

Vallen de puzzelstukken in elkaar?

Over de waarde van Pesso binnen de schemagerichte therapie!



<u>Naam student:</u>	Loes Evers
<u>Naam begeleider:</u>	Cor Niks
<u>Naam beoordelaar:</u>	Annelee Mataheru
<u>School:</u>	School of Human Movements and Sports Christelijke Hogeschool Windesheim te Zwolle
<u>Opleiding:</u>	Psychomotorische therapie (PMT)
<u>Datum:</u>	22-5-2011
<u>Studentnummer:</u>	s1007339

Voorwoord

‘Vertel het me en ik zal het vergeten. Laat het me zien en ik zal het onthouden. Laat het me ervaren en ik zal het eigen maken’.

Bovenstaande uitspraak van de filosoof Confucius (479 v. Chr.) geeft weer op welke wijze ik tijdens het maken van deze scriptie te werk ben gegaan. Door ervaringen op te doen met Pesso binnen de schemagerichte therapie ben ik in staat gesteld om een goed verhaal te schrijven over deze beide therapievormen. De ervaringen van mijn stage hebben mij als psychomotorisch therapeut (PMT) en als persoon verrijkt en deze verrijking wil ik graag met jullie delen! Daarnaast geeft Confucius hiermee weer, waar ik altijd al van gedroomd heb; het worden van een PMT'er. Een PMT'er die cliënten in de ervaring zet en op deze manier op weg helpt. De afgelopen vier jaar heb ik mij ontwikkeld tot deze beginnende PMT'er, een ontwikkeling waar ik trots op ben!

Het afgelopen jaar is een veelbewogen jaar geweest. Vooral de eindstage, heb ik als bijzonder ervaren. Je bent niet meer alleen de stagiaire, maar wordt gezien als een beginnend beroepsbeoefenaar waarbij je steeds meer verantwoordelijkheid en zelfstandigheid krijgt. Je maakt deel uit van een team. Een voor mij spannende tijd, maar vooral ook een hele leerzame tijd. Het voelt alsof de basis, waarop ik vanaf nu verder kan gaan bouwen, is gelegd.

Naast bovenstaande heb ik mij bezig gehouden met het afstuderen en het schrijven van deze scriptie. Mijn stage heeft de leidraad gevormd voor het schrijven van deze scriptie en ik heb veel tijd en aandacht besteed aan het uitwerken hiervan. Dit heb ik echter met veel plezier gedaan en ik heb er ook zeker veel van geleerd. Binnen mijn eindstage bij de GGZ in Emmen kwam ik in aanmerking met schemagerichte therapie, waarbij binnen deze therapie ook delen van Pesso werden geïntegreerd. Ik heb mij hier vanaf de start van de stage bijzonder in geïnteresseerd, omdat beide therapieën voor mij ‘nieuw’ waren. Door mij in deze therapievorm te verdiepen en door de ervaring heb ik veel inzichten verworven.

Voor het tot stand komen van deze scriptie wil ik mijn stagebegeleidster Andreke Smulders van de GGZ te Emmen bedanken. Door haar ben ik bijzonder veel te weten gekomen over dit onderwerp en heb ik erg veel kennis op kunnen doen. Daarnaast kon ik altijd met mijn vragen bij haar terecht, iets dat ik als bijzonder prettig heb ervaren. Zij gaf mij een gevoel van vertrouwen en de vrijheid om mijn ‘ding’ te doen. Daarnaast wil ik Cor Niks bedanken voor de hulp en vormgeving van mijn scriptie. Tot slot wil ik het ‘thuisfront’ bedanken voor alle steun, hun luisterend oor en de momenten waarop ze mij hebben gemotiveerd door te zetten. Mede dankzij bovenstaande mensen, voel ik mij nu klaar om aan de slag te gaan!

Mei 2011,
Loes Evers

Samenvatting:

In deze scriptie is er antwoord gegeven op de vraag: Wat is de waarde van Pesso (basisbehoeften, basisstand, structures) bij het geven van PMT binnen een schemagerichte groep vrouwen tussen de 29 en 46 jaar met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?

Schematherapie is een therapie die voortborduurt op de cognitieve gedragstherapie door technieken met elkaar te integreren. Het doel is om schema's te ontdekken en te veranderen. Deze therapie gaat er vanuit dat ieder mens in zijn/haar jeugd hardnekkige schema's vormt over de werkelijkheid. Vaak wordt een modus opgeroepen door situaties waarvoor iemand gevoelig is. De schema's worden ondergebracht in vijf schemadomeinen. Dit is een categorie van basisbehoeften waaraan niet voldaan is in de vroege jeugd.

Pesso onderscheidt vijf basisbehoeften (plaats, voeding, steun, bescherming en begrenzing) die in de vroege jeugd essentieel zijn, maar gedurende het hele leven van wezenlijk belang blijven. De basisstand oefening is een oefening om beter te leren voelen en stil te staan bij wat je eigen lichaam je vertelt. Bij het doen van structures kom je in het gedeelte van jezelf waar je je niet bewust van bent. Je geeft uiteindelijk een antidote (corrigerende ervaring) mee aan de cliënt.

Schematherapie is een therapievorm waarin Pesso goed past. Het kan zeker iets bijdragen in deze therapievorm. Schematherapie en Pesso hebben veel overlappingen en kunnen elkaar goed aanvullen; in de Pesso vormen kun je de schema's, domeinen en modi terug laten komen. De waarde van deze onderdelen binnen de schematherapie is dat er meer diepgang in de therapie komt, onder andere omdat je diep naar het verleden gaat. Daarnaast wordt het voelbaar; er wordt gekeken wat er in de therapie naar voren komt en wat er in het 'hier en nu' speelt. Hier wordt op in gespeeld, waardoor het 'echter' gaat voelen voor cliënten.

Inhoudsopgave:	Blz.
Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1. Inleiding	
1.1 Aanleiding	5
1.2 Probleemstelling/vraagstelling	5
1.3 Doel <i>in</i> het onderzoek	5
1.4 Doel <i>van</i> het onderzoek	5
1.5 Onderzoeksvragen	5
2. Theoretisch kader	
2.1 Schema therapie	
- Algemeen	6
- Copingstrategieën	7
- Schemadomeinen en schema's	8
- Schemamodi	8
2.2 PMT en schema's	9
2.3 De doelgroep	11
3. Methode	
3.1 Pesso	
- Basisbehoeften	12
- Basisstand	13
- Structures	13
3.2 Effect van de onderdelen	
- Basisbehoeften	14
- Basisstand	16
- Structures	18
4. Conclusie	
4.1 Resultaten	20
4.2 Discussie	22
4.3 Conclusie	23
4.4 Aanbevelingen	24
Literatuurlijst:	25
Bijlagen:	26

1. Inleiding:

1.1 Aanleiding

Door mijn stage bij de GGZ in Emmen, waar ik vanaf januari 2011 elke maandagmiddag van 15.30 tot 16.45 uur therapie gaf aan een schemagerichte groep, werd ik uitgedaagd om theoretisch te onderbouwen wat de waarde is van Pesso binnen de schematherapie. Deze schemagerichte groep is 17 januari jl. van start gegaan. Doordat mijn stagebegeleidster veel Pesso gericht werkt, integreren wij hier ook een deel van in de schemagerichte groep. Dit riep vele vragen bij mij op. Daarnaast had ik nog niet eerder van de combinatie schemagericht – Pesso gehoord en werd ik, vooral door wat ik in de stage zag, nieuwsgierig naar het feit of deze combinatie daadwerkelijk werkt.

1.2 Probleemstelling en vraagstelling

Wat is de waarde van Pesso (basisbehoeften, basisstand, structures) bij het geven van PMT binnen een schemagerichte groep vrouwen tussen de 29 en 46 jaar met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?

1.3 Doel in het onderzoek

Welke door de stagebegeleidster gebruikte onderdelen van Pesso gericht werken kun je goed integreren in de schemagerichte therapie en wat is hier de waarde van?

1.4 Doel van het onderzoek

Schemagerichte therapie wordt aangeboden binnen de GGZ in Emmen, maar nog niet door vaktherapeuten of door een Psychomotorisch therapeut. Op dit moment vindt er een combinatie plaats. Van half 2 tot 3 uur op de maandagmiddag wordt de schematherapie gegeven door GZ psychologen en dit is voornamelijk gericht op de cognitie. Van half 4 tot 5 uur is er een invulling door de psychomotorische therapie. Schemagerichte therapie wordt voornamelijk aangeboden voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek.

Mijn stagebegeleidster, Andreke Smulders, heeft veel ervaring met het Pesso gericht werken. In gesprek met haar en door het geven van schemagerichte therapie is duidelijk geworden dat binnen de PMT, tijdens deze laatstgenoemde therapievorm, veel onderdelen van Pesso (basisbehoeften, basisstand, structures) worden gebruikt om de therapie vorm te geven. Dit vormde een reden om bovenstaande verder te onderzoeken. Er liggen nog veel vragen rondom Pesso binnen de schemagerichte therapie gezien er nog vrijwel geen wetenschappelijk onderzoek is verricht naar de werking en de resultaten van Pesso binnen specifieke toepassingsgebieden. Ik heb zelf nog de nodige vragen rondom Pesso en dit onderzoek kan mij en u als lezer hier hopelijk meer inzicht in geven. Daarnaast verwacht ik dat het onderzoek ook een meerwaarde heeft voor mijn stage-instelling, zij zullen door middel van dit onderzoek informatie en inzichten verkrijgen over de effectiviteit van deze manier van werken.

1.5 Onderzoeksvragen

- Wat is schemagericht werken?
- Wat is een Borderline persoonlijkheidsstoornis?
- Wat is Pesso gericht werken en welke onderdelen van het Pesso gericht werken integreren wij in de schemagerichte therapie?
- Waarom zetten wij deze onderdelen van Pesso in binnen de schemagerichte therapie en wat is het effect?
- Welke conclusie kan ik trekken uit dit onderzoek?

2: Theoretisch kader

2.1: Wat is schemagericht werken?

Algemeen:

Schemagerichte therapie is een therapie, ontwikkeld door Young en collega's (Young, 1990, 1999), die een belangrijke uitbreiding vormt op de Cognitief-Gedragstherapeutische ¹ behandeling. De schemagerichte therapie is een therapie die voortborduurt op de cognitieve gedragstherapie door technieken met elkaar te integreren. Young, Klosko en Weishaar (2005) zeggen in het boek 'Schemagerichte therapie' dat de schematherapie voortbouwt op de traditionele cognitieve gedragstherapie door veel meer nadruk te leggen op het verkennen van de oorsprong van psychische problemen in de kindertijd en adolescentie, op de patiënt-therapeutrelatie en op onaangepaste coping-stijlen. De focus van de therapie ligt daarbij eerder op de onderliggende disfunctionele schema's van de cliënt, dan op gedrag, denken en voelen. Dat wil zeggen dat gedrag, denken en voelen zo veel mogelijk gezien en behandeld worden in het licht van het schema waar ze uit voortkomen.

Wat zijn schema's?

Algemeen gesteld is een schema een structuur, een kader of omtrek.

De schemagerichte therapie gaat er vanuit dat ieder mens in zijn/haar jeugd hardnekkige overtuigingen/schema's vormt over de werkelijkheid. Een schema is een kennisstructuur, een manier van denken en kijken naar jezelf, naar mensen die direct betrokken zijn bij je, en naar de wereld om je heen. Een schema komt tot uiting in zich herhalende patronen van gedrag, denken en voelen.

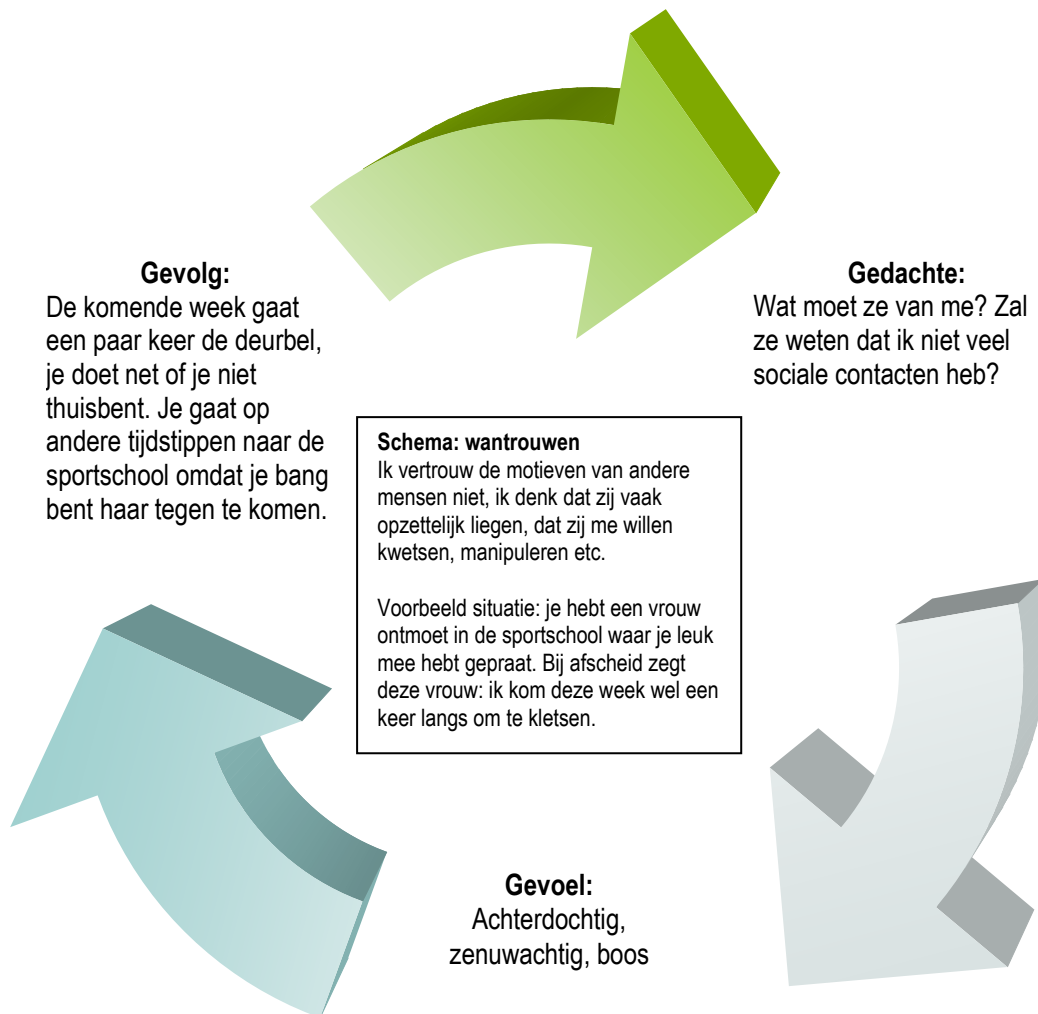
Volgens Young (2005) is de definitie van een oud onaangepast schema:

- een breed, algemeen verbreid thema of patroon
- bestaande uit herinneringen, emoties, cognities en lichamelijke gewaarwordingen
- met betrekking tot zichzelf en de relaties met anderen
- dat ontstaan is tijdens de kindertijd of adolescentie
- in de loop van de tijd verder is uitgebreid
- in belangrijke mate disfunctioneel is

Er zijn dus positieve en negatieve schema's, naast vroege en late schema's. Dit onderzoek richt zich voornamelijk op de oude en negatieve schema's. Op de volgende bladzijde vindt u een voorbeeld van een schema.

¹Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. De kern is de veronderstelling dat zogenaamde *irrationele* cognities (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities.

Een voorbeeld van een schema:



Zoals hierboven al benoemd maken we onderscheid tussen *functionele schema's* en *disfunctionele schema's*. *Functionele schema's*: Helpen je doelen te behalen in het leven die voor jou belangrijk zijn.

Disfunctionele schema's: Staan je eigen ontwikkeling en plezier in het leven en contact met anderen in de weg. Deze schema's komen tussen jou en jezelf, en het contact met jou met je omgeving in te staan.

Welke Copingstrategieën zijn er?

Er zijn drie manieren waarop men met schema's kan omgaan, ook wel copingstrategieën of stijlen² genoemd. Namelijk: overgave, vermijden en overcompenseren. Deze copingstrategieën geven op korte termijn vaak een gevoel van opluchting, maar leiden op langere termijn tot moeilijkheden op belangrijke levensgebieden. Het hanteren van een copingstrategie is geen bewuste keuze van de cliënt, maar vaak een automatische reactie op een bedreigende of kwetsende situatie.

²Copingstijl is een psychologische term voor het verwerken en omgaan met (problematische) situaties

Hieronder zijn de drie copingstrategieën te lezen:

Overgave: · overgave aan het schema, accepteren hierbij het schema

Vermijden: · vermijden van activiteiten en om aan het schema toe te geven

Overcompensatie: · het tegenovergestelde gedrag vertonen om het schema te bestrijden

Het uitgangspunt van Young, Klosko en Weishaar (2005) in het boek 'Schemagerichte therapie' is dat schema's het gevolg zijn van emotionele basisbehoeften die in de kindertijd niet zijn bevredigd. Dit zijn de volgende vijf:

- 1: Veilige hechting aan anderen
- 2: Autonomie, competentie en identiteitsgevoel
- 3: De vrijheid om uitdrukking te geven aan gerechtvaardigde behoeften en emoties
- 4: Spontaniteit en spel
- 5: Realistische beperkingen en zelfbeheersing

Welke schema's en domeinen zijn er:

De schema's worden ondergebracht in vijf schemadomeinen. Een schemadomein is een categorie van basisbehoeften waaraan niet voldaan is in de vroege jeugd. Hieronder is te lezen welke schema's mensen kunnen hebben, onderverdeeld onder de schemadomeinen:

- Onverbondenheid en afwijzing

1. Verlating
2. Wantrouwen en misbruik
3. Emotionele verwaarlozing
4. Minderwaardigheid/schaamte
5. Sociaal isolement

- Verzwakte autonomie en verzwakte prestatie

6. Afhankelijkheid
7. Kwetsbaarheid
8. Verstrengeling
9. Mislukking/falen

- Verzwakte grenzen

10. Op je rechten staan
11. Onvoldoende zelfcontrole

- Gerichtheid op anderen

12. Onderwerping
13. Zelfopoffering

- Overmatige waakzaamheid en geremdheid

14. Emotionele geremdheid
15. Extreem hoge eisen

Schemamodi:

Een schemamodi is een tijdelijke toestand van heftige gevoelens en het volgens een vast patroon omgaan met een bepaalde situatie in het leven. Vaak wordt een modus opgeroepen door situaties waarvoor iemand gevoelig is. De kwetsbare plekken/valkuilen (schema's) worden geraakt. Een modus kan helpen in de therapie, bijvoorbeeld de modus 'het kwetsbare kind' omdat je door het ervaren van deze toestand contact maakt met vroege ervaringen of juist belemmerend werken als iemand in de modi van afstandelijke beschermer schiet, omdat deze modi contact in de weg staat. Dit onderzoek is gericht op zes modi, hieronder is te lezen welke dit zijn en wat deze inhouden.

De Afstandelijke beschermer	De cliënt schermt alle gevoelens af, je houdt daarmee afstand van anderen. Je bent niet in contact met gevoel.
De Bestraffende ouder	De cliënt is agressief, intolerant, ongeduldig en niet vergevingsgezind ten opzichte van zichzelf. Deze modus is een weergave van wat (één van) de ouders altijd tegen de cliënt zeiden om hem te kleineren/straffen.
Het Boze kind	De cliënt heeft een gevoel van boosheid, soms de sterkte van een razende woede. De boosheid komt omhoog door een opmerking of gebeurtenis waardoor oude pijn wordt geraakt.

Het Kwetsbare kind	De cliënt denkt dat niemand zijn emotionele behoeften zal vervullen en dat iedereen hem uiteindelijk in de steek zal laten.
Het Blijde kind	De cliënt voelt zich geliefd, tevreden, beschermd, begrepen en gewaardeerd. Speels als een klein kind.
De Gezonde volwassene	De cliënt heeft positieve en genuanceerde gedachten en gevoelens over zichzelf.

Als therapeut help je cliënten om bewust te worden van deze modi en ze te leren om vanuit een disfunctionele modus over te schakelen naar een gezonde modus, als onderdeel van het genezingsproces van het schema. De cliënten in de groep hebben vooraf een vragenlijst moeten invullen, waardoor in een grafiek kon worden afgelezen hoeveel procent elke modi van toepassing was bij elke cliënt. Onder elke modi worden de verschillende schema's neergezet die hierbij van toepassing zijn. Voorbeeld: Onder het kwetsbare kind komen de schema's verlaten en misbruik naar voren.

2.2 PMT in de schemagerichte therapie:

In de eerste fase helpt de therapeut de patiënten om hun schema's te benoemen en inzicht te krijgen in de oorsprong van de schema's. Cliënten leren hierbij hun slecht aangepaste copingstijlen te herkennen (overgave, vermijden, overcompensatie). Vervolgens ga je leren om je schema's uit te dagen. Je leert de irreële gedachten uit te dagen en te oefenen met nieuwe gedragingen. Op deze manier leer je stap voor stap de oude gewoonten waarvan je last hebt te vervangen door gewoonten waar je je prettiger bij voelt. Cliënten vullen aan het begin een schemavragenlijst in, die veel verduidelijking geeft voor zowel cliënten als therapeut.

De therapeut combineert verschillende technieken om de schema's aan te pakken, namelijk:

- cognitieve technieken → andere cognities aannemen over een schema, logische en relationele argumenten opbouwen tegen het schema.
- gedragsmatige technieken → vervangen van copingstijlen voor nieuwe, beter aangepaste vormen en gedrag. (bijv. door rollenspel)
- interpersoonlijke technieken → het opbouwen van relaties en omgang met anderen. (bijv. de therapeutische houding van empathische confrontatie)
- experiëntiële technieken (ervaringsgericht) → het ervaren en uiten van emoties die gekoppeld zijn aan (vroegere) situaties.

De definitie van psychomotorische therapie volgens de NVPMT in 'het beroepsprofiel van psychomotorisch therapeut' (2009) is:

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag. De psychomotorische therapeut beschikt over specifieke deskundigheid om de methodieken zodanig af te stemmen op de problematiek van de cliënt dat specifieke beleving en gedrag opgeroepen kunnen worden. Daarbij maakt de therapeut ook gebruik van verbale interventies, bijvoorbeeld het verbaal instrueren, het bespreken van en betekenis verlenen aan de ervaringen, feedback geven op of uitlokken van gedrag en het legitimeren en valideren van gevoelens.

PMT kan de experiëntiële tak van de schematherapie verbreden, dit neemt een belangrijke plek in. Young zegt in het boek 'Schemagerichte therapie' (2005) dat experiëntiële technieken twee doelen hebben, namelijk:

- 1) emoties oproepen die verband hebben met oude aangepaste schema's
- 2) 'reparenting' van de cliënt ten einde die emoties te helen en gedeeltelijk tegemoet te komen aan de onvervulde behoeften van de cliënt uit de kindertijd

Een belangrijke techniek die wordt gebruikt is imaginatie. Dit houdt in dat er door de cliënten bepaalde voorstelling gemaakt wordt, bijv. Een beeld uit de kindertijd. Als een beeld uit de kindertijd is onderzocht, wordt er overgeschakeld naar een actueel beeld/situatie die hetzelfde aanvoelt. Op deze manier wordt een verband gelegd.

Daarnaast kan er gebruik gemaakt worden van imaginatie voor reparenting. Drie stappen wat hierbij worden gemaakt volgens Young (2005): 1) therapeut vraagt toestemming om in beeld te komen en zich tot het kwetsbare kind te richten 2) therapeut zorgt voor reparenting van het kwetsbare kind 3) later zorgt de gezonde volwassene voor reparenting van het kwetsbare kind.

Hieronder een kort voorbeeld van de 3 stappen die worden ondernomen:

1. Cliënt heeft een beeld van zichzelf voor de geest gehaald van vroeger, waarbij het als kind in een pleeggezin zit. Therapeut vraagt of hij kan praten met het kind, wil in het beeld komen.
2. Therapeut vraagt wat het kind voelt en dit kan vertellen, maar ook wat het kind graag wil. Dit kan bijvoorbeeld zijn: ik wil dat je bij me blijft of een arm om mij heen slaat. De cliënt probeert zich dit voor te stellen in het beeld.
3. Therapeut vraagt of cliënt zich als volwassene zich in het beeld kan mengen. Cliënt kan als hij/zij het beeld van vroeger voor zich ziet tegen het kind zeggen: ik zie dat het moeilijk voor je is, waarom kom je niet bij me zitten zodat we samen zijn.

Binnen de PMT is het belangrijk dat cliënten gaan 'doen', in oefeningen stappen. Op deze manier kan de cliënt ervaringen opdoen en zichzelf hier bewust van worden. Als therapeut is het belangrijk dat je nadenkt over de activiteit en welke schema's hierbij mogelijk opgeroepen worden. Er kan zowel in groepsverband als individueel gewerkt worden.

Vaak wordt er voor gekozen om individueel aan de slag te gaan als iemand nog niet toe is aan een groep. Een cliënt kan hier nog niet de draagkracht voor hebben vanuit de emotionele verwaarlozing, onder andere omdat aandacht moet worden verdeeld in de groep. Voor sommige cliënten is de veiligheid er nog niet, in dat geval kun je ook beter individueel starten. Er moet dus per cliënt worden bekeken of groepsverband al mogelijk is en iemand hier aan toe is of nog niet. Daarnaast kan er ook nog individueel in een groep gewerkt worden.

Hieronder is een voorbeeld te lezen van een schema en mogelijke oefeningen hierbij:

Domein: gerichtheid op anderen

Schema: onderwerping → 'ik onderwerp mij aan anderen', 'ik ben bang dat anderen boos op mij zullen worden of mij zullen afwijzen als ik niet aan hun verwachtingen voldoe'.

Mogelijke PMT oefening hierbij:

- Je krachtig neerzetten, je kracht inzetten
- Stemgebruik oefeningen
- Boosheid uitten (stuitvormen, duwvormen, boksen, schoppen)
- Onderscheid maken tussen kracht en boosheid
- Uit een dubbelgevouwen mat komen

De attitude van de therapeut moet afgestemd worden op de cliënt. Voor elke cliënt zal een andere attitude werken en bruikbaar zijn. De attitude moet afgestemd worden op de schema's en schemadomeinen van de cliënt. Deze attitude is voor zowel psychomotorische therapeuten als psychologen van belang. Een veilige sfeer is hierbij van belang, een veilig gevoel om te oefenen en tot de schema's te komen. In bijlage 1 op bladzijde 26 vindt u een overzicht van de vijf domeinen met onderliggende basisbehoeften, schema's en bijbehorende therapeutische attitude. Hierbij is te lezen welke attitude van belang is bij welk schemadomein en schema's en dit hoor je als therapeut op elkaar af te stemmen.

2.3 De doelgroep:

De doelgroep is een groep vrouwen met persoonlijkheidsproblematiek. Deze groep bestaat uit 7 vrouwen en de leeftijd varieert tussen de 29 en 46 jaar. Het zijn vrouwen die als kind te maken hebben gehad met vroegtijdige problemen en op jonge leeftijd al veel hebben doorgemaakt.

De persoonlijkheidsproblematiek die in deze groep naar voren komt is de *Borderline persoonlijkheidsstoornis*. In het kader van deze scriptie is gekozen om mij hier op te richten.

Hieronder leg ik het kort uit via de DSM-IV-TR.³

Borderline persoonlijkheidsstoornis:

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 zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

1. Krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. N.B.: reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5)
2. Een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren
3. Identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
4. Impulsiviteit op tenminste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien). N.B.: reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5)
5. Recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
6. Affectlabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijv. Periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst meestal enkele uren durend en slechts zelfden langer dan een paar uur)
7. Chronisch gevoel van leegte.
8. Inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijv. Frequentie driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen)
9. Voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen.

³ DSM-IV-TR: Het Diagnosticand Statistical Manual of Mental Disorders

3. Methode

Wat is Pesso gericht werken en welke onderdelen van het Pesso gericht werken integreren wij in de schemagerichte therapie?

Algemeen:

Pesso-psychotherapie is een therapie die rond 1960 vanuit de praktijk in N- Amerika is ontwikkeld door Al Pesso (1929) en Diana Pesso-Boyden (1929). Van Attekum (1997) omschrijft in het boek 'aan den lijve' dat het doel van deze therapie is om de cliënt alsnog te laten ontwikkelen tot een autonoom en zichzelf respecterend persoon. Deze zelfontplooiing wordt nagestreefd door alsnog te reageren op behoefte, waar destijds in onze kindertijd niet adequaat of onvoldoende op gereageerd is. Onvervulde of onvoldoende behoeften blijven namelijk op zoek naar vervullen (vaak op een onduidelijke, indirecte manier).

De onderdelen die naar voren komen in de therapie:

1: de 5 basisbehoeften van Pesso

Wanneer je een goede basis hebt gehad, zal je opgroeien tot een redelijk tevreden en stevig mens, die hierbij ook latere problemen aankan. Als er iets in het basiscontact mis gaat, dan zie je dit vaak terug in de volwassenheid. Tijdens de ontwikkeling van een baby naar een volwassene, worden de basisbehoeften in drie stadia vervuld:

- 1) Letterlijk en lijfelijk aan de behoeften van de baby tegemoet komen.
- 2) De volgende stap is dat de bevrediging van basisbehoeften een meer symbolisch karakter krijgt.
- 3) Het volwassen stadium kan op zichzelf vertrouwen en daarbij ook voor eigen behoeftes zorgen.

Pesso onderscheidt vijf basisbehoeften, die in de vroege jeugd essentieel zijn, maar gedurende het hele leven van wezenlijk belang blijven. Namelijk:

- Plaats
- Voeding
- Steun
- Bescherming
- Begrenzing

Hieronder kunt u lezen wat deze verschillende basisbehoeften inhouden:

Plaats:

De meest letterlijke plek van een kind is de baarmoeder. Het kind is in een veilige ruimte, in iemand anders en hierdoor is er constant sprake van fysiek contact. Van Attekum zegt dat het er bij deze basisbehoefte om gaat dat het kind lichamelijk de ervaring opdoet thuis te horen in een liefdevolle omgeving. Mensen die hier vroeger problemen mee hebben gehad, houden vaak het leven lang moeite met het binden, het wonen op een plaats, in een huis, met een partner, werk en ten opzichte van de maatschappij.

Voeding:

Van Attekum beschrijft dat het bij het vervullen van de voedingsbehoefte niet alleen gaat om het wát en hoeveel, maar vooral om hoe. Het psychische en lichamelijke worden hierbij samengevoegd. Bijvoorbeeld de manier waarop een moeder haar baby voedt, bepaalt onder andere of een baby tevreden is of niet. Kijkt de moeder hem/haar aan, let de moeder op haar kind. Naast letterlijke voeding wordt hiermee ook voeding voor de ziel bedoeld: aanraking en streling, zorg en verzorging.

Steun:

Dit gedeelte heeft te maken met het vasthouden en gedragen worden. Een kind wordt lijfelijk gedragen onder de billen. De ouder vormt een levende stoel en steun. Wanneer iemand voldoende is gedragen levert dit een gevoel van stevig in de schoenen staan, zich gedragen voelen. De steun en de mate en vorm hiervan verandert met de leeftijd. Bijv. Aan de hand lopen, huiswerksteun, financiële steun, morele steun.

Bescherming:

Het is belangrijk dat een kind beschermd wordt tegen de buitenwereld en dat het een innerlijk scherm ontwikkelt, dat binnen en buiten onderscheid. Dit schild houdt het kwetsbare en zachte binnen en het kwetsende en harde buiten. Daardoor ontstaat veiligheid.

Begrenzing:

Van Attekum beschrijft: wie geen duidelijke grenzen krijgt, ontwikkelt onvoldoende 'ego'. Op deze manier ken je niet goed de grens tussen zelf en de ander. Het gevolg hiervan is vaak een wankel eigenwaarde. Begrenzing is bij het begin vooral fysiek, later zit het meer in regels, afspraken en structuur.

2: De basisstand

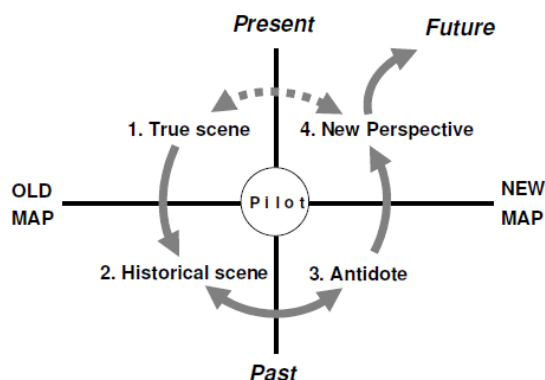
De basisstand is een Pesso oefening om je bewust te worden van je gevoel. Hierbij gaat het om het gevoel in je lichaam bij bepaalde houdingen en tijdens interacties met anderen. Deze Pesso oefening is speciaal ontworpen om stil te staan bij wat het eigen lichaam te vertellen heeft. Dit is voor de meeste mensen niet vanzelfsprekend en ook niet gemakkelijk. Veel mensen zijn vervreemd van hun lichaam. Op deze manier kan lichaamsinformatie steeds meer betekenis krijgen. Bij de basisstand is het de bedoeling dat je zo ontspannen mogelijk staat en alle aandacht kunt richten op lijfelijke sensaties. De ontspanning van de basisstand is als de nulstand van een thermometer, wat daarvan afwijkt valt op. Dit kan van alles zijn. Bijvoorbeeld: koude voeten, zwaar gevoel in de benen, trillen, niet stil kunnen staan, graag een bepaalde beweging willen maken. Deze lijfelijke gewaarwordingen zijn eigenlijk gewone dingen, alleen sta je er meestal niet bij stil.

Hoe gaat de oefening? Hieronder volgt het begin van de instructie die bij de basisstand oefening richting cliënten wordt gegeven: Indien u als lezer geïnteresseerd bent in de gehele instructie, verwijst ik u graag naar bijlage 2 op bladzijde 27.

'Plaats je voeten zoals je gewend bent, wanneer je ontspannen staat. Je benen zijn gestrekt, maar zonder dat je knieën 'op slot' zijn. Nu laat je de spierspanning zoveel mogelijk los, zonder te vallen. Je mag je hoofd wat naar beneden laten hangen, in de richting van je kin. Je mag je ogen sluiten als je dit prettig vindt'.

3: Structures

Tijdens een structure kom je in het gedeelte van jezelf waar je niet bewust van bent. Tijdens een structure staat 1 cliënt centraal en de rest is beschikbaar als rolfiguur. Het verleden speelt vaak een belangrijke rol in het onbewuste. Via de afbeelding hieronder komt verder naar voren hoe een structure verloopt en welke stappen er worden doorlopen.



Afbeelding uit artikel van Perquin en Vos (2006)

Perquin en Vos (2006) beschrijven in het artikel 'diepzee duiken en veilig bovenkomen' op welke manier de afbeelding van hierboven zich verhoudt. Alles boven de horizontale lijn noemen ze het heden (present). Alles onder de horizontale lijn valt onder het verleden (past). In het artikel wordt verteld dat het heden in principe zichtbaar is, waarneembaar en te maken heeft met het lichaamsbewustzijn. Het verleden zit in het geheugen en is vaak niet direct toegankelijk in het dagelijks leven.

De verticale lijn verdeelt de twee strategieën om met herinneringen om te gaan. Links van de lijn betekent het oude gedeelte (old map). Hier vallen vroegere gebeurtenissen onder, meer of minder bevredigende ervaringen en interacties en de conclusies die de cliënt daaruit heeft getrokken.

Rechts van de verticale lijn bevindt zich het nieuwe gedeelte (new map). Een nieuwe ervaring dat in de therapie al experimenterend tot stand komt, een nieuwe strategie om met het heden om te gaan.

Hieronder is een korte beschrijving van de 4 fasen van een structure, ook te zien in de tekening hierboven:

1: True scene: De cliënt zet hierbij wat hij/zij in het hier en nu innerlijk ervaart (gedachten- stem of gevoelens- getuigenfiguur) met behulp van rollenspelers buiten zichzelf neer. We hebben het hierbij over de cliënt in het hier en nu (present). Dit kunnen symptomen, problemen en conflicten zijn die gebaseerd zijn op het oude gedeelte (old map)

2: Historical scene: In de true scene ging het over een old map. Deze old map heeft zich in de historische scenes gevormd. Je gaat hierbij dus terug naar het verleden.

3: Antidote: Bij de antidote maak je een nieuwe ervaring, dit vormt een antidote tegenover vroeger. 'zo had het moeten zijn en onder andere omstandigheden *kunnen* zijn.' Het nieuwe gedeelte ontstaat (new map).

4: New perspective: Dit is de afronding van de structure, maar ook de periode hierna. Hierbij gaat het erom dat de cliënt de nieuwe ervaringen van de 'antidote' integreert in het heden.

3.2 Waarom zetten wij deze onderdelen van Pesso in binnen de schemagerichte therapie en wat is het effect?

1: De 5 basisbehoeften van Pesso:

De 5 basisbehoeften van Pesso heb ik onderverdeeld onder de 5 schemadomeinen. Dit betekent dat de basisbehoefte op dat domein het meest van toepassing is, daarnaast heeft het vaak ook overlap met andere domeinen. Hieronder is te lezen welke basisbehoefte onder welk schemadomein valt:

Domein	Pesso basisbehoeften
Onverbondenheid/afwijzing	Bescherming
Verzwakte autonomie/prestatie	Voeding
Verzwakte grenzen	Begrenzing
Gerichtheid op anderen	Plaats
Overmatige waakzaamheid/ geremdheid	Steun

De domeinen en de basisbehoeften hebben veel overlap met elkaar. Hieronder kort de overlapping uitgelegd:

Onverbondenheid/afwijzing – Bescherming:

Kinderen moeten opgroeien in een veilige omgeving, bescherming krijgen van ouders. In het boek 'Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen' van E. Young (1999) is te lezen dat afwijzing zich ontwikkelt wanneer kinderen bij herhaling worden bekritiseerd door hun ouders, als hun het gevoel wordt gegeven dat ze ongewenst zijn of wanneer zij gemeden worden door leeftijdgenoten. Onverbondenheid ontstaat wanneer kinderen worden misbruikt, bedrogen of belogen. (onveiligheid).

Cliënt G. vertelt dat ze vroeger vaak ongelukken had; een hersenschudding op het ijs tijdens het schaatsen, een gebroken pols en een gebroken elleboog. Een angstig moment dat ze zich nog kan herinneren was toen ze een hersenschudding had en niets meer kon zien. Daarnaast was haar moeder heel streng over allerlei zaken, bijvoorbeeld kapotte kleding of het vergeten van spullen. G. was erg bang voor de terechtwijzingen van haar moeder. Als ze hieraan terug denkt krijgt ze een benauwd gevoel. G. werd geregeld bekritiseerd door haar moeder; een stukje bescherming heeft G. hierdoor gemist.

Verzwakte autonomie/prestatie – Voeding:

Dit domein spelen zelfstandigheid, op eigen benen staan een belangrijke rol. Deze cliënten weten vaak niet goed wie ze zijn en wat ze willen. Als kind is er door de ouders vaak weinig gezorgd, of juist extreem gezorgd. Dit koppelt aan de basisbehoefte voeding, want hierbij gaat het over zorg en verzorging. Aanraking zorgt ervoor dat je een eigen identiteit vormt, beseffen gaat 'wie je bent'.

De moeder van cliënt S. is altijd erg zorgzaam voor haar geweest. Daarnaast was ze erg bezorgd en beschermend richting S. Ze heeft veel van de basisbehoefte voeding gekregen, wat maakt dat ze het lastig vindt om zich los te maken van haar moeder. S. vertelt dat ze de laatste twee weken veel bezig is met haar moeder. Ze wil graag volwassen zijn, een gezonde band hebben en onafhankelijk zijn. Dit alles op een zodanige manier dat de relatie met moeder wederkerig is. S. is bezig om zich los te maken van haar moeder en een eigen leven te gaan leiden.

Verzwakte grenzen – begrenzen:

Belangrijk dat er richting kinderen realistische grenzen worden gesteld. Op deze manier weet je wat goed is en wat niet en houd je rekening met behoeften van anderen. Deze cliënten hebben een stukje begrenzing gemist als basisbehoefte en het domein verzwakte grenzen is dan ook van toepassing.

Cliënt M. vertelt dat ze twee boodschappen voelt in haar lichaam; onrust in de benen en een onbestemd gevoel in de buik. Als er iemand aan haar benen komt denkt ze: 'ga weg!' of 'blijf af!'. Het idee dat andere mensen aan haar gaan zitten is eng, ze ziet er emotioneel tegenop. Ze vertelt dat ze aan de ene kant behoefte heeft aan contact, maar dat dit haar anderzijds beangstigt. M. is bang voor grensoverschrijdend gedrag. Om hiermee te experimenteren maakt een groepsgeenoot langzaam contact met M. door de handen op haar rug te leggen. Twee andere groepsgeenoten maken dit contact bij haar schouders. M. werd emotioneel en begon te schokken. Ze wordt boos en wil dat dit schokken ophoud. Als ik M. vraag om te bewegen weigert ze dit. Haar positie veranderen voelt voor haar onveilig. Uiteindelijk gaat ze armpje drukken waarbij haar groepsgeenoten tegendruk uitoefenen op haar armen. Door de tegendruk krijgt ze het gevoel dat ze wordt begrensd en dit maakt haar erg emotioneel. Een groepsgeenoot neemt een rol aan en deze zegt: 'je hoeft het niet alleen te doen'.

Wat in bovenstaand voorbeeld naar voren komt is dat de cliënt als kind niet genoeg met kracht heeft kunnen experimenteren binnen veilige grenzen. Wat je hierdoor merkt is dat de cliënt haar eigen kracht/macht/agressie als onhanteerbaar ervaart. Ze denkt dat niemand haar aankan. In de oefening hierboven wordt ze begrensd, en krijgt ze een nieuwe ervaring rond deze basisbehoefte.

Gerichtheid op anderen – Plaats:

Bij gerichtheid op anderen gaat het erom dat je er recht op hebt om te luisteren naar eigen gevoelens en behoeften. Deze mensen komen vaak tegemoet aan behoeften van andere mensen. Als een kind een duidelijke plek heeft gehad, genoeg gehecht is, dan heeft het geleerd wat het betekent om ergens bij te horen. Je weet beter wat het is om in relatie tot een ander te staan, tot een omgeving, en hierbij ook dat je niet alleen naar behoeften van anderen te luisteren, maar ook je eigen behoeften serieus te nemen.

We hebben een oefening gedaan waarbij elke cliënt verteld over haar naam, wat je van je eigen naam vindt, en hoe je aan je eigen naam bent gekomen. Je naam heb je namelijk nodig om een plaats in de wereld te krijgen. Cliënt A. vertelt dat ze zich met haar naam verbonden voelt; haar naam geeft haar bestaansrecht en een plek op de wereld. Als iemand haar naam verkeerd zegt (zoals vroeger op de basisschool), dan vindt ze dit vervelend. Vroeger zat er iemand in haar klas met dezelfde naam en moest ze genoegen nemen met een verkorte versie van haar naam. Op deze manier ging ze mee in de behoeften van anderen. Momenteel komt A. voor zichzelf op als een dergelijke gebeurtenis zou plaatsvinden.

Overmatige waakzaamheid/geremdheid – steun:

Binnen dit domein gaat het om spontaniteit, creativiteit, uiten, spelen en genieten, deze mensen hebben hier vaak moeite mee. Houden vast aan regels, dit komt vaak door een strenge kindertijd. Hebben in de kindertijd niet voldoende steun gekregen, moesten te snel op eigen benen staan, zelf alles onder controle houden. Is de steun wel geweest dan krijg je innerlijke stevigheid en zekerheid.

Bij het nabespreken van een oefening wacht cliënt P. tot iedereen aan de beurt is geweest. Als ze aan de beurt is zegt ze dat ze niet weet wat ze moet vertellen. Ik zie aan haar gezicht dat ze emotioneel is, maar P. houdt zich groot. Ik vraag haar of ze niet mag huilen van zichzelf en P. beaamt dit; ze vindt dat ze zich niet moet aanstellen, dat ze geen klein kind is. P. heeft van haar moeder geleerd dat ze sterk moet zijn en zich groot moet houden. In de oefenruimte maakt ze zich letterlijk groot om te laten zien dat ze een 'grote' volwassen vrouw is. Op de vraag of dit wel emoties van een volwassen vrouw zijn, schudt P. haar hoofd. Ik stel voor om op de grond te gaan zitten, zodat P. zich klein kan voelen. Hierna geven de groepsgenoten van P. haar steun bij het hoofd, de schouders, de knieën en de handen. P. geeft aan dat ze de steun bij de schouders en het hoofd als meest prettig ervaart. Wanneer ze verder vertelt blijkt P. het verdriet dat zij als 3 jarig meisje heeft ervaren, opnieuw naar boven heeft gehaald. Dit verdriet kwam afgelopen week, tijdens het maken van een MRI scan, plots naar boven, omdat ze als drie jarig meisje twee weken op het ziekenhuis moest doorbrengen. Dit heeft ze als klein meisje helemaal alleen moeten doorstaan, doordat haar ouders haar alleen achter lieten op het ziekenhuis. Wanneer P. tijdens de therapie op de grond zit en zich letterlijk en figuurlijk weer klein voelt lukt het haar beter haar emoties te laten zien; ze voelt zich hierin minder geremd.

Wat naar voren komt is dat de basisbehoeftes van Pesso aansluiten op de domeinen van de schemagerichte therapie. In vergelijking met de basisbehoeften/ontwikkelingstaken van de schematherapie, zijn de basisbehoeften van Pesso concreter. Tijdens de therapie merk ik dat cliënten zich erg snel herkennen in een basisbehoefte en dit uitspreken. Na een oefening staan we geregeld stil bij de vraag: 'wat merkte je tijdens een oefening?' en 'waar had je behoefte (basisbehoefte) aan tijdens de oefening?'. Dit maakt dat je hier als therapeut snel op kunt aansluiten.

Na het doen van een oefening stel ik bovenstaande vragen aan mijn cliënten. Cliënt M. geeft aan dat ze tijdens de oefening de behoefte voelde om weg te kruipen en een stukje bescherming te zoeken. Op de vraag of ze hier iets mee wil doen vandaag is het antwoord 'nee'. M. creëert hierna een veilige plek (op stoelen en met een kussen voor haar lichaam) voor zichzelf. Op deze manier voldoet ze in haar eigen basisbehoeften.

Volgens Pesso streven we in het leven naar:

- plezier (en niet pijn)
- naar bevrediging (en niet frustratie)
- naar betekenis (niet zinloosheid)
- naar verbondenheid met anderen (niet vervreemding)

2: De basisstand:

In hoofdstuk 2.3 waren de belangrijkste kenmerken van een Borderline persoonlijkheidsstoornis te lezen. Twee kenmerken die hier te lezen waren zijn:

Identiteitsstoornis en een gevoel van leegte. Bij een identiteitsstoornis komen vragen naar boven als: 'wie ben ik?' en 'wat wil ik?'. Kijken naar eigen wensen en behoeftes is hierbij belangrijk.

Cliënt A. vindt het moeilijk om haar basisbehoeften en wensen aan te geven. Wanneer ik haar bijvoorbeeld vraag te kiezen tussen nog een oefening doen of napraten op de stoel, dan is het antwoord dat A. geeft: 'Maakt mij niet uit.' Ook wanneer het licht in de therapieruimte op verschillende manieren wordt aangedaan (helemaal aan, de helft van de verlichting aan, of de verlichting helemaal uit) kan A. niet aangeven wat door haar als meest prettig wordt ervaren.

Tijdens de basisstand oefening zetten we de cliënten, waaronder A., stil bij de eigen gevoelens en lichamelijke sensaties. Het luisteren naar deze oefening vormt een beginsel van de therapie. A. voelde de afgelopen keer tijdens het uitvoeren van de basisstand een zwaar gevoel in haar benen en een klemmend gevoel op haar kaken. De identiteitsstoornis die A. bezit maakt dat het vaak 'druk' voelt in haar hoofd. De basisstand oefening brengt haar terug naar de 'basis' en laat haar zich hier op focussen. Wat A. dan ook regelmatig teruggeeft na het doen van die oefening is: 'Hier word ik rustig van.'

Een stapje verder is dat cliënten gaan kijken waar deze sensaties/gevoelens naar verwijzen. Dit kunnen bijvoorbeeld onbewuste emoties, onderdrukte impulsen of wensen zijn. Een vraag die wordt gesteld is: 'Welke mogelijke beweging heb je behoefte aan om te maken?' Je kijkt dus welke actie hieruit voorkomt.

Als ik bovenstaande vraag stel tijdens de basisstand oefening dan geeft L. aan dat ze spanning voelt in haar benen en dat ze de behoefte heeft om een stap naar voren te maken richting het midden van de kring. Ik nodig haar hiervoor uit. L. knikt en geeft aan dat dit was waar ze behoefte aan had. Op de vraag of ze nog een stap wil maken, is het antwoord 'nee'. Ze wil hierna weer snel een stap naar achteren. Als ik haar laat onderzoeken wat de betekenis hiervan is, dan denkt ze dat ze mogelijk even in de aandacht zou staan of gezien zou worden.

De kracht van deze oefening is dat het een eerste stap en zet is om weer met primaire emoties in contact te komen en deze te uiten richting anderen. De cliënten leren zichzelf kennen door deze oefening, waardoor ze ook zelfstandiger en actiever aan therapie deel kunnen nemen. Deze basisstand oefening wordt vanaf het begin van de therapie gegeven, wekelijks aan het begin van de bijeenkomst. Ook kunnen cliënten deze oefening thuis uitvoeren als ze dit als prettig ervaren. De eerste weken voelde alles voor de cliënten nog als onveilig aan. Ze moesten kennismaken met een nieuwe groep, nieuwe therapeuten en een voor hun nieuwe therapievorm. Veel cliënten zaten dan ook de eerste weken erg in de modus van afstandelijke beschermer. Door goed aan te sluiten en veiligheid te bieden kun je deze modus af en toe doorbreken.

Cliënt M. vertelt de tweede bijeenkomst dat het nog niet veilig genoeg aanvoelt voor haar. Ze sluit zich hierdoor af voor haar gevoelens en emoties (modi: afstandelijke beschermer). Ze vertelt dat ze zichzelf nog de tijd geeft om te wennen aan het onderzoeken en mogen ervaren van lichaamsgericht werken. Na het doen van een structure bij een groepsgenoot van M., vraag ik aan M. hoe het voor haar was om dit te zien. M. vertelt dat het haar niet raakt en dat er geen gevoelens loskwamen door de structure; ze sloot zich af voor haar gevoelens. Wanneer we de basisstand oefening doen laat M. de modi 'afstandelijke beschermer' los; bij deze oefening ben je puur in contact met jezelf. M. vertelt na het doen van de basisstand oefening dat ze veel spanning ervaart in haar lichaam waardoor ze in contact komt met haar gevoelens.

Wanneer de cliënt meer over zichzelf weet is het eenvoudiger om bij de verschillende schema's en modi te komen, je herkent en signaleert dit eerder. Ook uit de basisstand oefening is veel af te leiden, kunnen verschillende schema's al naar voren komen door de manier waarop een cliënt de basisstand oefening uitvoert.

Cliënt S heeft tijdens de basistand al haar spieren aangespannen. Ze geeft aan hier hoofdpijn van te krijgen, omdat ze teveel moet nadenken over het aan- en ontspannen van haar lichaamsdelen. S. is in haar hoofd erg bezig met het op de juiste manier uitvoeren van de oefening en focust hierbij op het ontspannen. Ze wil zichzelf daarnaast graag staande houden en 'sterk' zijn. Als ik S. vraag hoe ze het zou vinden om zichzelf te laten vallen waarbij ze wordt opgevangen door iemand anders, geeft ze aan dat dit voor haar zou voelen als 'zwak..

Een belangrijk schema dat naar voren komt bij S. is het schema 'mislukken en falen.' Dit schema is te herleiden in de basisstand oefening.

3: Structures:

True Scene:

De structure wordt gestart met een rondje waarbij elke cliënt kan vertellen hoe het gaat en wat diegene bezighoudt op dit moment.

Cliënt A. vertelt dat ze de laatste weken een aantal keren in conflict met zichzelf is geraakt. De oorzaken hiervoor zijn divers. Een eerste voorbeeld is dat de vriendin van A. (welke een psychiatrisch patiënt is) tegen A. had gezegd dat ze het fijn vond dat A. er was als ze dit nodig had. A. voelde zich hierdoor wat beklemd en een beetje bang om tekort te schieten. Een ander voorbeeld is dat de buurman van A. haar onlangs had uitgenodigd voor een feestje. A. had niet zoveel zin om te gaan; ze had de voor- en nadelen op een rij gezet en zag toen dat de lijst met nadelen langer was. Dit maakte dat ze afbelde voor het feestje. De buurman belde A. vervolgens op om te vragen waarom ze niet kwam en dit maakte wat schuldgevoelens bij A. los. A. raakte hierdoor in de war, maar werd tevens een beetje boos op haar buurman: 'Waarom moest zij verantwoording afleggen richting hem?' Het schema 'extreem hoge eisen/normen' komt in bovenstaand voorbeeld naar voren.

Gedachten, emoties, opvattingen, oordelen worden buiten de cliënt neergezet door rolfiguren die stemmen representeren. Door de stemmen buiten de cliënt neer te zetten kan de cliënt het meer objectief gaan zien. De cliënt kan dan gaan denken: 'is dat zo?' De cliënt neemt hierdoor afstand van de situatie. Dit kan de cliënt doen beseffen dat het geen innerlijke waarheid is, maar conclusies die de cliënt heeft getrokken uit de gebeurtenis.

Een groepsgenoot krijgt de rol op zich van schuldgevoel en zegt: 'je had geen goede reden om niet naar het feestje te gaan'. A. gaat zich erg klein voelen op de stoel van schuldgevoel, haar energie gaat weg en ze krijgt het gevoel dat ze zichzelf hierin verliest. Een andere groepsgenoot krijgt de rol van verantwoording. A. zoekt hierbij bevestiging dat het goed is wat ze heeft gedaan. Als laatste is er nog een groepsgenoot wat zegt: 'ik zie hoeveel strijd jou dit oplevert'

De therapeut vraagt steeds na aan de cliënt of het benoemde affect aansluit en door de modus 'gezonde volwassene' wordt herkend. De gezonde volwassene wordt er constant bijgehaald. De cliënt heeft de regie, en maakt eigen keuzes over wie in welke rolfiguur wordt gezet en wat de stemmen zeggen.

Historical Scene:

De cliënt gaat proberen de overgang te maken naar het verleden. Deze overgang kan er komen door verbanden te ontdekken tussen conflicten en stagnaties in het heden, en vroegere on vervulde behoeften.

De rol van schuldgevoel raakte A. Dit komt omdat ze een smoesje had verzonnen zodat ze niet naar het feestje van haar buurman hoefde. Dit riep bij A. de associatie op met haar moeder die vroeger altijd zei: 'je mag niet liegen'. We zetten dit stukje van haar moeder in een rol. Als A. deze rol ziet dan wordt ze erg ongemakkelijk. Ze voelt zich niet goed genoeg en haar gevoel mag er niet zijn. A. voelt zich erg klein worden en komt in de modi terecht van het kwetsbare kind. Een belangrijke levensovertuiging die A. heeft: 'mijn gevoel is niet te vertrouwen'. Haar moeder heeft haar altijd overruled, en zei vaak tegen A: 'zie je wel, ik heb het je wel gezegd'. Dit negatieve stukje van moeder zetten we ook in een rol; op deze manier wordt het voelbaar voor A. en komt ze erachter welke behoefte ze heeft gemist vroeger.

Antidote:

Hierbij kan de cliënt meemaken hoe het zou kunnen zijn. Je krijgt alsnog wat je als kind nodig had. Als volwassen vrouw (modi gezonde volwassene) kun je rouwen dat je deze ervaring als kind pijnlijk hebt moeten missen.

Een groepsgenoot wordt in de rol van ideale moeder gezet. A. zet haar moeder op ongeveer een meter afstand van zichzelf en vraagt of de moeder wil zeggen: 'jou gevoel mag er wel zijn'. Dit in tegenstelling tot vroeger toen de moeder van A. niet luisterde naar het gevoel van A. en haar hierdoor overruled. Als deze zin wordt uitgesproken komt dit niet gelijk binnen bij A. Hierna gaat een groepsgenoot achter A. zitten en geeft haar steun bij de schouders door haar handen hierop te leggen. De zin: 'jou gevoel mag er wel zijn' wordt weer uitgesproken. Hierna komt het wel binnen bij A. en raakt dit haar gevoel. A. moet hierom huilen; ze komt erachter wat ze heeft gemist vroeger.

Als kind heeft ze hierbij de basisbehoefte 'steun' gemist. Steun valt onder het domein overmatige waakzaamheid en geremdheid. Het schema 'emotionele geremdheid' zie je terug in bovenstaand voorbeeld, je gevoelens niet laten zien, omdat deze er niet mogen zijn.

New perspective:

De cliënt zal in vergelijkbare situaties, waarin je geneigd bent volgens oude schema's te reageren, eerder een nieuwe route inslaan. Oude schema's loslaten. Het is aan de cliënt om de nieuwe ervaring mee te nemen naar het dagelijks leven, te oefenen in verschillende situaties. Hierbij wordt ook weer teruggegaan naar de modus 'gezonde volwassene' (in perso termen de ideale ouderboodschappen). Zowel bij Pesso als bij schemagerichte therapie is dit een belangrijk uitgangspunt. De cliënt heeft als volwassene de verantwoordelijkheid en regie voor de 'new map'.

De week na het doen van de structure wordt er tijdens de openingsronde teruggegrepen op de structure van de week ervoor. Hoe was het voor de cliënt? Hoe kijkt de cliënt er op terug? Je brengt de laatste fase hierdoor weer in verband met de eerste fase.

A. vertelt dat ze nog veel heeft gedacht aan de structure en hier bewust mee bezig is geweest na vorige week. Een vriendin van A. wou graag met haar afspreken op een avond. A. was erg moe en zag er tegenop, maar wou haar vriendin niet teleurstellen. Op dit moment werd ze zich bewust van haar eigen gedrag en patroon en heeft ze dit aangepast. A. heeft haar vriendin eerlijk haar gevoel kenbaar gemaakt; ze was moe en het kwam niet goed uit. A. was achteraf trots op zichzelf, en de vriendin had hier goed op gereageerd.

De kracht van deze oefening:

Verschillende aspecten komen samen bij de structures. Tijdens de structures komen verschillende modi naar voren, waarbij het belangrijk is dat je door de ideale ouder boodschappen de 'gezonde volwassene' aan het voeden bent. Integreer je de antidote in het hier en nu dan kun je je eigen 'gezonde volwassene' zijn. Daarnaast zijn de schemadomeinen en schema's af te leiden van de structures en ga je kijken welke basisbehoefte gemist is bij de cliënt.

Daarnaast is het een kracht dat bij structures een corrigerende ervaring wordt meegegeven. Een corrigerende ervaring beklijft beter als je teruggaat naar het verleden en kijkt wat er is gemist. Vooral in de eerste levensjaren hebben patronen en schema's zich in het geheugen vastgelegd. Waarnemingen in het hier en nu worden dan ook sterk bepaald door herinneringen die in het geheugen zijn opgeslagen. Je moet eerst teruggaan naar wat je hebt gemist, dit moet voelbaar worden. Er worden verschillende stukjes uit elkaar gehaald, bijvoorbeeld het zorgzame deel van moeder en het boze stukje van moeder. Deze tegenstrijdige gevoelens worden gesplitst, waardoor er ruimte komt om het positieve in te nemen. Er moet mogelijk eerst iets uit (boosheid richten) en dan is er pas ruimte om het positieve in te nemen. Hierna kun je een nieuwe ervaring (nieuw schema) meegeven. Op deze manier kunnen cliënten voelen/ervaren hoe het zou zijn geweest.

Bateman en Fonagy (2007) zeggen: 'wij denken dat traumaslachtoffers vaak een gedeeltelijke storing van mentalisatie ervaren'. Mentaliseren is een mentale activiteit die verbeeldingskracht vereist. Op pagina 9 van deze scriptie is te lezen dat reparenting in de schemagerichte therapie alleen gebruik maakt van mentaliseren. De cliënt moet zich beelden voor de geest halen. Bij de structures komt ook het mentaliseren naar voren, maar wordt er een lijfelijke ervaring aan gekoppeld. In bovenstaand voorbeeld was dit de letterlijke steun die de cliënt kreeg. Hierdoor wordt het meer voelbaar. Je kijkt wat er tijdens de therapie naar voren komt en speelt hierop in, waarbij de cliënten de regie in eigen handen hebben.

Tijdens schematherapie is de therapeut degene die in een bepaalde rol komt te zitten, en deze uitspeelt met de cliënt. (gedachten en gedrag). Tijdens de structures spelen cliënten bepaalde rollen en mogen deze ervaren. Een cliënt komt dan in de rol van bijvoorbeeld 'boze moeder'. De cliënt kiest een groepslid uit en krijgt een bepaalde rol opgelegd, en aan het eind wordt deze rol weer afgelegd. Op deze manier wordt de overdracht tussen therapeut en cliënt verdund, omdat je er als therapeut buiten staat. Voor zowel de therapeut als cliënten is dit prettig.

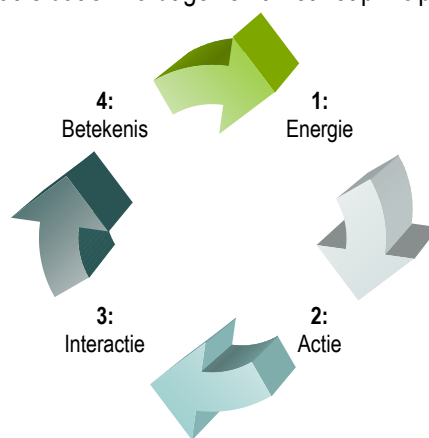
4: Conclusie

Resultaten:

In dit hoofdstuk komt naar voren wat deze scriptie heeft opgeleverd en welke resultaten er zijn behaald. Van belang hierbij is de kennis over schematherapie en de manier waarop Pesso hier een onderdeel van vormt. Hieronder vind u een korte opsomming van de resultaten zonder daarbij te interpreteren.

Algemeen:

- Er wordt niet met materiaal gewerkt. De cliënten begeleiden elkaar bij de verschillende oefeningen, door bijvoorbeeld steun te geven of druk uit te oefenen op het lichaam van de ander. Af en toe wordt een kussen gebruikt, dit is als voorwerk. Voorwerk in de zin van voordat iemand bijvoorbeeld echte armen om zich heen krijgt. Een kussen omarmen geeft bescherming aan de buik (het gevoelscentrum), dit kan een gevoel van veiligheid opleveren. Dit kan verder uitgewerkt worden door personen die je een gevoel van veiligheid kunnen geven.
- Een ander algemeen resultaat is dat er wordt gewerkt met het principe:



Dit houdt in dat er tijdens de basisstand oefening wordt gekeken naar de energie die in het lichaam zit. Wat neem je waar en wat voel je. Hierna kijken de cliënten naar wat ze zouden willen doen, welke actie vloeit hieruit voort. De actie zoekt hierna altijd de interactie op, dit gedrag moet naar de juiste persoon gericht zijn. Hierbij ga je als cliënt terug naar de oorspronkelijke context, vaak uit de kinderjaren. Door een structure kan iemand positief op je behoefte reageren. Dit dient uiteindelijk betekenis te krijgen, in de vorm van wat er gemist is of waarom iemand een bepaald schema of modi nodig heeft gehad of nog steeds nodig heeft. Hierdoor kun je uiteindelijk goed de corrigerende ervaring neerzetten zodat dit een betekenisvolle ervaring wordt.

Basisbehoeften:

- Veel cliënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis weten en voelen niet meer goed wat 'normaal' is. Wat normaal is over wat ze bijvoorbeeld vanuit huis hebben meegekregen, hoe het vroeger in huis ging. Door de basisbehoeften expliciet te benoemen en de cliënten verschillende basisbehoeften te laten ervaren, beseffen zij wat ze mogelijk hebben gemist en kunnen ze deze ervaring een plek geven.
- De basisbehoeften van Pesso zijn onder te verdelen onder de schemadomeinen van de schemagerichte therapie. Hierbij komt dus naar voren dat beide therapieën in elkaar passen.
- De basisbehoeften van Pesso zijn een stuk concreter in vergelijking met de ontwikkelingstaken van de schemagerichte therapie, dat maakt dat het voor cliënten eenvoudiger is om deze te onthouden en hiermee aan het werk te gaan.

Basisstand:

- Cliënten worden stilgezet bij hun eigen lichaamsbewustzijn en leren om te voelen in hun eigen lichaam. Cliënten komen hierdoor in contact met hun eigen lichaam. Ze leren zichzelf hierdoor ook beter kennen en ervaren welke modi en schema's naar voren komen op welke momenten. Hierdoor kunnen cliënten dit langzaam aan beter voelen en is deelname aan de therapie voor hen meer laagdrempelig.

- Cliënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornissen vinden het lastig om te kijken naar eigen behoeftes en wensen. Cliënten ervaren vaak een gevoel van leegte en weten vaak niet goed wie ze zijn.
- De schema's die cliënten hanteren zijn tijdens de basisstand oefeningen voor hen goed te herleiden.
- Door wat de cliënten ervaren te benoemen en doordat er gezien wordt wat ze voelen en denken krijgen cliënten het gevoel dat ze er mogen zijn met alles wat ze voelen, er is geen oordeel. Dit is een punt wat naar voren komt tijdens therapie en wat ook aansluit bij cliënten, zij ervaren ook daadwerkelijk dat deze gevoelens er mogen zijn.

Structures:

- Bij structures maak je gebruik van de kracht van de groep. Dit in tegenstelling tot schemagerichte therapie welke vaak individueel wordt gegeven.
- Er is veel af te leiden aan een structure. Tijdens het doen van structures komen verschillende modi naar voren. Hierbij wordt elke keer de 'gezonde volwassene' erbij gehaald, op deze manier kun je realistisch en op een volwassen manier naar de situatie (je kindstuk) kijken. Je ziet daarnaast welke schema's naar voren komen, en welke basisbehoefte er mist.
- Tijdens het doen van structures worden verschillende delen uit elkaar gehaald. Dit kan zijn het boze stukje van moeder en zorgzame stukje van moeder. Tijdens de Schemagerichte therapie worden deze onderdelen niet expliciet uit elkaar gehaald. Dit maakt dat er moeilijker een positieve ervaring ingenomen kan worden, cliënten blijven tegenstrijdige gevoelens ervaren.
- Bij schemagerichte therapie wordt er veel gementaliseerd, terwijl dit lastig is voor mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Dit maakt dat een corrigerende ervaring minder snel voelbaar wordt. Onderdeel van de structure die wordt aangeboden is een stukje mentaliseren. Dit bestrijkt echter niet de gehele structure. Er wordt daarnaast bijvoorbeeld lichamelijk steun gegeven bij schouders, of bescherming door groepsleden die om je heen gaan zitten. Hierdoor wordt het makkelijker voelbaar en komt een corrigerende ervaring 'echt' binnen. Het voelt hierdoor ook echter.
- Verminderde overdracht, doordat cliënten in een bepaalde rol worden gezet i.p.v. therapeut.

Discussie

Een groot onderdeel van deze scriptie wordt gevormd door een literatuuronderzoek. Dit heeft mij nieuwe kennis en inzichten gebracht rondom schematherapie en Pesso. De literatuurstudie is in de scriptie gecombineerd met praktijkervaringen (casussen) om de theorie en praktijk aan elkaar te kunnen koppelen rondom de positieve werking van Pesso binnen de schematherapie. Discussabel is het feit dat ik alleen de combinatie van Pesso en schematherapie heb meegemaakt en in de praktijk geen schematherapie alleen door middel van PMT heb gezien. Een tekortkoming is dat er aan het eind van dit onderzoek door de cliënten niet nog een keer de vragenlijst over schema's/modi is ingevuld. Deze resultaten zouden weinig relevant zijn, gezien het feit dat deze niet te vergelijken zijn met die van schematherapie alleen door middel van PMT. Het is dus wenselijk dat in een volgend onderzoek de beide therapievormen naar elkaar worden gezet en door middel van vragenlijsten met elkaar worden vergeleken. Dit alles zou mijn onderzoek bekrachtigen en op een hoger plan kunnen brengen.

Conclusie & Aanbevelingen:

Conclusie:

Hieronder zal ik antwoord gaan geven op de vraagstelling: 'Wat is de waarde van Pesso (basisbehoeften, basisstand, structures) bij het geven van PMT binnen een schemagerichte groep vrouwen tussen de 29 en 46 jaar met een Borderline persoonlijkheidsstoornis?'

Bij het hoofdstuk 'resultaten' kwam naar voren dat we de energie van de cliënten omzetten in een actie en deze in een interactie met anderen tot een betekenis gaan verlenen. Deze onderdelen worden geïntegreerd in de schemagerichte groep. Bij de basisstand oefening kijk je wat naar voren komt, naar wat er op dat moment speelt (energie). Hierna kijk je naar de actie die je zou willen maken. Hierbij komt de overschakeling van de basisstand naar het doen van structures. Bij het doen van de structure kom je er achter welke basisbehoefte gemist is (interactie). Door deze drie onderdelen (basisstand, structure, basisbehoefte) kom je tot de betekenis, bij een betekenisvolle ervaring.

Wat is hier nu de waarde van? Tijdens de therapie wordt gekeken naar wat er speelt bij cliënten, wat er leeft en naar voren komt en wat de behoefte is. Er wordt gewerkt vanuit het hier en nu, vanuit een actuele situatie die naar voren komt. Vanuit deze situatie wordt een oefening hierbij gezocht en ontrolt het zich. Als ik kijk naar de PMT en schematherapie dan is dit stukje andersom. Er wordt gewerkt vanuit thema's, en door de oefeningen worden schema's aangeraakt en de copingstijlen. Tijdens een oefening worden cliënten zich vaak bewust van het lichaam en komen er pas schema's naar voren. Cliënten komen hierdoor eerder in de weerstand en het is vaak enger als de schema's uiteindelijk zichtbaar worden. Door vanuit een actuele situatie te werken gaat het meer leven bij cliënten en sluit het meer aan dan gewoon oefeningen gaan doen.

Een andere conclusie wat uit bovenstaande resultaten kan worden getrokken is dat alles meer voelbaar kan worden door onderdelen van Pesso te integreren.

- Door de basisstand leer je te voelen wat er in je lichaam gebeurt, welke lichaamssignalen je krijgt. Dat het goed is wat je voelt en dat je alles mag ervaren.
- Door de basisbehoeftes wordt voelbaar wat cliënten mogelijk gemist hebben vroeger en waar ze behoefte aan hebben. De basisbehoeftes worden bij PMT in de schemagerichte therapie vaak niet expliciet benoemd, terwijl door de basisbehoeften van Pesso te gebruiken dit wel gebeurt. Door terug te grijpen op basisbehoeften is het voor cliënten erg duidelijk en helder hoe schema's zijn ontstaan. Je kunt kijken welke basisbehoefte je mogelijk hebt gemist, en welke schema's er hierdoor mogelijk zijn ontstaan.
- Door de structures wordt het meer voelbaar, omdat je verschillende onderdelen uit elkaar haalt. Bijvoorbeeld: Het boze en zorgzame stukje van moeder wordt apart neergezet. Haal je dit uit elkaar dan wordt het meer voelbaar, kun je eerder boos worden op het boze stukje van moeder. Bij schemagerichte therapie wordt dit niet expliciet uit elkaar gehaald. Je voelt dan misschien wel boosheid op je moeder, maar durft dit niet goed te uiten, aangezien je ook vindt dat er positieve stukjes van je moeder bijzitten. Je voorkomt tegenstrijdige gevoelens als je het uit elkaar haalt. Het wordt voor cliënten dan ook beter voelbaar als er een nieuwe ervaring wordt meegenomen. Daarnaast worden de structures meer voelbaar door op een andere manier te mentaliseren dan de schemagerichte therapie. Als ik kijk naar imaginatie en reparenting van de schemagerichte therapie, dan moeten cliënten een voorstelling maken van een bepaalde situatie. Door het maken van een voorstelling wordt een corrigerende ervaring meegegeven. Bij de structures moeten cliënten zich ook een bepaald beeld indenken. De corrigerende ervaring wordt niet alleen meegegeven door een bepaalde voorstelling te maken, maar ook door visueel een voorstelling neer te zetten en deze lichamelijk in te nemen. Dit kan zijn 'bescherming' door groepsgenoten die om je heen gaan staan, steun van groepsgenoten krijgen etc. De conclusie hierbij is dat een corrigerende ervaring hierdoor meer voelbaar wordt en eerder binnenkomt.
- Schematherapeuten werken vaak met copingstijlen tijdens oefeningen. Dit wordt vaak ervaren als lastiger, omdat dit mensen uit hun gevoel haalt en ze hierdoor in hun hoofd gaan zitten. De modi benoemen is gemakkelijker, maar daarnaast ook gelijk zichtbaar en voelbaar.

Door de onderdelen van Pesso (basisbehoeften, basisstand, structures) toe te passen in de schemagerichte therapie zorgt dit voor meer diepgang. Rollenspelen worden veel toegepast tijdens PMT in de schemagerichte therapie. Tijdens het doen van rollenspelen blijf je meer in het 'hier en nu' en ga je minder diep in op de Historical scene. Af en toe wordt er vanuit het 'hier en nu' doorgedaan naar de Antidote, waarbij de Historical scene achterwege wordt gelaten. Dit is niet altijd het geval, maar er wordt niet zo diep teruggegaan naar het verleden als wat er tijdens de structures gebeurt. Hierdoor beklift het minder goed, komt er minder diepgang in (het is geen kunstje wat je leert) en kom je minder snel bij de oorsprong van mogelijke schema's.

Pesso sluit goed aan op de schemagerichte therapie, er vinden overlappingsen plaats tussen beide therapieën. Een combinatie van beide therapieën kan ontzettend goed werken en zorgen voor een meerwaarde. Kortom, Pesso therapie kan bijdragen aan de Schemagerichte therapie bij cliënten met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Het lijkt de PMT binnen de Schematherapie aan te vullen, doordat het meer aansluit bij cliënten en je er daarnaast dieper op in gaat. Cliënten hebben zelf de regie, dit voelt veiliger aan waardoor er meer diepgang wordt gecreëerd. Het sluit aan op de doelgroep, omdat mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis niet goed weten wat ze willen en wie ze zijn. Dit heeft vaak vroege wortels en zijn vaak ervaringen die al op jonge leeftijd, misschien zelf preverbaal ontstaan zijn. Door het lichaam te volgen kom je eerder bij de betekenis en door hier in de therapie woorden aan te kunnen geven wordt het meer beklift.

Aanbevelingen:

In het *doel* van dit onderzoek is te lezen dat schemagerichte therapie al eerder is aangeboden bij mijn stageplek, maar nog niet eerder door een Psychomotorisch therapeut of een andere vaktherapeut. Op dit moment vindt er een combinatie plaats. Tijdens de evaluatie met cliënten is er gekeken naar wat cliënten vinden van de combinatie en of ze het gedeelte (schematherapie en Pesso) ervaren als een meerwaarde. Hier werd door alle cliënten als antwoord gegeven: 'ja!'. Ze ervaren het gedeelte Schemagerichte therapie en Pesso als een meerwaarde van de therapie. Deze manier van werken is effectief en mag gezien worden als een aanbeveling voor de toekomst. Er zit meer diepgang deze therapie, wat hierboven ook te lezen is. Wat daarnaast van belang is, is dat er moet worden gekeken naar de indicatie van de cliënten. Deze therapie is niet voor alle cliënten geschikt, omdat niet iedereen dit aankan. Dit moet al tijdens een intake gesprek bekeken worden. Ook bij onze groep heeft dit plaatsgevonden, maar het blijft echter een aanbeveling die moet blijven staan. Een cliënt moet in een bepaalde mate naar zichzelf kunnen kijken en dit aan kunnen. Een andere aanbeveling die moet blijven staan is dat cliënten voorafgaand aan de therapie een vragenlijst moeten invullen, waaruit naar voren komt welke modi en schema's bij welke cliënt van toepassing is. Dit verschaft veel duidelijkheid, voor zowel de therapeut als de cliënten.

In bijlage 3 op bladzijde 28 kunt u een aantal evaluaties van cliënten lezen over de toegepaste behandelmethode.

Literatuurlijst:

- Attekum, M. van, (1997). *Aan den lijve; lichaamsgerichte psychotherapie volgens Pesso*. Pearson.
- Bateman, A.W., Fonagy, P., (2007), *Mentaliseren bij de Borderline Persoonlijkheidsstoornis; praktische gids voor hulpverleners in de GGZ*, Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Bijma, M., Niet, D. de. (2007). Schematherapie voor borderline patiënten. *Psychopraxis*, 9 (4), 149-154.
- Blokland-Vos, J., Günther, G., Mook, G. van, (2008). Je vak in schema's. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2008 (2), 17-25.
- Broersen, J., Vreeswijk, V. van, (2006). *Schemagerichte therapie in groepen; cognitieve groepspsychotherapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Crandell, J., Robinson, H., (2006), Schema Therapy as an adjunct to PBSP. *Tijdschrift voor Pesso Psychotherapie*, 22 (1), 6-14.
- Cuppen, M., (2008). The 'historical scene revisited'; verslag van een workshop met Al pesso op 29 oktober 2008. *Tijdschrift voor Pesso Psychotherapie*, 25 (1), 110-116.
- Overbeke, A.van, (2007), Pesso-therapie, ontbrekende schakel in een toekomstgerichte aanpak van hechtingsproblematieken?. *Tijdschrift voor Pesso Psychotherapie*, 23 (1), 7-22.
- Perquin, L., Vos, L., (2006), Veilig diepzeeduiken; de fasering van een therapeutische sessie volgens de Pesso methode. *Tijdschrift voor Pesso Psychotherapie*, 24 (1), 8-31.
- Vreeswijk, V. van, Broersen & Nadort, (2008). *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte Therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Young, J.E., Pijnaker, H., (1999). *Cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen; een schemagerichte benadering*. Houten: BohnStafleu van Loghum.
- Internetsites:*
- Cuppen, M., (2000). Pesso-psychotherapie bij de behandeling van trauma gerelateerde klachten, <http://www.pesso.nl/artikelen/cuppenlezing.htm>
- Evenblij, M., (2000). Het kind in ons spreekt lichaamstaal. *De volkskrant*, 25 november, <http://www.pesso.nl/artikelen/volkskrant25112000.htm>
- <http://www.nvpmt.nl>
- <http://www.schematherapie.nl>

Bijlage 1: Schema met bijbehorende attitude en cliënten.

Domein	Onverbondenheid en afwijzing	Verzakte autonomie en verzwakte prestatie	Verzwakte grenzen	Gerichtheid op anderen	Overmatige waakzaamheid en geremdheid
Kindbehoefte Ontwikkelingsstadium	Verbondenheid en basisveiligheid	Autonomie en prestatie	Redelijke/realistische grenzen	Zelfwaardering	Zelfexpressie
Vaktherapie thema's	Er mogen zijn, veiligheid, eigen plek, vertrouwen, grenzen, contact, zich verbinden met lichaam/materiaal/ander	Ik en de ander, autonomie, eigenheid, identiteit, grenzen	De ander en ik, inleven, empathie, zelfbeheersing, realiteitsbesef, macht, controle, status, grenzen	Leren luisteren naar eigen behoeften, eigen keuzen maken, identiteit, boosheid uiten	Creativiteit, leren uiten, spelen, genieten, spontaniteit
Schema's en assumpties	<u>1. Verlating</u> 'Ik wordt altijd in de steek gelaten' <u>2. Wantrouwen en misbruik</u> 'Ik kan je echt niet vertrouwen' <u>3. Emotionele verwaarlozing</u> 'Ik krijg nooit wat ik nodig heb' <u>4. Minderwaardigheid/schaamte</u> 'Ik ben niets waard' <u>5. Sociaal isolement</u> 'ik hoor er niet bij'	<u>6. Afhankelijkheid</u> 'Ik kan het niet alleen' <u>7. Kwetsbaarheid</u> 'Er kan ieder moment een ramp gebeuren' <u>8. Verstrengeling</u> 'Ik weet niet wie ik ben' <u>9. Mislukking/falen</u> 'alles wat ik doe gaat mis'	<u>10. Op je rechten staan</u> 'Ik heb er recht op om alles te krijgen wat ik wil' <u>11. Onvoldoende zelfcontrole</u> 'Ik handel impulsief'	<u>12. Onderwerping</u> 'Ik laat andere mensen de baas over mij spelen' <u>13. Zelfopoffering</u> 'Ik geef meer aan anderen dan ik terugkrijg' Ik voel me schuldig als ik de ander niet op de eerste plaats zet	<u>14. Emotionele geremdheid</u> 'Ik moet alles onder controle houden' <u>15. Extreem hoge eisen</u> 'Het is nooit goed genoeg'
Therapeutische attitude	Betrouwbaar, stabiel, voorspelbaar, 'kom maar!'	Stimuleren vanuit vertrouwen, met steun, 'doe maar!'	Grenzen stellend, liefdevol confronteren, 'wacht, kijk wat je doet!'	Stimuleren van de eigenheid, waarderen, 'en jij?'	Uitnodigend, complimenteaus, 'goed zo!'
Wat bij welke cliënt uit onze groep van toepassing:	Cliënt L. Cliënt P. Cliënt M.	Cliënt S.	Cliënt A.	Cliënt G. Cliënt S.	Cliënt L. Cliënt P. Cliënt A.

Bijlage 2: de instructie van de basisstand oefening

'Plaats je voeten zoals je gewend bent, wanneer je ontspannen staat. Je benen zijn gestrekt, maar zonder dat je knieën 'op slot' zijn. Nu laat je de spierspanning zoveel mogelijk los, zonder te vallen. Je mag je hoofd wat naar beneden laten hangen, in de richting van je kin. Je mag je ogen sluiten als je dit prettig vindt'.

Je armen hangen langs je lichaam. Laat je ademhaling rustig gaan. Misschien merk je dat je ademhaling in je buik zit of dat je ademhaling heel hoog zit. Nu mag je even met je aandacht naar je buikspieren, zit je je buik in te houden of niet. Is dit wel zo dan mag je je buikspieren loslaten, misschien niet de meest elegante houding.

Misschien merk je nu je iets langer staat dat je langzaam voor en achterwaarts beweegt, probeer dit maar eens uit. Volg met je aandacht de informatie die je lichaam geeft. Misschien voel je je arm trillen, een zwaar gevoel in de benen, misschien merk je dat je je kaken op elkaar klemt. Waar heb je behoefte aan? Reageert je lichaam of geeft het een signaal? (energie) Welke beweging zou je willen maken? (Akte) Je mag deze beweging uitvoeren, geef er maar aan toe, maar de beweging maar groter. Rond hierna de oefening op een prettige manier voor jezelf af. (wat heeft het nodig is de interactie en als laatste kom je bij de betekenis)'

Bijlage 3: reacties cliënten tijdens evaluatie

Ik ervaar deze therapie in groepsverband als wezenlijk anders dan de individuele behandeling. De groep vind ik hierin zeker van meerwaarde. Het geeft meer dynamiek, voegt een laag toe en de ervaringen van anderen zijn leerzaam en regelmatig een spiegel of eyeopener. De emoties van anderen uit de groep kunnen mij ook raken en daarmee een gedeelde ervaring worden. Ik merk zelfs dat het soms makkelijker is om bij mijn eigen emotie te komen door op die van een ander 'mee te liften'.

Voelen, ervaren en gewaarworden. Van hoofd naar lijf. Nog steeds vind ik veel emoties 'eng' en bedreigend, ik merk dat het mij niet lukt om te voelen en hierbij te komen. Maar alleen al erbij stilstaan is zinvol, merk ik. Zelfs ervaren dat ik niet voel of blokkeer, is een gevoel (klinkt wat tegenstrijdig) dat ik meestal het liefst uit de weg ga. Nu ervaar ik dat bewust en geef dat aandacht en geef mezelf tegelijk de boodschap (al dan niet via jou en/of de groep) dat dat niet erg is. Dat alles goed is.

Ik voelde vooraf veel weerstand voor het PMT gedeelte. Nu ik een tijdje bezig ben met deze therapie heb ik het idee dat ik hier nog meer aan heb dan het eerste gedeelte door de psychologen. Ik mag hier heel veel voelen en zit minder in mijn hoofd. Dit ervaar ik als waardevol.

Ik kan veel oefenen bij de PMT. Ik leer mezelf kennen en mijn eigen behoeftes aangeven. Ik luister beter naar mijn eigen lichaam en wat goed voor mij is. Bijvoorbeeld als ik moe ben, dat ik even een half uurtje mag rusten i.p.v. de hele dag door moet blijven gaan. Ik merk dat deze verandering mij goed doet.