

Stel: het is oorlog en niemand gaat er naar toe

*PMT, Acceptance and Commitment Therapy
en de borderline persoonlijkheidsstoornis*



School of Human Movement
and Sports
Richting: bewegingsagogie en
psychomotorische therapie

Sonja van den Hengel
Scriptie, mei 2008

Inhoudsopgave

<u>Voorwoord</u>	2
<u>Samenvatting</u>	3
<u>Inleiding</u>	4
<u>1. Acceptance and Commitment Therapy</u>	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Acceptance and Commitment Therapy	7
1.3 Doelstellingen	7
1.4 Strategieën en methodieken	12
1.5 Attitude van de therapeut	13
<u>2. Psychomotorische therapie</u>	14
2.1 Inleiding	14
2.2 Doelstellingen	14
2.3 Strategieën en methodieken	14
<u>3. Borderline persoonlijkheidsstoornis</u>	16
3.1 Inleiding	16
3.2 Kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis	16
3.3 De behandeling	17
<u>4. Overeenkomsten en verschillen tussen ACT en BPS en ACT en PMT</u>	19
4.1 Inleiding	19
4.2 ACT en borderline persoonlijkheidsstoornis	19
4.3 ACT en PMT	21
<u>5. Conclusies en aanbevelingen</u>	23
5.1 Inleiding	23
5.2 Conclusies	23
5.3 Aanbevelingen	25
<u>6. PMT oefeningen</u>	26
6.1 Inleiding	26
6.2 De oefeningen	26
<u>Literatuurlijst</u>	28
<u>Bijlagen</u>	30
Bijlage 1 Waardekompas	30
Bijlage 2 ACT-cyclus versus het oude patroon	31
Bijlage 3 Onderzoek naar therapievormen	32
Bijlage 4 Gedicht over borderline persoonlijkheidsstoornis	33

Voorwoord

Op mijn eindstage kwam ik in contact met de Acceptance and Commitment Therapy. Ik wilde graag weten hoe ACT binnen PMT te gebruiken zou zijn. Naarmate ik me meer in ACT ging inlezen, sprak het me steeds meer aan. ACT kijkt op een andere manier naar behandelen. Het uitgangspunt is anders dan waar ik in eerste instantie aan denk en ik vond het verfrissend om er eens op een andere manier naar te kijken.

Hoewel het niet allemaal even soepel is gegaan, vond ik het erg interessant om me in ACT te verdiepen. Ik heb meer kennis gekregen over de therapie en hoe deze te gebruiken bij PMT. Ook heb ik andere inzichten gekregen in het behandelen van cliënten. Ik wil graag helpen, graag problemen oplossen. Maar misschien is het niet allemaal op te lossen en gaat het beter als je de behandeling over een hele andere boeg gooit.

Door deze scriptie te schrijven, weet ik nu hoe ik ACT toe zou kunnen passen bij PMT en daar hoop ik in de toekomst zeker gebruik van te gaan maken.

Sonja van den Hengel
Mei 2008

Samenvatting

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is een derde generatie gedragstherapie, gebaseerd op de relationele kadertheorie. Volgens deze theorie lijdt ieder mens, door de werking van taal en cognitie. De mens is in staat verbanden te leggen, waardoor allerlei dingen ons aan pijnlijke gebeurtenissen herinneren. Daarnaast zijn we, door het leggen van verbanden, goed in staat om problemen op te lossen in de 'buitenwereld'. Passen we dit toe op onze interne problemen, blijkt het niet te werken en worden onze problemen alleen maar groter. ACT gaat er dus vanuit dat elk mens lijdt en is dan ook niet gericht op klachtenreductie, maar op het leren omgaan met je lijden, om te leven naar wat je belangrijk vindt. Het accepteren van situaties die moeilijk te veranderen zijn. Voelen wat er te voelen is, in plaats van je er tegen verzetten. Belangrijk is dat ACT er niet op gericht is je leven makkelijker te maken, maar er op gericht is je leven dynamischer te maken.

PMT is een experiëntiële therapievorm. Ook bij ACT wordt veel gebruik gemaakt van experiëntiële oefeningen. Stilstaan bij lichaamssignalen, voelen wat er te voelen is, is een andere overeenkomst tussen beiden. Oefeningen die bij ACT worden gedaan, worden ook al bij PMT toegepast. Daarnaast zijn er ook oefeningen die meer sociotherapeutisch zijn.

Volgens de visie van de Dialectische Gedragstherapie (DGT) is het kernprobleem bij een borderline persoonlijkheidsstoornis emotiedisregulatie. Hierdoor ontstaan de kenmerken zoals beschreven in de DSM IV TR (2005). Het hoofddoel van de behandeling is het vervangen van ineffectief gedrag voor vaardig gedrag. Op mijn stage wordt voornamelijk met de vaardigheidstraining gewerkt. Dit wordt uitgewerkt in vier modules; kernoplettendheid, intermenselijke vaardigheden, emotieregulatievaardigheden en crisisvaardigheden. Kernoplettendheid is gericht op acceptatie en komt in de drie andere modules weer terug.

PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornissen vanuit de visie van de dialectische gedragstherapie is gericht op het aanleren van acceptatie vaardigheden, intermenselijke vaardigheden, emotieregulatievaardigheden en crisisvaardigheden. Het is voornamelijk oefengericht, maar ook de ervaringsgericht strategie komt aan bod.

ACT is, evenals DGT, gericht op het leren omgaan met je stoornis. Bij zowel DGT als ACT is de therapeutische relatie redelijk gelijkwaardig. De cliënt heeft eigen verantwoordelijkheid en de therapeut begeleidt, houdt de grote lijn in de gaten. Een verschil is dat de therapeut bij ACT geen empathische reacties mag geven en dat de therapeut bij DGT veel moet valideren.

Waar DGT vooral gericht is op vaardigheidstraining, is ACT vooral gericht op acceptatie en van daaruit waardegericht leven. Acceptatie speelt bij DGT zeker een rol, ACT werkt het meer uit. Volgens de literatuur zou ACT een aanvulling van DGT kunnen zijn, met het waardegericht leven als toevoeging.

De ACT-doelstellingen, strategieën en attitude kunnen dus bijdragen aan PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornissen. Het sluit aan bij de DGT-visie, werkt deze verder uit op het gebied van acceptatie van het lijden, en voegt daar waardegericht leven aan toe. Borderline persoonlijkheidsstoornis is niet te genezen. (Vandereycken & Deth, 2004) Vandaar dat acceptatie van dat wat er is en vervolgens doen wat je belangrijk vindt, mijns inziens een belangrijk aandachtsgebied is. Het is een aanvulling, aangezien ACT gericht is op het accepteren van datgene dat moeilijk te veranderen is, maar het besteedt geen aandacht aan datgene wat wel te veranderen is. Dat doet DGT wel.

Er wordt bij ACT al gebruik gemaakt van PMT-oefeningen. Deze kunnen gebruikt worden bij PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast kunnen thema's als acceptatie, waardegericht leven, aandacht op het hier en nu etc. goed vertaald worden naar PMT-oefeningen.

Inleiding

Ik loop stage bij een expertisecentrum, gericht op persoonlijkheidsstoornissen. Daar kom ik allerlei problematieken tegen, waarbij de borderline persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende problematiek is.

Op mijn stage wordt eclecticisch gewerkt, waarbij de Dialectische Gedragstherapie (DGT), ontwikkeld door Marsha Linehan, de basis is. DGT is gestructureerd en duidelijk, waardoor het volgens mijn stageplek goed te gebruiken is bij een multidisciplinaire behandeling. Het hele team kan bijdragen.

Er wordt al verscheidene jaren mee gewerkt. Gedurende de jaren worden er (delen van) nieuwe ontwikkelingen aan toegevoegd. De laatste ontwikkeling waar ze mee in aanraking zijn gekomen, is de Acceptance and Commitment therapy (ACT), ontwikkeld door Steven Hayes. De doelgroep waar mee gewerkt wordt, is geneigd om te blijven hangen in de dingen die niet lukken. Men hoopt hier met behulp van ACT meer aandacht aan te besteden, aangezien ACT meer kijkt naar je drijfveren, naar wat jij wilt.

ACT is nieuw in Nederland. Er wordt op verschillende plaatsen al wel mee geëxperimenteerd, maar de effecten ervan zijn nog niet bekend. Ook op mijn stageplek zijn ze in de ontwikkelfase. Afgelopen december zijn er scholingsdagen geweest en nu wordt langzamerhand, op een ervaringsgerichte manier, gekeken welke delen van ACT te gebruiken zijn. Dat houdt in dat er op mijn stageplek tot nu toe weinig tot geen ervaringen met ACT zijn.

PMT maakt op mijn stage deel uit van een multidisciplinair team, waarbij elke discipline dezelfde behandelvisie en richtlijnen volgt. Omdat de instelling met ACT wil gaan werken, krijgt PMT er dus ook mee te maken. Daarom ben ik geïnteresseerd in wat dat voor de psychomotorische therapie gaat betekenen. Zijn ACT en PMT te combineren? Daar heb ik een literatuuronderzoek naar gedaan.

ACT is een derde generatie gedragstherapie, wat weer is ontstaan uit het contextueel behaviorisme. De eerste generatie gedragstherapie is gericht op het conditioneren van gedrag, de tweede generatie betreft de cognitie erbij. De derde generatie gedragstherapie gaat uit van de context, van het functioneel contextualisme. Psychologische reacties zijn het gevolg van een interactie tussen de persoon en de context. Onder context wordt zowel de feitelijke actuele situatie als de persoonlijke leergeschiedenis verstaan. (Hayes, Follette & Linehan, 2006) Het gevoel is belangrijk. Stilstaan bij wat er allemaal bij je speelt. Er wordt veel gebruik gemaakt van meditatie technieken, mindfulness.

De derde generatie gedragstherapieën richten zich op het waarnemen en aanvaarden van eigen emoties en cognities, zonder ze te willen beïnvloeden. Het gaat om het veranderen van de relatie met je gedachten en gevoelens, het veranderen van de context, in plaats van het veranderen van de inhoud. Wat bij de tweede generatie gedragstherapie wel het speerpunt is. Er is dus sprake van een enorme omslag.

De basistheorie van ACT is de relationele kadertheorie, oftewel Relational Frame Theory (RFT). Deze theorie zegt in het kort dat de werking van ons brein, de manier waarop taal en cognitie werkt, er voor zorgt dat we lijden. Ieder mens lijdt en lijden is normaal.

De mens is, in tegenstelling tot andere organismen, in staat om allerlei verbanden te leggen. Hayes & Smith (2006, p.21) zeggen hierover het volgende:

Het uitgangspunt van RFT is dat menselijk gedrag grotendeels gestuurd wordt door netwerken van onderlinge relaties, de zogeheten relationele kaders. Deze relaties vormen de kern van menselijke taal en cognitie en maken het ons mogelijk dingen te leren zonder ze direct te ervaren.

Dit wordt het relationeel leren genoemd en werkt als volgt:

- A heeft een relatie met B, dus B heeft een relatie met A.
- A heeft een relatie met B, B met C, dus A heeft een relatie met C.
- Je weet de waarde 20. Daaruit kan je concluderen dat 10 minder is en 50 meer, door te beredeneren. Je hoeft het niet te ervaren.

Door deze werking van ons brein kan de mens in de buitenwereld goed overleven. We kunnen oplossingen verzinnen, beredeneren. En daardoor hebben we ook meer macht in de wereld dan andere organismen. Terwijl bijv. een beer veel sterker is en een tijger veel sneller. De mens moet het van zijn denkvermogen hebben.

Het leggen van verbanden en onze oplossingsgerichtheid werkt averechts bij interne problemen op twee manieren. Ten eerste willen we onze problemen oplossen, onze nare gevoelens wegmaken en hoe harder we vechten om het op te lossen, des te groter het probleem lijkt te worden. Dit wordt experiëntiële vermijding genoemd en daar kom ik in hoofdstuk 1 nog op terug. Ten tweede leggen we allerlei verbanden, er ontstaat een netwerk waardoor er vele dingen zijn die ons aan ons lijden herinneren. Als een hond voortdurend een schop krijgt van dezelfde persoon, wordt de hond angstig zodra hij die persoon *ziet*. Een mens kan al angstig worden als hij aan die persoon *denkt*. Dat netwerk kan steeds uitgebreider worden. Alles wat aan die persoon doet denken, roept angst op. Een seksueel misbruikte vrouw kan angstig worden van alle mannen, terwijl er maar één man was die haar misbruikt heeft. Een hond kan pijn vermijden door die man te vermijden. Een mens kan dat niet, omdat alleen de gedachte al pijn oplevert.

Door deze theorie gaat ACT uit van het uitgangspunt dat lijden normaal is en dat ieder mens lijdt. Daarom is het doel van ACT ook niet gericht op het verminderen van het lijden, maar op het omgaan met het lijden. *Met je lijden op pad, leven naar wat je belangrijk vindt.* (Hayes & Smith, 2006; Hayes, Follette & Linehan, 2006)

Hayes, Follette & Linehan (2006, p. 32) noemen ACT een ‘algemene benaderingswijze van de praktijk van de hulpverlening.’ Het is dus niet specifiek op een problematiek gericht. Er zijn al verschillende protocollen geschreven voor het toepassen van ACT bij bijv. angststoornissen, depressie, psychose, trauma, verslaving, chronische pijn. De doelstelling blijft hetzelfde, maar de technieken (oefeningen) worden aangepast.

In mijn scriptie wil ik onderzoeken wat ACT kan betekenen voor psychomotorische therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornissen. Kan ACT vertaald worden naar PMT? Sluiten de ACT-doelstellingen, strategieën en attitude aan bij de kenmerken en behandeldoelen van een borderline persoonlijkheidsstoornis? En hoe zien PMT oefeningen bij de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis eruit vanuit de ACT-doelstellingen en strategieën?

Mijn hoofdvraag is dan ook als volgt:

Wat kunnen de ACT-doelstellingen, strategieën en attitude bijdragen aan psychomotorische therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis en hoe zien PMT-oefeningen er dan uit?

Ik heb de volgende deelvragen opgesteld:

- Wat zijn de doelstellingen, strategieën en therapeutische attitude bij ACT?
- Wat zijn de doelstellingen en strategieën bij PMT?
- Wat zijn de kenmerken en behandeldoelen van borderline persoonlijkheidsstoornis vanuit de DGT visie?
- Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen ACT, PMT en borderline persoonlijkheidsstoornis?
- Hoe zien PMT-oefeningen bij de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen eruit, vanuit de ACT-doelstellingen en strategieën?

In het eerste hoofdstuk zet ik uiteen wat ACT inhoudt. Ik ga eerst dieper in op de achtergrond, zodat duidelijk wordt waar de doelstellingen vandaan komen. Die ga ik vervolgens beschrijven om daarna de strategieën en de therapeutische attitude in beeld te brengen. Vervolgens komen PMT (hoofdstuk 2) en borderline persoonlijkheidsstoornis (hoofdstuk 3) aan bod. In hoofdstuk 2 zet ik de doelstellingen en strategieën van PMT uiteen en in hoofdstuk 3 beschrijf ik de kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis en zet ik de behandeldoelen en strategieën volgens de DGT-visie uiteen. In hoofdstuk 4 kijk ik naar de overeenkomsten en verschillen tussen ACT en borderline persoonlijkheidsstoornis en ACT en PMT en in hoofdstuk 5 geef ik mijn conclusies en aanbevelingen. Tot slot werk ik enkele PMT-oefeningen uit in hoofdstuk 6.

1. Acceptance and Commitment Therapy

1.1 Inleiding

Om mijn hoofdvraag te kunnen beantwoorden, moet ik zowel ACT, PMT als de borderline persoonlijkheidsstoornis onderzoeken en naast elkaar zetten. In dit hoofdstuk komt ACT aan bod, zoals omschreven in de literatuur. Eerst ga ik in paragraaf 2 nog kort wat dieper in op de achtergrond van ACT, zodat duidelijk wordt waar de doelstellingen vandaan komen. In paragraaf 3 en 4 zet ik vervolgens de doelstellingen, strategieën en methodieken van ACT uiteen. Daarna zeg ik in paragraaf 5 wat over de attitude van de therapeut. Ik geef dus antwoord op de eerste deelvraag. Dit om in beeld te brengen waar ACT voor staat, om het uiteindelijk te kunnen vergelijken met PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornis.

1.2 Acceptance and Commitment Therapy

Acceptance and Commitment Therapy is een derde generatie gedragstherapie, met als basistheorie de relationele kadertheorie (RFT). De tweede generatie gedragstherapieën zijn gericht op het oplossen van problemen. Dit is succesvol gebleken, maar niet voor alle cliënten. De omslag van tweede generatie gedragstherapie naar derde generatie gedragstherapie is gemaakt omdat een deel van de cliënten onvoldoende baat heeft bij de tweede generatie gedragstherapieën. Ze blijven last houden van hun problemen, en dan? Hier proberen de derde generatie gedragstherapieën een antwoord op te geven.

ACT vraagt om een omslag in ons denken. We zijn gewend pijn weg te willen maken, op te lossen. Dat is ook iets waar de tweede generatie gedragstherapie zich op richt. Als je angstig bent, zorgen therapie en medicijnen ervoor dat je die angst niet meer voelt. ACT zegt dat pijn normaal is, niet slecht is en dat je moet voelen wat er te voelen is. Niet weg gaan van de pijn. Je last accepteren en daar mee leven, door de relatie met je last te veranderen. (Hayes, Follette & Linehan, 2006)

Door de RFT gaat ACT er vanuit dat elk mens lijdt. En dat lijden wordt veroorzaakt door de taalprocessen. Als je het lijden zou willen stoppen, zou je de taalprocessen moeten stoppen. Dat is onmogelijk en bovendien ongewenst, omdat het ons functioneren in de buitenwereld bepaalt. (Hayes & Smith, 2006; Hayes, Follette & Linehan, 2006) ACT is dan ook niet gericht op het oplossen van het lijden, maar op het leren omgaan met nare gevoelens. Hayes & Smith (2006) maken het duidelijk met metaforen. Het is oorlog in je hoofd en op dit moment doe je mee met het gevecht. Je staat midden in de strijd. Wat als je niet meer zou proberen om de strijd te winnen, maar zou proberen om uit de strijd te stappen? De oorlog gaat dan wel door, maar je bent niet langer bezig om je hoofd boven water te houden.

Een andere metafoor: je bent aan het touwtrekken met je last (depressie, angst, verdrietige herinnering of iets dergelijks). Hoe harder je trekt, des te harder trekt je last. Het lijkt of je niet kunt winnen. Je bent bang in een afgrond te vallen als je verliest, dus blijf je trekken. Je probeert andere manieren te vinden; hakken in het zand, spieren sterker maken. Je blijft hopen op een goede oplossing, waarmee je de strijd kunt winnen. Wat als het erom gaat een manier te vinden het touw los te laten?

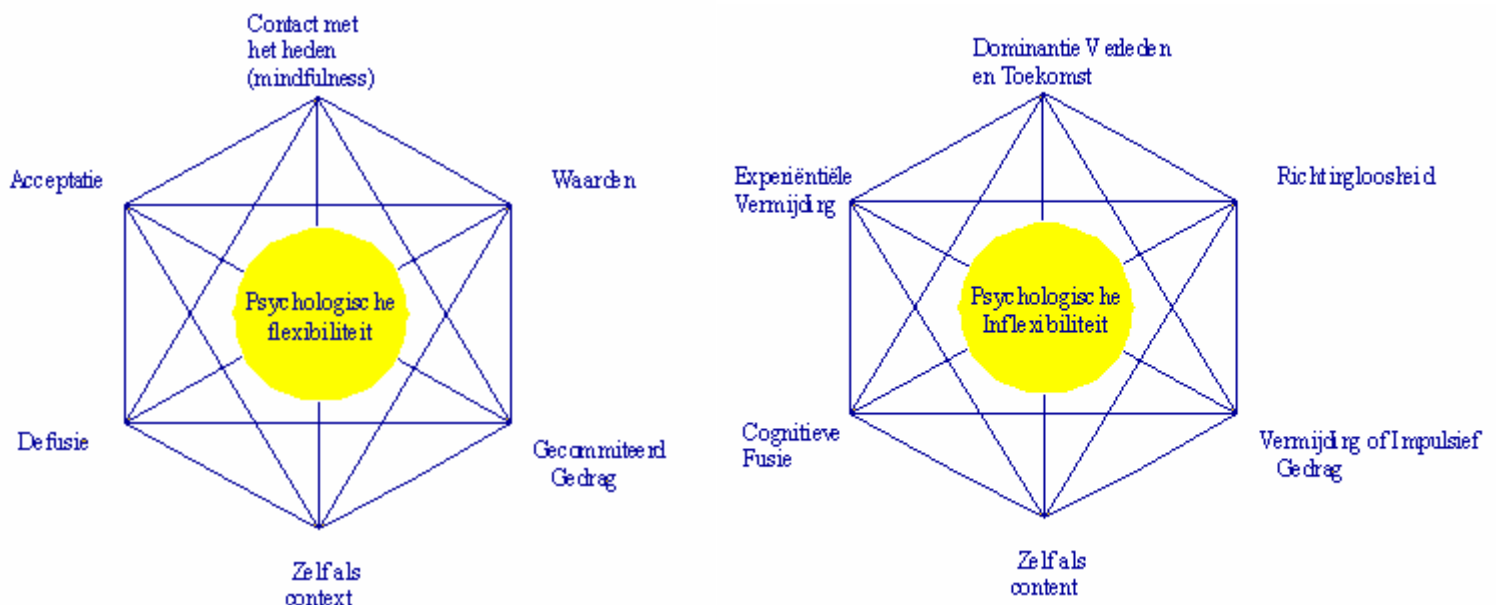
1.3 Doelstellingen

‘Het doel van ACT is het creëren van meer psychologische flexibiliteit¹.’ (Hayes, Follette & Linehan, 2006 p.32) De psychologische flexibiliteit zorgt ervoor dat je een uitgebreid en

¹ Psychologische flexibiliteit worden door Hayes, Follette & Linehan (2006, p.32) omschreven als ‘het vermogen om functionele gedragscategorieën te veranderen of in stand te houden.’ Hiermee wordt bedoeld: het in contact kunnen zijn met het hier en nu, het in volledig bewustzijn ervaren en aanvaarden van datgene wat de actuele situatie met zich meebrengt en het voldoende afstand kunnen nemen van de inhoud van het eigen denken.

flexibel repertoire hebt om met je lijden om te kunnen gaan. Dit zodat je je leven niet door het lijden laat bepalen, maar leeft naar je waarden, naar wat je belangrijk vindt. Het gaat erom dat je een rijk en betekenisvol leven leidt, terwijl je het leed dat je onvermijdelijk zal overkomen accepteert. ACT praat over clean pain en dirty pain, ook wel pijn van de aanwezigheid en pijn van de afwezigheid. Pijn van de aanwezigheid is de pijn zelf. Pijn van de afwezigheid pijn die ontstaat door de pijn van aanwezigheid te vermijden. Je wilt geen nare gevoelens hebben, dus ga je situaties uit de weg die die nare gevoelens zouden kunnen veroorzaken. Je past je hele leven aan aan je pijn, doet niet meer wat je graag wilt doen. ACT is erop gericht om de pijn van de afwezigheid te verminderen.

Er zijn zes processen die in de therapie aan bod komen, (zie figuur 1) die weer onderverdeeld zijn in twee categorieën. De eerste categorie staat voor vaardigheden m.b.t. acceptatie en mindfulness. De processen contact met het heden, acceptatie, defusie en zelf als context horen hier bij. De tweede staat voor toewijding en directe gedragsverandering. Waarden en gecommiteerd gedrag vallen hier onder. Alle processen staan met elkaar in verband, ze kunnen niet los van elkaar gezien worden. Door de processen te combineren kom je tot psychologische flexibiliteit, waardoor je waardegericht kunt leven.



Figuur 1: Psychologische flexibiliteit en psychologische inflexibiliteit

De eerste categorie
vaardigheden m.b.t. acceptatie en mindfulness
gericht op het krijgen van meer psychologische flexibiliteit.

1. Acceptatie

De mens is geneigd om niet te willen voelen wat ongewenst is en daar de strijd mee aan te gaan. Pijn wordt groter, meer overheersend en traumatischer als je probeert om er vanaf te komen. Dit vermijden wordt experiëntiële vermijding genoemd en de oorzaak hiervan ligt in de relationele kadertheorie. De mens is oplossingsgericht en in staat allerlei verbanden te leggen. We willen een alternatief verzinnen voor iets wat niet bevalt. De oplossingsstrategieën die een mens op de buitenwereld toepast, werken niet bij interne problemen. Een oplossing voor een vervelende gedachte zou kunnen zijn om die gedachte niet toe te laten. Met als

gevolg dat die gedachte steeds meer in je hoofd rond spookt. Hayes & Smith (2006) verduidelijken dit met de volgende oefening; probeer vanaf nu een minuut lang *niet* aan een gele jeep te denken. Waarschijnlijk is de jeep in die minuut aardig wat voorbij gekomen, terwijl je er helemaal niet aan dacht voordat je de opdracht kreeg. Bewuste pogingen om gedachten en gevoelens te onderdrukken zorgen ervoor dat hun frequentie en hun invloed op het gedrag toenemen.

Experiëntiële vermijding zorgt ervoor dat bijvoorbeeld de angst steeds groter wordt. En dat leidt weer tot problemen op de lange termijn. Je gaat niet uiteindelijk niet meer naar een verjaardag omdat je een sociale fobie hebt. Door niet te gaan, bevestig je je eigen gedachte dat het eng is om onder de mensen te komen en wordt de angst sterker. Dus wordt de drempel om volgende keer wel te gaan steeds hoger. Je komt in een vicieuze cirkel terecht: stress en opwinding → vermijdingsstrategieën (angst voor de angst) → meer stress en opwinding → enzovoort. De pijn van de afwezigheid vergroot, want je past je leven steeds meer aan aan je lijden. Experiëntiële vermijding is dan ook de voornaamste oorzaak van pijn van de afwezigheid.

Acceptatie (ook wel; bereidheid) is een alternatief voor experiëntiële vermijding. Hierbij gaat het om het accepteren van situaties of dingen die moeilijk te veranderen zijn. Het staat voor het volledig beleven van alle gevoelens die bij je opkomen, dus ook de nare gevoelens. Accepteren betekent niet dat je er maar mee te doen hebt, dat je je erin berust, dat je je pijn gelaten draagt. Je bent niet passief als je accepteert, maar je reageert juist actief op gevoelens en gedachten door ze letterlijk te voelen. Het betekent dat je je openstelt voor alles wat er bij je speelt. 'Het gaat er niet om dat je je *beter* gaat voelen, het gaat er om dat je beter leert *voelen*.' (Hayes & Smith, 2006 p.58)

2. Cognitieve defusie

De mens kijkt vaak vanuit zijn gedachten naar de wereld. Dat houdt in dat gedachten voor feiten worden aangezien. 'Ik ben depressief' wordt letterlijk genomen, waardoor je uiteindelijk gaat geloven dat je je pijn *bent*. Je fuseert, vereenzelvigd als het ware met je gedachten. Dit proces wordt cognitieve fusie genoemd en ook dit is te verklaren vanuit de relationele kadertheorie. Cognitieve fusie zorgt ervoor dat het lastig te zien is dat het 'slechts' gedachten zijn. Hayes & Smith (2006, p.72) definiëren cognitieve fusie als 'de neiging het denken te laten domineren over andere bronnen van gedragsregulatie omdat we de gedachten niet los kunnen zien van datgene waar ze over gaan'. Bij cognitieve fusie evalueer en ver-/beoordeel je. Je labelt bijvoorbeeld 'angst' als 'slecht', waardoor je angst wil vermijden. Cognitieve fusie is dan ook de grondoorzaak van experiëntiële vermijding.

Cognitieve fusie is in de meeste gevallen niet schadelijk. Sterker nog, cognitieve fusie kan heel nuttig zijn. Als we het op de buitenwereld toepassen, evalueren we verschillende opties. We kunnen een beeld vormen, ons voorstellen wat er zou kunnen gebeuren en vervolgens beslissen wat de beste optie is. Net zoals bij experiëntiële vermijding wordt het pas schadelijk als we het op onze binnenwereld toepassen. Je kunt niet toetsen, evalueren of de gedachte 'Ik ben depressief' echt waar is. Er is geen maatstaf voor, er is geen richtlijn voor de waarheid. Je verstand kan altijd en overal wel iets op aanmerken en omdat de maatstaf ontbreekt is er niets wat je verstand corrigeert. Met als gevolg dat je verstand steeds drukker wordt, je vereenzelvigd je steeds meer met je gedachte. Je komt steeds meer in je hoofd en steeds minder in het hier-en-nu. (Hayes & Smith, 2006; Hayes, Follette & Linehan, 2006)

Defusie staat voor het 'loskoppelen van gedachten van datgene waarnaar het verwijst'. (Hayes & Smith, 2006 p.85) Je kijkt naar je gedachten in plaats van vanuit je gedachten. Anders gezegd, je neemt meer afstand van je gedachten. 'Wat ben ik bang!' is meer gefuseerd dan 'Ik heb het gevoel dat ik bang ben.' Door defusie kun je het proces van het denken waarnemen. Je ziet in dat een gedachte een gedachte is, gecreëerd door jezelf, door hoe jij verbanden legt.

Het is dus geen feit. Met behulp van defusie leer je een andere houding aan te nemen ten opzichte van je gedachten, waardoor het makkelijker wordt bereid en bewust te zijn en het leven te leiden dat voor jou waardevol is.

3. Zelf als context

Volgens ACT is er sprake van minstens drie zelden. Het conceptuele zelf, het zelf als doorlopend bewustzijnsproces en het observerende zelf (het zelf als context).

Het conceptuele zelf staat voor het beeld dat je van jezelf hebt, het zelf waar je waarschijnlijk het meest bekend mee bent. Het 'Ik ben...- zelf'. Het zijn evaluaties over jezelf en omvat al je gedachten, gevoelens, herinneringen enzovoort. Het gaat om de inhoud, het is het verhaal over jou en je leven dat je jezelf hebt aangepast. Het is gevaarlijk, omdat je je gaat vereenzelvigen met je verhaal, waardoor je het uiteindelijk ook wordt. Het is een stabiel en rigide beeld. Je zit vast in een patroon, je staat niet open. Opmerkingen als: 'Maar dat past toch helemaal niet bij mij?!' ontstaan vanuit dit zelf en zorgen ervoor dat je rigide wordt.

Het zelf als doorlopend bewustzijnsproces is gericht op het nu en is flexibel. 'Nu voel ik...' en 'Nu denk ik...'. Het is beschrijvend, er kleven geen oordelen aan vast. Je staat dus meer in contact met dit zelf wanneer cognitieve fusie en experiëntiële vermijding vermindert. Defusie en acceptatie bevorderen dit zelf want als je bijvoorbeeld niet boos mag zijn van jezelf, is het lastig die gevoelens te voelen en accepteren.

De derde zelf, het zelf als context of observerende zelf, is het zelf waar ACT de nadruk op legt. Dit zelf berust niet op een inhoud die beschreven kan worden, het is geen iets. Dat maakt het ook lastig te omschrijven waar het om gaat. Het zelf als context verwijst naar het perspectief dat we innemen als we 'ik' zeggen. Het gaat om deiktische relaties. Net zoals hier, daar, nu, dan verwijst het perspectief 'ik' niet naar iets materieels, naar een vaststaand iets.

Jij bent altijd jij geweest. Degene die 10 jaar geleden van de fiets af viel, is dezelfde als wie je nu bent. Over dat zelf gaat het. 'Het observerende zelf is vast en solide, niet omdat het iets is wat niet verandert, maar juist omdat het helemaal 'niet-iets' is.' (Hayes & Smith, 2006 p.114) Volgens ACT kun je vanuit dit zelf volledig acceptierend, gedefuseerd, in het nu aanwezig en waardegericht zijn en daarom is het van belang dat er nauwer contact mee wordt gemaakt.

4. Contact met het heden

Door met angst naar de toekomst te kijken, of met verdriet naar het verleden, word je belemmerd in je doen en laten op dit moment. Daarom is het volgens ACT belangrijk om in contact te komen met het hier en nu. Geen zorgen maken over wat er nog komen gaat of terug kijken op al het leed dat je gehad hebt, maar in contact treden met je eigen, directe ervaring op een gedefuseerde en accepterende manier.

Het contact met het heden zorgt ervoor dat je meer open staat voor nieuwe ervaringen. Je bent immers niet bezig met wat je in het verleden deed, wat je vindt dat hoort. Daardoor kun je steeds beter met je omgeving omgaan.

De tweede categorie

toewijding en gecommitteerd gedrag
gericht op het waardegericht leven.

1. Waarden

Wat wil je nu echt met je leven, hoe wil je leven? Stel dat er niets in de weg zou staan, hoe ziet het ideaalplaatje eruit? Waarden zijn richtinggevend principes, die het leven zinvol en waardevol maken. Door te kijken naar je waarden, weet je waarvoor je al die nare gevoelens en ervaringen accepteert. Het werkt motiverend, je weet waarvoor je het doet.

Waarden zijn algemene richtingen in het leven. Je kunt een waarde niet bereiken, doordat het een richting is. Als je de waarde hebt een liefhebbend mens te zijn, ben je niet 'klaar' als je dat een paar maanden hebt gedaan. Een waarde is geen doel. Een doel is immers bereikbaar, een doel kun je halen. Bij waarden gaat het om het proces. Het is niet iets wat in de toekomst ligt, het gaat om het nu. Je kunt er altijd en overal mee bezig zijn. Daarbij is het goed om in je achterhoofd te houden dat niemand erin slaagt altijd naar zijn waarden te leven.

Waarden hoeven je geen prettig gevoel te geven. Het is niet zo dat het leven leuker en makkelijker wordt als je naar je waarden leeft. Een drugsverslaafde wil graag drugs hebben, maar dat gaat tegen zijn waarden in. Leven naar je waarden zou in zijn geval betekenen dat hij geen drugs neemt en de gevoelens die daarbij komen accepteert, om te doen wat hij belangrijk vindt. Sterker nog, in je waarden ligt je kwetsbaarheid, je pijn. Het is soms makkelijker te doen alsof iets je niet uitmaakt, dan je open te stellen en toe te geven dat je het belangrijk vindt. Als je als waarde 'belangstelling voor familie' hebt, en je vader laat je links liggen is het extra confronterend als je stil staat bij je waarden.

Hayes & Smith (2006) hebben een aantal gebieden opgesteld, waarbij je naar je waarden kunt kijken. Hierbij kun je denken aan familie, gezin, werk, gezondheid. Dat wordt ook wel de waardekompas genoemd².

2. Gecommitteerd gedrag

Bij gecommitteerd gedrag staat de volgende vraag centraal: Ben je bereid elk probleem dat je verstand bij je oproept te accepteren en te leven naar je waarden en daarvoor je gedrag te veranderen?

Zoals gezegd wordt je leven niet makkelijker als je waardegericht leeft, maar het wordt wel dynamischer. Als je een waarde hebt gevonden, kun je doelen maken om te leven naar de waarde. Daarbij kun je een waarde zien als de kompaspunt en het doel als de routekaart. Doelen zijn hulpmiddelen bij het waardegericht leven. In grote lijnen gaat het om contact zoeken met je waarden, waardegerichte doelen bedenken, acties ondernemen om die doelen te bereiken, contact zoeken en werken met innerlijke barrières.

Het gaat om het doorbreken van starre patronen. Experiëntiële vermijding, cognitieve fusie, vasthouden aan je zelfbeeld. Door waardegericht te leven creëer je steeds uitgebreidere effectieve patronen. Op den duur kan het zo zijn dat je klachten, je lijden vermindert. Maar dat is slechts bijzaak bij ACT. Lijden is immers normaal en niet slecht o.i.d.

Het gaat bij ACT om zowel acceptatie (acceptance) als verandering (commitment). Maar bij verandering gaat het om het veranderen van aspecten die direct veranderd kunnen worden. Dus bijvoorbeeld niet de inhoud van je gedachten, waar tweede generatie gedragstherapieën zich op richten, maar de relatie met je gedachten wordt veranderd.

Belangrijk is dat ACT er niet op gericht is je leven makkelijker te maken. Je kunt een keuze maken tussen de oude, vertrouwde weg van vermijding etc. Je kunt ook kiezen voor het aangaan ervan. Je kan de pijn niet ontlopen. Ieder mens lijdt, wat voor leven je ook leidt. Beide wegen leiden dus tot problemen en pijn. De ene weg staat voor het oude, bekende, afstompnd en verstikkend. De andere weg voor nieuw, heftiger, bitterzoet en diep menselijk. (Hayes & Smith, 2006)

Waarom zou je waardegericht leven als het misschien wel extra pijn oplevert? Stel, een waarde is dat je contact hebt met je familie, terwijl je vader al jaren niets meer van zich laat horen. Je schrijft een brief naar je vader als waardegerichte actie. En vervolgens krijg je niets terug, word je wéér met het verbroken contact geconfronteerd. Het levert extra frustratie, die je misschien niet gehad had als je geen brief had gestuurd. Anderzijds, als je niets doet,

² Zie bijlage 1

gebeurt er ook niets... Hetgeen waar ACT op gericht is, is een dynamischer leven. Het wordt niet makkelijker, wel dynamischer³. Waardegericht leven houdt dus niet in dat het op jouw manier gaat en dat je krijgt wat je wilt. Het betekent dat je gaat staan voor wat je belangrijk vindt en daar ook naar gaat leven. Ondanks de frustratie die het op zou kunnen leveren. Zaak is om daar ook weer op een accepterende, gedefuseerde manier mee om te gaan.

1.4 Strategieën en methodieken

ACT is opgebouwd uit een aantal fases. Omdat ACT een omslag in het denken vereist, wordt eerst gekeken naar 'oude' oplosstrategieën van de cliënt, om vervolgens aan psychologische flexibiliteit te kunnen werken.

De eerste fase wordt 'creatieve hopeloosheid' genoemd. In die fase kijkt de therapeut met de cliënt naar wat de cliënt heeft gedaan om het probleem op te lossen en welke ervaringen hij daarbij heeft opgedaan. Daarna komt de fase 'controle is het probleem'. In deze fase wordt duidelijk dat experiëntiële vermijding en negatieve evaluaties van bijvoorbeeld angst ervoor zorgen dat je problemen alleen maar groter worden. Oftewel, bewuste en doelgerichte controlepogingen halen weinig uit.

Vervolgens komen de verschillende processen aan bod. Zoals gezegd staan de processen in verband met elkaar, zorgen ze samen voor psychologische flexibiliteit. Dat houdt ook in dat, afgezien van gecommiteerd gedrag die aan het eind behandeld wordt, de processen door elkaar lopen. Onder het kopje 'Doelstellingen' heb ik al enige toelichting op de processen gegeven. Hieronder zal ik nog kort beschrijven wat strategieën bij elk proces zijn.

Strategieën bij acceptatie

'Het gaat om een open confrontatie met onze gedachten, gevoelens en gewaarwordingen zoals we die direct ervaren.' (Hayes, Follette & Linehan 2006 p.36) Oftewel, om het loslaten van controle, van pogingen om te reguleren en stilstaan bij *al* je gevoelens in plaats van ze weg willen maken. Het woord 'direct' is belangrijk, aangezien de mens de neiging heeft om zich bijvoorbeeld schuldig te voelen over zijn/haar primaire gevoel en daardoor in een negatieve spiraal terechtkomt. Naast je lijden om een gebeurtenis, komt er lijden om je lijden.

Een hulpmiddel om dat te voorkomen, is cognitieve defusie. Door los te komen van evaluaties als 'angst is slecht' wordt het makkelijker om angst open te ervaren en niet in die negatieve spiraal te komen.

Strategieën bij cognitieve defusie

Zoals gezegd is cognitieve defusie gericht op het veranderen van je relatie met je gedachten. Een gedachte is een gedachte, geen feit. Daarnaast gaat het om het kijken naar je gedachten in plaats van kijken vanuit je gedachten. Er zijn allerlei strategieën die daarbij kunnen helpen. Benoemen welke gedachten en gevoelens er spelen door middel van 'Ik heb de gedachte dat...' 'Ik heb het gevoel dat...'. Het verstand zien als iets dat buiten jezelf staat. 'Mijn verstand begint weer te piekeren.' Iets doen ondanks dat je verstand wat anders zegt.

Een hulpmiddel bij defusie is het onderscheid maken tussen beschrijvingen en evaluaties. Beschrijvingen zijn wat je dat wat je direct waarneemt, feitelijkheden. De muur is wit, de stoel is van plastic, ik zweet, de buurman schreeuwt. Evaluaties zijn je reacties op je beschrijvingen. Je kent een waardering, een oordeel toe. De witte muur is lelijk, de plastic stoel zit oncomfortabel, het zweten is ondragelijk, het schreeuwen is onredelijk. Veel problemen komen voort uit het verwarren van beschrijvingen en evaluaties. We zien iets voor feitelijkheden (beschrijvingen) wat oordelen (evaluaties) zijn.

³ Zie bijlage 2 voor een schematische weergave

Strategieën bij het zelf als context

Hulpmiddelen bij het in contact komen met het zelf als context zijn meditatie en mindfulness. Ervaren vanuit het hier-en-nu, zodat je gebeurtenissen direct beleeft en het niet bedreigd wordt door het zelfbeeld, door evaluaties van wat wel bij je zou horen en wat niet.

Strategieën bij contact met het heden

Ook hierbij wordt mindfulness gebruikt. 'Mindfulness is het gedefuseerde, ongebonden, accepterende, niet-oordelende weloverwogen besef van experiëntiële dingen op het moment zelf.' (Hayes & Smith, 2006 p.118) De vorige strategieën komen hier dus ook in terug. Het gaat om het richten van je aandacht op wat hier-en-nu speelt. Dat kunnen geluiden zijn, lichaamssignalen enzovoort.

Strategieën bij waarden

Evocatieve oefeningen worden gebruikt om te onderzoeken wat je belangrijk vindt. Zodra de waarden geformuleerd zijn, worden doelen geformuleerd die de waarden concretiseren en wordt beschreven hoe die doelen bereikt zouden kunnen worden. Daarbij wordt ook gekeken naar eventuele hindernissen die je onderweg tegen zou kunnen komen.

Strategieën bij gecommiteerd gedrag

Het gaat om het uitbreiden van je repertoire van effectief gedrag. Daarvoor moeten patronen doorbroken worden. Een andere strategie is het doelgericht bezig zijn.

De methodieken waar ACT veel gebruik van maakt zijn non-lineair taalgebruik (paradoxen, metaforen) en experiëntiële oefeningen. Het non-lineair taalgebruik wordt ingezet om te voorkomen dat je brein met het verhaal aan de haal gaat, wat wil zeggen dat je het letterlijk neemt en gaat evalueren, waardoor het een rigide repertoire wordt. De paradoxen en metaforen moeten ervoor zorgen dat je flexibel wordt/ blijft. De methodieken zijn bij wijze van spreken manieren om uit de valstrik van je brein te blijven. Er wordt veel gebruik gemaakt van oefenvormen. Verschillende oefenvormen die binnen ACT aan bod komen, hebben veel overeenkomsten met oefenvormen waar binnen PMT gebruik van wordt gemaakt. Daarnaast komen meer sociotherapeutische werkvormen aan bod. Dit begrip wordt op mijn stage gebruikt voor vormen die ingaan op cognities en persoonlijke achtergronden. De diepere lagen komen meer in beeld.

1.5 Attitude van de therapeut

De therapeutische relatie is gelijkwaardig bij ACT. De therapeut wordt gestimuleerd om zichzelf open te stellen voor zijn eigen problematische gedachten, gevoelens, herinneringen en lichamelijke gewaarwordingen. (Hayes, Follette & Linehan, 2006) Het is de bedoeling dat de therapeut de cliënt helpt bij het voelen en denken zoals het is en dat de therapeut helpt bij het kiezen van richtingen voor gecommiteerd gedrag.

De attitude is reflecterend. (Rokx, 2007) Zelfonthullingen en eigen voorbeelden zijn erg belangrijk. Daarnaast is de therapeut empathisch naar de cliënt, maar er worden geen empathische reacties gegeven. Het is niet de bedoeling dat de therapeut gerust gaat stellen, hoop gaat geven o.i.d. Het is zoals het is. Daar moet de cliënt mee om leren gaan, maar de therapeut ook. De therapeut zit als het ware in hetzelfde proces als de cliënt. Als therapeut moet je accepteren dat de cliënt lijdt en alle gedachten en gevoelens die daarbij horen onder ogen zien.

2. Psychomotorische therapie

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op de tweede deelvraag: Wat zijn de doelstellingen en strategieën bij PMT? Zoals aangegeven in hoofdstuk 1 moet ik zowel ACT, PMT als de borderline persoonlijkheidsstoornis onderzoeken om deze vervolgens met elkaar te kunnen vergelijken. Ik onderzoek hoe PMT wordt omschreven in de literatuur om in beeld te brengen wat de sterke kanten van PMT zijn, waar ACT dus bij aan zou kunnen/ moeten sluiten. In paragraaf 2 komen de doelstellingen aan bod, in paragraaf 3 de strategieën en methodieken.

2.2 Doelstellingen

In het beroepsprofiel voor vaktherapeuten (FVB, 2005) is opgenomen dat ‘de doelstelling van vaktherapieën het bewerkstelligen van verandering, ontwikkeling, stabilisatie of acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied’ is.

De directe ervaring is het uitgangspunt. (Emck 2001,2002) Bewegen en het lichaam zijn de aangrijpingspunten. Psychomotorische therapie kan in grote lijnen inspringen op twee verschillende hulpvragen. (Emck, 2001, 2002) Namelijk hulpvragen gericht op problemen in het bewegen, de bewegingservaring en/ of lichaamservaring. Leren voelen van verschillende emoties is hier een voorbeeld van. En ten tweede op problemen die te vertalen zijn naar bewegingsgedrag. Bijvoorbeeld het leren samenwerken.

2.3 Strategieën en methodieken

Psychomotorische therapie is een experiëntiële therapievorm. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen lichaamsgeoriënteerde methodieken en bewegingsgeoriënteerde methodieken (Verschuur, 1999) Deze methodieken kunnen bij beide categorieën hulpvragen gebruikt worden. De cliënten worden in het doen geconfronteerd met hun gedrag. Met behulp van interventies van de therapeut kunnen accenten gelegd worden. PMT is een non-verbale therapie, maar dat wil niet zeggen dat er niet gepraat wordt. Betekenisverlening aan de ervaring is van groot belang.

Er zijn drie behandelstrategieën te onderscheiden; oefengericht of klachtgericht, ervaringsgericht en ontdekkingsgericht. (FVB, 2005; Sietsema, 2006) Bij de oefengerichte strategie gaat het om het oefenen van gezond gedrag. Het is gericht op het vergroten van het waarnemings-, belevingsvermogen en het gedragsrepertoire. Een assertiviteitstraining of een ontspanningsoefening vallen onder deze strategie. De ervaringsgerichte strategie richt zich op het ervaren van probleemgedrag en het onderzoeken van strategieën. Bij de ontdekkende strategie gaat het om het zicht krijgen op het effect van vroegere traumata op je huidige leven. Het is afhankelijk van de hulpvraag van de cliënt welke strategie wordt ingezet. De strategieën kunnen ook door elkaar worden gebruikt.

Van der Klis (1999) geeft verscheidene argumenten waarom psychomotorische therapie nuttig is. Hij noemt onder andere ‘actie als therapeutisch ingrediënt’ en de ‘didactische kwaliteiten van metaforen’. Bij het eerste punt gaat het om het volgende. In beweging komen, iets doen, is voor veel cliënten fijn. Ze geven aan ervan te genieten. Daarnaast komen er op een speelse manier interacties tussen deelnemers en/of therapeut tot stand. Verder vraagt het om andere kwaliteiten dan verbale therapieën. Sommige cliënten weten het wel, maar kunnen het niet in de praktijk brengen en andere cliënten kunnen niet onder woorden brengen waar ze mee zitten. Voor hen is psychomotorische therapie een uitkomst.

Het tweede punt houdt in dat activiteiten als metafoor kunnen dienen voor buiten de zaal. Dit kan op twee manieren positief uitpakken. De drempel om het in het ‘echt’ te gaan doen kan

verlaagd worden. Ook kan er herkenning komen door het doen van die activiteiten. 'Dus het werkt zo bij mij!'

Uit het bovenstaande concludeer ik dat het uitgangspunt van psychomotorische therapie meerdere voordelen ten opzichte van verbale therapieën heeft. Door te doen komen cliënten zichzelf tegen. Ze kunnen zicht krijgen op hoe zij dingen aanpakken en vervolgens experimenteren met ander gedrag. Cliënten kunnen oefenen in een veilige omgeving, de drempel naar ander gedrag in de buitenwereld wordt verlaagd. Daarnaast is het voor mensen die verbaal niet sterk zijn een uitkomst. Ook mensen die verbaal 'te' sterk zijn, hebben baat bij PMT, doordat ze zichzelf laten zien in het doen en er dan niet meer omheen kunnen draaien.

Het lichaam, het bewegen is het aangrijpingspunt. Stilstaan bij je gevoel, je lichaamssensaties, je beleving. Weer in contact komen met je lichaam.

De verschillende strategieën zorgen ervoor dat PMT bij veel verschillende cliënten met verschillende hulpvragen kunnen worden ingezet.

3. Borderline persoonlijkheidsstoornis

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de derde hoofdlijn bij het beantwoorden van mijn hoofdvraag aan bod, de borderline persoonlijkheidsstoornis. (BPS) Ik beschrijf de kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen over het algemeen en de specifieke kenmerken van BPS. Daarnaast komen behandeldoelen volgens de visie van de Dialectische Gedragstherapie (DGT) aan bod. Waar is een behandeling op gericht? Er zijn verschillende visies op de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis. Ik heb ervoor gekozen om de visie van de DGT uit te werken, aangezien het volgens een onderzoek⁴ één van de meest werkzame visies is, en zoals vermeld in de inleiding van mijn scriptie wordt deze visie op mijn stage gebruikt. Ik geef dus antwoord op de derde deelvraag.

In paragraaf 2 zet ik de kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen en de specifieke kenmerken van de borderline persoonlijkheidsstoornis uiteen. Dit om vervolgens te kunnen onderzoeken of de ACT-doelstellingen en strategieën aansluiten bij de kenmerken. In paragraaf 3 komt de behandelvisie aan bod. Dit werk ik uit om in beeld te brengen waar de behandeling nu op gericht is, zodat ik in het volgende hoofdstuk overeenkomsten en verschillen tussen ACT en DGT in beeld kan brengen.

3.2 Kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis

Volgens DSM IV TR (2005) is er bij een persoonlijkheidsstoornis sprake van een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die afwijken van wat gangbaar is. Dat patroon uit zich op twee (of meer) van de volgende terreinen; cognities, affecten, functioneren in het contact met anderen en/of beheersing van de impulsen. Het patroon is moeilijk te veranderen, van lange duur en het ontstaat ten minste in de adolescentie of de vroege volwassenheid. Het patroon veroorzaakt lijden of beperkingen in het sociale en het beroepsmatige leven. Het kan ook beperkingen op andere belangrijke patronen opleveren.

De cluster B stoornis borderline persoonlijkheidsstoornis wordt door DSM IV TR (2005, p. 351) omschreven als ‘een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties.’ Volgens het DSM IV TR (2005) zijn er negen situaties, waarbij voor de diagnose BPS van tenminste vijf van die situaties sprake moet zijn. Het gaat om het volgende:

1. Krampachtige proberen te voorkomen om in de steek te worden gelaten. Het in steek laten kan feitelijk, maar ook ingebeeld zijn.
2. Intermenselijke relaties zijn instabiel en er is sprake van wisselingen tussen idealiseren en kleineren.
3. Geen duidelijk zelfbeeld of zelfgevoel. Er is sprake van een identiteitsstoornis.
4. Impulsief gedrag op tenminste twee terreinen, waarbij het gedrag schadelijk kan zijn voor de persoon zelf. Voorbeelden hiervan zijn roekeloos rijden, middelenmisbruik, vreetbuien.
5. Herhaaldelijke suïcidale gedragingen, gebaren of uitingen of automutilatie.
6. Stemmingsschommelingen. Allerdagse gebeurtenissen roepen enorme pieken of dalen op in de gemoedstoestand, waardoor affectlabiliteit ontstaat.
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Ongepaste, intense woede of moeite woede te beheersen.
9. Aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

⁴ Zie bijlage 3 voor het overzicht

Vandereycken & Van Deth (2004) noemen als kenmerk van persoonlijkheidsproblematiek dat de cliënten vaak moeite hebben in de omgang met andere mensen. Ze externaliseren veel. Het probleem ligt niet bij hen, maar bij de omgeving. Ze zijn zoals ze zijn, daar is niets mis mee. Vandereycken & Van Deth (2004, p.216) geven de BPS de typering ‘instabiliteit in relaties, identiteit en stemming’. Dit stemt overeen met de typering omschreven in de DSM IV TR.

Linehan (1996, 2002) heeft de dialectische gedragstherapie ontwikkeld. Zij kijkt naar borderline persoonlijkheidsstoornis als een stoornis waarbij het kernprobleem emotiedisregulatie is. Die disregulatie is te wijten aan emotionele kwetsbaarheid bij de cliënt, en het onvermogen emoties te reguleren. En het gevolg van de disregulatie is het gedrag, zoals beschreven in de DSM IV TR. Ze erkent dus de criteria van de DSM IV TR, maar zij kijkt meer naar wat er achter die kenmerken zit.

Er zijn veel variaties en borderline persoonlijkheidsstoornis kan zich bij ieder weer anders uiten. Een borderline persoonlijkheidsstoornis komt zelden geïsoleerd voor. Meestal is er sprake van co-morbiditeit. Eenderde voldoet aan minimaal een andere persoonlijkheidsstoornis. Driekwart heeft een As I stoornis, waarbij er vaak sprake is van meerdere As I stoornissen. BPS komt vaak voor in combinatie met depressie, stemmingstoornissen, alcoholmisbruik, middelenmisbruik, eetstoornissen (m.n. boulimia), paniekstoornissen en/ of post-traumatische stresstoornissen.

3.3 De behandeling

BPS is een complexe stoornis, die niet te genezen is. Vandereycken & Van Deth (2004) geven aan dat er enige verbetering mogelijk is na de veertigste levensjaar. Daarbij geven ze aan dat er geen sprake is van ingrijpende veranderingen en dat therapie hoogstens tot enige verbetering zal leiden.

Het Trimbos Instituut⁵ vermeldt dat mensen met BPS stabiliseren naarmate ze ouder worden. De diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis kan verdwijnen, doordat er niet meer aan de criteria van de DSM IV TR wordt voldaan. Maar dat betekent niet dat ze geen symptomen meer hebben. Het houdt in dat ze minder symptomen hebben.

Er is onderzoek gedaan naar het resultaat van verschillende therapievormen⁶. Daaruit blijkt dat geen enkele therapie bewezen effectief is. Vanwege de verschillende uitingvormen van BPS en het problematische gedrag is het lastig om een duidelijke behandelstrategie te beschrijven. Er zijn verschillende behandelvisies, die ook verschillende doelen hebben. Een visie is dat de behandeling zich zou moeten richten op leren omgaan met de stoornis, met behulp van stabilisatie crisismanagement. DGT is hier een voorbeeld van. Een andere visie is dat de behandeling zich zou moeten richten op het verminderen van symptomen, bijv. door een training sociale vaardigheden. Tot slot is er ook behandeling m.b.v. medicatie.

De visies zijn onder te verdelen in psychoanalytisch, biologisch, eclecticisch, biosociaal en cognitief. (Linehan, 2002) De Dialectische gedragstherapie (DGT) valt onder de biosociale visie. Zoals aangegeven in de inleiding van dit hoofdstuk, werk ik deze visie uit. Dat structureer ik eveneens onder de kopjes doelstellingen, strategieën en therapeutische attitude.

3.3.1 Doelstellingen

DGT is, evenals ACT, een derde generatie gedragstherapie. Wat de naam al aangeeft, is dat er gebruik wordt gemaakt van dialectiek. Dialectiek staat voor de opvatting dat de werkelijkheid bestaat uit elkaar tegenwerkende krachten. (Linehan, 1996, 2002) Er zijn dus tegenstrijdigheden, ook in de behandeling. Door met die tegenstrijdigheden om te gaan, wordt gewerkt aan verdere ontwikkeling van de persoon en vaardigheden. De behandeling richt zich dus niet op het in stand houden van een stabiele, evenwichtige omgeving maar probeert de

⁵ Bron: <http://www.trimbos.nl/default1736.html>

⁶ Zie bijlage 3 voor het overzicht

cliënt te helpen zich op gemak te voelen bij verandering. In de behandeling wordt omgegaan met drie belangrijke tegenstrijdigheden:

1. de noodzaak om jezelf te accepteren versus de noodzaak om te veranderen
2. krijgen wat je nodig hebt en (bij toenemende competentie) verliezen waar je behoefte aan hebt. Bijvoorbeeld zelfstandigheid versus zorg.
3. vasthouden aan je eigen persoon versus bevestigen van problemen en leren van nieuwe vaardigheden om met deze problemen om te gaan.

Zoals gezegd kijkt Linehan naar wat er achter de kenmerken zit; emotiedisregulatie. Ontstaan door emotionele kwetsbaarheid en het onvermogen emoties te reguleren. 'Het hoofddoel van DGT is het vervangen van ineffectief, slecht aangepast of niet-vaardig gedrag door vaardige reacties.' (Linehan, 1996 p.21)

3.3.2 Strategieën

Een groot gedeelte van DGT is gericht op het leren van vaardigheden, wat gebeurt in de vaardigheidstraining. Hiervoor zijn drie procedures: het ontwikkelen van nieuwe vaardigheden door bijv. instructies of modelling. Het versterken van vaardigheden door oefenen en het generaliseren van vaardigheden door bijvoorbeeld overeenkomsten en verschillen in verschillende situaties te bespreken.

Er komen vier modules aan bod: kernoplettendheid, intermenselijke vaardigheden, emotieregulatievaardigheden en crisisvaardigheden, waarbij kernoplettendheid centraal staat. Kernoplettendheid is gericht op het waarnemen van jezelf en de omgeving, op een oordeelvrije manier. Accepteren van hoe het is. Deze vaardigheden zijn afgeleid van meditatie oefeningen, en komen in alle modules weer terug. Bij intermenselijke vaardigheden gaat het om het aanleren van vaardigheden voor het omgaan met andere mensen. Er zijn overeenkomsten met assertiviteitstrainingen. Omdat mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis emotioneel kwetsbaar zijn en geen vaardigheden hebben om daar constructief mee om te gaan, wordt er aandacht aan emotieregulatie vaardigheden besteed. Tot slot gaat het in crisisvaardigheden om het leren omgaan met crisis. Je kunt een crisis niet voorkomen, je kunt het wel leren accepteren en er mee leren omgaan.

Onder het aanleren van vaardigheden wordt dus ook het aanleren van acceptatie verstaan. Accepteren van het gedrag zoals dat op dat moment is.

3.3.3 Attitude van de therapeut

De therapeutische attitude is gericht op het valideren van gedrag. Mensen met BPS hebben een laag zelfbeeld, vinden dat ze niets waard zijn, niets kunnen. Daarnaast voelen ze zich snel afgewezen. Linehan gaat er vanuit dat BPS ontstaat door biologische factoren, gecombineerd met een invaliderende omgeving. Dat maakt validatie belangrijk.

Ieder individu is verantwoordelijk voor zichzelf, wat inhoudt dat de cliënt de regie in eigen handen moet nemen en dat de therapeut alleen begeleidt. Daarnaast is het belangrijk dat de therapeut er voor zorgt dat het 'programma' aan bod komt.

Kortom, borderline persoonlijkheidsstoornis kenmerkt zich door instabiliteit, zowel in relaties, identiteit als in stemming. Het is een complexe stoornis, waarbij vaak sprake is van co-morbiditeit. Er is dus veel heterogeniteit. De behandeldoelen variëren per visie, van leren omgaan met de stoornis tot het verminderen van symptomen.

De behandeling vanuit de DGT-visie richt zich voornamelijk op het aanleren van vaardigheden, waarbij kernoplettendheidsvaardigheden centraal staan.

4. Overeenkomsten en verschillen tussen ACT en BPS en ACT en PMT

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zet ik de informatie uit de vorige hoofdstukken naast elkaar. Ik kijk dus naar de overeenkomsten en verschillen tussen ACT en PMT en ACT en de borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de visie van de dialectische gedragstherapie. Dit om antwoord te kunnen geven op de vraag: Wat kunnen de ACT-doelstellingen, strategieën en attitude bijdragen aan psychomotorische therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis?

In paragraaf 2 combineer ik ACT met de borderline persoonlijkheidsstoornis. Eerst combineer ik de ACT-doelstellingen en strategieën met de kenmerken van persoonlijkheidsstoornissen en de specifieke kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornissen. Dit om te kijken of ACT überhaupt aansluit bij de stoornis. Vervolgens zet ik ACT en de behandelvisie volgens DGT naast elkaar, om te kijken wat de bijdrage van ACT aan de behandeling zou kunnen zijn. In paragraaf 3 combineer ik ACT met PMT, om te kijken of ACT toe te passen is binnen PMT. Bij beide paragrafen blik ik aan het eind terug op de paragraaf en geef ik een conclusie van die paragraaf.

4.2 ACT en borderline persoonlijkheidsstoornis

4.2.1 ACT-doelstellingen en strategieën en de kenmerken

De doelstelling van ACT, het creëren van meer psychologische flexibiliteit, sluit aan bij BPS. Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zitten vast in langdurige patronen, wat lijden veroorzaakt. Zoals beschreven in hoofdstuk 3.3 verminderen de symptomen van BPS, maar verdwijnen ze niet allemaal. Mensen met BPS kunnen hen lijden moeilijk verdragen en proberen het te verdoven met drugs, alcohol. Vandaar dat het naar mijn mening belangrijk is om er mee om te leren gaan. Hieronder zal ik uiteenzetten welke processen en strategieën te gebruiken zijn bij BPS.

1. Acceptatie

Bij acceptatie gaat het om het beter leren voelen, stilstaan bij je gevoel. Accepteren van dingen die moeilijk te veranderen zijn. Mensen met BPS hebben een chronisch gevoel van leegte, wat moeilijk te verdragen is. Daarnaast schieten ze van de ene emotie naar de andere en beleven die emoties intens. Ze hebben last van affectlabiliteit en hebben vaak de neiging het gevoel weg te willen maken. Hierdoor weten ze niet hoe het met hen gaat, zijn het contact met zichzelf kwijt. Acceptatie staat daar lijnrecht tegenover. Het vraagt een ommezwaai en zal lastig zijn, maar de oude strategieën werken ook niet. Acceptatie sluit dus aan bij de borderline persoonlijkheidsstoornis.

2. Cognitieve defusie

In hoofdstuk 3.2 staan de criteria van BPS, waarbij veel terug komt op cognities. Krampachtig vasthouden om maar niet verlaten te worden, idealiseren vs. kleineren. Er is sprake van schommelingen, instabiliteit, wat bekend staat als het 'zwart-wit' denken. Met behulp van defusie en mindfulness kan er wat afstand van gedachten genomen worden. Aandacht richten op het hier en nu, kijken wat er echt aan de hand is, in plaats van dat je gedachten en gevoelens met je op de loop gaan.

3. Zelf als context

Mensen met BPS hebben geen duidelijk zelfbeeld of zelfgevoel. Er is sprake van een identiteitsstoornis. Ze vinden zichzelf niets waard, hebben een laag zelfbeeld. Hierdoor kijken ze met een 'gekleurde bril' naar de wereld. Door meer in contact te komen met het zelf als context, raakt de bril minder gekleurd en is het mogelijk om meer objectief in de wereld te staan.

4. Contact met het heden

Dit is ook bij punt 2 aan bod gekomen. Door in het hier-en-nu te zijn, je niet af te laten leiden door het verleden of de toekomst, kun je beter kijken naar wat er echt aan de hand is. Je wordt niet meegesleept door je gedachten en gevoelens.

5. Waarden en waardegericht leven

Mensen met BPS zijn impulsief. Daarnaast weten ze niet wie ze zijn en wat ze willen. De ene dag volgen ze het ene pad en de volgende dag zijn de plannen weer gewijzigd. Daarom is het zinvol voor hen om te kijken naar wat ze echt belangrijk vinden en daar vervolgens het pad op af stemmen. Doelgericht bezig zijn, iets wat erg lastig is als impulsiviteit zo'n grote rol speelt. En dus erg belangrijk om daar aandacht aan te besteden.

4.2.2 ACT en DGT

1. Doelstellingen

Zowel ACT als DGT zijn een derde generatie gedragstherapie. Ze zijn gericht op het leren omgaan met je stoornis. Het waarnemen en ervaren van je emoties en gedachten zonder deze te willen veranderen. Er is dus een overlap. Toch zijn er ook verschillen tussen de doelstellingen. Linehan (1996, p.21) geeft aan dat het hoofddoel van DGT het vervangen van ineffectief, slecht aangepast of niet-vaardig gedrag door vaardige reacties is. ACT heeft als hoofddoel het creëren van meer psychologische flexibiliteit, om waardegericht te kunnen leven. (Hayes, Follette & Linehan, 2006 p.32)

Waar DGT zich meer richt op het aanleren van andere vaardigheden naast het accepteren, richt ACT zich meer op het accepteren van hoe het is en vervolgens waardegericht leven.

2. Strategieën en methodieken

Qua strategieën bij DGT staan de kernoplettendheidsvaardigheden centraal en binnen deze vaardigheden komt acceptatie aan bod. Oordeelvrij kijken is te vergelijken met de defusietechnieken die binnen ACT worden gebruikt. Ook contact met het heden sluit hier op aan. Intermenselijke vaardigheden en emotieregulatievaardigheden komen niet aan bod binnen ACT. Bij crisisvaardigheden komt een stuk kernoplettendheid terug, dus daar sluit ACT deels aan. Waardegericht leven komt bij DGT niet aan bod.

ACT zou, heel zwart-wit, kunnen worden gezien als uitbreiding van de kernoplettendheidsvaardigheden, met als toevoeging waardegericht leven.

3. Attitude van de therapeut

Bij zowel DGT als ACT is de therapeutische relatie redelijk gelijkwaardig. De cliënt heeft eigen verantwoordelijkheid en de therapeut begeleidt, houdt de grote lijn in de gaten. Een verschil is dat de therapeut bij ACT geen empathische reacties mag geven en dat de therapeut bij DGT veel moet valideren.

Door geen empathische reacties te geven, leert de cliënt dat hij/ zij er mee moet leren leven. Dat het is zoals het is. Valideren is erg belangrijk bij mensen met BPS. (zie hoofdstuk 3.3.3) Empathisch zijn, maar niet empathisch reageren sluit daar op aan omdat de cliënt zo leert dat hij/ zij dingen moet leren verdragen.

Conclusie

ACT heeft dus aansluitingspunten bij de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zijn er ook aandachtspunten. ACT is revolutionair in de zin dat het een totaal andere denkwijze vraagt, omdat het niet gericht is op klachtenreductie. Dat vraagt een ommezwaai en het is de vraag of elke cliënt die kan maken. Daar is mijns inziens op zijn minst enige ziekte inzicht voor nodig. Mensen met BPS vinden het erg lastig om te voelen wat er te voelen is. Ze leven bij wijze van spreken met een hel in hun hoofd⁷ en doen van alles om

⁷ Zie bijlage 4 voor beeldvorming

maar niet te hoeven voelen. Men moet nut zien in waar men mee bezig is, anders zullen de oude patronen blijven bestaan.

Enerzijds vind ik het uitgangspunt van ACT (*met je lijden op pad*) verfrissend. Er zijn klachten waar je niet vanaf komt, waardoor je er mee om moet leren gaan. Dat geldt zeker voor mensen met BPS. Je kunt je hele leven blijven vechten, je kunt ook beslissen om het gevecht te staken. Ik zet er wel mijn vraagtekens bij of deze aanpak de beste is bij alle klachten die iemand met BPS heeft. ACT zegt dat het gaat om het accepteren van situaties en dingen die moeilijk te veranderen zijn, maar het besteedt weinig aandacht aan zaken die wel te veranderen zijn. Mijn mening is dat bijvoorbeeld sociale vaardigheden aangeleerd kunnen worden en dat daar ook zeker aandacht aan besteed moet/ kan worden.

Ik heb in hoofdstuk 4.2.1 aangegeven dat ACT aansluit bij verschillende kenmerken van borderline persoonlijkheidsstoornis. Vooral impulsiviteit en de identiteitsstoornis komen specifiek bij ACT in beeld en minder bij DGT, omdat de cliënt bij ACT na moet gaan wat hij/ zij echt belangrijk vindt en daar vervolgens ook naar gaat leven. Anderzijds blijven het beheersen van woede en het omgaan met intermenselijke relaties buiten beeld. Ook de suïcidale neigingen en automutilatie komen bij DGT een stuk uitgebreider aan.

Daarom zou ik ACT willen zien als een aanvulling voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsstoornis. De kernoplettendheidvaardigheden van DGT moeten ervoor zorgen dat de cliënten leren accepteren. Verder richt de aandacht zich voornamelijk op het aanleren van intermenselijke, emotieregulatie en crisisvaardigheden. Aangezien acceptatie een omslag in denken vraagt en een opgave kan zijn, is de extra aandacht vanuit ACT voor het accepteren en vervolgens waardegericht leven een mooie aanvulling.

4.3 ACT en PMT

1. Doelstellingen

Het hoofddoel van ACT is het creëren van psychologische flexibiliteit. Oftewel: het in contact kunnen zijn met het hier en nu, het in volledig bewustzijn ervaren en aanvaarden van datgene wat de actuele situatie met zich meebrengt en het voldoende afstand kunnen nemen van de inhoud van het eigen denken. In hoofdstuk 2 heb ik beschreven dat een van de doelstellingen van PMT acceptatie op emotioneel, gedragsmatig, cognitief, sociaal of lichamelijk gebied is. ACT sluit dus aan bij een doelstelling van PMT. Een andere doelstelling van PMT is verandering op bovenstaande gebieden. Ook dit komt bij ACT in beeld, mits het om situaties gaat die niet moeilijk te veranderen zijn. Daarnaast komt verandering aan bod bij het waardegericht leven. Oude patronen worden doorbroken, men gaat anders leven dan men gewend is.

ACT is gefocust op voelen wat er te voelen is. Niet gaan vermijden en je gevoelens weg willen maken. Bij PMT is stilstaan bij je lichaamssignalen een thema wat veelvuldig aan bod komt. Gevoelig worden voor wat je lichaam te vertellen heeft. In hoofdstuk 2.2 heb ik aangegeven dat een van de hulpvragen waar PMT op in kan gaan, gericht is op problemen in de lichaamservaring. Daar sluit dit punt bij aan.

Thema's die bij ACT aan bod komen, sluiten dus aan bij hulpvragen waar PMT op in kan gaan. Contact met het eigen lichaam is een speerpunt, gevoelig worden voor wat je lichaam vertelt. Daarnaast zijn thema's te vertalen naar bewegingsgedrag. Doelgericht bezig zijn, patronen doorbreken.

2. Strategieën

ACT maakt gebruik van experiëntiële oefeningen. PMT is een experiëntiële therapievorm, met onder andere een ervaringsgerichte behandelstrategie. (zie hoofdstuk 1.4 en hoofdstuk 2.3)

Een deel van de oefeningen die bij ACT aan bod komen, hebben veel overeenkomsten met PMT-oefeningen. Daarnaast zijn er oefeningen die meer sociotherapeutische werkvormen

zijn. De processen en strategieën die binnen ACT worden gebruikt, zijn te vertalen naar PMT-strategieën. Zowel de oefengerichte strategie als de ervaringsgerichte strategie wordt gebruikt. Vooral in de eerste fase (creatieve hopeloosheid) en in de tweede fase (controle is het probleem) gaat het om het ervaren van probleemgedrag en het onderzoeken van strategieën. Vervolgens worden de ervaringsgerichte en de oefengerichte strategieën gecombineerd in de fases die erop volgen.

Conclusie

ACT is te vertalen naar PMT. De doelstellingen sluiten aan. Een van de hulpvragen waar PMT op in kan gaan, nl. problemen in de lichaamservaring, komt overeen met een uitgangspunt van ACT. Een deel van de oefeningen die bij ACT worden gebruikt, hebben veel overeenkomsten met PMT-oefeningen. Daarnaast zijn ACT processen en strategieën te vertalen naar PMT-strategieën en oefeningen.

Van daaruit is er een ACT-protocol op te stellen, gericht op behandeling m.b.v. PMT. Maar mijns inziens is het handiger om sociotherapie en PMT te combineren, omdat het elkaar mooi aanvult. De sociotherapie zou zich kunnen richten op de theorie, de uitleg en PMT op het oefenen en ervaringen opdoen. Op deze manier zijn de ACT-fases ook beter te vertalen.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op mijn hoofdvraag. In paragraaf 2 kijk ik naar de motivatie van mijn stageplek om met ACT te gaan werken, zet ik de conclusies die ik in het vorige hoofdstuk heb getrokken op een rijtje en kom ik tot een antwoord. In paragraaf 3 doe ik aanbevelingen ten aanzien van de opzet van ACT en DGT en de cliënten waar mee gewerkt kan worden. Aangezien ik een literatuuronderzoek heb gedaan, zullen de effecten in de praktijk nog onderzocht moeten worden. Daar kom ik in paragraaf 3 op terug.

5.2 Conclusies

Mijn vraagstelling is: Wat kunnen de ACT-doelstellingen, strategieën en attitude bijdragen aan psychomotorische therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis en hoe zien PMT-oefeningen er dan uit? Eerst geef ik kort weer waar PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornis op mijn stage zich nu op richt, om vervolgens antwoord te geven op mijn vraag.

PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornis volgens de visie van de Dialectische Gedragstherapie is gericht op vaardigheidstraining, waarin kernoplettendheid een belangrijke rol speelt. Volgens Linehan gaat het om drie procedures: het ontwikkelen van vaardigheden, het versterken van vaardigheden en het generaliseren van vaardigheden. Alle drie kunnen binnen PMT aan bod komen met behulp van de oefengerichte behandelstrategie. Bij het ontwikkelen van vaardigheden kan gebruik worden gemaakt van de ervaringsgerichte behandelstrategie. PMT werkt in dat geval drempelverlagend, omdat de cliënt die nieuwe ervaring in een vertrouwde groep kan doen, waarbij de situatie als opstapje kan dienen voor situaties in het dagelijks leven.

Het antwoord op mijn hoofdvraag is dat ACT bij kan dragen aan psychomotorische therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis. In de volgende alinea's zal ik aangeven wat de ACT-doelstellingen, strategieën en attitude bij kunnen dragen.

ACT is een aanvulling op de behandelvisie volgens DGT. Op mijn stageplek deed men de ervaring op dat de doelgroep geneigd is te blijven hangen in de dingen die niet lukken, in plaats van vooruit te kijken. Daar wordt binnen DGT minder aandacht aan besteed. ACT vult dat aan, aangezien ACT aandacht besteed aan het waardegericht leven. Waardegericht leven houdt in dat je stil staat bij je persoonlijke drijfveren, waardoor je meer gaat kijken naar wat je belangrijk vindt in plaats van naar wat niet lukt.

In deze alinea ga ik in op de bijdrage die ACT kan leveren qua doelstellingen. ACT staat voor *met* je lijden op pad om te doen wat je belangrijk vindt. Het is niet gericht op klachtenreductie. Het hoofddoel is dan ook het creëren van meer psychologische flexibiliteit, wat staat voor het in contact zijn met het hier-en-nu, voelen wat er te voelen is en dit aanvaarden en afstand kunnen nemen van de inhoud van je cognities. (zie hoofdstuk 1.3)

In hoofdstuk 4.2.1 laat ik zien dat de doelstelling van ACT aansluit bij de kenmerken van BPS. Niet alle kenmerken van een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn te genezen. Daar moet je mee leren leven en daar wordt bij ACT veel aandacht aan besteed. Aangezien ACT staat voor *met* je lijden op pad, heeft ACT aansluitingspunten.

Ik toon in hoofdstuk 4.2.2 aan dat ACT en DGT overeenkomsten hebben qua doelstellingen. Beide zijn gericht op het leren omgaan met de stoornis. Acceptatie speelt bij beide visies een rol. Er is dus een overlap. In de conclusie van hoofdstuk 4.2 geef ik aan dat acceptatie een opgave kan zijn en dat de extra aandacht die ACT daaraan besteed een mooie aanvulling is. Een verschil tussen ACT en DGT is dat DGT meer gericht is op het aanleren van

vaardigheden en ACT meer gericht is op acceptatie en vervolgens doen wat je belangrijk vindt.

In hoofdstuk 4.3 toon ik aan dat de doelstelling van ACT aansluit bij een hulpvraag waar PMT op in kan gaan. Namelijk problemen in de lichaamservaring, gevoelig worden voor wat je lijf te vertellen heeft. Daarnaast zijn er overeenkomsten tussen de ACT-doelstellingen en doelstellingen van PMT. Een overeenkomst is acceptatie, aanvaarding van de actuele situatie. Ook verandering komt bij doelstellingen van zowel ACT als PMT in beeld, met de aantekening dat het bij ACT gaat om het veranderen van situaties die direct veranderd kunnen worden.

Qua doelstellingen is ACT dus een aanvulling op de PMT-behandeling van BPS volgens de visie van de Dialectische Gedragstherapie. ACT richt zich op het accepteren van situaties die moeilijk te veranderen zijn en vervolgens doen wat je belangrijk vindt. Het aanleren van vaardigheden krijgt niet echt aandacht binnen ACT. Dat gebeurt wel bij DGT.

Deze alinea wijd ik aan de bijdrage die ACT kan leveren op het gebied van strategieën en processen. In hoofdstuk 3.2 geef ik de kenmerken van BPS. In hoofdstuk 4.2.1 laat ik zien dat de ACT-strategieën en processen aansluiten bij het merendeel van de kenmerken van BPS. Vooral de kenmerken impulsiviteit en identiteitsstoornis komen m.b.v. de ACT-strategieën en processen wel aan bod en binnen DGT niet. Dat toon ik in hoofdstuk 4.2.2 aan. Doordat de strategieën van DGT gericht zijn op het aanleren van vaardigheden, besteed DGT wel aandacht aan de volgende kenmerken: beheersen van woede en het omgaan met intermenselijke relaties, suïcidale neigingen en automutilatie. Deze blijven binnen ACT buiten beeld.

In hoofdstuk 4.3 toon ik aan dat de ACT-strategieën en processen te vertalen zijn naar de oefengerichte en ervaringsgerichte behandelstrategie waar binnen PMT van gebruik kan worden gemaakt. Ervaringsgerichtheid is een overeenkomst, aangezien ACT gebruik maakt van experiëntiële oefenvormen en PMT een experiëntiële therapievorm is. Oefenvormen die binnen ACT gebruikt worden, vertonen veel overeenkomsten met PMT-oefeningen. Daarnaast zijn ACT-strategieën te vertalen naar PMT-oefeningen. In het volgende hoofdstuk werk ik enkele oefeningen uit, als antwoord op het tweede deel van mijn hoofdvraag.

Kijkend naar de hoofdvraag draagt ACT dus ook qua strategieën bij aan de behandeling. De ACT-strategieën kunnen toegepast worden binnen PMT.

De kenmerken impulsiviteit en identiteitsstoornis die binnen DGT minder of geen aandacht krijgen, komen met behulp van de strategieën en processen bij ACT wel in beeld.

Tot slot kom ik in deze alinea tot conclusies ten aanzien van de bijdrage van ACT qua attitude. De attitude waar binnen DGT gebruik van wordt gemaakt, heeft overeenkomsten met de attitude die bij de ACT-visie hoort. Dit beschrijf ik in hoofdstuk 4.2.2. De therapeut-cliëntrelatie is bij beide visies redelijk gelijkwaardig. De cliënt heeft eigen verantwoordelijkheid en de therapeut begeleidt. Een verschil is dat validatie bij DGT erg belangrijk is, waar men zich bij ACT richt op empathisch zijn, zonder empathische reacties te geven. Het is immers zoals het is, ieder mens lijdt.

Bovenstaand stuk laat zien dat ook de attitude volgens de ACT-visie bijdraagt aan de PMT-behandeling van BPS volgens de Dialectische Gedragstherapie. Er is een overlap doordat de therapeut bij beide visies naast de cliënt staat. Vervolgens voegt de attitude volgens de ACT-visie iets toe, door de cliënt niet gerust te stellen, maar te leren verdragen.

Kortom, ACT kan bijdragen aan PMT bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Het lijkt DGT aan te vullen, doordat het meer gericht is op acceptatie en daarnaast meer aandacht schenkt aan persoonlijke drijfveren. Dat sluit aan bij deze doelgroep, omdat mensen met BPS

impulsief zijn en niet weten wat ze willen, wie ze zijn. Ze vinden het lastig om een ingeslagen weg vol te houden en dat is waar bij ACT aandacht aan wordt besteed.

ACT kan toegepast worden binnen PMT. Het sluit aan bij hulpvragen waar PMT op in kan gaan. De oefengerichte en ervaringsgerichte behandelstrategie kunnen ingezet worden.

5.3 Aanbevelingen

Mijn onderzoek is theoretisch. De praktijk moet uitwijzen of de theorie daadwerkelijk klopt. Er is dus onderzoek nodig naar de effecten bij deze doelgroep, naar de meest effectieve opzet en aanpak.

Op mijn stage wordt multidisciplinair gewerkt. Dat kan mijns inziens bij ACT, omdat de verbale en non-verbale therapieën elkaar mooi aan kunnen vullen. De verbale therapieën zouden zich meer kunnen richten op de cognities en de diepere lagen. De non-verbale therapieën zouden oefen- en ervaringsgericht aan de gang kunnen gaan. Wel is goed overleg nodig, zodat men elkaar aanvult en geen dingen dubbel gaat doen.

Kunnen ACT-oefeningen en DGT-oefeningen het best door elkaar of naast elkaar gebruikt worden? Wat zorgt voor de beste resultaten? Op mijn stageplek wordt, zoals aangegeven, gewerkt met de vaardigheidstraining. De vier modulen komen om de beurt een periode van enkele weken aan bod. Mijn advies is om voor ACT ook een periode op te stellen. Op deze manier lopen de dingen niet door elkaar en is duidelijk waar we het over hebben. Door er gedurende een periode tijd aan te besteden, krijgt het tijd om te beklijven.

Wat als voordeel van DGT wordt gezien, is dat een multidisciplinair team er goed mee kan werken. Dat lijkt bij ACT minder duidelijk te zijn, er zit minder structuur in. Daarom zullen er goede afspraken gemaakt moeten worden wie zich waar op richt, wat er in welke fase gebeurt en hoe lang de fases aan bod komen. PMT zou zich kunnen richten op het oefenen en ervaren van de verschillende processen. Er ervaring mee op doen door te doen, waardoor de drempel naar het dagelijks leven lager wordt, men meer gewend raakt met het toepassen van de processen. Bijvoorbeeld het vasthouden van je koers en niet impulsief te werk gaan.

In het volgende hoofdstuk staan enkele reacties van cliënten op oefeningen die ik experimenteel heb aangeboden. Wat de reacties laten zien, is dat er zeker aansluitingspunten zijn. Maar ook dat het per individu verschilt of en hoe het aansluit. Aangezien mijn onderzoek theoretisch is en er nog weinig bekend is over de effecten ervan in Nederland, in het algemeen en specifiek bij deze doelgroep, is er nog verder onderzoek nodig. In mijn onderzoek heb ik aangetoond dat ACT aansluitingspunten heeft bij de behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Vooral impulsiviteit en de identiteitsstoornis lijken kenmerken te zijn die binnen ACT aan bod kunnen komen. In hoofdstuk 4.2 heb ik aangegeven dat er mijns inziens enig ziekte inzicht nodig is om de denkwijze van ACT te kunnen volgen. Een vervolgonderzoek zal aan moeten tonen of dat in de praktijk ook echt zo is.

6. PMT oefeningen

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geef ik antwoord op het tweede deel van mijn hoofdvraag: hoe zien PMT-oefeningen er dan uit? Ik werk een aantal oefeningen uit die vanuit de ACT-visie kunnen bijdragen aan PMT bij borderline persoonlijkheidsstoornissen. DGT komt in dit hoofdstuk niet aan bod, omdat mijn hoofdvraag gericht is op ACT en omdat ACT nieuw is. Er is nog geen ervaring mee.

Zoals gezegd vertonen een deel van de oefeningen die bij ACT worden gebruikt, veel overeenkomsten met PMT-oefeningen. Ik heb ervoor gekozen om een paar ACT-oefeningen binnen PMT toe te passen. Daarnaast heb ik ACT-thema's naar PMT vertaald. Hieronder staan vier oefeningen. Twee gericht op thema's uit de eerste categorie en twee gericht op de tweede categorie. (zie hoofdstuk 1.3)

Een deel heb ik toegepast bij een cliëntengroep om te ervaren en testen hoe ACT-oefeningen uit kunnen pakken, een eerste ervaring op te doen met de koppeling van theorie naar praktijk. Daarbij heb ik naar reacties van cliënten gevraagd.

6.2 De oefeningen

Oefening 1

Doel: aandacht richten op het hier-en-nu.

Thema, ACT-strategie: contact met het heden

Het is een mindfulness oefening, die wordt uitgevoerd in een gemakkelijke houding en met de ogen dicht. De cliënt volgt de aanwijzingen van de therapeut, waarbij wordt gevraagd de aandacht op een bepaald lichaamsdeel te richten en te voelen wat er te voelen is. Voor een verdere uitwerking ervan verwijs ik naar 'Wees waar je bent' (Hayes & Smith, 2006 p.130)

De reacties van cliënten waren verschillend. Een deel werd er onrustig van. Een ander deel kon de instructies goed volgen en merkten een kalmerend effect. Aandacht richten op het hier-en-nu zorgt ervoor dat je stopt met piekeren. Je bent niet bezig met wat je allemaal nog moet doen of wat er allemaal gebeurd is. Je neemt waar wat er op dit moment bij je gebeurt.

Oefening 2

Doel: loskomen van je gedachten, de relatie met je gedachten veranderen.

Thema, ACT-strategie: cognitieve defusie

In tweetallen chinees worstelen. Ieder benoemt tijdens de activiteit de gedachten die in hem/haar opkomt. De ander reageert daar niet op. Naderhand bespreken of en zo ja wat er anders ging dan wanneer je je gedachten niet uitspreekt.

Ook hier waren de reacties verschillend. Een cliënte wilde er niet aan beginnen omdat het te spannend was. Sommigen hadden er niets mee. Anderen merkten dat de gedachten minder negatief werden op het moment dat ze uitgesproken werden. De gedachtenstroom werd gestopt door te benoemen, omdat de ander nu ook wist hoe je erin stond. 'De ander weet wat ik denk dus daar hoef ik me niet meer druk om te maken.' Een soort van gedachten checken, zonder dat er op gereageerd werd.

Oefening 3

Doel: doelgericht bezig zijn ondanks hindernissen die je op je pad tegen komt.

Thema, ACT-strategie: waardegericht leven

Aan het begin van een sessie wordt per cliënt een doel gesteld. Vervolgens doen we verschillende activiteiten en naderhand evalueren we hoe het doel in beeld is geweest. Het kan zijn dat je je doel even uit het oog verliest. Zodra je dat merkt, pak je het gewoon weer op. Het is niet goed of fout, het kan gebeuren.

Om wat structuur te geven zou je doelen op kunnen stellen, bijvoorbeeld op intermenselijk gebied. Grenzen stellen, hulp vragen, mening geven.

Oefening 4

Doel: loskomen van je zelfbeeld, patronen doorbreken.

Thema, ACT-strategie: waardegericht leven

Samenwerkingsoefening. De groep krijgt de opdracht met zijn allen op een lijn te lopen en gelijktijdig op de grond te stampen, zodat je één bons hoort. Dit alles gebeurt non-verbaal. Experimenteer met een andere rol. Ben je volger, neem eens de leiding. Houd je je vaak afzijdig, neem eens initiatief. Enzovoort.

Literatuur

APA (American Psychiatric Association) (2005) *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV TR*. Amsterdam: Harcourt Assessments B.V.

Bosch, W. van den & Meijer, S. (2002) *Zoeken naar balans: Dialectische gedragstherapie van a tot z*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Eifert, G.H. & Forsyth, J.P. (2007) Acceptatie en commitmenttherapie bij angststoornissen
4 april 2008 van internet verkregen
<http://www.nieuwezijds.nl/boeken/BladerPDF/9789057122361.pdf>

Emck, C. (2001) Ik ben te oud om slechts te spelen... Over indicatiestelling voor vaktherapie, PMT in het bijzonder [Elektronische versie]
23 februari 2008 van internet verkregen
<http://www.pmtinfosite.nl/index.php>

Emck, C. (2002) Psychomotorische therapie: weer(ga)loos, wonderbaarlijk of werkzaam?
Jubileumeditie Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie 64-68

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2005) Profiel van de vaktherapeutische beroepen.
24 maart 2008 van internet verkregen
<http://www.creatievetherapie.nl/leden/ledendag2005/Profielvaktherapeutischeberoepdefinitief.pdf>

Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (redactie) (2006) *Mindfulness en acceptatie, de derde generatie gedragstherapie*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.

Hayes, S.C. & Smith, S. (2006) *Uit je hoofd, in het leven*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds

Heddes, B. (2006) Aandachttraining, waar gaat het om?
23 maart 2008 van internet verkregen
http://www.ijsselmeerziekenhuizen.nl/psychiatrie/aandachttraining/docs/Uitgebreide_informatie_aandachttraining.pdf

Klis, P. van der (1999) De grenzen van psychomotorische therapie. Over rekkelijken en preciezen. In: Lange, J. de & Bosscher, R.J. (redactie) (2005) *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.

Linehan, M.M. (1996) *Borderline persoonlijkheidsstoornis: handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Linehan, M.M. (2002) *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Reehorst, S.E. (2006) Grenzeloos bewegen...? Over borderline persoonlijkheidsstoornis en de bijdrage van psychomotorische therapie aan de behandeling [Elektronische versie] Deels gepubliceerd op <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>

Rokx, A. (2007) Een behandelprotocol.

Niet gepubliceerd, van hem gekregen.

Sietsema, L.W. (2006) *Bewegingsagogie en psychomotorische therapie. Reader behorende bij B2041*. Zwolle: Christelijke Hogeschool Windesheim

Trimbos Instituut. 23 maart van internet verkregen.

<http://www.trimbos.nl/default1736.html>

Vandereycken W. & Deth, R. van (2004) *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Verschuur, P. (1999) Een rugzak vol
(bron onbekend)

(auteur en jaartal onbekend) Wat is ACT?

20 januari van internet verkregen

http://home.planet.nl/~atjak017/My_Homepage_Files/Download/WAT%20IS%20ACT.doc

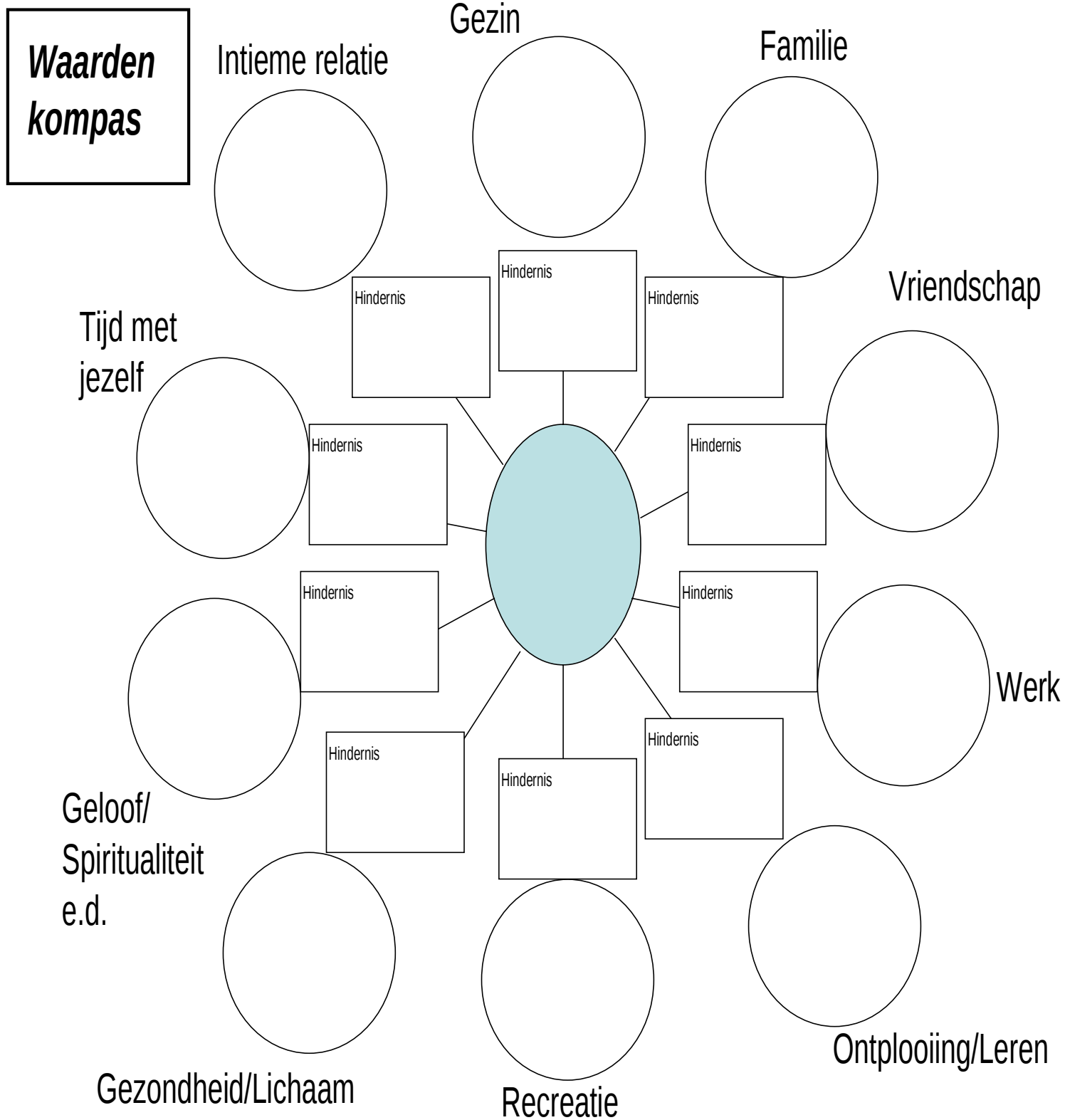
Ik heb workshops gevolgd:

‘Waar wil je naar toe?’ van Jeanette Maarsen, 6 maart 2008.

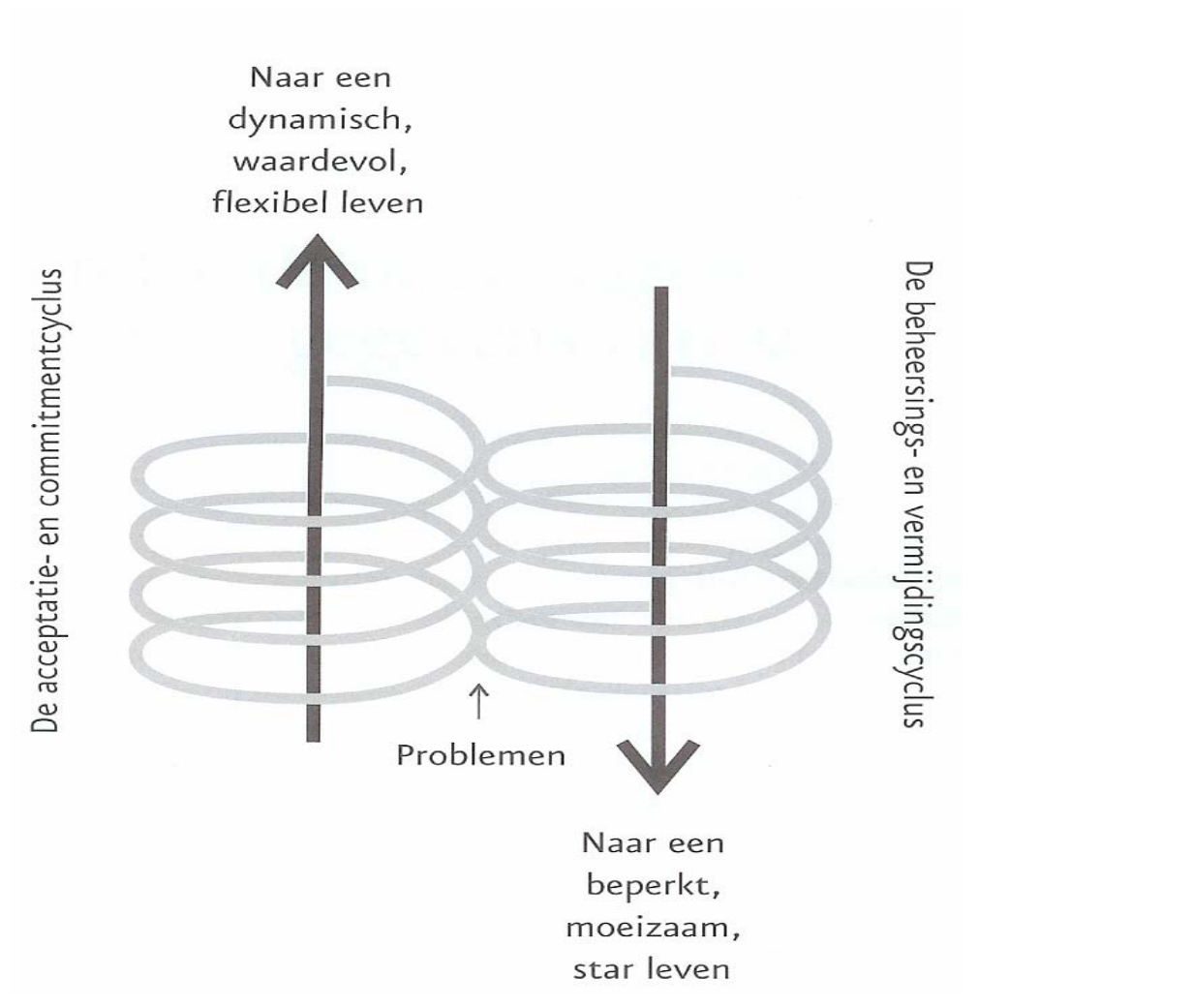
‘ACT en angststoornissen’ van Olivier Glas, 27 maart 2008.

Verder heb ik informatie verkregen van presentaties van Ando Rokx (psycholoog en grondlegger van ACT in Nederland) en JoAnne Dahl (werkzaam op de psychologie afdeling op de universiteit van Uppsala te Zweden)

Bijlage 1



Bijlage 2



Bovenstaande figuur is een schematische weergave van een dynamisch leven versus leven volgens het oude patroon. Het laat zien dat zowel het leven waar ACT op gericht is als het oude patroon problemen geeft. Het verschil is dat de cyclus bij ACT omhoog gaat en bij het oude patroon omlaag. Bij je oude patroon raak je steeds beperkter, terwijl je bij de ACT-cyclus meer en meer flexibel wordt.

Bijlage 3

Tabel: Overzicht van de werkzaamheid van behandelingen bij BPS

Behandeling	Bewijskracht#
<i>Medicatie</i>	
Antipsychotica (bij crises)	**
Antidepressiva	
- Klassieke antidepressiva (TCA's)	-
- SSRI's	*
Overige middelen	
- Stemmingstabilisatoren	?
- Benzodiazepinen	?
<i>Psychotherapie</i>	
Cognitieve gedragstherapie	?/*
Dialectische gedragstherapie	*
Psychodynamische behandeling	?/*
<i>Overige behandelingen</i>	
Electroconvulsie Therapie (ECT)	?

Voor het aangeven van de bewijskracht gebruiken wij de volgende symbolen:

*** Bewezen werkzaam

** Redelijke aanwijzingen voor werkzaamheid

* Enig bewijs voor werkzaamheid, maar het bewijs of het effect is niet al te sterk

? Bewijs ontbreekt

- Bewezen onwerkzaam

Ter toelichting op het gebruik van de gegevens uit de tabel voor de dagelijks klinische praktijk:

- De onderzoeken naar de effectiviteit van de behandelingen zijn uitgevoerd onder ideale gecontroleerde omstandigheden.
- De effecten worden weergegeven in groepspercentages. Dat levert op individueel niveau geen garanties: er zijn vaak grote individuele verschillen in het effect van behandelingen.
- Als een behandeling effectief is, geeft dat ook geen garanties over een mogelijke terugkeer van de klachten op langere termijn.
- Bij een keuze voor een behandeling is het van belang om rekening te houden met de ernst van de klachten, de persoonlijke omstandigheden, de voorkeur van de cliënt en eerdere ervaringen met andere behandelingen.

Bron: <http://www.trimbos.nl/default13296.html>

Bijlage 4

BORDERLINE IS...

Éen minuut me gelukkig voelen, intens
tevreden en dan weer die onrust...

Straffen moet ik, pijn voelen, ik voel niet,
Ik ben niet!
Laat me met rust en tegelijk 'hou van me'.

Niets kunnen beloven.
Niet durven dromen, niet iets nieuws durven beginnen,
niet kunnen garanderen het vol te houden,
zelfs niet een week.

Telkens maar uitleggen, verdedigen, schaamte.
Verlangen naar chaos, en dat tegelijkertijd haten.
Onzichtbare pijn.

Denken 'wat moet je van me' als iemand me een glimlach schenkt.
Me terugtrekken bij het eerste vermoeden van verraad.
Intens leven en intens dood willen om de paar minuten...

'Red me' en 'blijf van me af, ga weg!' in één zin.
Verlangen naar een permanent kuuroord,
Niet de boze buiten wereld.

Maakt eenzaam en rijk tegelijk.
Maakt me stuk en heelt me.
Ik heb het, haat het en omarm het.

BORDERLINE, DAT HEB IK.

Bron: <http://www.bordie.nl/info.htm>