsproblemen is ook een belangrijk doel in de beginfase. Naast het individuele

behandelplan wordt er een signaleringsplan gemaakt. Dit wordt gedaan in de individuele therapie. Hierin wordt opgenomen wat er gebeurt bij de cliënt bij crisis, bijvoorbeeld in het geval van (zelf)destructief gedrag en suïcidepogingen. De risicofactoren worden in beeld gebracht samen met datgene wat de cliënt kan doen om niet in crisis te raken of wat diegene moet doen als hij al in crisis is.

4.2.2. Middenfase

Hier zal het zwaartepunt van de behandeling liggen voor de cliënt. Het is in de middenfase belangrijk dat de relatie tussen de cliënt en therapeut(en) gehandhaafd blijft en zo nodig hersteld wordt. Dit is belangrijk, omdat deze cliëntengroep bekend is met afhaken van een behandeling en uit contact gaat, bijvoorbeeld als zij zich niet begrepen voelen. Het is de langste periode van de behandeling, wat betekent dat de motivatie van eenieder aanwezig moet blijven. Dit geldt zowel voor de therapeut(en) als voor de cliënt. Het mentaliserend vermogen van de cliënt wordt in de middenfase steeds verder opgebouwd door middel van de interventieprincipes. Deze interventieprincipes worden toegelicht in hoofdstuk 8.

4.2.3. Eindfase

De eindfase gaat in op het moment dat het mentalisatievermogen van de cliënt zodanig is dat de symptomatische en gedragsproblemen voldoende verminderd zijn. Meestal is dit na twaalf maanden. In de laatste fase wordt met name de focus gelegd op het interpersoonlijke en sociale aspect van het functioneren. Dat wat al bereikt is wordt geïntegreerd en doorgezet. De cliënt gaat meer verantwoordelijkheid nemen voor zijn eigen leven. De cliënt wordt ondersteund in het opzetten van zijn natraject (wat wil ik bereiken en wie/ wat heb ik hiervoor nodig?). Er wordt een nabehandelingsplan opgesteld. Dit alles helpt onder andere om het afscheid nemen voor de cliënt hanteerbaar te maken. Afscheid nemen is voor cliënten met BPS een lastig thema. Als dit niet op een goede manier gebeurt, kunnen zij terugvallen in oude patronen. Daarom neemt het thema afscheid een belangrijke plaats in binnen de eindfase van de behandeling.

4.2.4. Nabehandeling

Tijdens de nabehandeling, die vaak een lange tijd duurt (een jaar tot 18 maanden), wordt de nadruk gelegd op re-integreren in de maatschappij en alles wat daarbij hoort. Mentalisatieprocessen worden doorgezet en verbeterd. Andere veranderingen, zoals (terugkeer bij) een opleiding of baan, in het leven van de cliënt worden aangemoedigd. Ze krijgen steun bij het re-integreren en er wordt gesproken over de problemen die de cliënt tegenkomt in de maatschappij.

De nabehandelingen worden binnen Nederland op verschillende manieren vormgegeven. Vaak wordt er individueel per cliënt gekeken wat hij nodig heeft. Bij De Viersprong werken ze met een gestandaardiseerd nabehandelingprogramma volgens het step-down principe: eerst één dag en één ambulant contact in de week. Vervolgens gaat dit geleidelijk over in wekelijkse ambulante contacten die ook weer verder afgebouwd worden. Er wordt naar gestreefd om zoveel mogelijk dezelfde behandelaars te koppelen aan de cliënten als in de eerdere behandeling.

4.3. Algemene kenmerken van het behandelmodel

Hierover schrijven Bales et al. (2009) dat het belangrijk is dat voor iedereen duidelijk is wat de therapie inhoudt en waarom deze op deze manier vormgegeven is. Er zal veel informatie verstrekt moeten worden, zoals uitleg over de behandeling op zich, over ieders verantwoordelijkheden en over BPS.

Het is erg belangrijk dat het team op één lijn zit en dit ook uitdraagt. Als dit niet gebeurt, dan zal er 'gesplit' worden. Dit wil zeggen dat de cliënt het team 'uit elkaar split' doordat de cliënt zichzelf en anderen als óf helemaal goed, óf helemaal slecht ziet (Weisfelt, 2000). Een voorbeeld van splitgedrag is: een cliënt kan met een of meerdere personen in het team perfect samenwerken. Deze teamleden bouwen met de cliënt een relatie op van sympathie. Dit, terwijl andere teamleden geen ingang vinden bij de cliënt en de cliënt bij deze teamleden antipathie opwekt. Dit is vaak een sluipend proces waar niet duidelijk de vinger op te leggen is. Als dit gebeurt, is het belangrijk om dit te onderzoeken. Het kan namelijk gaan om een intern proces van de cliënt, maar ook om een proces in het team (slechte communicatie of iets wat in het geheel niets met de cliënt te maken heeft). Groepssupervisie en groepsreflectie voor de therapeuten zijn mede om deze reden gekoppeld aan het programma-aanbod. De groepssupervisie is tweewekelijks en zal voornamelijk gaan over de theorie en praktijksituaties. Na elke groepsessie vindt er een groepsreflectie plaats. Hierbij wordt: over de cliënten gementaliseerd; de behandeling als team gedragen en gereflecteerd op de manier van toepassen van het MBT model. Reflecterende vragen zijn bijvoorbeeld: 'Wat zijn de reacties op de interventies geweest?' 'Hielpen ze het mentaliseren of juist niet?'

Door de intensieve samenwerking tussen de therapeuten is het belangrijk om zo min mogelijk therapeuten aan het programma gekoppeld te hebben. Tevens is het belangrijk om in het natraject zoveel mogelijk dezelfde therapeuten aan de behandeling te koppelen en is het zaak om wisselingen van therapeuten zo min mogelijk te laten voorkomen. Dit geldt bijvoorbeeld ook bij ziekte (kies eerder voor een vaste vervanger dan telkens een ander persoon).

Cliënten met BPS hebben veel moeite met het aangaan en onderhouden van gezonde relaties. Daarom is het belangrijk om hier tijdens de therapie de nadruk op te leggen. Een mentaliserende houding is hierbij belangrijk, maar ook het herkennen en hanteren van de overdrachtsfenomenen. Deze zullen uiteindelijk in de behandeling gementaliseerd worden. In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de mentaliserende houding en op de term overdrachtsfenomenen.

Een individuele benadering is belangrijk bij deze cliënten. Bateman & Fonagy geven duidelijk weer waarom dit het geval is:

Patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis zijn meer dan anderen verwaarloosd, misbruikt en/of mishandeld en dus is het niet verwonderlijk dat zij een individuele behandeling vragen. Wat zij zoeken is aandacht, steun en actieve, emotionele betrokkenheid van iemand die niet geïmprecupueerd is met eigen problemen en niet in gedachten ergens anders is. (in Bales et al. 2009, p.278)

Het gebruik van medicatie past binnen het behandelprogramma. Bateman & Fonagy (in Bales et al., 2009) geven aan dat dit zo is, omdat: "Medicatie bekrachtigt de effectiviteit van psychotherapie, vermindert de symptomen, stabiliseert de stemming en kan patiënten ondersteunen bij het aangaan en volhouden van het psychotherapeutisch proces" (p.278). Het is belangrijk om dit te integreren in het behandelprogramma. Voor de cliënt moet dit op een heldere en duidelijke wijze gebeuren zodat (tegen)overdrachtsfenomenen wat dit betreft hanteerbaar blijven. Als een cliënt in crisis is, dan wordt er eerder voor gekozen om hierover te mentaliseren dan medicatie voor te schrijven. De crisis gebeurt namelijk in het hier-en-nu, wat een belangrijk uitgangspunt is in de MBT theorie.

Hoofdstuk 5: BPS en de rol van verslaving binnen deze stoornis

In dit hoofdstuk heb ik uitgeschreven wat BPS inhoudt en met welke problematieken het samen kan gaan (comorbiditeit). Specifiek wordt BPS met verslavingsproblematiek uitgelicht.

5.1. BPS

BPS openbaart zich meestal in de vroege volwassenheid, tussen het 17^e en 25^e levensjaar. De stoornis komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Erfelijkheid speelt een grote rol, evenals trauma's in de kindertijd (Trimbos Instituut, 2010a).

BPS heeft verschillende kenmerken. De stoornis heeft een patroon van een instabiel zelfbeeld of zelfgevoel. Over het algemeen is het beeld dat borderlinecliënten van zichzelf, van de ander en van de wereld om zich heen hebben negatief. Hun meningen, keuzes en plannen kunnen in korte tijd totaal veranderen. Vaak lijden de cliënten aan een identiteitsstoornis.

De relaties met anderen zijn instabiel en intens. Intimiteit is voor deze cliënten moeilijk te ervaren, zij hebben de angst om hun eigen identiteit kwijt te raken. Toch verlangen ze naar intimiteit en acceptatie. Mensen met BPS willen graag een goede indruk op anderen maken. Dit doen ze door hen te idealiseren, op een voetstuk te plaatsen. Op het moment dat deze persoon echter niet aan de verwachtingen voldoet, is hij/zij helemaal verkeerd. Het is lastig om dan weer aardig te worden gevonden door de cliënt.

Ook zijn mensen met BPS bang om in de steek gelaten te worden. Als zij het idee hebben dat dit gebeurt, kan dit tot extreme reacties leiden. Deze tegenstrijdigheden zorgen vaak voor een aantrekken-afstoten effect. Dit gebeurt vaak in een extreme vorm doordat de cliënt zich eerst kan 'overaanpassen' aan de ander (geheel voor die ander gaan en staan) en daarna 'rebels' zijn naar die ander toe (sarcasme, woede, agressie of totale teruggetrokkenheid). Dit gedrag zorgt er vaak voor dat ze juist in de steek gelaten worden.

De emotionele reacties zijn eveneens instabiel. De cliënten hebben vaak last van stemmingswisselingen, welke in korte tijd kunnen omslaan. Vaak is de basisstemming somber, wat versterkt kan worden door prikkelbare of angstige periodes. Veel cliënten voelen zich leeg. Woedeaanvallen steken met regelmaat de kop op en het is lastig om de woede, maar ook de andere emoties, te reguleren. Ook hebben deze cliënten periodes waarin zij vrolijkheid voelen, maar ook dit is meestal in een extreme vorm. Vrijwel alle gevoelens worden als heftig ervaren.

Cliënten met BPS zijn veelal impulsief, denken in tegenstellingen (zwart-wit denken) en hebben moeite met relativeren en nuanceren.

Mensen met BPS zijn in hun jeugd vaak misbruikt of mishandeld (lichamelijk of emotioneel). In het verleden is door anderen vaak over hun grenzen heen gestapt, wat maakt dat zij nog steeds veel moeite hebben met het kennen en aangeven van hun grenzen (Derksen, 2007; van der Does, 2004; Weisfelt, 2000). Voor de formele criteria van BPS volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2001) verwijs ik naar bijlage 3.

5.2. Comorbiditeit

Comorbiditeit, het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen, komt bij mensen met BPS vaak voor. Voornamelijk met andere persoonlijkheidsstoornissen (Becker, Grilo, Edell & McGlashan, 2000). Er bestaat discussie over de vraag of een cliënt gediagnosticeerd kan worden met meerdere persoonlijkheidsstoornissen. Vaak worden er naast BPS nog een of meerdere andere persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd. Het kan echter ook zo zijn dat de diagnose nog niet duidelijk is. Dit risico is er vanwege de overeenkomsten van kenmerken met verschillende andere persoonlijkheidsstoornissen (Derksen, 2007; persoonlijke communicatie, H. van Dam, 17 mei 2011). Ook is er een overlap met andere cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Voornamelijk met de theatrale persoonlijkheidsstoornis, maar ook met de antisociale persoonlijkheidsstoornis. De overeenkomsten met de theatrale persoonlijkheidsstoornis kunnen het manipulerend gedrag en de snel wisselende emoties zijn. De overeenkomst met de antisociale persoonlijkheidsstoornis kan het manipulerende gedrag zijn. Echter, de mensen met BPS manipuleren met name om de zorg en aandacht van de ander te krijgen terwijl de mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis manipuleren om macht of middelen (in welke vorm dan ook) te krijgen (APA in Derksen, 2007). Naast deze stoornissen zijn er ook overeenkomsten met de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. En is er samenhang met een aantal stoornissen op de as I (APA, 2001), namelijk met: stemmingsstoornissen, stoornissen in het gebruik van middelen en de posttraumatische-stressstoornis (Derksen, 2007).

5.3. BPS en middelenmisbruik of -afhankelijkheid

De combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en middelenmisbruik of -afhankelijkheid is een van de meest voorkomende vormen van comorbiditeit. Uit onderzoek blijkt dat verslaving veel voorkomt bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Het gaat hierbij om zowel alcohol- als drugsverslaving. De

meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen bij verslaafden zijn de antisociale persoonlijkheidsstoornis en BPS. Vaak gaat het om een comorbiditeit waarbij beide stoornissen even ernstig zijn (Verheul, van den Bosch & Ball, 2009).

Deze comorbiditeit kan ontstaan doordat de ene stoornis de ander veroorzaakt. Maar beide stoornissen kunnen ook veroorzaakt worden door een derde factor, bijvoorbeeld door een trauma. Bij de combinatie tussen BPS en middelenmisbruik of -afhankelijkheid moet er rekening mee gehouden worden dat de genetische kwetsbaarheid een grote invloed heeft op beide problematieken (Wiers, Havermans, Jansen en Knibbe, 2007). Veel mensen gebruiken dezelfde middelen of ontplooiën dezelfde activiteiten. Bij het overgrote deel van deze mensen treedt er geen misbruik of afhankelijkheid op. Een van de belangrijke factoren in deze is of zij zichzelf kunnen begrenzen, zichzelf in de hand kunnen houden. Een van de persoonlijkheidstrekken die een groot risico op verslaving met zich meebrengt is opstandigheid (Cox in Wiers et al. 2007). Verder zijn ook de omgevingsfactoren van belang. Als begrenzing wordt aangemoedigd zullen er minder uitpattingen plaatsvinden, dan wanneer dit in de omgeving of cultuur niet of minder wordt gedaan. Middelen kunnen de zin om verslavende activiteiten te ondernemen, zoals gokken en seks, stimuleren (Wiers et al. 2007). Low-level BPS wil zeggen dat deze mensen weinig remmingen hebben. Hun gedrag is vaak impulsief en destructief. High-level borderline wil zeggen deze mensen een betere remming hebben in hun gedrag. Deze persoon heeft wel degelijk last van 'borderline' klachten, maar dat uit zich niet zozeer in verslaving, automutilatie of andere impulsief gedrag.

Hoofdstuk 6: MBT en dramatherapie in Nederland

In dit hoofdstuk heb ik omschreven waar wordt gewerkt met MBT en dramatherapie.

Er vindt onderzoek plaats met betrekking tot het MBT programma, zoals neergezet bij het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong. Dit programma biedt als vaktherapie alleen beeldende therapie aan. Ook andere instellingen in Nederland hebben ervoor gekozen om deel te nemen aan dit onderzoek, wat betekent dat zij dit model over dienen te nemen om zo evidence based resultaten te krijgen. Dit betekent dat er voornamelijk beeldende therapeuten werken met MBT. Echter, er zijn ook andere vaktherapeuten actief die werken met MBT (muziektherapeuten, psychomotorische therapeuten en dramatherapeuten). Binnen GGzE de Wende te Eindhoven, werkt Elly de Bruijn als (psycho)dramatherapeut binnen het (klinische) MBT programma. Binnen GGz Centraal de Merregaard te Almere, werkt Marjon Wagenaar als dramatherapeut binnen het (ambulant) MBT programma. Binnen Kairos Arnhem, een van de ambulante afdelingen van De Pompestichting, werkt Ine Verbruggen als dramatherapeut. Zij bieden geen MBT behandelprogramma aan, maar integreren de MBT-taal en -houding zoveel mogelijk binnen hun therapieën. Deze personen heb ik geïnterviewd. Hiernaast heb ik ook Mario van Montfoort, dramatherapeut geïnterviewd, die als sociotherapeut verbonden is geweest aan het MBT programma van De Gelderse Roos, Veluwe Vallei. Doordat De Gelderse Roos met het MBT programma wilde deelnemen aan het onderzoek uit Londen (waar alleen beeldende therapie als vaktherapie in het programma zit), kon hij niet als dramatherapeut aan het programma verbonden zijn.

Hoofdstuk 7: De ervaring van MBT en dramatherapie

Uit dit onderzoek blijkt dat er nog niet veel met dramatherapie en MBT gewerkt wordt. Ik heb drie met MBT werkende dramatherapeuten gevonden en een dramatherapeut die als sociotherapeut ervaring heeft met MBT. Hen heb ik geïnterviewd. De interviewvragen zijn te vinden in bijlage 4. In dit hoofdstuk wordt per paragraaf uitgewerkt hoe elke geïnterviewde afzonderlijk werkt met MBT. Als eerste wordt de werksituatie met MBT kort geschetst. Daarna wordt de theorie behandeld van de werkvormen en/of methodieken die hij/zij gebruikt. Tot slot wordt de ervaring van de geïnterviewde(n) hieraan gekoppeld. Ook zijn er een tweetal contractwerkstukken geschreven over dramatherapie en MBT. Deze informatie is onderaan in het hoofdstuk te vinden.

7.1. De ervaring van Marjon Wagenaar

Marjon Wagenaar werkt met één MBT groep van 8 cliënten die aan het volledige MBT behandelprogramma deelnemen. Zij werkt met de volgende technieken: In groepsessies werkt ze veel met tableaux. In individuele therapieën werkt ze vaak met developmental transformations, hier ziet zij raakvlakken met MBT.

7.1.1. De werkvorm: tableau vivant

Tableau vivant wil zeggen: het uitdrukken van een stilstaand beeld (Cleven, 2004) oftewel: levend schilderij. De personen (persoon) in dit beeld staan stil en beelden door middel van hun lichaamshouding en mimiek een situatie uit. Er wordt niet gesproken, waardoor door non-verbale communicatie een boodschap overgebracht wordt. Een cliënt kan controle verwerven door tableaux te gebruiken. Hij kan vanuit het tableau vivant onderzoeken wat de persoon die hij uitbeeldt te zeggen heeft. Hij kan onderzoeken wat de andere personen vertellen. En hij kan de relaties en interactiepatronen tussen de personen in het beeld onderzoeken, inclusief zichzelf. Gedachten, gevoelens en gedrag kunnen ervaren worden door de cliënt terwijl hij in het beeld staat. Ook de toeschouwer kan onderzoeken wat hij ziet en ervaart bij de personen die in het beeld staan. Wat zijn de gedachten, gevoelens en wat is het gedrag? Dit kan vervolgens getoetst en vergeleken worden met andere toeschouwers en de personen die in het beeld staan (Cimmermans, 2009; Huiberts & de Ruiters, 2010). Het tableau vivant kan vanuit stilstand tot leven gebracht worden waarna een korte scène kan ontstaan. Een variatie op het tableau vivant is het werken met standbeelden (Cleven, 2004).

Toepassing van deze werkvorm in de MBT-situatie

Oefeningen die toepast kunnen worden in de praktijk zijn bijvoorbeeld: het vormgeven van een stilstaand beeld met daarin hoe de cliënten zich voelen. Hier kan een klank, woord en/of beweging aan toegevoegd worden. Zo kan het beeld versterkt en/of verduidelijkt worden en worden er woorden gegeven aan het gevoel. De hele groep kan bijvoorbeeld het tableau van één cliënt overnemen. Zo ziet de cliënt hoe zijn eigen beeld eruit ziet. Ook kan de groep ervaren hoe zij zich voelen in dit beeld. Deze ervaring wordt teruggegeven aan de betreffende cliënt. Cliënten kunnen met meerderen een tableau maken. De therapeut kan hierop inspringen en er kan geïmproviseerd worden. Er wordt tijdens de sessie voornamelijk stilgestaan bij de ervaringen van de cliënten. Zo wordt er gewerkt in het hier-en-nu. Cimmermans (2009) geeft aan dat ingebrachte situaties die gepaard zijn gegaan met heftige emoties en impulsiviteit stap voor stap in beeld gebracht kunnen worden. Elk beeld kan zo onderzocht worden op de beleving van de cliënt. Er kan ook afstand geschept worden door de groep in beeld te brengen voor de cliënt die (al dan niet tijdelijk) de toeschouwerfunctie krijgt. In interactie met de ander kan een situatie uitgebeeld worden waarin de cliënt zichzelf neerzet zoals hij zich ziet in deze interactie. Groepsleden kunnen hierop (elk individueel) reageren met een eigen tableau. Ook kan een groepslid of de therapeut het tableau van de cliënt overnemen en de cliënt in de toeschouwerfunctie zetten.

7.1.2. De methodiek: Developmental Transformations (DvT)

De methode DvT is ontwikkeld door Johnson. Het gaat hierbij om de ervaring van de belichaming (embodiment). DvT is een therapie voor cliënten die stoornissen hebben in hun belichaming, in de ontmoeting en in het spel (Johnson & Emunah, 2009). Vanuit het lichaam komen gevoelens, gedachten en gedrag tot stand. Johnson ziet de ontwikkeling van baby tot volwassene in verschillende stadia verlopen. Als eerste onderscheidt hij Body as Presence, dit wil zeggen dat de baby in eerste instantie lichamelijke vrijheid en intieme nabijheid van de ander ervaart. Vervolgens onderscheidt hij Body as Desire, het lichaam ervaart gevoelens, impulsen en verlangens. Hierna komt Body as Persona, de unieke persoonlijkheid van het lichaam. Als laatste volgt Body as Other, het lichaam is een object voor de ander, neemt een identiteit aan naar de sociale rollen die het invult in het leven. Iemand kan vervreemd raken van de Body as Presence en de Body as Desire. Dit kan gebeuren

doordat de Body as Persona en de Body as Other erg belangrijk worden, bijvoorbeeld omdat iemand een bepaalde status naar de buitenwereld toe nastreeft. Doel van deze therapie is het herstellen van deze staten van het lichaam en het contact met het lichaam te herstellen. Er wordt gewerkt in het hier-en-nu, vanuit improvisatie. In deze improvisatie wordt gewerkt vanuit bewegingen, geluiden, naar beelden, rollen en scènes. Er wordt gespeeld met dat wat er ontstaat, dit wordt vervolgens losgelaten zodat er weer iets nieuws kan ontstaan. De therapeut neemt actief deel aan het spel en laat zien dat ook hij een uniek persoon is met kwaliteiten en tekortkomingen (Johnson & Emunah, 2009; Smeijsters, 2000). De therapeut werkt in het medium, niet met het medium. De therapeut heeft verschillende interventies die hij in kan zetten, zoals: meegaan met de cliënt, confronteren, uitvergroten of verkleinen, afstand nemen van de inhoud van het spel en benoemen van het hier-en-nu (Van den Bossche & Baars, 2008).

Toepassing van deze methodiek in de MBT-situatie

Developmental Transformations technieken kunnen gebruikt worden om mentalisatie te bevorderen. Marjon Wagenaar werkt met deze methodiek in haar individuele therapieën. Via de interventies die de therapeut inzet kan de cliënt in verschillende spelfasen belanden. Deze spelfasen gaan van oppervlakkig, gestructureerd en veilig spel, via persoonlijker spel waarin ook de relatie aanwezig kan zijn, naar spel wat het meest ongestructureerd is en waarin het gaat om de aanwezigheid binnen spel. Het is binnen DvT goed mogelijk om interventies te plegen om de spanning/ arousal af te doen nemen of op te laten lopen.

Naast individuele therapieën is DvT ook geschikt voor het werken met groepen (Van den Bossche & Baars, 2008). Bij het geven van een groep zijn echter twee DvT gespecialiseerde therapeuten nodig. Het is, als enige DvT therapeut, wel mogelijk om met een individu in de groep te werken.

7.2. De ervaring van Elly de Bruijn

Elly de Bruijn geeft twee MBT groepen eenmaal per week therapie. De cliënten van deze groepen zijn klinisch opgenomen. Ze werkt voornamelijk met psychodramatechnieken.

7.2.1. De methodiek: Psychodrama

Psychodrama houdt in dat gebeurtenissen uit iemands leven uitgespeeld worden in speciaal ontwikkelde rollenspel. Met gebeurtenissen wordt bedoeld: herinneringen, maar ook: dromen, fantasieën, innerlijke conflicten, voorbereidingen op spannende situaties etc. Het gaat om het ervaren van deze zaken. De gedachten en gevoelens die uit de ervaring voortkomen worden onderzocht. De grondlegger van de Psychodrama is Jacob Levi Moreno (1889-1974). Een van zijn overtuigingen was: 'Al doende en ervarende komt men tot inzicht'. Bij psychodrama wordt in het hier-en-nu ervaren en uitgebeeld wat in het leven van iemand heeft plaatsgevonden, plaatsvindt of gaat plaatsvinden. Binnen psychodrama wordt de therapeut *director* genoemd, de (eventuele) co-therapeut *vaste dubbel* of *therapeutische hulp-ego*, de cliënt die centraal staat *protagonist*, de cliënten die rollen vervullen *antagonisten* en de overige cliënten die geen rol spelen *publiek*. Er worden verschillende technieken toegepast zoals: *dubbelen*, *spiegelen*, *rolwisselen*, *concretiseren*, *bevriezen* en *vergroten*. De protagonist is de cliënt die geen rol speelt, maar zichzelf is en een gebeurtenis inbrengt. Andere cliënten spelen de rollen die daarbij ingevuld dienen te worden, maar een voorwerp kan ook een rol vervullen en vaak wordt er gebruik gemaakt van *de lege stoel*. Deze kan als stand-in gebruikt worden voor de rollen, maar kan ook een groep mensen vertegenwoordigen of een dilemma (Arendsen Hein, 2004; Kellerman, 1992; de Laat, 2005).

Toepassing van deze methodiek in de MBT-situatie

In de basis van psychodrama wordt al veel gementaliseerd. Binnen de psychodrama onderzoeken de cliënten namelijk vaak hun emoties, maar ook wordt er ingeleefd in een andere rol (antagonist of dubbel) en worden situaties vanuit verschillende gezichtspunten bekeken. In de sharing (nabespreking) wordt met elkaar gedeeld wat ervaren is. In eerste instantie door de protagonist en vanuit de rol van de anderen naar de protagonist toe. Daarna worden de ervaringen gedeeld met elkaar die voor de anderen persoonlijker zijn naar zichzelf toe. De protagonist staat dus centraal in de sessie, maar elke cliënt heeft vanuit de rol die hij vertolkt zijn eigen ervaringen. Of dit nu de rol van antagonist is, van dubbel of van publiek. Dit maakt dat elke cliënt tijdens de sessie mentaliseert. Technieken om de arousal omlaag te brengen zijn goed toe te passen binnen de psychodrama. Zo kan er *een terzijde* worden genomen, waarin de protagonist even het spel verlaat en zijn vaste dubbel zijn plaats inneemt, of kan er plaatsgenomen worden op de vrije plek. De cliënten hebben zelf het roer in handen, mogen aangeven wanneer zij een gebeurtenis willen inbrengen en kunnen zelf een vaste dubbel kiezen. De director bepaalt hoe groot of klein het *contract* wordt, waarin wordt afgesproken waar die sessie naar gekeken wordt en op welke manier dit gebeurt. Hoe groot of klein het contract wordt, is afhankelijk van het proces van de cliënt. Al deze zaken zorgen voor duidelijkheid en structuur, wat binnen het mentaliseren belangrijk is.

7.3. De ervaring van Ine Verbruggen

Ine Verbruggen werkt met verschillende groepen patiënten, te weten: zedendaders, agressiedaders en zwakbegaafden. Deze zijn ook onderverdeeld in zedendaders en agressiedaders. Als laatste wordt er een groep onderscheiden die nog in detentie zit. Binnen Kairos is geen MBT behandelprogramma. Wel is iedereen getraind in MBT door Peter Bleumer en Danielle Brom (GGZ Breburg). Dit met als doel het mentaliseren terug te laten komen in de houding van de therapeuten, in de therapieën en gesprekken. Hierbij gaat het voornamelijk om de nieuwsgierige houding van de therapeut en het gericht zijn op de beleving van de patiënt. De ervaring van haar is dat MBT goed toe te passen is door middel van rollenspelen van situaties die zij inbrengen en door gevoelsoefeningen te doen.

7.3.1. De werkvorm: rollenspelen

De techniek van rollenspel is een variant op psychodrama. Binnen de techniek worden verschillende fasen onderscheiden. Deze zijn: *exploratie van het probleem* (onderzoeken van het probleem), *sharing* (ervaringen delen en ondersteuning bieden m.b.t. dit probleem), *modelling* (alternatief gedrag bespreken), *veranderingsdoelen formuleren* (alternatieven aanpassen aan centrale persoon) en *oefenfase* (alternatieven oefenen). Elke rol heeft een fysieke, sociologische en psychologische laag. Onder de fysieke laag wordt alles bedoeld wat met het uiterlijk van de rol te maken heeft, zoals: geslacht, leeftijd, lichamelijke toestand. Met de sociologische laag wordt de context van de rol bedoeld zoals: werk, opleiding, levensstijl. De psychologische laag gaat over de innerlijke kant van de rol zoals: normen en waarden, kwaliteiten, complexen. Via deze laatste laag worden onbewuste processen bewust gemaakt. Hier zit de kracht van de rol. De rollen kunnen op allerlei verschillende manieren worden uitgewerkt en uitgespeeld. Bijvoorbeeld naar algemeen rolgedrag en naar reële persoonlijke situaties. Zo kan er met alternatief gedrag geoefend worden. Ook kunnen symbolische rollen aangenomen, uitgewerkt en uitgespeeld worden. Voorbeelden zijn sprookjesfiguren, dierenrollen en mythologische figuren. Deze rollen hebben of krijgen hun eigen betekenis en karaktereigenschappen. Dit kan vervolgens onderzocht worden en aan de eigen situatie gekoppeld. Er zijn vele technieken en methodieken ontwikkeld rondom rollen en rollenspel. Voorbeelden zijn: de stad van axen (Cuvelier, 2000), ouder-volwassene-kind (vanuit de Transactionele Analyse). Vanuit de theorieën van de Jong, Cuvelier en Leary is een rollenarsenaal ontwikkeld met daarin een aantal vaste rollen (Cleven, 2004).

Toepassing van deze werkvorm in de MBT-situatie

Alle geïnterviewden geven aan dat er goed met rollen en rollenspellen gewerkt kan worden binnen MBT. Er kan in het hier-en-nu gebleven worden als een cliënt situaties uit het verleden aanhaalt. Deze situaties kunnen uitgespeeld worden en zo worden ervaren, onderzocht en geëxploreerd in het hier-en-nu.

7.3.2. De werkvorm: gevoelsoefeningen

Gevoelsoefeningen zijn zeer individuele oefeningen, iedereen ervaart zijn gevoelens op zijn eigen manier. Door gevoelsoefeningen kan de cliënt zijn gevoel veranderen. Met veranderen van gevoel wordt bedoeld dat een bepaald gevoel sterker of minder sterk gevoeld gaat worden of dat de kwaliteit van het gevoel verandert. De lichamelijke sensaties die hiermee gepaard gaan, zijn hierbij belangrijk (Jacobs, 2008). De balans tussen de binnenwereld en de buitenwereld van de cliënt kan weg zijn. Door teveel gericht te zijn op de buitenwereld is het contact met de binnenwereld weg en andersom. Gevoelsoefeningen kunnen de cliënt deze balans terug laten vinden. De emoties kunnen onderverdeeld worden in de vier basisemoties: blij, boos, bang en bedroefd. De emoties blij en boos zijn emoties die naar buiten gericht zijn, de emoties bang en bedroefd zijn naar binnen gericht (Laufer, 2008).

Toepassing van deze werkvorm in de MBT-situatie

Een aantal geïnterviewden geeft aan dat: alle oefeningen waarbij cliënten hun gevoel gaan onderzoeken, goede oefeningen zijn om toe te passen binnen MBT. Ook kunnen cliënten gaan ervaren wat er vooraf gaat aan oplopende spanningen. Dit kan bijvoorbeeld een denkproces zijn. Vaak zijn ze associatief verhoogd waardoor zij telkens nieuwe associaties opdoen, maar beseffen dit niet.

7.4. De ervaring van Mario van Montfoort

Binnen dramatherapie heeft Mario van Montfoort met MBT gewerkt door de uitgangspunten van MBT in dramatherapie toe te passen.

7.4.1. Werken met: het transitioneel object

Het transitioneel object is omschreven door Winnicott (1971). Kinderen maken vroeg in hun ontwikkeling een overgangsfase door van de fase waarin ze geheel afhankelijk zijn van de ander. Tevens zien ze de wereld (binnen- en buitenwereld) als één geheel naar het ontwikkelen van een

eigen Zelf dat losstaat van de buitenwereld. In deze overgangsfase maken kinderen vaak gebruik van een transitioneel object. Dit kan een knuffel zijn, een doekje of een ander voorwerp of verschijnsel. Dit object is aan de ene kant een deel van de buitenwereld. Aan de andere kant vervangt het de moeder bij afwezigheid. Smeijsters (2000) omschrijft dit als de overgang tussen de subjectieve en objectieve werkelijkheid. Binnen vaktherapie wordt het medium vaak beschreven als transitionele ruimte of een transitioneel proces (Smeijsters, 2000; Rutten-Saris, 2001; Winnicott, 1971). Vaktherapie kan geïndiceerd zijn voor cliënten die problemen ondervinden met het loslaten van deze subjectieve werkelijkheid. De cliënt kan binnen het medium dezelfde controle uitoefenen als met een transitioneel object. Er kan een omgeving gecreëerd worden die troostend is. Binnen deze omgeving kunnen pijnlijke ontdekkingen gedaan worden, kan geoefend worden met ander gedrag, wordt controle gehouden en kan een gevoel van almacht ervaren worden (Smitskamp in Smeijsters, 2000). Winnicott benadrukt dat in de transitionele ruimte nog geen sprake is van symboolvorming. Binnen de beeldende therapie wordt veel gewerkt met de opvattingen van Winnicott, maar ook de vaktherapeuten die werken met een ander medium werken met transitionele objecten. Smeijsters (2000) geeft aan dat hij denkt dat: "overeenkomstig de opvattingen van Winnicott, alle producten en activiteiten die in de creatieve therapie tot stand komen of plaatsvinden de functie van transitioneel object kunnen vervullen." (p.127). Kleuren, klanken, rollen, bewegingen staan voor de buitenwereld en laten de cliënt met de buitenwereld in contact treden en weerspiegelen tegelijkertijd het innerlijk van de cliënt.

Toepassing van het werken met het transitioneel object in de MBT-situatie

Elke vorm waarin een tussenstap gecreëerd kan worden, is werkbaar binnen MBT. Deze tussenstap is belangrijk, omdat de cliënten vaak vanuit een impuls reageren of het idee hebben dat zaken hen overkomen. In het hele proces kun je het medium en daarmee transitionele objecten gebruiken om speelruimte te creëren. Dit schept afstand. Er kan bijvoorbeeld via poppen gewerkt worden. Zo bouw je een afstand in. Je kunt goed werken met de vier theaterfuncties (scriptschrijver, regisseur, acteur en toeschouwer). De regisseur heeft bijvoorbeeld invloed. Zo krijgen cliënten het besef dat ze hun leven kunnen beïnvloeden. Deze doelgroep is er bevattelijk voor om met kunstgerichte vormen om te gaan (kunst, schrijven, dichten, sieraden maken, weblogs, muziek maken etc.). Deze vormen kunnen de functie krijgen van transitioneel object. Andere mogelijkheden van transitionele objecten om de tussenstap in te bouwen zijn: video, maskers, sprookjes, lievelingsrollen, verhalen - en dialogen schrijven. Het is belangrijk om verbinding te krijgen met de cliënt en afstand te kunnen scheppen.

7.4.2. De werkvorm: samenwerkingsoefeningen

Bij samenwerkingsoefeningen wordt duidelijk hoe de cliënt in contact is met de ander. Samenwerkingsoefeningen kunnen verbaal, maar ook non-verbaal ingezet worden. Bij non-verbale samenwerkingsoefeningen zal de interactie tussen groepsleden duidelijker worden en daarmee de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Dit, omdat andere mogelijkheden tot communicatie dan praten gebruikt moeten worden. Denk aan gebaren maken, oogcontact maken of elkaar aanraken (Beelen & Oelers, 2000; Bruijn, 2001). Uit samenwerkingsoefeningen is veel op te maken, denk aan: de omgang met de ander/ de groep, de houding naar de ander(en) toe, welke rol neemt de cliënt aan. Doelstellingen zijn: inzicht krijgen in eigen gedrag en oefenen met ander gedrag. Er wordt bij deze vorm alleen in het hier-en-nu gewerkt. Ook het gevoel van de cliënt in de oefening kan geëxploreerd worden (Bruijn, 2001).

Toepassing van deze werkvorm in de MBT-situatie

Door middel van samenwerkingsoefeningen zal een samenwerking in de groep gecreëerd en bevorderd worden. Dat wat gebeurt in het spel, in de oefening kan gekoppeld worden aan de gedachten, gevoelens, lichamelijke sensaties en het gedrag van de cliënt. Binnen de oefeningen kun je als therapeut in meerdere of mindere mate structuur aanbrengen, wat belangrijk is voor de mate van arousal waarin de cliënten verkeren.

7.5. De ervaring van (oud)studenten

Er zijn in het verleden een aantal studenten creatieve therapie geweest die hebben onderzocht hoe MBT te integreren is binnen vaktherapie. De belangrijke conclusies uit deze onderzoeken worden benoemd.

Het mentaliseren zal voornamelijk vorm krijgen door de houding van de therapeut (zoals is omschreven in hoofdstuk 8). Soms is het echter nodig om deze houding enigszins los te laten en bijvoorbeeld directiever te zijn. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer behandelvormen meer trainingsgericht zijn. "Binnen dramatherapie kunnen verschillende gezichtspunten (en dus verschillende waarheden over een situatie) ervaren worden, door verschillende rollen te spelen." (Kreetz, 2009, p.25).

Van Engeland (2007) gaat in op de combinatie van beeldende therapie en MBT. Zij geeft aan dat de theorie van MBT er voornamelijk vanuit lijkt te gaan dat de cliënt met het medium werkt en niet zozeer in het medium. De ervaring van de cliënt wordt voornamelijk expliciet gemaakt in het verbale gedeelte van de therapie, in de beeldende therapie is dit voornamelijk de nabespreking. Van Engeland concludeert echter dat de ervaring in het medium juist de kracht van de beeldende therapie is. De cliënt brengt dat wat van binnen zit op een veilige manier naar buiten zonder er meteen woorden aan te hoeven geven en kan deze woorden geven in de nabespreking van de therapie.

Hoofdstuk 8: De houding van de therapeut

De basis van de houding van de therapeut is het inzetten van interventies. Daarnaast zijn een aantal algemene kenmerken van belang. Beide heb ik in dit hoofdstuk beschreven.

8.1. Interventies

De houding van de therapeut is het belangrijkste in het mentalisatieproces van de cliënt. Hiervoor hebben Bateman & Fonagy (2007) vijf interventies uitgewerkt. Deze interventies hebben een opbouw die afhankelijk is van het mentaliserend vermogen van de cliënt. Naarmate de cliënt beter leert mentaliseren kan verder worden gegaan in dit spectrum van interventies. Je begint als therapeut bij het inzetten van de eerste interventie. Als je een interventie inzet die verder in het proces zit, wil dit zeggen dat de cliënt de eerdere interventies heeft doorlopen en aankan. De laatste interventie vraagt het grootste mentaliserend vermogen van de cliënt. Hieronder staan de interventies omschreven.

8.1.1. Steunend en empathisch reageren

De basishouding is steunend en empathisch. Hier valt ook geruststellen en bevestigend reageren onder. Actief luisteren en teruggeven wat gehoord wordt en een goede gevoelsreflectie is zeer belangrijk. De therapeut is niet kritisch of beoordelend en vult niet in voor de cliënt hoe deze zich voelt. Open vragen stellen, knikken en afchecken zijn essentieel in deze. De therapeut heeft een onwetende, geïnteresseerde houding. Dit houdt in dat de cliënt weet wat er in hem omgaat. De therapeut gaat niet in op wat hij zelf interpreteert, maar op dat wat de cliënt vertelt. Als therapeut sta je naast de cliënt, de cliënt blijft de regie over zijn eigen leven houden. De therapeut is als het ware het hulpmiddel bij de ontdekkingstocht naar het gevoel van de cliënt. Bij goede mentalisatie wordt dit becomplimenteerd, bij een niet-mentaliserende houding wordt dit genoemd door de therapeut (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

De geïnterviewden omschrijven de basishouding van de therapeut als volgt: een open, bevragende, verwonderende, niet-wetende, uitnodigende, nieuwsgierige en accepterende houding en geven aan dat het belangrijk is om gebruik te maken van humor.

8.1.2. Verhelderen en uitwerken van het affect

Verhelderen wil zeggen dat er betekenis gegeven wordt aan het gedrag van de cliënt en van de ander. Datgene wat er gebeurt of gebeurd is wordt door de cliënt met hulp van de therapeut verklaard. Hierbij past het stap voor stap doornemen van de gebeurtenis en ook de gevoelens, gedachten, verlangens, wensen en behoeften van de cliënt worden hierin meegenomen. Zo wordt het mentaliseren uitgevraagd en benoemd. De therapeut moet goed kijken of hij telkens op een goede manier begrijpt wat de mentale toestand van de cliënt of de ander(en) is. Technieken die hierbij helpen zijn: open vragen, doorvragen, stap voor stap stilstaan bij het moment en herformuleren. Het is belangrijk om in het hier-en-nu te blijven, het gevoel dient uitgevraagd te worden in het hier-en-nu. Als een cliënt in een bepaalde modus schiet, dan kan het gevoel ook uitgevraagd worden, zodat de cliënt beter begrijpt wat er gebeurt (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

8.1.3. Basaal mentaliseren

Bateman & Fonagy (2007) hebben een aantal technieken ontwikkeld om het basaal mentaliseren te bevorderen. Deze heten: 'stop en sta stil', 'stop, luister en kijk' en 'stop, ga terug en onderzoek'. Feitelijk zijn dit de woorden die de therapeut gebruikt om het mentaliserend vermogen van de cliënt te herstellen. Dit is nodig als een cliënt niet meer kan mentaliseren doordat de arousal bij hem te hoog of te laag is. 'Stop en sta stil' wordt ingezet om het mentaliseren te onderzoeken. Dit wordt ingezet als de cliënt de overgang maakt naar het niet-mentaliseren, bijvoorbeeld wanneer de cliënt ineens een hoge spanning/ emotie laat zien. De therapeut onderbreekt het gesprek en laat de cliënt zich richten op het moment van de overgang, om te onderzoeken wat er gebeurde. 'Stop, luister en kijk' wordt ingezet als de therapeut merkt dat er een verminderde mentalisatie aanwezig is. Er wordt bijvoorbeeld niet gereageerd op het geuite gevoel van de ander. De interactie wordt vertraagd en kan daardoor onderzocht worden. 'Stop, ga terug en onderzoek' gebruikt de therapeut als er eerder iets gebeurd is in de interactie of bij de cliënt, waardoor het gevaar bestaat dat de gevoelens van de cliënt of de groep oncontroleerbaar worden. Je gaat met de cliënt terug in de tijd binnen de sessie om datgene wat er zich net heeft afgespeeld opnieuw te onderzoeken. Door deze technieken in te zetten kun je het mentaliserend vermogen van de cliënt herstellen (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

8.1.4. Interpretatief mentaliseren

Bij het interpretatief mentaliseren worden zogenaamde overdrachtssporen gebruikt. Overdrachtssporen zijn verbindingen van datgene wat er gebeurt in de sessie, in de cliënt-therapeut relatie of in het leven van de cliënt buiten de therapie. Er wordt vanuit gegaan dat de

overdrachtssporen in de therapie of in de cliënt-therapeut relatie een weerspiegeling zijn van de interpersoonlijke interacties in het leven van de cliënt. Door deze overdrachtssporen te gebruiken wordt hier een verbinding mee gelegd. Het is belangrijk dat deze verbindingen in het hier-en-nu worden gelegd. Bijvoorbeeld: 'Zoals je jezelf hier nu ook buitengesloten voelt door de groep'. Ze kunnen ook van buiten de sessie naar binnen gehaald worden. Bijvoorbeeld: 'Zoals je nu ook boos bent op je zus, omdat zij door haar gedrag veel aandacht vraagt en jij minder aandacht krijgt'. Het is belangrijk dat de therapeut de spanning doseert. Hoe dichterbij het komt (van relaties buiten de familie, naar familierelaties, naar relaties met groepsgenoten, naar de relatie met de therapeut), hoe hoger de spanning zal zijn bij de cliënt (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

8.1.5. De overdracht mentaliseren

Hierbij is het belangrijk dat de cliënt de overdracht als werkelijkheid ervaart en zo dient hier ook mee omgegaan te worden. Het gaat voornamelijk over de therapeut-clieënt overdracht, maar er kunnen wel koppelingen gelegd worden naar het verleden of situaties buiten de therapie. De therapeut zorgt ervoor dat de cliënt gaat nadenken over zijn relaties met anderen en de mentale toestand van de ander. Dit doet hij door zijn eigen relatie met de cliënt centraal te stellen. Doordat de cliënt leert mentaliseren over de therapeut zal dit over het algemeen het mentaliserend vermogen van de cliënt doen groeien. De 'onwetende' houding van de therapeut is wederom een belangrijke houding. Ook wordt de cliënt geholpen met zijn beeld van zichzelf en hoe de ander hem ziet. Het uiteindelijke doel is dat de cliënt blijft mentaliseren over de ander in interpersoonlijke situaties en deze situaties ook vanuit verschillende blikvelden kan bekijken (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007).

8.1.6. Timing van de interventies

Het is belangrijk om elke interventie op het juiste moment in te zetten. Doe je dit niet, dan zal het mentalisatievermogen van de cliënt verslechteren. Begin bij twijfel altijd bovenaan en sla geen stappen over. Als de arousal bij de cliënt zodanig verhoogd is dat hij niet meer kan mentaliseren (b.v. in de equivalent mode schiet), ga dan terug naar eerdere interventies. Bijvoorbeeld door steunend en empathisch te reageren en structuur aan te bieden. Het mentaliseren van de overdracht vindt pas plaats als de cliënt de emoties die hierbij komen kijken 'aan kan'. Belangrijk om mee te nemen is: hoe meer het gehechtheidssysteem geactiveerd wordt, hoe lastiger het is om te mentaliseren. Echter, op het moment dat de spanning te laag is (en de cliënt bv. in de pretend mode zit), dient de therapeut extremere interventies aan te bieden, waardoor de spanning verhoogd wordt. Alleen in het stuk voorbij de lage spanning en voor de hoge spanning kan gementaliseerd worden (Bales et al, 2009; Bateman & Fonagy, 2007; Marjon Wagenaar, persoonlijke communicatie, 30 maart 2011).

8.2. Algemene kenmerken

Interventies moeten kort en eenvoudig zijn. De cliënt kan nog niet goed mentaliseren en daar moet rekening mee gehouden worden. De interventies zijn gericht op het affect, gevoel van de cliënt. De interventies zijn niet gericht op het gedrag van de cliënt of op de inhoud van diens verhaal. De interventies zijn gericht op het hier-en-nu. Dit wil zeggen dat het gaat om hoe datgene wat er op het moment in de sessie gebeurt, ervaren wordt bij de cliënt, of in relatie met anderen zoals de therapeut, medecliënt(en). Metaforen, analogieën, woordspelingen en symbolen worden vrijwel niet gebruikt omdat deze niet begrepen worden, afgewezen worden of kunnen ervoor zorgen dat de cliënt in de pretend mode terecht komt (Bales et al., 2009; Bateman & Fonagy 2007).

8.2.1. In het hier-en-nu blijven

Alle geïnterviewden geven aan dat het belangrijk is om in het hier-en-nu te blijven. Zij doen dit door aan de slag te gaan met dat wat er op dat moment in de sessie gebeurt en ervaren wordt. Het gaat over de gehele sessie, dit wil zeggen de ervaring in het medium, maar ook de ervaring in het contact met de ander (therapeuten en cliënten). Het delen van de ervaring kan tijdens de sessie, zodat de ervaring zo kort mogelijk geleden gevoeld is. Binnen psychodrama wordt dit gedeeld in de sharing. Ook kan er gewacht worden tot de nabespreking, omdat het risico bestaat dat de cliënt bij het stopzetten tijdens de oefening niet voldoende in de ervaring komt. Als een cliënt een ervaring uit het verleden aanhaalt wordt er besproken wat de ervaring in het hier-en-nu is. Ook kunnen er technieken/methodieken ingezet worden om de ervaring naar het hier-en-nu te halen.

8.2.2. Symbolen, metaforen, analogieën en woordspelingen

Over het gebruik van metaforen, symbolen etc. verschillen de meningen. De ervaring van vrijwel alle geïnterviewden is dat cliënten dit letterlijk kunnen nemen. Toch werkt het voor sommige cliënten juist goed om op deze manier woorden te geven aan hun gevoel. Uitleg is echter zeer belangrijk, zodat het niet letterlijk wordt genomen en cliënten begrijpen wat er bedoeld wordt. Metaforen en symbolen kunnen goed werkmateriaal zijn. Eén geïnterviewde geeft aan dat hij niet heeft meegemaakt dat je niet symbolisch zou kunnen werken. Zijn ervaring is niet dat cliënten het letterlijk nemen en niet het

figuurlijke kunnen zien. Cliënten hebben zelf juist hobby's en activiteiten waarin ze zich symbolisch uiten (b.v. met tatoeages). Als een cliënt op primair niveau denkt, dan kan het niet. Maar een jong kind kan het ook. Een geïnterviewde geeft aan dat het werken met symbolen etc. in het begin van de behandeling werkt om veiligheid te bieden. Dit kan voor een tussenstap zorgen zodat het verder van de cliënt af staat (het symbool wordt het transitioneel object). Later in de behandeling is dit minder nodig. Een andere geïnterviewde geeft aan dat ze de ervaring heeft dat het werken met symbolen etc. juist beter werkt als een cliënt verder in zijn behandeling is. De ervaring van verschillende geïnterviewden is dat cliënten zich kunnen verschuilen achter symbolen en metaforen. Maar dit wordt meer gezien als vermijding of weggaan van het gevoel dan dat het deel van de stoornis is.

8.2.3. Werken met arousal/ spanning

De geïnterviewden hebben verschillende manieren om met een hoge of lage arousal van de cliënt(en) om te gaan. Hierdoor blijft het mogelijk om te blijven mentaliseren.

Als een cliënt, meerdere cliënten of de gehele groep tijdens een groepssessie een hoge arousal heeft, kan de focus van hem of hen afgehaald worden. Er kan een plek gemaakt worden waar de cliënten even buiten het spel kunnen plaatsnemen. Structuur en duidelijkheid door middel van regels en grenzen zijn zeer belangrijk. Bied basale oefeningen aan en oefeningen die de cliënten al kennen. Er kan afstand gecreëerd worden door te wisselen met de functies van speler, toeschouwer, regisseur en schrijver. Dit alles zal de spanning doen afnemen. Voor de cliënten is het goed om aan het einde van elke sessie de spanning te laten zakken, bijvoorbeeld door middel van een luchtige oefening. Cliënten weten zo ook dat dit gaat komen en ze niet met een hoge spanning de deur uit lopen.

Als een cliënt een lage spanning heeft, dan kan het helpen om een actieve onverwachte actie in te zetten, zoals het stellen van een vraag. Bied complexere en onbekende oefeningen aan. Dit alles zal de spanning verhogen.

Er kan met een spanningsthermometer gewerkt worden om cliënten zicht te laten krijgen op hun eigen spanningsniveau.

8.2.4. Tips voor de dramatherapeut

De geïnterviewden geven een aantal tips in het werken met MBT, die betrekking hebben op jouzelf als therapeut.

Als jij als therapeut een hoge arousal hebt, is lastig om te blijven mentaliseren. Geef aan de cliënt terug wat er bij je gebeurt, ben transparant. Als dat niet kan op het moment zelf, doe het dan op een later tijdstip. Soms kan de arousal zo hoog worden dat je even uit de therapie moet stappen. Durf fouten te maken en daar transparant in te zijn. Als therapeut heb je veel te verdragen, zoals terugvallen van de cliënt in gebruik, tentamen suïcides en projecties op jezelf. Als jij als therapeut een lading naar je toe krijgt heeft dat te maken met een cliënt of cliëntengroep die uit balans is. Neem het niet persoonlijk op en ga het uitzoeken met de cliënt(en). Blijf oprecht geïnteresseerd, keer op keer. Blijf als therapeut vragen stellen, draag aan, en volg de cliënten. Zoek vooral de samenwerking met de cliënten. Het is belangrijk om dichtbij iemand te staan en hem te laten merken dat je de spanning mee opvangt. Vul nooit in voor de ander en leg niets op. De eigen ervaring van de cliënt staat voorop. Het is belangrijk om cliënten ook speelsheid en plezier te laten beleven.

Bij de interventies zijn de toeschouwers (medecliënten) zeer belangrijk. Zij zullen datgene wat ze zien en ervaren delen met de anderen, waardoor er andere zienswijzen ontstaan. Het is raadzaam om de therapie te geven samen met een co-therapeut. Als deze aanwezig is, is belangrijk om goed op hem afgestemd te zijn. De co-therapeut kan bijvoorbeeld interventies toepassen en de leiding overnemen als jij bijvoorbeeld het 'alien self' op je geprojecteerd krijgt (zie hoofdstuk 3.6.). Je moet jezelf de theorie eigen maken en je eigen variatie kunnen aanbrengen. Houd ruimte voor eigenheid. Gebruik de theorie niet te strak.

Als laatste tip gaf een van de geïnterviewden aan dat duidelijker is om de Engelse benamingen te gebruiken bij het benoemen van de modi in plaats van de Nederlandse. Het gaat hierbij om de 'pretend mode' oftewel 'de alsof-modus'. Binnen de dramatherapie wordt er gebruik gemaakt van het 'alsof-spel'. Binnen het 'alsof-spel' kan een cliënt echter wel mentaliseren. Het kan ook zijn dat een cliënt binnen het 'alsof-spel' in de 'pretend mode' zit. Als de Nederlandse benamingen gebruikt worden, is de kans groot dat dit onduidelijkheid teweeg brengt.

Hoofdstuk 9: De integratie van MBT binnen dramatherapie bij het DD programma voor cliënten met BPS

Kijkende naar de integratie van MBT binnen het DD programma voor de cliënten met BPS, is dit onder te verdelen in een integratie binnen het gehele programma, waar dramatherapie onderdeel van uitmaakt, en de integratie specifiek binnen de dramatherapie. Beide uitgangspunten heb ik in dit hoofdstuk beschreven.

9.1. Binnen het DD programma

Mijns inziens kan de MBT methodiek op een drietal manieren geïntegreerd worden in het programma. Deze manieren kunnen los van elkaar bestaan, maar ook naast elkaar. Deze manieren zal ik hieronder uitwerken.

Er kan een aparte MBT behandellijn gecreëerd worden voor cliënten met BPS. Dit wil zeggen dat een groep cliënten een behandeling volgt, verspreid over een aantal dagen in de week die afgeleid is van het MBT programma van De Viersprong. Binnen deze behandellijn zal dramatherapie een plaats kunnen hebben. De cliënten met de overige problematieken zullen vanuit de basis van de MBT methodiek benaderd worden, maar hun behandeling heeft geen primair mentaliserend karakter.

Het programma kan als geheel de taal van de MBT methodiek gaan spreken, naar alle cliënten toe. Dit wil zeggen dat elke therapeut de houding, zoals omschreven in hoofdstuk 8, aanneemt en de interventies pleegt. Ook zullen supervisie en overleggen deel uitmaken van deze manier van werken. Binnen dramatherapie zal de basishouding hetzelfde zijn als in de rest van het programma.

Naast het spreken van de MBT-taal kan er tevens een aparte MBT dramatherapiegroep gestart worden waar de cliënten met BPS voor geïndiceerd kunnen worden. Er is bij deze mogelijkheid geen aparte specifieke MBT behandellijn binnen het DD programma.

9.2. Binnen dramatherapie

Binnen dramatherapie zijn vele mogelijkheden om de cliënten in het medium te laten mentaliseren. Deze mogelijkheden zijn omschreven in hoofdstuk 7. Hier zijn echter een paar kanttekeningen bij te plaatsen.

Het werken met Developmental Transformations (DvT) vergt een langdurige en diepgaande training en supervisie/ intervisie en leertherapie. Dit komt door de complexiteit van de methode en de bewuste inzet van de therapeut met zijn mogelijkheden en beperkingen (Van den Bossche & Baars, 2008). Om jezelf psychodramatherapeut/psychodramaturg te mogen noemen dien je hiervoor een opleiding te hebben gedaan. Dit is een opleiding van een aantal jaren (de exacte tijd verschilt per opleiding) met daarnaast een supervisietraject (Vereniging Voor Psychodrama, 2011). Tussen dramatherapie en psychodrama zijn overeenkomsten en verschillen te noemen. De grootste overeenkomst is het werken met rollenspel. Dramatherapeuten en psychodramaturgen gebruiken voor een deel dezelfde technieken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om rol omkering, stops, dubbelen, verschuivingen in tijd en herhaling (Franke, 2007).

De overige omschreven werkvormen zijn allemaal toe te passen binnen de dramatherapie.

Hoofdstuk 10: De eerste ervaringen van MBT in de dramatherapie binnen het DD programma

Binnen de dramatherapie heb ik als dramatherapeut op verschillende manieren MBT ingezet. Aanbevelingen uit de cursus, theorie en interviews heb ik hierin meegenomen. Het toepassen heb ik gedaan in: 7 individuele sessies met cliënt S; 10 individuele sessies met cliënte B; 10 sessies van de ontspanningsgroep met gemiddeld 3 cliënten en 10 sessies van de dramatherapie themagroep met gemiddeld 5 cliënten. Al deze sessies duurden een uur. Deze ervaringen worden beschreven in dit hoofdstuk. Ook mijn ervaring uit de supervisie is meegenomen in dit hoofdstuk. Dit hoofdstuk is onderverdeeld in de ervaringen van mij als therapeut en de ervaringen van Brenda de Leeuw, de co-therapeut van de dramatherapie themagroep.

10.1. Ervaringen van mij als therapeut

10.1.1. Individuele cliënt S

Bij een geleide fantasieoefening zit de cliënt meteen in een traumatische ervaring van vroeger. De spanning loopt tijdens de oefening op. Ik heb ervoor gekozen om dit niet in de oefening te benoemen, omdat de cliënt dan uit de ervaring gehaald zou kunnen worden. Na de oefening heb ik dit benoemd en uitgevraagd door middel van de interventie: 'stop, ga terug en exploreer'. Ik ben samen met de cliënt zoveel mogelijk in het hier-en-nu gebleven door het gevoel in de oefening uit te vragen en niet het gevoel uit het verleden. Dit verliep goed. Bij een andere geleide fantasieoefening kwam er juist na de oefening veel spanning en verdriet bij de cliënt naar boven. Ik heb aan de cliënt gevraagd wat er bij hem gebeurde en ben vooral doorgedaan op het gevoel, niet op de inhoud van de oefening. Met de cliënt is de rollenmethode van Landy toegepast door de cliënt een rol aan te laten nemen vanuit dat wat er ontstaat. Dit hebben we uitgespeeld. De rol hebben we omschreven aan de hand van alle facetten van die rol. De cliënt benoemt dat de rollen een deel van zijn persoonlijkheid zijn. De cliënt zit in de ervaring van de rol, waardoor deze ervaring besproken kan worden. Hierbij is te zien dat de rol een afstand schept (transitioneel object), door een deel van de cliënt te zijn en tevens apart van de cliënt te staan.

10.1.2. Individuele cliënte B

Ik heb de cliënte tableaux laten maken in het spel en in het gesprek om haar het gevoel te laten zien en te ervaren vanuit het tableau. Dit werkte goed. Met de cliënte heb ik ander gedrag geoefend, door middel van de stad van Axen. Dit oefenen gaf haar de bevestiging dat het slechter met haar ging dan een tijd terug, hierdoor ging haar arousal omhoog. Ik ben teruggegaan in interventies en heb de steunende, empathische houding aangenomen. De cliënte zit veel in de 'pretend mode'. Ik heb de cliënt een veilige plek laten zoeken in de ruimte en haar deze plek laten ervaren. Ook gaat deze cliënt veel terug naar het verleden. Ik merk dat ik het lastig vind om haar terug te halen naar het heden. Ik mis de afspraken rondom MBT, aangezien we niet een specifieke MBT behandeling geven. Nu heb ik het idee dat ik tegen haar inga als ik telkens terug kom bij het heden. Zoals omschreven vergt het bewust inzetten van MBT veel uitleg aan de cliënten. Met deze cliënte heb ik ook in het hier-en-nu onderzocht wat de trigger is geweest voor haar gevoel dat een aantal dagen aanhield. We zijn gaan verhelderen en uitwerken. Bij deze cliënte heb ik gemerkt hoe belangrijk de nieuwsgierige, onwetende houding is en het uitdrukken van empathie. Van hieruit komt er namelijk ruimte om de volgende interventies in te gaan zetten, te weten: verhelderen en uitwerken en basaal te gaan mentaliseren.

10.1.3. Supervisie

Het telkens teruggaan naar het verleden heb ik ingebracht bij de supervisie. Ik heb ontdekt dat het niet alleen het verleden is, maar ook dat de cliënt meer op de inhoud zit dan in het gevoel. Bij de supervisie heb ik een aantal handvatten gekregen om hiermee om te gaan, zoals het bewust benoemen wat er gebeurt en vragen waarom dit gebeurt. Ik heb gemerkt dat de supervisie zeer belangrijk is, omdat je als therapeut vast kunt lopen bij cliënten en zo handvatten kunt krijgen om op een goede manier verder te gaan met de behandeling.

10.1.4. Ontspanningsgroep

De cliënten hebben telkens de keuze of zij hun ogen open houden of dicht doen. Dit om de ontspanningsoefeningen niet beangstigend te laten zijn. Aan hen wordt gevraagd of het veilig of onveilig voelde en zij mogen hun eigen plek in de ruimte kiezen en hiermee variëren om te kijken of dit een ander gevoel oproept. Daarnaast wordt hier de spanningsmeter ingezet. Aan de cliënten wordt

gevraagd waar zij zitten voor de oefening en waar zij zitten na de oefening. Zo leren zij hun spanning herkennen en bemerken zij al dan niet effect van de oefening.

10.1.5. Themagroep

Bij de groep wordt in de voor- en nabespreking de nadruk gelegd op het gevoel. Dat wordt uitgevraagd, samen met de gedachten en de lichamelijke sensaties die daarbij horen. Dit met name naar aanleiding van de ervaring in de oefening. We hebben veel gevoelsoefeningen gedaan waarbij de cliënten specifiek naar hun gevoel werd gevraagd. Er is gewerkt met tableaux, emotiecirkel, gevoelskaarten en een verhaal schrijven. Ook bij andere oefeningen, bijvoorbeeld een contactoefening lukte het goed om het gevoel van de cliënten uit te vragen en te exploreren.

10.2. *De ervaringen van Brenda de Leeuw, de co-therapeut van de dramatherapie themagroep*

10.2.1. Houding van de therapeut

De co-therapeut geeft aan dat de houding die ze bij de dramatherapeut ziet open is, empathisch, niet veroordelend, er geen goed en fout is, iedereen in zijn waarde gelaten wordt en er gebruik gemaakt wordt van humor. Hierdoor voelen de cliënten zich gehoord en begrepen, is de groep open in het vertellen van hun gevoelens en verhalen en voelt de cliënt zich veilig. De cliënten krijgen de ruimte om hun eigen grenzen aan te geven en dat te vertellen wat zij zelf willen vertellen. Als zij hun grens aangeven, worden hen wel een aantal vragen meegegeven waardoor zij zelf verder kunnen mentaliseren. De cliënten vinden het spannend om over hun gevoel te praten, maar door het te doen wordt de drempel lager.

10.2.2. Het gebruik van werkvormen

De co-therapeut geeft aan dat ze ziet dat het goed lukt om, met een warming-up, werkvorm en nabespreking, MBT toe te passen. Hierbij gaat het niet alleen om de basishouding, maar komt het ook tot mentaliseren. Door middel van het inzetten van een werkvorm kunnen de cliënten op een veilige manier de ervaring ingaan en bij hun gevoel komen. Dit kan zonder dat deze ervaring te persoonlijk is en te heftig wordt. Het is een mooie vorm door eerst te doen en ervaren en vervolgens de nabespreking te houden.

10.2.3. Interventies

Sterk vindt zij dat de juiste vragen worden gesteld om met woorden tot het gevoel van de cliënt te komen. Dit wordt geconcretiseerd door ook gedachten en lichamelijke sensaties uit te vragen. De therapeut legt geen woorden in de mond, maar laat de cliënt zelf formuleren en ontdekken door het stellen van vragen. Door de juiste vragen te stellen komt de therapeut makkelijk tot de kern. De dramatherapie wordt aangepast aan de groep, *patiënt-in-mind*. Het gevoel wordt uitgevraagd. In het begin van de sessies ervaren cliënten vaak alleen herkenning als een ander zijn/ haar verhaal vertelde. Nu kunnen zij hier zelf hun eigen woorden en eigen uitleg aan geven. De link leggen met situaties in de buitenwereld maakt dat er to-the-point wordt gekomen om te onderzoeken waardoor er in het hier-en-nu hetzelfde gevoel is.

Hoofdstuk 11: Conclusies

Vanuit het onderzoek kunnen een aantal conclusies getrokken worden. Deze zijn weergegeven in dit hoofdstuk.

Vanuit de onderzoeken naar de afdeling, MBT, BPS en verslavingsproblematiek en het werken met MBT binnen dramatherapie, luidt de conclusie dat de volgende dramatherapeutische werkvormen en methodieken met name geschikt zijn om toe te passen bij het werken met MBT:

- Tableau vivant
- Rollenspelen
- Gevoelsoefeningen
- Samenwerkingsoefeningen
- Transitioneel object

En bij voldoende opleiding en ervaring:

- Developmental Transformations (DvT)
- Psychodrama

Als dramatherapeut is het belangrijk om de mentaliserende therapeutische houding aan te nemen zoals deze omschreven staat in de MBT theorie en ook de interventies te plegen zoals deze omschreven staan. De nabespreking is belangrijk, omdat cliënten zo woorden geven aan hun gevoel en de ervaring die zij op hebben gedaan in het medium (binnen de werkvorm/ methodiek). Binnen het team is het belangrijk om goed afgestemd te blijven op elkaar, te mentaliseren over de cliënten, jezelf en het team en supervisie te krijgen. Daarnaast is het raadzaam om de therapie met een co-therapeut te geven, zodat de MBT principes ten volle benut kunnen worden.

Binnen het DD programma kan MBT op verschillende manieren vormgegeven worden. Op de gehele afdeling wordt de MBT-taal gesproken. Daarnaast kan een aparte MBT behandellijn neergezet worden. Ook is het mogelijk om naast de dramatherapiegroepen die bestaan, en waarin de MBT theorie zoveel mogelijk vormgegeven wordt, een specifieke MBT dramatherapiegroep te formeren. Bij meer trainingsgerichte therapieën zal een directievere benadering nodig zijn, waardoor de mentaliserende houding van de therapeut enigszins losgelaten moet worden.

Hoofdstuk 12: Discussie

Naar aanleiding van het onderzoek en de conclusies kunnen een aantal zaken bediscussieerd worden. In dit hoofdstuk ga ik de discussie aan over de uitslagen van het onderzoek.

Helaas zijn er in Nederland weinig dramatherapeuten die met MBT werken. Gelukkig hebben alle dramatherapeuten die ik gevonden heb en daarnaast ook een dramatherapeut die als sociotherapeut verbonden is geweest aan een MBT behandelprogramma, meegewerkt aan een interview. De ervaring van vier dramatherapeuten is een goede eerste aanzet, maar geeft geen alomvattend beeld van de mogelijkheden van MBT en dramatherapie. Dit onderzoek kan daarom gezien worden als een eerste aanzet tot verder onderzoek.

Naast de dramatherapeutische werkvormen die ik beschreven heb, zijn er vermoedelijk nog meer mogelijkheden voor het werken met MBT in dramatherapie. Dit zou echter onderzocht moeten worden.

De ervaring die ik zelf als dramatherapeut in het werken met MBT binnen dramatherapie heb opgedaan, bestrijkt ongeveer drie maanden. Hieruit kunnen een aantal voorlopige conclusies getrokken worden. De ervaring is echter pril en het is nodig om een langere periode de technieken toe te passen in de praktijk om deze conclusies te staven.

Daarnaast blijken een aantal methodieken, te weten: Developmental Transformations (DvT) en Psychodrama, niet werkbaar voor dramatherapeuten die hier niet specifiek in zijn opgeleid. Dat maakt dat deze niet direct toepasbaar zijn in de praktijk bij het DD programma. Er zijn echter een heel aantal werkvormen wel toepasbaar die meteen ingezet kunnen worden in de praktijk, namelijk: tableau vivant, rollenspelen, gevoelsoefeningen, samenwerkingsoefeningen en het inzetten van transitionele objecten.

Hoofdstuk 13: Aanbevelingen

Vanuit de conclusies discussiepunten kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden. Deze aanbevelingen geef ik in dit hoofdstuk weer.

Dramatherapie heeft meerwaarde in het werken met MBT, aangezien er in het medium, in het hier-en-nu ervaren kan worden. Deze ervaringen kunnen vervolgens gementaliseerd worden. Het is daarom aan te bevelen om dramatherapie onderdeel te laten uitmaken van het MBT programma. Binnen het DD programma kan dramatherapie op diverse manieren ingezet worden in het werken met MBT, namelijk: door de MBT-taal te spreken en de houding van de therapeut aan te nemen zoals omschreven in de MBT theorie; en door een specifieke MBT dramatherapiegroep te formeren waarin gewerkt wordt met de aanbevolen dramatherapeutische werkvormen.

Binnen dramatherapie is het mogelijk om met MBT te werken in het medium door gebruik te maken van de volgende werkvormen: tableau vivant, rollenspelen, gevoelsoefeningen, samenwerkingsoefeningen en het inzetten van transitionele objecten. De verwachting bestaat dat ook met andere dan hierboven beschreven werkvormen, gementaliseerd kan worden in het medium. Hiervoor is echter nader onderzoek en toepassing in de praktijk nodig.

Om de conclusies die in dit onderzoek getrokken worden te staven aan de praktijk binnen het DD programma, is het nodig om minimaal een jaar met de beschreven werkvormen te werken.

Om te werken met Developmental Transformations (DvT) en/of Psychodrama, is het nodig om een gedegen opleiding te volgen. Het is aan te bevelen om de mogelijkheid te overwegen om de dramatherapeut een of beide opleidingen te laten volgen. Het werken met DvT heeft een grote meerwaarde in het individueel werken met cliënten. Het werken met Psychodrama is zeer waardevol in het werken met groepen. De meerwaarde van Psychodrama en DvT tegenover de andere werkvormen, is dat dit methodieken zijn die zijn uitgewerkt en gestoeld op veel ervaring en theorie. Daarnaast vereisen zij een opleiding waar een supervisietraject aan vast zit. Dit brengt een grote mate van professionaliteit met zich mee. De kosten voor deze opleidingen zijn hoog, maar het zal een grote verrijking binnen het programma-aanbod zijn.

Samenvatting & summary

Samenvatting

Dit CWS bevat de uitwerking van het praktijkonderzoek, waarin onderzocht is op welke manier de dramatherapeutische behandeling kan bijdragen aan het bevorderen van mentaliseren bij cliënten met BPS binnen het DD programma.

Ik heb collega's van het programma gesproken, de beleidsnota gelezen en mijn eigen ervaringen gebruikt om zo het programma te kunnen belichten. Door literatuuronderzoek en door de basiscursus MBT te volgen heb ik mij verdiept in de theorie van MBT. Deze is samengevat weergegeven. Voornamelijk door literatuuronderzoek is de Dubbele Diagnose BPS en verslavingsproblematiek onderzocht en belicht. Verschillende dramatherapeuten die werken met MBT zijn geïnterviewd. Ook is een dramatherapeut geïnterviewd die als sociotherapeut aan een MBT programma verbonden is geweest. De dramatherapeutische werkwijzen die gebruikt worden zijn onderzocht door middel van literatuuronderzoek en tevens belicht vanuit ervaringen uit de praktijk. De informatie die is opgedaan is toegepast in mijn werk als dramatherapeut. Dit is gedaan in individuele therapieën, in een themagroep en in een ontspanningsgroep.

Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat dramatherapie als vaktherapie een toegevoegde waarde heeft bij het werken met MBT. In de werkvormen die worden toegelicht komt het gevoel van de cliënt aan bod en wordt deze onderzocht. Tevens kan de relatie met de ander onderzocht worden en blijft er gewerkt worden in het hier-en-nu. Het inzetten van transitionele objecten heeft een meerwaarde. Als therapeut is het belangrijk om de therapeutische houding aan te nemen die past bij MBT en de interventies te plegen zoals uitgewerkt is in de methodiek.

Voor meer informatie, mail naar: karlijnwijten@gmail.com.

Summary

This paper is the elaboration of the practical research, in which I investigated how drama therapy can contribute to the Mentalization Based Treatment (MBT) for clients with Borderline Personality Disorder (BPD) at the Dual Diagnosis Program in Tilburg.

I have discussed the program with colleagues, I have read the policy documents and I have used my own experiences to clarify the program in this paper. By reading literature and by following a course about the basics of MBT, I've studied the theory of MBT of which this is a summarized version. The Dual Diagnosis BPD and addiction have been studied and clarified primarily through literature review. Several drama therapists working with MBT have been interviewed. Another drama therapist who has worked as a social therapist at an MBT program has also been interviewed. The drama therapeutic methods used by the interviewees have been explored through literature research and have also been clarified through practical experiences. I used the information I obtained in my work as a drama therapist in group therapy and in a relaxation group.

From this research can be concluded that drama therapy has an added value when working with MBT. The methods that have been elaborated on clients' feelings and the examination of those feelings. Secondly, the relationship with others can be studied and all the methods take place in the present. The use of transitional objects is valuable. As a therapist it is important to use the therapeutic attitude that fits the MBT and use the interventions as they have been specified from the methodology.

For more information, send an e-mail to: karlijnwijten@gmail.com.

Begrippenlijst

BPS	Borderline-persoonlijkheidsstoornis, een persoonlijkheidsstoornis waarbij sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties en van duidelijke impulsiviteit. Zie voor meer informatie: hoofdstuk 5.
CWS	Contractwerkstuk. Een verslag van een praktijkonderzoek. Dit wil zeggen dat een onderzoek is gedaan naar aanleiding van een vraag uit de praktijk.
DD programma	Het VOF Dubbele Diagnose programma, een programma waar zowel ambulante, deeltijd als klinische cliënten in zorg zijn. Gespecialiseerd voor cliënten met een dubbele diagnose, dit wil zeggen: een ernstige psychiatrische problematiek en een ernstige verslavingsproblematiek. Zie voor meer informatie: inleiding en bijlage 2.
DvT	Developmental Transformations is een op improvisatie gebaseerde dramatherapiemethode, gericht op de principes van vrij en spontaan spel. Het therapeutisch proces manifesteert zich binnen een gecreëerde spelwerkelijkheid (<i>playspace</i>), daar waar therapeut en cliënt elkaar ontmoeten (<i>encounter</i>), en daar waar oprijzende beelden, emoties en gedachten in belichaamde vorm worden ervaren (<i>embodiment</i>).
MBT	Mentalization-Based Treatment, een theorie ontwikkeld door Bateman & Fonagy om mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis te leren mentaliseren. Door te mentaliseren neemt het zelfdestructief gedrag van deze personen af en vindt er minder acting-out gedrag plaats. Zie voor de gehele theorie: hoofdstuk 3.
Mentaliseren	Het nadenken over en zicht krijgen op je eigen en andermans gedachtenproces door middel van inleven en invoelen.

Bronnenlijst

Artikelen

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156 (10), p.1563-1569.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158 (1), p.36-42.
- Becker, D.F., Grilo, C.M., Edell, W.S. & McGlashan, T.H. (2000). Comorbidity of borderline personality disorder with other personality disorders in hospitalized adolescents and adults [Electronic version]. *American Journal of Psychiatry* 157 (13), p.2011-2016.
- Bossche, D. van den & Baars, M. (2008). Developmental Transformations: Kennismaking met en implementatie van een dramatherapiemethode. *Tijdschrift voor vaktherapie* 4 (2), p.3-8
- Deben-Mager, M. (2005). Gehechtheid en mentaliseren [Electronic version]. *Psychoanalytische Perspectieven* 23 (1), p.31-48.
- Gael, M. van (2007). Extreem luid en ongelooflijk ver weg: Mentaliseren in psychotherapie [Electronic version]. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 33 (1), p.6-22
- Kaarsemaker-Verfaillie, M. (2009). Mentalisation-Based Treatment: voor vaktherapeuten ook de nieuwste trend? *Tijdschrift voor vaktherapie* 5 (2), p.23-29
- Prochaska, J.O., C.C. DiClemente & J.C. Norcross (1992). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist* 47 (9) p.1102–1114
- Stuyling de Lange, J., Dashorst, P. & Moorten, T. (2009). Trauma en persoonlijkheidsproblematiek: De toepassing van een integratief model [Electronic version]. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 35 (6), p.396-412
- Wamel, A. van, Jansen, H. & Kuijpers, E. (2009). Verslaving en persoonlijkheidsstoornissen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 64 (3), p.167-176

Boeken

- American Psychiatric Association (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR* (3^e dr.). Amersfoort: Wilco. ISBN 90 265 1777 8
- Arendsen Hein, M. (2004). *Psychodrama en transactionele analyse: Inzicht door (trans)actie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 3793 5
- Bales, D., Beek, N. van & Bateman A. (2009). Mentalisation-Based Treatment voor patiënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. In Eurlings – Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M. & Verheul, R. (Red.) *Handboek persoonlijkheidspathologie* (p.265-287) (2^e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 6112 0
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseren bij de borderline persoonlijkheidsstoornis: praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 5110 7
- Beelen, F. & Oelers, M. (2000). *Interactief: Creatieve therapie met groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 2853 6
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Bruijn, C. (2001). Het verwarde onderwatermonster. In Schweizer, C. (Red.) *In beeld: Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. (p.237-248). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 3632 7
- Cimmermans, G. (2009). *Dramatherapie en borderline persoonlijkheidsstoornis in Nederland en Vlaanderen: een onderzoek naar waardevolle interventies*. Nijmegen: Creatieve Therapie Opleiding Hogeschool Arnhem en Nijmegen. ISBN 90 724 8205 1
- Cleven, G. (2004). *In Scène: Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. ISBN 90 313 4207 6
- Cuvelier, F. (2000). *De stad van Axen: gids bij menselijke relaties*. (12^e dr.). Kapellen (BE): Pelckmans. ISBN 90 289 0205 8
- Derksen, J. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen. In Molen, H. van der, Perreijn, S. & Hout, M. van der. (Red.) *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (p.976-979) (2^e dr.). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff. ISBN 90 014 0002 6
- Does, W. van der (2004). *Zo ben ik nu eenmaal!: Lastpakken, angsthazen en buitenbeentjes* (6^e dr.). Schiedam: Scriptum. ISBN 90 559 4346 3
- Jacobs, G. (2008). *Rationeel-erotische therapie: een praktische gids voor hulpverleners*. (2^e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 5108 4
- Johnson, D.R. & Emunah, E. (Eds.). (2009). *Current approaches in drama therapy, second edition*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Kellermann, P.F. (1992). *Focus on Psychodrama: The Therapeutic Aspects of Psychodrama*. London: Jessica Kingsley.
- Laat, P. de (2005). *Psychodrama: Een actiegerichte methode voor exploratie, reflectie en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke van Gorcum. ISBN 90 232 4184 3
- Laufer, M. (2008). *Concentratie: een praktische weg naar evenwicht, effectiviteit en zelfsturing*. Zeist: Christofoor. ISBN 978 90 6238 858 5
- Miller, W.R & S. Rollnick (met Schippers, G.M. & Wildt, W. de) (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. (6^e dr.). Gorinchem: Ekklesia.
- Rutten-Saris, M. (2001). Leren als een baby. In Schweizer, C. (Red.) *In beeld: Doelgroepgerichte behandelmethoden van beeldend therapeuten*. (p.103-146). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 3632 7
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. (3^e herz. dr.). Bussum: Coutinho. ISBN 90 4690 132 8
- Verheul, R., Bosch, W. van den & Ball, S., (2009). Verslaving en persoonlijkheidspathologie. In Eurlings – Bontekoe, E.H.M., Snellen, W.M. & Verheul, R. (Red.) *Handboek persoonlijkheidspathologie* (p.417-432) (2^e herz. dr.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN 90 313 6112 0
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. London: Routledge.
- Weisfelt, P. (2000). *Op weg naar gezondheid: diagnostiek, behandelplanning, persoonlijkheidsstructuren en enkele therapeutische technieken: gids voor hulpverleners*. (2^e dr.). Soest: Nelissen. ISBN 90 244 1447 5
- Wiers, R., Havermans, R., Jansen, A. & Knibbe, R. (2007). Middelen gebonden stoornissen en verslaving. In Molen, H. van der, Perreijn, S. & Hout, M. van der. (Red.) *Klinische psychologie: Theorieën en psychopathologie* (p.723-779) (2^e dr.). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff. ISBN 90 014 0002 6

Document

VOF Dubbele Diagnose (2010). *Missie/ visie VOF Dubbele Diagnose West- en Midden Brabant*. Geraadpleegd via Kwaliteitshandboek GGZ Breburg.

Documenten via websites

Gael, M. van. (2008). *Borderline patiënten en hun impact op hulpverleners. Een benadering vanuit de gehechtheidstheorie*. Geraadpleegd op 16 maart 2011 via <http://www.hieronymus.be/documenten/Avondlezing%20Myriam%20Van%20Gael.pdf>

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*, Trimbos-instituut: Utrecht. Geraadpleegd op 13 mei 2011 via http://www.ggzrichtlijnen.nl/richtlijn/doc/index.php?type=print&richtlijn_id=66

North Carolina Evidenced Based Practices Centre (2004). *Fidelity Scale: Draft Fidelity Scale from the Integrated Dual Disorders Toolkit*. Geraadpleegd op 13 mei 2011 via http://www.ncebpcenter.org/pdfs/IDD_Fidelity%20Scale.pdf

Internetsites

De Viersprong Academy (n.d.). Geraadpleegd op 24 april 2011 via <http://www.viersprongacademy.nl/mbt/menu%20mbt.htm>

Trimbos Instituut (8 april 2010a). *Feiten en cijfers borderline*. Geraadpleegd op 13 maart 2011 via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/feiten-en-cijfers>

Trimbos Instituut (02 december 2010b). *Symptomen borderline*. Geraadpleegd op 13 maart 2011 via <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/symptomen>

Vereniging Voor Psychodrama (20 mei 2011). Geraadpleegd op 28 mei 2011 via <http://www.vvp.nl/home.html>

Verslagen

Engeland, W. van (2007). *Mentalisation Based Treatment en Beeldende therapie, een (on)mogelijke combinatie?: Methodiekb beschrijving: combinatie van Mentalisation Based Treatment en Beeldende therapie*. Christelijke Hogeschool Noord-Nederland (CHN): Leeuwarden.

Franke, P. (2007). *Rol & Spel: Praktijkonderzoek naar het gebruik van rollenspel technieken binnen dramatherapie, psychodrama en Pesso-psychotherapie*. Hogeschool Utrecht, opleiding Creatieve Therapie Drama.

Huiberts, N & Ruiter, A. de (2010). *Dramawerkvormen voor agressieregulatie binnen de forensische psychiatrie aan de hand van de Pump! Methode van James Thompson: Einddocumentatie*. Hogeschool Utrecht (Hu): Amersfoort.

Kreetz, N. (2009) *Creatieve therapie vernieuwd op de GGZ deeltijd in Sneek: Een zoektocht naar de integratie van schematherapie en mentalisation based werken op de GGZ deeltijdafdeling in Sneek (persoonlijkheid- en stemmingsstoornissen)*. Stenden University: Leeuwarden. Opleiding Creatieve Therapie Drama.

Videobestand

Umassboston. (30 november 2009). Still Face Experiment: Dr. Edward Tronic [Videobestand].
Geraadpleegd via
<http://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

Nawoord

Ik heb het zeer leerzaam gevonden om mijzelf te verdiepen in de MBT methodiek. Het is een uitgebreide methodiek waar veel verdieping in zit. Ik heb gemerkt dat, toen ik eenmaal begreep waar MBT voor staat, het mijn werk en houding naar de cliënten toe heeft verbeterd. Ik was al getraind in de motiverende gesprekstechnieken en deze zijn goed te gebruiken binnen de basishouding van de MBT. De nieuwsgierige, verwonderende, onwetende en oordeelvrije houding van de therapeut is een belangrijke basis voor het contact met de cliënt.

Ik wil een aantal mensen specifiek bedanken voor hun bijdrage aan dit contractwerkstuk.

Marjon Wagenaar, Elly de Bruijn, Ine Verbruggen, Mario van Montfoort, Peter Bleumer en Danielle Borm voor de tijd die ze hebben genomen om hun kennis en ervaring rondom MBT met mij te delen.

Brenda de Leeuw, voor het bijstaan van mij bij de dramatherapie themagroep als co-therapeut.

Peter van de Sande, GZ psycholoog en eindverantwoordelijk behandelaar, Brenda de Leeuw,agogisch medewerker en Hiske van Dam voor het delen van hun kennis en ervaring binnen het programma VOF DD Tilburg.

Geert Jansen, psychomotorisch therapeut; Christina Sonneborn, psychiater; Irene Dijkstra, teamleider vaktherapie en Hiske van Dam, psychologe voor het doorlezen van het onderzoek en mij voorzien van feedback.

Harry Wijten, Niels Spee en Henk Spee voor de tekst technische controle.

Laura Saalmink voor de Engelstalige ondersteuning.

En 'last but not least' mijn CWS groepje en mijn beoordelaars: Hanita Ter Voert, Karin Kolthof, Aurora Lamberigts en Irene Dijkstra voor alle inzet, feedback, verhelderende vragen en opmerkingen.

Bijlage 1: Het IDDT model

IDDT model

Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT)

Het model is ontwikkeld op toepassing in de GGZ. De onderdelen van het model zijn gericht op het binnenhalen van kennis en vaardigheden gericht op het behandelen van de verslaving of misbruik van alcohol en middelen van cliënten. Inmiddels is er ook enige ervaring met toepassing binnen de verslaving.

De principes van geïntegreerde behandeling zijn:

- geïntegreerd, dus
 - één team
 - vanuit één locatie
 - dat beide stoornissen gelijktijdig behandelt;
- aanbod sluit aan bij motivatie van de patiënt voor verandering;
- ontworpen voor doelgroep met ernstige psychiatrische stoornissen.

De belangrijkste kenmerken van de behandeling zijn:

- de hulpverleners hebben *kennis* van de effecten van alcohol en drugs en hun interacties met de psychische stoornis;
- de hulpverleners besteden *gelijktijdig aandacht aan beide* stoornissen (in plaats van eerst de verslaving en dan de psychiatrische stoornis te behandelen of omgekeerd);
- *gefaseerde behandeling*: dat wil zeggen dat de aard van de hulpverlening verandert met het stadium van verandering waarin de patiënt zich bevindt en met diens motivatie voor behandeling. De volgende fasen worden onderscheiden: opbouw van werrelatie, motiveren voor behandeling, actieve behandeling en terugvalpreventie;
- samen met de patiënt wordt een *geïntegreerd behandelplan* opgesteld;
- *motiverende gespreksvoering*: hulpverleners ondersteunen patiënten bij de bewustwording van de consequenties van middelengebruik, de hoop op vooruitgang en de opbouw van motivatie voor behandeling van de problematiek;
- *counseling bij middelenmisbruik*: omgaan met trek, terugval voorkomen en risicosituaties vermijden;
- *groepsbehandeling*: waarin over gebruik kan worden gepraat en de effecten van gebruik op het leven zichtbaar kunnen worden gemaakt;
- *familiebegeleiding*: gericht op psycho-educatie, het verminderen van stress bij familieleden, toezicht houden op het gebruik van de cliënt (terugvalpreventie) en goede samenwerking tussen hulpverleners, cliënt en familie;
- *zelfhulp*: de hulpverleners brengen cliënten in contact met zelfhulpgroepen;
- *farmacologische behandeling*: antipsychotische medicatie wordt, ondanks de verslaving niet gemeden, men heeft kennis van de interacties tussen medicatie en verslavende middelen, en schrijft zo nodig middelen gericht op de verslaving, zoals naltrexon en methadon, voor.

(van Wamel et al., 2009)

Bijlage 2: Het VOF Dubbele Diagnose Programma

Het behandelprogramma

In de behandelplanbespreking wordt het behandelplan van de cliënt vastgesteld. De cliënt is hier zelf bij aanwezig, evenals de hoofdbehandelaar en de persoonlijk begeleider of een verpleegkundige/agogisch medewerker namens de persoonlijk begeleider. Als het mogelijk is nemen ook de basis psycholoog, een SPV, een vaktherapeut en andere betrokkenen van de cliënt deel aan de bespreking. De behandelplanbesprekingen vinden voor klinische cliënten elke zes tot acht weken plaats en voor ambulante cliënten minimaal eenmaal per jaar en zo nodig vaker. Bij deze behandelplanbespreking wordt geëvalueerd hoe de afgelopen periode is verlopen. Ook bespreekt de cliënt samen met het team aan welke doelen hij gaat werken, welke programmaonderdelen hij gaat volgen en hier is ook plaats om individuele behandeling af te spreken.

Individuele behandeling kan bestaan uit EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), cognitieve gedragstherapie, MBT gesprekken, Seeking Safety, psychomotorische therapie (PMT), dramatherapie en gesprekken met een behandelaar. De programma-onderdelen zijn onderverdeeld in structuurblokken en inhoudsblokken. Binnen de behandeling vinden er tevens individuele gesprekken met de persoonlijk begeleider van de cliënt plaats. Elke cliënt heeft twee persoonlijk begeleiders, leden uit het 24-uursteam, zodat er over het algemeen een aantal keren per week zeker een persoonlijk begeleider aanwezig is.

Bij de structuurblokken zijn een aantal programma-onderdelen verplicht, te weten: dagopening en -sluiting, weekend voorbespreking en -nabespreking, leefgroepvergadering, koffie- en eetmomenten en het kookproject waarin wordt geleerd boodschappen te doen, te koken en met budget om te gaan. Deelname aan de andere structuurblokken spreekt de cliënt af met zijn persoonlijk begeleider. Dit zijn activiteitenbegeleiding (2x per week), fitness (3x per week), sport en spel (2x per week), muziek maken, bewegen met de afdeling (wisselende activiteiten) en running. De structuurblokken zijn er met name om de cliënten te helpen structuur in hun dagen te krijgen. De inhoudsblokken zijn blokken die zorgen voor inhoudelijke behandeling. Dit zijn op het moment: sociale vaardigheidstraining, doelengroep, thema-uur, psycho-educatie, zelfcontrole, Liberman: omgaan met verslaving, VERS training (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis), PMT themagroep, PMT runningtherapie, dramatherapie themagroep, agressieregulatietraining en ontspanningsgroep. Als een cliënt deel gaat nemen aan een of meerdere inhoudsblokken, dan wordt dit geïndiceerd in de behandelplanbespreking van de cliënt. Aangezien het een programma is dat in ontwikkeling is, zijn er ook een aantal groepen die op zeer korte termijn gestart zullen worden. Een daarvan is de motivatiegroep. Dit is een groep die gebaseerd is op de motiverende gespreksvoering en de motivatiestadia van gedragsverandering (fasegericht werken). Dit is een inhoudsblok maar zal voor iedereen verplicht zijn tenzij er een goede reden is om de cliënt niet deel te laten nemen. Ook zal er binnenkort een cognitieve gedragstherapiegroep gestart worden en vanuit de vaktherapie een agressieregulatie training en een observatiegroep (B. de Leeuw, persoonlijke communicatie, 4 mei 2011).

Screening

Elk jaar wordt de afdeling gescreend op de mate waarin het IDDT model is toegepast en wordt er naar aanleiding van deze score een verbeterplan opgezet voor het komende jaar. Dit wordt gedaan door middel van de IDDT Fidelity Scale (North Carolina Evidenced Based Practices Centre, 2004; P. van de Sande, persoonlijke communicatie, 10 mei 2011). Naast de screening op IDDT neemt de afdeling deel aan de Benchmark. Hierbij worden de resultaten van de afdeling vergeleken met andere Dubbel Diagnose afdelingen in Nederland. Dit wordt gedaan door verschillende meetinstrumenten in te zetten op verschillende tijden in de opname van de cliënt. Deze meetinstrumenten richten zich op diagnostiek, de ervaren klachten, de kwaliteit van leven en de motivatie van de cliënt en de kosten aan de cliënt. Uiteindelijk is het de bedoeling dat de resultaten van de gebruikte lijsten uit de Benchmark terugkomen in de behandeling op de afdeling (H. van Dam, persoonlijke communicatie, 17 mei 2011).

Bijlage 3: De diagnose BPS volgens de DSM-IV-TR

Volgens de criteria van de DSM-IV-TR (APA, 2001) kan de diagnose gesteld worden wanneer sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties en van duidelijke impulsiviteit.

Dit patroon moet begonnen zijn in de vroege volwassenheid en tot uiting komen in diverse situaties.

Mensen met borderline voldoen aan 5 of meer van de volgende 9 criteria:

1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden.
2. Een patroon van instabiele en intense relaties met anderen, gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren (extreem zwart-witdenken, iemand is geweldig of waardeloos).
3. Identiteitsstoornis: aanhoudend wisselend zelfbeeld of zelfgevoel.
4. Impulsiviteit met negatieve gevolgen voor zichzelf op minstens twee gebieden. Bijvoorbeeld: geldverspilling, veel wisselende seksuele contacten, middelenmisbruik, roekeloos rijgedrag, vreetbuien.
5. Terugkerende pogingen tot zelfdoding, gestes of dreigingen, of zelfverwonding.
6. Sterk wisselende stemmingen, als reactie op gebeurtenissen. Dit kan leiden tot periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slechts zelden langer dan een paar dagen.
7. Een chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede of moeite boosheid te beheersen. Dit uit zich in driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen.
9. Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

Daarnaast dient ook voldaan te zijn aan de algemene diagnostische criteria uit de DSM-IV voor een persoonlijkheidsstoornis:

1. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene.
2. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke sociale situaties.
3. Het leidt in behoorlijke mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
4. Het is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
5. Het patroon is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of de gevolgen daarvan.
6. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (zoals drugs of een geneesmiddel) of een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma).

(Trimbos Instituut, 2010b).

Bijlage 4: De interviewvragen

1. Wat is je functie en werkplek(ken)?
2. Zou je me kunnen vertellen welke plek MBT in je werk inneemt?
 - a. Welke plek neemt MBT in op de gehele afdeling?
 - b. Welke plek neemt MBT in binnen dramatherapie/ vaktherapie?
3. Wat houdt mentaliseren in, voor jou?
4. Met welke doelgroep werk je met MBT?

Ik richt me in het interview specifiek op dramatherapie in combinatie met MBT, soms is dit niet specifiek in de vragen benoemd.

5. Wat zijn de indicaties en contra-indicaties om deel te nemen?
 - a. Wat zijn indicaties?
 - b. Wat zijn contra-indicaties?
6. Werk je met groepen en/of individueel?
 - a. Hoe ziet het werken met groepen eruit?
 - i. Is de groep open of gesloten?
 - b. Hoe zien de individuele therapieën eruit?
7. Hoe ziet een sessie eruit?
 - a. Ik heb voornamelijk uit interviews begrepen dat er in de combinatie vaktherapie en MBT vaak nabesprekingen plaatsvinden van een half uur. Hoe kijk je hier tegenaan? Ik doel met name op het verschil tussen het waarnemen en bespreken van deze waarneming en de cliënt de ervaring mee te laten nemen en als therapeut de waarneming meenemen en hierop anticiperen in de volgende sessies.
 - b. Bij antwoord: lange nabespreking > vind je dat er een risico is dat je door een lange nabespreking de ervaring uit de therapie teniet kunt doen?
8. Wat zijn de regels in de therapie?
 - a. Zijn dit algemene regels van de behandeling of zijn ze specifiek voor dramatherapie?
9. Hoe lang duurt de behandeling ongeveer?
10. Wat is de rol van dramatherapie in de behandeling van de cliënten?
11. Hebben de cliënten specifieke doelen voor de dramatherapie of werk je met de doelen die een cliënt voor zijn gehele behandeling heeft gesteld?
12. Hoe is de houding van de therapeut bij het werken met MBT?
13. Hoe zorg je ervoor dat de arousal / spanning laag blijft bij de cliënten?
 - a. Wat doe je als de arousal oploopt?
14. Hoe werk je met de fases van het mentaliseren in de dramatherapie?
 - a. Specifiek voor de beginfase
 - b. Specifiek voor de middenfase
 - c. Specifiek voor de eindfase
 - d. Specifiek voor de nabehandeling
15. Hoe werk je met MBT **in** het medium?
16. Is het mogelijk om een cliënt uit een bepaalde modus te halen met dramatherapie en zo ja, hoe doe je dat? / wat doe je als iemand in een bepaalde modus zit?
 - a. Specifiek: 'alsof' modus,
 - b. Specifiek: equivalentie modus,
 - c. Specifiek: teleologische denken.
17. Een belangrijk gegeven van de MBT is dat er niet symbolisch/ met metaforen gewerkt mag worden. Hoe pas je daar de dramatherapie op aan?
18. Een ander belangrijk gegeven is om in het hier-en-nu te blijven. Mijn ervaring is dat cliënten snel de koppeling leggen met het verleden. Hoe ga je hiermee om in de dramatherapie?
19. Komt het 'alien self' wel eens naar voren bij het werken in het medium?
 - a. En zo ja, hoe ziet dit er dan uit?
 - b. Wat kun je doen als dramatherapeut om hiermee om te gaan?
20. Ingelaste vraag: wat voor rol zal de co-therapeut in de therapie hebben?
21. Hoe mentaliseer je de overdracht **in** de therapie?
22. Heb je voorbeelden van oefeningen/ methodieken die passen binnen MBT?
23. Heb je tips en trucs/ do's en don't's?
24. Geef je ook dramatherapie 'zonder' te mentaliseren heb je dramatherapie gegeven zonder MBT?
 - a. Wat vind jij de meerwaarde van het gebruiken van MBT?
 - b. Wat vind je de beperkingen van het gebruiken van MBT?

25. Worden er binnen de therapie/ het behandelprogramma ook ontspanningsoefeningen aangeboden?
- a. Geef jij deze?
 - b. Zijn hier nog belangrijke aandachtspunten voor?
26. Ik ben aan het einde van het interview gekomen. Heb je nog iets gemist of toe te voegen?
27. Als ik nog vragen heb na het lezen van meer literatuur en/of het afnemen van andere interviews, mag ik je deze vragen dan nog via de mail stellen?

Als je nog vragen of opmerkingen hebt, dan mag je natuurlijk altijd contact met mij opnemen.
Vind je het interessant om het resultaat van mijn onderzoek terug te zien?

Hoe is het interview befallen?

Heel hartelijk bedankt voor je medewerking.