

# A

## Aandachtstraining

Zie Mindfulness.

## Aanmelding

Voor een (nieuwe) behandeling worden cliënten aangemeld. De term ‘aangemeld worden’ impliceert dat de cliënte daarin het lijdend voorwerp is en dat de hulpverlener dus het onderwerp is. Cliënten ondergaan een aanmelding of een verwijzing. De praktijk leert dat het beslissingsproces voorafgaand aan de aanmelding vaak door therapeuten wordt uitgevoerd. In multidisciplinaire teams wordt op basis van de verzamelde gegevens besloten welke behandeling de cliënte nodig heeft; vervolgens wordt ze verwezen naar de behandellocatie en naar de persoon die de behandeling kan bieden. In de meeste gevallen wordt aan de cliënte in een adviesgesprek medegedeeld welke behandeling zij het best kan gaan volgen. In veel gevallen – maar zeker niet altijd – is dat een goede procedure. Bij cliënten met borderlineproblematiek, waarbij het zich verbinden aan een behandeling moeizaam is, is vermoedelijk een andere procedure noodzakelijk. Gezien het uitgangspunt dat binnen DGT de therapeut een coach is van de cliënte, zou er vanuit die gedachte een andere strategie moeten worden gevolgd. De therapeut zet de cliënte ‘op het spoor’ van de DGT-behandeling: hij bespreekt de problematiek, geeft diverse behandelmogelijkheden en stimuleert de cliënte zich daarop te oriënteren. Binnen het DGT-team wordt conform dit uitgangspunt vorm gegeven aan de aanmeldingsprocedure. De cliënte zal haarzelf moeten aanmelden bij de aanmeldingsfunctionaris. Vervolgens kan er dan een gesprek plaatsvinden met een functionaris van het DGT-team om samen met de cliënte na te gaan of DGT een goede keuze is (commitmentgesprek). Wanneer de

cliënte voldoende informatie heeft (vergaard) om hierover een gebalanceerde keuze te maken, kan zij op de (wacht)lijst geplaatst worden waarna een diagnostisch onderzoek zal plaatsvinden. Daarna zal de *pretreatment*-fase (zie *Pretreatment*) aanvangen.

## Acceptance and commitment therapy (ACT)

*Acceptance and commitment therapy* (ACT) is een relatief nieuwe vorm van gedragstherapie die aan het eind van de twintigste eeuw is ontwikkeld door de Amerikaanse psycholoog Steven C. Hayes. In ACT wordt cliënten geleerd zich te richten op zaken die ze op directe wijze kunnen beïnvloeden, zoals hun eigen gedrag, in plaats van controle proberen te krijgen over ervaringen die niet direct te beïnvloeden zijn, zoals emoties en gedachten. Dit impliceert een acceptatiegerichte houding ten opzichte van deze emoties en gedachten. De kern van ACT is de idee dat het vechten tegen onvermijdelijke zaken uiteindelijk ten koste gaat van een waardevol leven.

ACT is gefundeerd op de zogenoemde *relational frame theory* (RFT). Volgens sommigen is ACT sterk verwant aan dialectische gedragstherapie en aan aandachtgerichte cognitieve gedragstherapie (*mindfulness*), maar onderscheidt ze zich van cognitieve gedragstherapie (CGT). Het belangrijkste onderscheid met cognitieve gedragstherapie is dat CGT zich richt op symptoomverlichting door een verandering van de inhoud van gedachten, terwijl ACT zich richt op het veranderen van de relatie die een cliënte heeft met zijn gedachten, dus het veranderen van de functie van deze gedachten.

Net als in DGT wordt er binnen ACT veel gewerkt met aandachtgerichte oefeningen (*mindfulness*). Daarnaast wordt er veel gebruikgemaakt van metaforen, de therapeutische relatie, ervaringsoefeningen en humor.

ACT onderscheidt zich van DGT door vooral in te zetten op acceptatie en door zich in enige mate af te zetten tegen de (volgens ACT-begrippen) traditionelere gedragstherapie en dus de veranderingsgerichte processen, terwijl DGT beide aspecten omarmt en deel uitmaakt van het dialectisch proces, waarbij een voortdurende verschuiving plaatsvindt van acceptatiegerichtheid naar veranderingsgerichtheid en omgekeerd.

## Acceptatie

Niemand houdt het vol een relatie te hebben met een partner die geen oog heeft voor zijn pijn. Ook in een therapeutische relatie is het noodzakelijk te ervaren dat de therapeut werkelijk zaken kan aanvoelen en begrip kan tonen voor de pijn, om gemotiveerd te blijven en de moed te hebben om verder te gaan. Acceptatie is een belangrijke voorwaarde voor het werken aan verandering. Acceptatie is noodzakelijk, omdat uitsluitend veranderingsgericht-zijn voor cliënten met een borderline-persoonlijkheidsstoornis onmiddellijk de betekenis van onbegrip en afwijzing zal hebben. Om die reden wordt acceptatie binnen DGT met name gebruikt als tegenwicht van de veranderingsgerichtheid. Voor de cliënte is de erkenning van de onverdraagbare pijn die zij op dit moment voelt noodzakelijk – naast het veranderen van de situatie zoals deze nu is (dat wil zeggen, het veranderen van haar pijn, haar gedrag). Deze acceptatie van de cliënte zoals ze is, omvat meer dan de oppervlakkige bevestiging vanuit de positie van de therapeut. Het is meer dan zeggen: ‘Ik snap dat het moeilijk voor je moet zijn geweest.’ Cliënten hebben dit soort opmerkingen al vaker gehoord vanuit invaliderende omgevingen, meestal gevolgd door een: ‘... maar als jij ...’.

Acceptatie is binnen DGT ook te zien als onderdeel van validatie (zie Validatie). Het is het begrip voor de cliënte, het mededogen hebben met haar lijden en problematische leven. Het is ook de warmte en echtheid die de therapeut voelt voor de cliënte als uniek persoon.

### VOORBEELD

**Cl.** ... Maar vrijdag is het helemaal misgegaan.

**Th.** Hoe bedoel je?

**Cl.** Ik had er genoeg van, ben uitgegaan en ben toen uiteindelijk aan de coke gegaan.

**Th.** Wat bedoel je als je zegt: ‘Ik had er genoeg van’?

**Cl.** Ik kwam thuis van mijn werk en het was zo leeg, geen mens om me heen. Ik dacht: dan maar niet.

**Th.** *Je hebt bij je moeder schoongemaakt, hè. Dus toen je thuiskwam, was het alsof je zelfs geen thuis meer hebt. Alsof er geen troost voor jou meer is. Alle anderen hebben iemand om naartoe te gaan, en jij lijkt niemand meer over te hebben.*

**Cl.** *Precies, hoeveel ik er ook aan probeer te doen ...*

## Accuraat oordelen

De vaardigheid ‘accuraat oordelen’ staat tegenover ‘op emoties gebaseerd oordelen’, of ‘emotieloos oordelen’. Het is een vaardigheid die aan het eind van het programma verworven kan zijn en die noodzakelijk is bij het bereiken van het zen-doel: de eigen ervaring gebruiken als middel bij het begrijpen van de wereld, vanuit jezelf de ander/situaties zien, steeds de vraag stellen: ‘Wie is het die de wereld ervaart?’ Het is een bekwaamheid die rust op de vaardigheid onbevooroordeeld de werkelijkheid tegemoet te treden (niet-oordelen), een van de kernoplettendheids- of bewustzijnsvaardigheden (zie Mindfulness). Dit zijn de vaardigheden die cliënten kunnen helpen vanuit de wijze geest (zie *Wijze geest*) te handelen, wat nodig is om de labiliteit op identiteitsgebied te verminderen en een stabiel zelfgevoel te bewerkstelligen.

De noodzaak tot het verwerven van deze vaardigheid vloeit logisch voort uit de biosociale theorie (zie *Biosociale theorie*). Deze maakt duidelijk dat de emotionele kwetsbaarheid van het individu in een transactie met de ‘invaliderende omgeving’ zich tot borderlineproblematiek ontwikkelt. In deze transactie leert het individu de wereld of de werkelijkheid niet meer waar te nemen met de eigen reacties, responsen en ervaringen als leidraad, maar vanuit de ogen van de ander. De omgeving leert het individu dat deze eigen reacties, responsen en ervaringen ongepast, foutief en onbetrouwbaar zijn. Om de aanwijzingen te verkrijgen wat dan wél valide responsen zijn, richt het individu zich op de omgeving. Alle reacties worden vervolgens in een continu leerproces via associaties verbonden met andere gebeurtenissen, met als gevolg dat het individu de werkelijkheid alleen nog maar (emotioneel) gekleurd kan zien en er dienovereenkomstig op reageert. Kort gezegd: het individu leert niet van het eigen ‘ervaren’ uit te gaan, maar in de omgeving te zoeken naar een ‘valide’ wijze van reageren, kortom, de eigen

ervaring te invalideren. Om vaardig op de werkelijkheid te kunnen reageren, moet het individu dan ook leren ‘accuraat’ te oordelen. Het aanleren van accuraat oordelen wordt binnen de individuele psychotherapie als een van de secundaire doelen gezien, naast het verminderen van de emotionele kwetsbaarheid, het verminderen van schijnbare competentie, enzovoort. Accuraat oordelen staat tegenover zelfinvalidatie.

In de praktijk betekent dit dat de cliënte tijdens een therapie geregeld zal vervallen tot inaccuraat, emotioneel oordelen. De therapeut dient hierop bedacht te zijn en dit op een validerende wijze aan te kaarten.

#### Voorbeeld

**Cl.** *Het is duidelijk dat niemand zich iets van mij aantrekt. Wat ik ook doe, niemand luistert. Jullie luisteren volgens mij alleen maar als ik jullie letterlijk het mes op de keel zet!*

**Th.** *Ik hoor wat je zegt en zie ook waarin wij afwijzend kunnen zijn naar jou. Kun je echter met zekerheid zeggen dat die dingen die wij doen onomstotelijk bewijzen dat we ons niets van je aantrekken?*

**Cl.** *Zo voelt het wel!*

**Th.** *Zonder iets af te willen doen aan wat je voelt, maar kan het soms zo zijn dat je emoties je meeslepen om negatieve conclusies te trekken? Weet je nog dat we spraken over accuraat oordelen? Zie jij dit als een accuraat oordeel van de situatie? Of zijn er ook nog andere manieren om ernaar te kijken?*

**Cl.** *Ik weet het niet precies. Ik ben eigenlijk alleen maar boos!*

**Th.** *Begrijp ik. Ik stel dan ook voor eerst een oefening te doen om je wat tot rust te brengen. Daarna kunnen we opnieuw de situatie met je doornemen en je ideeën erover onderzoeken. Is dat oké?*

## Actieve passiviteit

Borderlineproblematiek ontstaat door een transactie tussen een alles-overheersende ontregeling van het emotiereguleringsstelsel en de invaliderende omgeving (zie *Biosociale theorie*). Borderlineproblema-

tiek leidt tot een aantal min of meer onoverbrugbare dilemma's (zie Dialectische dilemma's). Een veelvoorkomend dilemma is 'actieve passiviteit'. De cliënte raakt verstrikt in haar emotionele ontregeling en zoekt manieren om de omgeving zover te krijgen in te grijpen. Zij maakt zichzelf in dat proces machteloos en wijst daarbij elke mogelijkheid tot verandering vanuit haar eigen toedoen resoluut af. De neiging van therapeuten is om actief te blijven zoeken naar mogelijkheden, terwijl de cliënte communiceert dat niets zal helpen.

**Th.** *Welke vaardigheden kunnen je helpen om met deze crisis om te gaan?*

**Cl.** *(Zwijgt.)*

**Th.** *Misschien kun je een mindfulnessoefening toepassen?*

**Cl.** *(Zucht en gaat achteroverzitten.) Tja, heb ik gedaan, helpt toch niet?*

**Th.** *(Gaat naar voren zitten.) Is het niet toch goed om dat te doen, laten we er wat mee oefenen!*

**Cl.** *Lijkt me niet dat dit zin heeft ...*

**Th.** *Maar als we dan ...*

## Agenda van de sessie

De individuele therapie binnen het DGT-programma vindt altijd plaats aan de hand van een (semi)vaststaande agenda, die ook terug te vinden is in het formulier waarop de aantekeningen naar aanleiding van de sessie op systematische wijze weergegeven kunnen worden. De sessie start met de inname en het bekijken van de dagboekkaart (zie *Dagboekkaart*). Met behulp van de kaart wordt dan vastgesteld welke onderwerpen besproken moeten worden, aan de hand van de behandelhiërarchie (zie *Individuele sessie*, volgen van de hiërarchie). De cliënte en de therapeut moeten zicht hebben op wat er in de afgelopen periode, na de laatste sessie, aan gedrag heeft plaatsgevonden. Daartoe wordt door de cliënte een dagboekkaart ingevuld.

Conform de hiërarchie stelt de behandelaar de bespreking van levensbedreigend (parasuïcidaal) gedrag altijd op de eerste plaats. Dit

Therapeut \_\_\_\_\_  
 Cliënt \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DGR Sessie aantekeningen**

|   |                     |                            |               |     |
|---|---------------------|----------------------------|---------------|-----|
| Sessie: ____ Cl. aanwezig   | Op tijd? JA-NEE     | Hoeveel te laat? ____ min. | Video         | J/N |
| Plaats sessie: kantoor?   | JA-NEE Anders _____ | Duur sessie ____ min.      | Audio         | J/N |
| ____ Th. afgezegd:  | Reden _____         | Nieuwe afspraak? J/N       | Dagboekkaart  | J/N |
| ____ Cl. afgezegd:  | Reden _____         | Nieuwe afspraak? J/N       | Audio aan cl. | J/N |
| Met cl. gesproken sinds laatste sessie? NEE-JA: Hoe vaak? ____ maal |                     |                            | Aantekeningen | J/N |

20

Beantwoord de volgende vragen vanuit je gevoel tijdens de sessie, niet uit je objectieve kijk op de cliënt.

In welke mate voelde je je geïrriteerd/gemanipuleerd door de cl.,

of had je het gevoel dat ze spelletjes met je speelde? beetje

Hoe fragiel vond je de cl. tijdens deze sessie?

Hoe intern gemotiveerd was de cl. tot hard “werken” om beter te worden? helemaal niet

helemaal niet

helemaal niet

**Heeft cl. sinds de laatste sessie een van de volgende gedragingen vertoond? (zo ja, check en beschrijf KORT)**

\_\_\_\_ Parasuïdaal gedrag/crisisgedrag/levensbedreigend gedrag/anders (omcirkel)

\_\_\_\_ Therapie interfererend gedrag:

\_\_\_\_ Gedrag gerelateerd aan middelen:

\_\_\_\_ Hospitalisatie:

\_\_\_\_ Ernstig, de kwaliteit v.h. leven belemmerend gedrag:

|               |   |   |   |   |   |   |
|---------------|---|---|---|---|---|---|
| helemaal niet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| helemaal niet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| helemaal niet | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

aanzienlijk  
 heel erg  
 heel erg

**Primair gedrag waarop deze sessie gericht is (check):**

- \_\_\_ Suïcidaal/levensbedreigend gedrag
- \_\_\_ Therapie-interfererend gedrag
- \_\_\_ Cliënt
- \_\_\_ Therapeut
- \_\_\_ Kwaliteit v. h. leven belemmerend gedrag
- \_\_\_ Gebruik van middelen
- \_\_\_ Ander (beschrijf): \_\_\_\_\_

**Secundaire doelen van deze sessie (check):**

- \_\_\_ Emot. kwetsbaarheid
- \_\_\_ Zelfvalidatie
- \_\_\_ Oproepen v. crises
- \_\_\_ Geremde rouw
- \_\_\_ Actieve passiviteit
- \_\_\_ Schijnbaar competent

- \_\_\_ Emotieregulatie
- \_\_\_ Zelfvalidatie
- \_\_\_ Juist oordeel
- \_\_\_ Emoties ervaren
- \_\_\_ Actief probleem oplossen
- \_\_\_ Acc. communicatie

- \_\_\_ Vaardigheden
- \_\_\_ Kernvaardigheden
- \_\_\_ Frustr.tol./rad. acceptatie
- \_\_\_ Post-traumatische stressreacties: \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Intermens. effectiviteit
- \_\_\_ Zelfrespect/ zelfinvalidatie
- \_\_\_ Emot. controle/regulatie

**Strategieën in deze sessie gebruikt (check):**

- \_\_\_ Dialectische strategieën
- \_\_\_ Validatie
- \_\_\_ Gedragsanalyse
- \_\_\_ Inzicht/interpretatie
- \_\_\_ Oplossingsanalyse
- \_\_\_ Didactische strategieën
- \_\_\_ Commitmentstrategieën
- \_\_\_ Irreverente comm.
- \_\_\_ Wederkerige comm.
- \_\_\_ Vaardigheidstraining
- \_\_\_ Contingentie
- \_\_\_ Management
- \_\_\_ Observ. grenzen
- \_\_\_ Relatiestrategieën
- \_\_\_ Cogn. modificatie
- \_\_\_ Exposure
- \_\_\_ Urine analyse
- \_\_\_ Nwe medic. (beschrijf)
- \_\_\_ Med. beëindigd (beschrijf)
- \_\_\_ dosering veranderd (beschrijf)

**Aantekeningen:**

Is er een suïciderisicoschatting uitgevoerd?    NEE: Waarom niet?  
 Zo ja, geef onmiddellijk risico aan.





gedrag wordt geanalyseerd. Met de cliënte zal gezocht worden naar een effectieve manier om de crisis op te lossen, zonder te vervallen in schadelijk gedrag. De DGT-vaardigheden van de vaardigheidstraining kunnen hierbij ingezet worden.

Elke sessie volgt de volgende stappen.

- :: Mindfulnessoefening.
- :: Inname van de dagboekkaart.
- :: Vaststellen van de agenda van de sessie.
- :: Bespreken van telefonisch contact als dat heeft plaatsgevonden.
- :: Vaststellen van het te analyseren probleemgedrag.
- :: Analyseren van probleemgedrag.
- :: Opstellen van oplossingsstrategie.
- :: Oefenen van oplossingsstrategie.
- :: Commitment over oplossingsstrategie.
- :: Afsluiting of herhaling van stap 5 tot en met stap 9.

In alle stappen, maar zeker stap 5 tot en met stap 9, wordt validatie in de analyses ingevlochten, en wordt zo dialectiek toegepast, zodat de sessie niet alleen op verandering gericht is en vaart houdt. Ook zal de therapeut verwijzen naar of gebruikmaken van de al geoefende en toegepaste vaardigheden.

De telefonische consultatie zal – indien van toepassing – altijd een onderwerp moeten zijn. De vraag daarbij is: was deze effectief? Het blijkt te helpen als de therapeut de agenda bij de start van de sessie kort opschrijft.

Het invullen van het sessieaantekeningenformulier geeft tot slot de therapeut de mogelijkheid na te gaan of alle belangrijke onderwerpen aan bod zijn gekomen en wat de volgende keer aandacht dient te krijgen. (Het formulier mag gekopieerd worden.)

## Agressie

Agressie is de uitingsvorm van de heftige, onaangepaste woede, een van de negen criteria van de borderlinepersoonlijkheidsstoornis.

Agressief gedrag wordt binnen DGT gezien als het niet kunnen reguleren van de emotie ‘boosheid’. In wezen is het agressieve gedrag van het borderline-individu een uit de hand gelopen copingmechanisme. Het heeft als functie te komen tot regulatie van boosheid en/of het bewerkstelligen van verandering in de omgeving. Daarbij kan agressie als operant werken: de ander iets betaald zetten. Ze kan ook een direct gevolg zijn van oncontroleerbare, buitenproportionele woede, zonder dat de cliënte daarmee iets wil bewerkstelligen (agressie als respondent). Agressie wordt ook gezien als het gevolg van invalidatie, zowel binnen als buiten de therapeutische relatie. Agressie zal binnen het programma op dialectische wijze geaccepteerd worden. Dat wil zeggen: de ervaren boosheid wordt gevalideerd, maar de uitingwijze is onderwerp van verandering en wordt gezien als een uitdaging tot het oefenen van nieuw gedrag. Ook de context waarin agressie optreedt, wordt onder de loep genomen, naast de consequenties van agressief gedrag voor anderen.

#### VOORBEELD

*In een van de DGT-programma's was er sprake van een groeiend conflict tussen twee cliënten bij de vaardigheidstraining. Op een gegeven moment liep het mis. Ze vlogen elkaar letterlijk in de haren. Nadat ze uit elkaar waren gehaald, werd besloten dat ze die dag de vaardigheidstraining moesten laten voor wat ze was en zich op hun crisisvaardigheden moesten concentreren. Zij werden beiden verwezen naar hun eigen therapeut om de situatie te analyseren en tot een oplossingsstrategie te komen. Vanzelfsprekend moesten zij niet alleen ten aanzien van zichzelf en elkaar met een oplossing komen. Ook ten opzichte van de groep moest herstel uitgevoerd worden. Vóór de volgende trainingsbijeenkomst zouden zij ieder met de trainers contact moeten opnemen om te bespreken hoe terug te keren in de groep. Dat de cliënten terug zouden keren in de groep, stond buiten kijf, evenals het feit dat ze zelf de verantwoordelijkheid zouden dragen om de situatie te herstellen door zich vaardig te gedragen.*

