



Begeleider: Ad van de Ven
Beoordelaar: Martin van den Blink

Voorwoord

Deze casestudy heb ik geschreven als afstudeeropdracht van de opleiding 'Psychomotorische therapie en bewegingsagogie' van de School of Human Movements & Sports aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle. Tijdens mijn eindstage bij de instelling Commujon (onderdeel van de Leostichtinggroep) te Almelo, kwam ik in aanraking met veel verschillende problematieken van jongeren tussen de 8 en 18 jaar. De meeste jongeren zag ik individueel in de zaal. Ieder kwam binnen met een ander doel of een andere hulpvraag. Bij iedere jongere probeerde je een passende therapie te bedenken en samen tot een mooi resultaat te komen, maar dat was niet bij iedereen even makkelijk. Vooral de jongeren van de seksespecifieke meidengroep grepen mij erg aan. Daar kwam veel seksueel misbruik en loverboy-problematiek voor. Die meiden leken allemaal zo temperamentvol, maar als ik ze in de zaal zag veranderde dat. Er was zoveel meer aan de hand met deze meiden dan dat je aan de buitenkant kon zien, ze droegen zoveel ellende met zich mee. Ik was heel benieuwd waardoor deze uitingen en emoties ontstaan waren en wat PMT daarin kon betekenen. Welke insteek moet ik nemen, hoe kan ik het beste met ze omgaan? Hierdoor is mijn fascinatie ontstaan voor deze doelgroep en ben ik gaan kijken wat ik hiermee kon doen wat betreft mijn scriptie.

In dit voorwoord wil ik mijn dank graag uitspreken aan mijn stagebegeleider Martin Rietman, voor de gesprekken en de ondersteuning tijdens de behandeling van de cliënt.

Daarnaast wil ik graag mijn scriptiebegeleider Ad van de Ven bedanken voor het begeleiden van mijn gehele proces. Zowel het meedenken over de vraagstelling en deelvragen, als de feedback heb ik als zeer nuttig ervaren.

Tot slot wil ik mijn scriptiebeoordelaar Martin van den Blink bedanken voor de goede ideeën met betrekking tot de vraagstelling en de aanpak.

Inleiding

Deze scriptie heeft als titel: 'Heen en weer schommelen'. De ondertitel/vraagstelling luidt: 'Wat is het helende effect van PMT bij jeugdigen met Borderline problematiek?'

Nadat mijn fascinatie voor dit onderwerp was ontstaan ben ik samen met mijn stagebegeleider gaan kijken wat ik hiermee kon doen. Behandeling van jeugdigen met loverboy-problematiek is een hot-item op de instelling, maar ook in Nederland. De problemen die daaruit kunnen ontstaan en hoe je daar zowel als therapeut, maar ook als ouders mee om moet gaan is niet makkelijk. Met in mijn achterhoofd de achtergrond van cliënt N. en de observaties van de eerste bijeenkomsten, ben ik uitgekomen bij deze vraagstelling. Er is over het algemeen ook nog weinig bekend over de behandeling van jeugdigen met Borderline-problematiek, dus krijgen we er hierdoor wat meer zicht op.

Om een duidelijk antwoord te kunnen geven op mijn vraagstelling, geef ik in hoofdstuk 1 informatie over problematiek van een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Wat houdt het in en hoe kan het ontstaan? Dit doe ik aan de hand van verschillende literatuur. Vervolgens zal ik in hoofdstuk 2 mijn casus van cliënt N. beschrijven, nadat ik wat beschrijf over de instelling waarin ik dit meisje behandeld heb.

We hebben twee verschillende behandelmethoden bij dit meisje toegepast tijdens de PMT-sessies. Deze methodes worden eerst nog even kort beschreven, waarna de uitwerking te lezen is van de therapie. Wat gebeurde er met haar? Wat waren onze doelen? Welke conclusie kunnen we hieraan verbinden?

Uiteindelijk komt hier een algehele conclusie uit en kijk ik wat daadwerkelijk de 'helende effecten' zijn geweest van PMT op dit meisje met Borderline problematiek en doe ik een aantal aanbevelingen voor een eventueel vervolgtraject.

Ik hoop dat hierbij de nieuwsgierigheid gewekt is. Veel plezier bij het lezen van mijn scriptie.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Inleiding.....	3
Inhoudsopgave	4
Hoofdstuk 1 : Wat is een Borderline Persoonlijkheidsstoornis?.....	6
1.1 Diagnostische kenmerken.....	7
1.2 Waardoor ontstaat Borderline?	8
Hoofdstuk 2: Casuïstiek beschrijving van cliënt N.	11
2.1 Mijn stage-instelling.....	11
2.2 Algemene beschrijving over cliënt N.....	12
2.3 Manifestatie van de cliënt in de PMT/BA context	13
2.3.1 Humanistische benadering.....	14
2.3.2 Behavioristische benadering	16
Conclusie.....	19
Literatuurlijst.....	21
Bijlagen.....	22

Hoofdstuk 1 ‘ Wat is een Borderline Persoonlijkheidsstoornis? ‘

‘Proberen de borderline-stoornis te definiëren lijkt op staren in een lavalamp: wat je ziet, verandert voortdurend. De ziekte veroorzaakt niet alleen instabiliteit, maar is er ook een symbool van. ‘

Janice Cauwels, Imbroglia: Rising to the Challenges of Borderline Personality Disorder.

Volgens DSM-IV is een persoonlijkheidsstoornis een stabiel, duurzaam, allesdoordringend en moeilijk te veranderen patroon van innerlijke beleving en gedrag dat aanzienlijk afwijkt van wat de cultuur van het individu verwacht en dat tot lijden of tot ontwrichting van inter-persoonlijke relaties leidt. Dit patroon wordt zichtbaar in de adolescentie of op jong volwassen leeftijd, is pervasief en rigide en blijft door de tijd heen onveranderd. De cliënt lijdt eronder en/of zijn functioneren wordt erdoor beïnvloed. Belangrijk om te weten is: ‘ Voordat we van een persoonlijkheidsstoornis spreken moeten we eerst uitsluiten dat dit patroon het gevolg is van een andere psychiatrische stoornis, geneesmiddelen of drugsgebruik of van een lichamelijk aandoening (bijvoorbeeld een schedelletsel)’ (APA, 1994). De symptomen moeten langdurig aanwezig zijn geweest en niet samenhangen met specifieke omgevingsfactoren. De DSM-IV onderscheidt drie groepen persoonlijkheidsstoornissen:

- **Cluster A:** omvat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Gemeenschappelijk kenmerk is het vreemde, excentrieke gedrag.
- **Cluster B:** bestaat uit de antisociale, borderline-, hysterische en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Mensen die hieraan lijden laten vaak dramatisch, emotioneel of grillig gedrag zien.
- **Cluster C:** de vermijdende, afhankelijke en obsessief -compulsieve persoonlijkheidsstoornissen; deze mensen zijn vaak angstig en teruggetrokken.

(D.N. Oudshoorn, 1995)

Persoonlijkheidsstoornissen worden bij kinderen en adolescenten zelden gediagnosticeerd, omdat er in hun ontwikkeling nog veel kan veranderen. Een uitzondering hierop vormt de borderline-persoonlijkheidsstoornis.

‘Borderline’ is in de kinder-en jeugdpsychiatrie een sinds jaar en dag gebruikt en misbruikt begrip. De oorspronkelijke betekenis van de term ‘borderline’ zoals die in de jaren vijftig gebruikt werd is: op de grens van psychose en neurose. In de jaren zeventig stelde men vast dat ondanks de sterk wisselende symptomen de stoornis het karakter had van ‘stabiele instabiliteit’ en tot de persoonlijkheidsstoornissen gerekend moest worden. Kinderanalytici gebruikten in die tijd nog steeds de term ‘borderline-state’. Hiermee bedoelden ze kinderen die af en toe psychotisch lijken, maar toch niet tot de categorie psychotisch of de categorie neurotisch behoren.

Hoewel de diagnostische criteria voor de borderline-persoonlijkheidsstoornis van volwassenen redelijk betrouwbaar toegepast kunnen worden bij kinderen en adolescenten, zijn de begrippen niet

identiek. Kinderen met 'borderline-states' ontwikkelen zich zelden tot adolescenten met borderline-persoonlijkheidsstoornissen. Veel vaker ontwikkelt het zich tot schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornissen en in een enkel geval tot schizofrenie. Er wordt dan ook vaak gesproken over multiplex (multiple en complexe) kinderen. (Van der Gaag, 1993)

Borderline-adolescenten ontwikkelen zich vaker tot volwassenen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het is dus tot nu toe het verstandigst om de cesuur te leggen tussen kinderen en adolescenten.

1.1 Diagnostische kenmerken:

Om tot de diagnose 'borderline' te kunnen komen moeten er in ieder geval vijf van de volgende slecht aangepaste eigenschappen vertoond worden. Dit moet ook een voortdurend aanwezig patroon zijn, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties.

1. Doet verwoede pogingen om te voorkomen feitelijk of ingebeeld in de steek gelaten te worden. Hierbij gaat het niet om suïcidaal gedrag of de neiging tot zelfverwonding, zoals aangegeven in criterium 5.
2. Relaties met anderen hebben een heftig, intens karakter, vol ups en downs (overmatig idealiseren tegenover verguizen/kleineren).
3. Voortdurende identiteitsstoornis of voortdurend instabiel zelfbeeld: wie ben ik? Waar geloof ik in?
4. Zelfdestructief gedrag: minstens twee moeilijk onder controle te houden impulsen die de betrokkene zelf schade kunnen berokkenen, bijvoorbeeld geld verkwisten, seks, alcohol-of drugsgebruik, winkeldiefstal, roekeloos rijden, overmatig veel eten. Hierbij gaat het niet om suïcidaal gedrag of de neiging tot zelfverwonding/-verminking, zoals aangegeven in criterium 5.
5. Terugkerende dreiging met zelfdoding, pogingen tot zelfdoding of zelfverwonding/-verminking.
6. Instabiliteit van gevoelsleven (voortdurende stemmingswisselingen) ten gevolge van een uitgesproken gevoeligheid voor factoren in de omgeving. Stemming wisselt snel (enkele uren tot een paar dagen) tussen intense droefheid, kribbigheid/kwaadheid of nerveuze gespannenheid, angst, wanhoop.
7. Een chronisch gevoel van leegte.
8. Onaangepaste, intense woede of gebrek aan beheersing van woede (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede, herhaaldelijke vechtpartijen), die in geen enkele verhouding staat tot de omstandigheden.
9. Grote stress leidt tot voorbijgaande paranoïde ideeën/gevoelens of ernstige depersonalisatieverschijnselen.
(Mason, 2003)

In Nederland zijn naar schatting 100.000 mensen met een Borderline Persoonlijkheidsstoornis. Dit is minder dan 1% van de bevolking. Misschien zijn het er meer, omdat veel mensen met borderline behandeld worden voor bijkomende klachten als bijvoorbeeld depressie of angsten. Borderline wordt dan vaak niet herkend. (www.trimbos.nl)

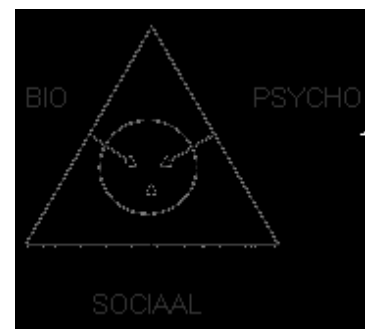
De diagnose borderline wordt ook pas officieel gesteld als iemand de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Ze gaan er namelijk in de psychiatrische hulpverlening vanuit dat de persoonlijkheid pas na deze leeftijd volgroeid is. Daarom kunnen ze pas na deze leeftijd de stoornis vaststellen. Deze regel is internationaal in de hulpverlening vastgelegd.

Zoals uit de hierboven genoemde diagnostische criteria blijkt, kan het beeld van de BPS (Borderline Persoonlijkheidsstoornis) een grote verscheidenheid aan symptomen laten zien. Maar, zoals veel mensen denken, een aantal van deze symptomen zien we bij zoveel adolescenten. Die gedachte is juist: BPS is een 'ernstige' diagnose en moet daarom niet lichtzinnig gesteld worden. Diverse onderzoeksgesprekken, liefst over langere tijd, en betrouwbare informatie van derden dienen eraan ten grondslag te liggen. De DSM stelt niet voor niets als voorwaarde dat de noodzakelijke symptomen minstens een jaar aanwezig moeten zijn geweest voordat we een BPS mogen classificeren.

1.2 Waardoor ontstaat Borderline?

De Borderline persoonlijkheidsstoornis is een stoornis of afwijking in de persoonlijkheid. Hoe deze afwijking ontstaat is (nog) niet duidelijk, maar wel staat vast dat bij het ontstaan ervan veel factoren een rol spelen. Het gaat dan ook niet over oorzaken van borderline, maar over factoren die het risico om borderline te ontwikkelen verhogen.

Het ontstaan van borderline kan het beste worden uitgelegd aan de hand van het zogenaamde bio-psycho-sociale model. Hierin wordt er vanuit gegaan dat bij het ontstaan van borderline zowel de biologische aanleg, als ook omgevings- en maatschappelijke invloeden een rol spelen. Men gaat er op dit moment vanuit dat ongeveer 50% van ons gedrag wordt bepaald door biologische factoren en 50% door de directe omgeving waarin we opgroeien en de maatschappij waarin we leven.



Biologische factoren:

Biologische factoren verwijzen naar genetische en lichamelijke factoren en naar aanleg bij het ontstaan van bepaalde stoornissen. Bij het ontstaan van borderline lijkt deze biologische aanleg de enige duidelijke, aanwijsbare en altijd aanwezige risicofactor te zijn. Aanleg wil zeggen dat bepaalde kenmerken van borderline in de genen aanwezig zijn. Het gaat met name om de aanleg voor impulsiviteit en emotionele instabiliteit. Ook is aangetoond dat iemand met borderline afwijkingen vertoont in de stofwisselingsprocessen (de serotonine-huishouding) die plaatsvinden in de hersenen. Het gaat om afwijkingen die ervoor kunnen zorgen dat prikkels uit de omgeving leiden tot somberheid, emotionele reacties en soms tot hyperactiviteit.

Factoren uit de omgeving:

Er zijn veel factoren die een rol spelen bij het ontstaan van borderline als deze in aanleg aanwezig is. Hoe sterk iedere factor hieraan bijdraagt is niet aan te geven, maar dat ze invloed uitoefenen staat wel vast. Veel mensen met borderline geven aan dat er sprake is van problemen in de vroege kinderjaren. Zo kan een door hen ervaren emotionele verwaarlozing een rol spelen. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat ook andere factoren een bijdrage kunnen leveren aan het ontstaan van borderline: een psychische ziekte bij een of beide ouder(s), seksueel of fysiek misbruik, echtscheiding of het overlijden van iemand in het gezin.

Maatschappelijke ontwikkelingen:

Er is onderzoek verricht naar de gevolgen van onze snelle westerse maatschappij op het ontstaan van een afwijkende persoonlijkheid. Borderline komt namelijk minder voor in andere maatschappijen die minder modern en snel zijn. Er wordt in snelle maatschappijen meer van mensen verwacht, er is meer druk. Zo moeten kinderen op zeer jonge leeftijd al beslissingen nemen die van invloed zijn op hun verdere leven. Denk aan bijvoorbeeld de school- en beroepskeuze. De moderne maatschappij is minder voorspelbaar en minder zeker. Kinderen met probleemgedrag werden vroeger terechtgewezen door school, kerk, burens en vriendjes; nu gebeurt dat minder of helemaal niet meer. Alle verantwoordelijkheid voor de opvoeding ligt daardoor bij de ouders. Dat is jammer, want ouders van kinderen met probleemgedrag kunnen alle hulp bij de opvoeding van hun kind gebruiken, maar krijgen deze vaak niet. Daarnaast worden zij, vaak onterecht, gemakkelijk beschuldigd van een verkeerde omgang met hun probleemkinderen en/of van grote fouten in de opvoeding.

Uit ervaring blijkt dat het aangeboren afwijkende temperament van iemand met borderline veel problemen in een gezin veroorzaakt.

Kinderen vertonen vaak op jonge leeftijd al probleemgedrag. Ze gedragen zich afstandelijk of juist heel afhankelijk. Soms zijn ze snel geïrriteerd of juist heel emotioneel. Ze reageren in ieder geval anders dan andere kinderen. Ouders hebben het vaak heel moeilijk met dit gedrag. Ze hebben geen flauw idee hoe ze met dit afwijkend gedrag van hun kind om moeten gaan. Ouders proberen afwijkend gedrag van hun kind te voorkomen en gaan zich aanpassen. Dit werkt vaak niet of averechts; niets is immers goed.

Veel ouders voelen zich op een gegeven moment schuldig over het ontstaan van de stoornis en zoeken de fout in hun opvoeding.

Het borderline gezin

De mensen die samenleven met iemand met Borderline, worden daar dagelijks mee geconfronteerd. Het gedrag speelt zich dan ook voor een belangrijk deel af in het gezin en roept daarbij veel emoties op. De mensen om hun heen zijn vaak bang voor extreme uitingen ervan, met name voor suïcide, zelfbeschadigend gedrag en agressie.

Dat Borderline zich met name afspeelt in het gezin wordt veroorzaakt doordat degene met borderline en de naastbetrokkenen emotioneel, financieel en materieel van elkaar afhankelijk zijn. Hierdoor beïnvloeden ze elkaar en versterken ze elkaars gedrag. Dit heeft tot gevolg dat de meest naastbetrokkenen (ouders, partners, broers, zussen) dagelijks met borderlinedrag te

maken hebben, terwijl zij geen idee hebben hoe ze met het gedrag om moeten gaan. Stress en spanning en de hieruit voortvloeiende emoties lopen hierdoor steeds verder op. (Krook, 2004)

De omgeving (het gezin, leraren op school e.d.) stelt eisen aan iedereen. Deze eisen roepen wel eens angst en onzekerheid op, zeker bij iemand met borderline. Echter, door gevoeligheid en prikkelbaarheid is angst, onzekerheid en het gevoel controle te verliezen voor iemand met borderline een belangrijke voedingsbodem voor het ontstaan van borderlinegedrag.

Er wordt vaak gezegd dat iemand met borderline aandacht wil. Zij zou het gedrag bewust laten zien om te manipuleren of om anderen pijn te doen. Vaak lijkt dit inderdaad het geval, maar hierbij wordt voorbij gegaan aan het feit dat ook iemand met borderline er niet om heeft gevraagd. De voortdurende stemmingswisselingen, impulsiviteit, de depressieve gevoelens, de angst en de pijn hebben invloed op het leven van iemand met borderline en het lijden is dikwijls groot.

Hoe naastbetrokkenen reageren op borderline is afhankelijk van hun karaktereigenschappen en hoe zij geleerd hebben te reageren op stressvolle gebeurtenissen. Dit bepaalt voor een belangrijk deel de gedragingen die worden ingezet op het moment dat zich een stressvolle situatie voordoet. Echter, de manier waarop naastbetrokkenen gewend zijn te reageren, werkt in de omgang met borderline over het algemeen niet en soms zelfs averechts. Zij prikkelen als het ware de angst, de leegte, het controleverlies en het zelfbeeld. Degene met borderline wil de ontstane angst en leegte verminderen, controle terug krijgen en een positiever zelfbeeld 'afdwingen'.

Zaken die daarmee te maken hebben zijn: verlatingsangst, niet duidelijk aangeven en handhaven van grenzen, kritiek leveren en adviseren, meegaan in emoties, inconsequent, onduidelijk en onvoorspelbaar gedrag, overbetrokkenheid, wantrouwen, verantwoordelijkheid overnemen.

Zoals uit bovenstaande uitleg blijkt is er niet een oorzaak voor het ontstaan van borderline persoonlijkheidsstoornissen aan te wijzen. Vele factoren spelen een rol bij het ontstaan ervan. De belangrijkste en meest duidelijke is het aangeboren afwijkende temperament. Hierdoor kan zich vroeg of laat door allerlei omgevingsinvloeden borderline ontwikkelen, met alle gevolgen van dien voor degene met borderline zelf en de naastbetrokkenen.

(Krook, 2004)

Hoofdstuk 2 ‘Casuïstiek beschrijving van cliënt N. ‘

In het vorige hoofdstuk heb ik geprobeerd een beeld te scheppen over de persoonlijkheidsstoornis ‘Borderline’ en wat daarbij komt kijken. Dit pakt bij ieder individu weer anders uit en kun je daarom nooit met elkaar vergelijken. Toch zullen veel dingen in de casus van cliënt N. een link hebben met bovenstaande informatie en zul je er dingen in herkennen. Af en toe zal ik dus even teruggrijpen naar de theorie.

Om een duidelijk beeld te scheppen over de omgeving waarin ik en mijn stagebegeleider dit meisje hebben behandeld geef ik eerst even kort wat informatie geven over de instelling.

2.1 Mijn stage-instelling

Ik heb mijn eindstage gelopen bij de instelling ‘Commujon’ in Almelo. Dit is een onderdeel van de overkoepelende organisatie ‘Leo-stichtinggroep’.

De naam Commujon staat voor communiceren met jongeren. In het hulpaanbod is het gesprek met de jongere en ouder(s)/verzorger(s) het uitgangspunt voor de zorg die ze bieden. Het is belangrijk dat jongeren opgroeien tot volwassen persoonlijkheden die de verantwoordelijkheid voor hun eigen leven aankunnen. Sommige ouders hebben niet voldoende draagkracht of mogelijkheden om de opvoeding zelf in te vullen. Als dit ten koste gaat van het gezond opgroeien van kinderen is er recht op jeugdzorg.

Het gaat bij Commujon altijd over complexe gedragsproblemen. Ze zoeken met de jongere en ouder(s)/verzorger(s) naar manieren om het gedrag te veranderen. Hierbij hebben ze de mogelijkheid om op drie leefgebieden: wonen, vrije tijd en school/werk te werken aan de gewenste gedragsverandering. De methodiek is gericht op het versterken van competenties en heeft het systeem, waarin de jongere leeft, als uitgangspunt. Ze werken met jongeren en ouders, in de vorm van een traject, aan oplossingen die zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid als resultaat hebben. Het aanbod van Commujon is bedoeld voor gezinnen uit Overijssel waarbij de leeftijdsgrens van de jeugdigen 21 jaar is.

De zorg begint met de vraag van ouder(s)/verzorger(s) en jongere. Op basis daarvan worden er doelen geformuleerd die concreet en toekomstgericht zijn. Het is de bedoeling dat de jongere en ouders deze doelstelling zelf zo veel mogelijk realiseren. Commujon biedt, waar nodig, steun in diverse vormen: gesprekken, oefenmogelijkheden, een gestructureerde leefomgeving, medicatie, ontspanning en spel, therapie en therapeutische werkvormen. Deze vormen zijn gericht op het aanleren van vaardigheden. Ze worden zowel ambulant als vanuit de residentiële setting aangeboden. Soms is een uithuisplaatsing nodig. Het kan patronen doorbreken, de nodige rust geven, of de opening bieden zodat ouder(s)/verzorger(s) en jongere weer met elkaar in gesprek kunnen komen. Kan een jongere niet meer naar huis, dan wordt er toegewerkt naar zelfstandig wonen in een andere passende woonvorm.

Hulpvormen die aangeboden worden:

- Behandelgroep ernstige gedragsproblemen 4-14 jaar (Cirkel)
- Behandelgroep randpsychiatrische- en/of gedragsproblemen 8-12 jaar (Linquenda)
- Behandelgroep verticaal 6-18 jaar (Blauwe Beuk)
- Behandelgroep externaliserend gedrag 12-18 jaar (Paarse Plataan en Zilveren Iep)
- Behandelgroep randpsychiatrische- en/of gedragsproblemen 12-18 jaar (Witte Wilg)
- Behandelgroep seksespecifieke hulpverlening aan meisjes 12-18 jaar (Purperen Populier)

De doelstellingen bij de diverse behandelgroepen komen grotendeels wel met elkaar overeen: Het bieden van een vervangend opvoedingsklimaat aan jongeren met als doel het verminderen van de gedragsproblematiek en het vergroten van sociale vaardigheden zodat hij/zij zo zelfstandig mogelijk kan gaan functioneren in de maatschappij. Daarnaast wordt met de jongere en ouder(s)/verzorger(s) gekeken hoe het contact tussen beiden zo optimaal mogelijk kan worden vormgegeven. Er is sprake van een intensief behandelprogramma.

Dit programma wordt onder andere gevuld met verschillende therapieën en trainingen. Per kind wordt bekeken welke invulling het beste geschikt is en wordt dan bij de desbetreffende persoon aangemeld voor training of therapie door de behandelcoördinator.

2.2 Algemene beschrijving over cliënt N.

Door bovenstaande informatie is het in ieder geval duidelijk in welke instelling dit meisje zit en waar ze behandeld is. Vervolgens zal ik nu cliënt N. zelf gaan beschrijven. Enkele gegevens over haarzelf, maar ook het traject van de hulpverlening voordat ze bij Commujon geplaatst is en de uiteindelijke indicatiestelling zijn hier terug te vinden.

Algemene gegevens:

N. is een getraumatiseerd en emotioneel meisje van 17 jaar, geboren in Den Haag. Ze is enig kind en haar ouders hebben een eigen zaak. Vanaf jonge leeftijd heeft ze al veel dingen zelf moeten doen en kreeg veel eigen verantwoordelijkheid. Haar ouders hadden weinig tijd voor haar. Om dat te compenseren werd ze op andere manieren erg verwend, door bijvoorbeeld veel cadeaus te krijgen. Doordat N. thuis weinig aandacht kreeg van haar ouders, was ze vaak op straat of bij vrienden te vinden. Toen ze twaalf jaar was is ze voor de eerste keer verkracht op het station en kwam ze in handen van loverboys. Vanaf dat moment veranderde de sfeer thuis enorm. Haar ouders wisten niet wat er aan de hand was, maar N. was niet meer te genieten. Ze probeerde het gezag thuis over te nemen. Hierdoor ging ze alleen maar meer de dingen zelf bepalen en was ze nog vaker van huis, haar ouders raakten de grip op haar volledig kwijt. Vanaf dat moment hebben ze bureau Jeugdzorg ingeschakeld en is het traject van hulpverlening gaan lopen tot op heden.

Indicatiestelling:

Reden van indicatie: N. heeft de afgelopen jaren veel hulp gehad. Deze hulp heeft onvoldoende effect gehad en kwam ook niet altijd van de grond. Zo is ze weggelopen bij leefgroep de Drebbel en heeft ze aan boord van de Tukker (een zeilschip waar jongeren tussen de 15 en 23 geplaatst worden, die veel problemen hebben, vanuit Jarabee jeugdzorg Twente. Ze richten zich op het ontwikkelen van eigen mogelijkheden en stimuleren de jongeren tot het realiseren van wensen en doelen) gezeten. Ook hier ging het niet zoals het moest gaan en N. werd weer naar een zwaardere leefgroep overgeplaatst. Hier kon een gesloten machtiging worden voorkomen. N. heeft zich op de Bolder meer gemotiveerd opgesteld en accepteerde het gezag van opvoeders beter. Op grond van deze positieve ontwikkeling is gekozen voor behandeling bij Commujon. Hier werd ze geplaatst op de behandelgroep seksespecifieke hulpverlening aan meisjes van 12- 18 jaar.

Centrale problematiek bij opname: N. is slachtoffer van seksueel misbruik. Door de heftige emoties die N. had is de sfeer thuis, die daarvoor goed was, negatief beïnvloed. Ouders zijn de grip op hun dochter kwijt geraakt. Falende hulpverlening in de afgelopen jaren is een factor geweest in het verergeren van de problemen volgens ouders. Een persoonlijkheidsonderzoek is bij de opname bij Commujon aangevraagd door ouders en zal hopelijk meer zicht geven op de problematiek van N. en de gewenste behandeling.

Onderstaande doelen zijn opgesteld door de behandelcoördinator in overleg met zowel cliënt N. zelf als de ouders. Op de drie leefgebieden(school/werk, wonen en vrije tijd) wordt aan deze doelen gewerkt om de gewenste gedragsverandering te laten plaatsvinden.

Doelen indicatiestelling:

- N. accepteert en respecteert begrenzing en begeleiding van opvoeders
- N. kan de gevolgen van eigen handelen overzien
- N. leert om te gaan met haar boosheid en agressie
- N. kan haar traumatische ervaring een plaats geven
- N. is gemotiveerd voor scholing
- Er is duidelijkheid in zake toekomstperspectief N.

Alle einddoelen zullen niet behaald kunnen worden, gezien de korte behandelperiode tot haar achttiende. Er zal een start worden gemaakt om deze doelen te kunnen bereiken.

2.3. Manifestatie van de cliënt in de PMT/BA context

Wat in de algemene beschrijving van N. beschreven is, is dat N. een getraumatiseerd en emotioneel meisje is. In de afgelopen jaren heeft ze veel verschillende hulpverlening gehad en weinig is aangeslagen. Nu zit ze bij Commujon in een voor haar redelijk 'veilige omgeving'. Er is voor gekozen haar PMT te laten volgen, omdat echte gesprekstherapieën bij haar niet het gewenste effect hebben gehad. De insteek van mijn stagebegeleider en mij, is om haar op een andere manier aan haar

doelen te laten werken, zonder dat ze gelijk haar problemen op tafel moet gooien. We willen een rustige opbouw hanteren, waarin we eerst ruimte maken om haar het vertrouwen te geven. Eerst proberen we haar sterker te maken en haar verschillende emoties te laten ervaren van zichzelf. Zij mag bepalen, zonder dat er druk van ons op haar wordt uitgeoefend. Er is lange tijd veel van haar gevraagd en ze moest veel dingen. We willen kijken of we bij deze manier van aanpak meer van haar te zien krijgen en kunnen aansluiten bij haar behoeftes. Hierbij gaan we uit van de humanistische benadering aan de hand van de modaliteit 'ervaren' (cliënt-centered).

2.3.1 Humanistische benadering

Cliëntgericht: *Unieke manier waarop de cliënt de dingen beleeft, centraal staat in de therapie en dat de cliënt zelf de therapie stuurt. Mensen die vast zijn gelopen, moeten worden geholpen in het opnieuw in vrijheid kunnen kiezen. Daarvoor moet de hulpverlener begrijpen hoe de ander, de cliënt, de dingen beleeft. De cliënt wil misschien zelf iets anders dan dat de buitenwereld van je verwacht. Er is sprake van incongruentie:*

- *We doen onszelf anders voor dan we ten diepste zijn, verstoorde ontwikkeling van het zelf*
- *Leidt tot vervreemding, of wel een communicatiestoornis in onszelf, gevoelens en gedachten, die niet passen bij ons zelfbeeld worden niet toegelaten.*
- *Is een centraal probleem bij alle vormen van gedragsproblemen (verslaving, angst, depressie etc)*



(piramide van Maslow, geloofde in de cliëntgerichte benadering)

De therapie is gericht op het opheffen van incongruentie, het zelf en ideaalbeeld dichterbij elkaar brengen. De cliënt heeft onvoorwaardelijke positieve acceptatie, empathie en een echt contact met een ander nodig om te kunnen groeien. Dat houdt in dat de cliënt onvoorwaardelijk geaccepteerd wordt, maar niet ieder gedrag. De therapeut leeft zich concreet in in de belevingswereld van de cliënt, zonder daarmee samen te vallen en de therapeut is zelf transparant, betrokken vanuit zichzelf en niet uitsluitend vanuit zijn rol als therapeut. (BA-PMT 3^e jaar, 8^e college)

In eerste instantie zijn we begonnen met onderstaande leerdoelen. Verder volgt hieronder een verslag van de bijeenkomsten waarin we de humanistische benadering toegepast hebben.

Leerdoelen:

- herkent emoties bij haarzelf en uit deze meer (om leren gaan met boosheid en agressie)
- leren haar grenzen aan te geven ('nee' leren zeggen)

N. hebben we leren kennen als een meisje met erg veel wisselende stemmingen en die lang niet altijd goed te peilen was. We wilden in het begin graag een band met haar opbouwen en haar vertrouwen en veiligheid bieden. Waar het eerst vooral op neer kwam tijdens de sessies, was het uitspreken van haar frustraties tegen ons. Ze baalt dat van alles voor haar wordt beslist en als ze zelf iets aangeeft er nooit naar geluisterd wordt. Ze voelt zich machteloos staan. Ze wil dingen naar haar eigen hand zetten, maar voelt dat ze wordt tegengehouden door een aantal mensen. Zelf heeft ze het gevoel bepaalde dingen wel aan te kunnen, maar als je daar verder op doorvraagt geeft ze wel aan dat ze nog erg beïnvloedbaar is. Ze vertelt ook dat ze laatst weer met een vriendin naar de stad is geweest, waar ze ook mensen uit haar 'oude wereldje' tegenkwam. Ze zegt daar sterk tegen geweest te zijn en daar niet meer mee te maken te willen hebben. Hier lijkt ze nog erg kwetsbaar in en heeft het vertrouwen van mensen om haar heen nodig.

We hebben haar wel gezegd dat we haar hier proberen sterker te maken en dat het in haar eigen tempo gebeurt. Zij mag bepalen en dingen naar haar hand zetten. We proberen haar te laten ervaren dat ze dat kan aan de hand van verschillende oefeningen. Tijdens die oefeningen zie je dat ze alles wat meer los kan laten en zien we mooie dingen van N. Je ziet haar genieten en lachen, waar ze nog wel eens in door kan schieten. Hier wijzen we haar op en geven ook onze grenzen aan. Doordat wij dit bij haar doen, merk je dat we het ook terug krijgen. We proberen haar af en toe wat uit te dagen, dan kijkt ze het even aan en weet niet goed wat ze moet, maar uiteindelijk zegt ze er wel wat van. Dat is een goed begin.

Ook haar thuissituatie is aan de orde geweest, de ruimte die ze daarbij heeft gekregen en hoe ze eigenlijk te weinig aandacht lijkt te hebben gekregen. Ze kan dit prima benoemen en geeft ook oprecht aan het anders te willen. We hebben daarbij een oefening gedaan met kracht en energie. We hebben gehonkbald en vooral de manier waarop ze uitbundig lachte als ze de bal goed en hard raakt werkte aanstekelijk. Onze bedoeling is om haar zelfverzekerder te maken en krachtiger te laten worden, zodat ze zich ook assertiever durft op te stellen in voor haar moeilijke situaties.

Wel blijft het een probleem dat N. vaak niet komt opdagen bij de therapie. Ze heeft steeds vaker geen zin en heeft depressieve en boze buien. Dan is er met haar weinig te beginnen en dit hebben we ook gezegd. Het lijkt haar dan niet veel te kunnen schelen. Door meer gesloten vragen te stellen komen we te weten dat er nog erg veel onrust heerst en ze zich daarom niet goed kan concentreren. We hebben haar wel gezegd dat ze niet inhoudelijk hoeft te vertellen wat er is, maar dat we er wel voor haar zijn. Ze lijkt zich druk te maken over een meisje uit haar klas dat iets doet waar ze niet achter staat. Hier wordt ze boos, verdrietig en bang van. Ze is bang dat het weer van voren af aan begint en voelt zich nu ook niet veilig hier. Toen we vroegen of het iets met loverboys te maken had, ontkende ze dit niet gelijk. Het grijpt haar in ieder geval erg aan en ik denk zeker dat we dit serieus moeten nemen. Tegen haar is wel gezegd dat we het gaan aankaarten bij de behandelcoördinator en op school. Dit is iets wat ze niet alleen op hoeft te lossen, maar hierbij zeker hulp mag/moet inschakelen. Ze heeft lang genoeg dingen alleen opgelost.

Ze lijkt erg in de knoop te zitten met haar emoties en is daar erg tegen aan het vechten. Dat kost haar erg veel energie. We hebben haar meegegeven dat ze ook gaat proberen om zelf meer ruimte in te gaan nemen, door zaken aan te kaarten bij mensen en duidelijk signalen af te geven als ze ergens mee zit. Zo kunnen andere mensen haar ergens bij helpen en kost het haar zelf veel minder energie. Op dit moment is het lastig op deze manier door te gaan, omdat er soms weinig met haar te beginnen is en ze niet voor veel dingen openstaat. Mijn stagebegeleider heeft ook nog bij haar

benoemd of ze bij haar wel eens een test hebben gedaan wat betreft borderline, hij vindt dat ze daar trekken van heeft. We gaan kijken hoe we nu het beste met haar verder kunnen.

Conclusie:

Omdat er bij cliënt N. nog niet echt iets gediagnosticeerd was toen ze voor een behandeling bij PMT kwam, konden we alleen uitgaan van het traject en problemen die ze hiervoor al had meegemaakt en de informatie die we van de behandelcoördinator hadden gekregen. Doordat zowel voor ons als voor haarzelf het verloop van de behandeling van tevoren nog niet vaststond, zijn we in het begin dus vooral aan het zoeken geweest wat wel en niet aansloeg. Dit hebben we gedaan door haar veel te laten ervaren en ook veel haar gedrag te observeren. Al snel bleek dat het een meisje is met erg wisselende stemmingen. De ene keer was ze heel uitgelaten vrolijk en de volgende keer weer erg depressief of boos. Je merkte ook dat er veel frustraties bij haar zitten waar ze iets mee wil, maar ze niet goed de handvatten heeft hoe ze dat ook daadwerkelijk moet aanpakken. Ze wordt vaak op school en op de groep gewezen op haar negatieve gedrag en de dingen die ze niet goed doet. Hierdoor verliest ze ook het vertrouwen in de mensen om haar heen: 'ik doe toch nooit iets goed'. Daarom hebben we in het begin ook geprobeerd haar heel positief te benaderen, ons proberen in te leven in haar problemen en er voor haar te zijn als ze ons nodig heeft.

Er was in de bijeenkomsten wel degelijk sprake van vertrouwen, want ze durfde veel van zichzelf te laten zien en kaartte ook dingen aan waar ze mee zat. We hadden het gevoel dat ze dus bij PMT wel op haar plek zat en dat we haar wel verder konden helpen. Ze voelt zich zelf ook prettig bij deze manier van werken, waarbij niet de nadruk ligt op alleen praten. Maar de benadering waar we in het begin voor gekozen hebben lijkt voor haar, maar ook voor ons te vrijblijvend en te onduidelijk. Ze ziet niet in wat ze hier nu mee kan en is het snel weer vergeten. Ook het herhaaldelijk niet komen opdagen moeten we meenemen in ons vervolgtraject.

Ons vermoeden stuit op borderline-problematiek, maar dat onderzoek gaat nog plaatsvinden en die diagnose mag ook pas gesteld worden als N. 18 jaar is. We zijn ons verder gaan verdiepen in de behandeling van mensen met borderline-problematiek en hebben een gesprek gehad met de behandelcoördinator erbij. De factoren die meespelen zijn ook de emotionele verwaarlozing en het seksueel misbruik wat ze in haar jeugd heeft meegemaakt. Verder zijn er veel punten van herkenning in de diagnostische kenmerken wat betreft Borderline.

2.3.2 Behavioristische benadering

Nu we na veel observatie en overleg veel herkenning zien van Borderline bij cliënt N., zijn we gaan zoeken naar een behandeling die hierbij past.

Er zijn een aantal aanbevelingen die passen bij een PMT behandeling bij Borderline cliënten:

- *de structuur moet zo helder en constant mogelijk gehouden worden, bijvoorbeeld door de sessies een duidelijk begin, midden en eindpunt te geven. Maar ook bijvoorbeeld ten aanzien van de volgorde van de doelen ;*
- *educatie over de therapie, de stoornis en de aanpak dient een plek binnen de behandeling te hebben;*
- *focussen op beïnvloeding van gedrag in het hier en nu;*

- *eerlijkheid houden ten aanzien van complimenten, teveel positieve feedback maakt wantrouwend;*
- *gedragstherapeutische technieken gebruiken voor het verbeteren van inter-persoonlijk gedrag;*
- *afscheid tijdig inleiden*

(Psychomotorische therapie module, jan. 2000)

Behavioristische benadering:

Deze benadering is ontstaan in de jaren 50 van de vorige eeuw. Het gedrag wordt begrepen vanuit externe factoren (invloed van omgeving op het gedrag). Emotionele problemen die iemand heeft zijn gedragsproblemen, een cliënt moet iets aanleren of afleren.

Dit kan o.a door denktraining; Ellis(1962) en Beck(1979). Cliënt kan zich bewust worden van automatische, onbewuste gedachten. Irrationele of disfunctionele gedachten kunnen met oefeningen en huiswerkopdrachten bijgesteld worden. Beck gebruikte hiervoor het G-schema:

- *Gebeurtenis*
- *Gedachte*
- *Gevoel*
- *Gedrag*
- *Gevolg*

Kern: Gedachten kunnen gevoelens en gedrag beïnvloeden en gedachten kunnen vervangen worden door helpende, ondersteunende gedachten.

De cognitieve therapeut is congruent, empatisch en betrokken. Hoewel de irrationele, disfunctionele gedachten moeten worden uitgelokt, is het belangrijk dat de cliënt zich niet aangevallen voelt. De relatie is een samenwerking. Men werkt samen aan het veranderen van gedachten en gedrag.

De therapeut is actief en directief, geeft opdrachten, licht voor, legt uit en moedigt aan. Hij is een trainer en traint de cliënt in het gebruiken van nieuwe gedachten en gedrag.

(BA-PMT module 3^e jaar, 5^e college)

Na veel onderzoek naar verschillende behandelingen voor jeugdigen met borderline problematiek en dergelijke zijn we uitgekomen bij de Emotie-regulatie training. De training is erop gericht het zicht op kwetsbaarheid van de jongeren te vergroten, ze te leren hun emoties en gedrag beter te reguleren, ze te leren verantwoordelijkheid te erkennen voor eigen gedrag en ze vaardigheden aan te leren om deze verantwoordelijkheid aan te kunnen. We hebben meerdere behandelmethodes bekeken, maar vrijwel alles was gericht op volwassenen. Deze training richt zich specifiek op adolescenten (jeugdigen) met Borderline Problematiek. Juist omdat dan nog geen diagnose gesteld mag worden,

maar de symptomen duidelijk aanwezig zijn leek ons deze training erg geschikt. We verwachten dat door de structuur van deze vaststaande trainingen ze zelf ook houvast heeft en zich waarschijnlijk in veel dingen zal herkennen die aan bod komen. Door steeds voor haar relevante situaties te gebruiken als voorbeeld zal ze er ook daadwerkelijk wat mee kunnen doen. Hieronder volgt een verslag van de bijeenkomsten en als bijlage is een deel van de emotie-regulatie training toegevoegd.

Toen we N. de volgende keer weer zagen hebben we met haar het vervolg van de behandeling besproken. Het was een tijdje onduidelijk hoe we nu verder zouden gaan. We hebben haar uitgelegd wat de training in gaat houden en wat ze kan verwachten. Ook hebben we haar de kenmerken verteld van mensen met emotie-regulatie problematiek. Tijdens die uitleg begon ze te lachen en zag je heel veel herkenning bij haar. Het is een training met een vast aantal bijeenkomsten, waarbij vooraf duidelijk is wat er in iedere bijeenkomst behandeld wordt. Ook wordt er huiswerk meegegeven die ze op de groep moet maken, zodat ze er niet alleen aan werkt tijdens de therapie. Door haar positieve reactie op onze uitleg gingen we samen vol goede moed aan de slag. We hebben veel geoefend met het G-schema (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg). Dit steeds aan de hand van een gebeurtenis die bij haar is voorgevallen of wat ze lastig vindt. We schreven dit uit op het bord en dan ziet ze zelf ook eigenlijk wel in dat het niet klopt. Vervolgens dan steeds gekeken wat er niet klopt en hoe we daar iets anders tegenover kunnen zetten, zodat het wel kloppend wordt. Tijdens het vertellen van de gebeurtenissen die ze heeft meegemaakt (bijvoorbeeld een ruzie met klasgenoten wat uit de hand liep) merk je wel dat er weer enorme boosheid naar boven komt, ze gaat terug naar het gevoel op dat moment. Toch heeft ze zichzelf meer in de hand en staat ze er wel open voor om er iets mee te doen. Ze kan haar gevoel even parkeren en er wel over praten.

Wat ze goed doet is ook het maken van haar huiswerk, wel blijft het lastig om hier met anderen mensen over te praten, dus ze houdt het nog vooral bij haarzelf. Ze is zelf erg gemotiveerd en verschijnt nu ook op tijd bij de therapie, voelt dat ze hier iets mee kan. Langzaamaan, wanneer we wat langer bezig zijn laat ze ook wat meer los over haar verleden. Ze vertelt het tussen neus en lippen door, maar ze meent het wel. Wat ook opvalt is dat ze minder extreem is in haar emotie, je kunt veel beter een goed gesprek met haar voeren zonder dat ze erg heftig op reageert.

We hebben ook gekeken welke automatische gedachtes bij haar een rol spelen en waar ze last van heeft. Door middel van een test waarin verschillende uitspraken stonden waar ze zich in kon herkennen en die moest aankruisen, kwamen de volgende drie gedachtes er sterk in naar voren: 1. Als de dingen niet lopen zoals ik het wil, is dat verschrikkelijk, 2. Ik heb iemand nodig die sterker is dan ikzelf om op te vertrouwen en om richting te geven aan mijn leven, 3. Zoals ik me nu gedraag wordt bepaald door mijn verleden. Ze krijgt steeds beter in de gaten hoe ze zelf in elkaar zit en waar haar problemen vandaan komen, dus er is inzicht. Toch weet ze nog niet goed hoe ze daar richting aan moet geven en ernaar moet handelen. Dit is waar wij haar verder bij gaan helpen, zodat ze niet alleen in deze situatie tijdens de therapie weet wat ze moet doen, maar dat we ook de transfer maken naar zowel school/werk als haar thuissituatie bij haar ouders. Nu loopt ze nog weg voor situaties die ze moeilijk vindt en wij proberen haar handvatten te geven om de situatie aan te gaan en aan te geven hoe het voor haar voelt en te kunnen zeggen wat zij wil.

Ze geeft vaak aan dat er altijd dingen voor haar bepaald zijn en daar is ze aan gewend geraakt, nu moet ze dingen zelf gaan beslissen. Aan het eind van de trainingen deelde ze ook mee dat ze

besloten heeft om op kamertraining te gaan en niet meer thuis gaat wonen. Dit wordt nog besproken met haar ouders, mentor en behandelcoördinator.

Conclusie:

Na lang zoeken welke behandeling nu goed aan zou slaan bij N. , waarbij we in ons achterhoofd Borderline problematiek hadden, waren we blij iets te hebben gevonden wat voor haar goed aansloeg. Deze werkwijze vond ik voor mijzelf ook heel prettig werken, het gaf mij veel meer duidelijkheid over de weg die we met haar wilden gaan bewandelen. De specifieke doelen die we in het begin voor cliënt N. hadden, hebben we nu eigenlijk wat meer losgelaten en ons geconcentreerd op de emotie-regulatie training. Tijdens het doen van de training merkten we heel erg dat veel meer doelen van haar tegelijkertijd aan bod kwamen, maar in een voor haar rustig tempo. De nadruk lag niet specifiek op die problemen van haar, maar 'spelenderwijs' werkten we aan lastige en moeilijke situaties van haar. Ondanks dat ze het heel goed deed tijdens de training en we haar daar ook zeker complimenten voor hebben gegeven zijn we ook wel reëel gebleven. We hebben steeds duidelijkheid geschept over het verloop van de training, maar ook als ze dingen verkeerd aanpakte hebben we haar daarmee geconfronteerd. We probeerden vaak niet mee te gaan in haar stemming, maar haar wel te begrijpen. Ondertussen probeerden we dan zoveel mogelijk de lijn van de training vast te houden, zodat dat ook haar houvast was. Vooraf hadden we verwacht dat deze behandeling wel goed bij haar zou passen, maar dat ze het op deze manier zou oppakken hadden we alleen maar durven hopen.

De uiteindelijke conclusie van de gehele behandeling en de 'helende effecten' hiervan worden hieronder nog verder beschreven.

Conclusie

We hebben nu gekeken naar twee verschillende insteken wat betreft het behandelen van een adolescent meisje met Borderline-problematiek. In de eerste paar bijeenkomsten naar de Humanistische benadering (cliënt centered) en vervolgens naar de Behavioristische benadering (cognitieve gedragstherapie), waarbij de emotie-regulatie training is toegepast. Bij beide benaderingen heb ik aan het eind al een conclusie getrokken over het effect van die therapie op mijn cliënt, maar wat is dan het antwoord op mijn vraagstelling?

Mijn vraagstelling was: 'Wat zijn de helende effecten van PMT bij jeugdigen met Borderline Problematiek?'

De kracht van PMT zit hem in het feit dat de nadruk niet ligt op het praten, maar vooral ook het bewegen aan de orde komt. Er kan met bewegings- en lichaamsgerichte oefeningen gewerkt worden aan hulpvragen en doelstellingen van de cliënt, zonder dat de cliënt gelijk op tafel moet komen met onderliggende problematieken. Tijdens de oefeningen ervaart de cliënt vaak zelf dingen waar hij/zij last van heeft en krijgt dan ook zelf meer zicht op de problemen. Maar waarom werkt PMT juist goed bij jeugdigen met Borderline problematiek? Uit de literatuur van hoofdstuk 1 blijkt dat volgens de DSM-IV een persoonlijkheidsstoornis een stabiel, duurzaam, allesdoordringend en moeilijk te veranderen patroon van innerlijke beleving en gedrag dat is, dat aanzienlijk afwijkt van wat de cultuur van het individu verwacht en dat tot lijden of tot ontwrichting van inter-persoonlijke relaties leidt.

Borderliners hebben al vaak het gevoel dat ze anders zijn dan anderen en worden daar ook vaak op gewezen. Vooral bij jeugdigen wordt veel van hun verwacht, op school/werk en in de groep. Bij PMT mogen ze juist zijn zoals ze zijn en wordt er in hun tempo gewerkt. Dat schept vaak veel vertrouwen bij de jeugdigen, ze voelen zich begrepen. Hoewel de humanistische benadering niet het gewenste effect voor de borderline problematiek van cliënt N. heeft gegeven, hebben we in de eerste bijeenkomsten wel samen een vertrouwen opgebouwd. Door te ervaren dat ze veel meer kracht en assertiviteit in zich had en dat durfde te laten zien, kreeg ze veel meer zelfvertrouwen. Hier was de basis gelegd voor het verder werken aan haar doelen.

Toen we er tijdens de observaties in de eerste bijeenkomsten achter waren gekomen dat er veel Borderline-symptomen voorkwamen bij cliënt N, zijn we verder gaan kijken wat daar aan kan bijdragen. Wat belangrijk bleek, was het bieden van structuur, educatie over de aanpak en stoornis en vooral het focussen op gedrag in het hier en nu. De emotie-regulatie training sloot hier goed bij aan. De duidelijke structuur van de training, de uitleg over de kenmerken van emotie-regulatie problematiek, maar vooral het zichtbaar maken van moeilijke situaties via het GGG-schema bleken erg goed te werken. Door herkenning in de problematiek die wordt besproken, komt er meer acceptatie van de problematiek bij de cliënt. Disfunctionele gedachtes en gevoelens worden besproken en er worden andere gedachtes tegenover gezet, waar ze mee mogen oefenen.

Als we even terugkijken naar de helende effecten, kan gezegd worden dat vooral een rustige opbouw binnen de therapie belangrijk is, waarbij er ruimte is voor het ervaren van eigen emoties en problemen binnen oefeningen en ze vooral gezien worden als een persoon die er mag zijn en die ook kwaliteiten bezit. De wisselende emoties mogen er zijn, van daaruit kan op een structurele wijze gewerkt worden aan de gewenste gedragsverandering (via emotie-regulatie training) en een goede weg naar de toekomst die ze tegemoet gaan.

Aanbevelingen voor een vervolgtraject:

Vaak als er problemen ontstaan bij een jeugdige binnen een gezin, wordt er hulp gezocht voor het kind. In het geval van cliënt N wordt ze uit huis geplaatst om te werken aan gedragsverandering, zodat het gezin daarna weer normaal kan functioneren. Dat Borderline zich voornamelijk afspeelt in het gezin, wordt veroorzaakt doordat degene met borderline en de naastbetrokkenen emotioneel, financieel en materieel van elkaar afhankelijk zijn. Hierdoor beïnvloeden ze elkaar en versterken ze elkaars gedrag. Hoe naastbetrokkenen reageren op borderline is afhankelijk van hun karaktereigenschappen en hoe zij geleerd hebben te reageren op stressvolle gebeurtenissen. Dit bepaalt voor een belangrijk deel de gedragingen die worden ingezet op het moment dat zich een stressvolle situatie voordoet. Echter, de manier waarop naastbetrokkenen gewend zijn te reageren, werkt in de omgang met borderline over het algemeen niet en soms zelfs averechts. (Krook, 2004). In de praktijk worden ouders wel gedeeltelijk bij het proces betrokken, maar staan er toch vaak redelijk ver vanaf. Als je dit leest zou het goed zijn om ouders veel meer bij het proces van de jongere te betrekken, te weten wat er gaande is en op welke manier aan gedragsverandering gewerkt wordt. Als cliënt N. straks achttien jaar is, is ze in principe uitbehandeld en mag ze weer thuis gaan wonen. Maar de omgeving is daar niet veranderd en zullen ouders dan wel weten hoe ze met hun kind om moeten gaan? Ik denk dat het goed is, dat de ouders en de jeugdige in dit geval samen ook naar een oplossing gaan zoeken hoe het straks beter kan gaan binnen het gezin. Zo krijgt N. ook het gevoel dat zij niet de enige is die moet veranderen. Ik zou het goed vinden als N. met haar ouders gezins-PMT gaat volgen. Hier worden problemen uitgesproken van ieder individu, waar ze tegenaan lopen of waar ze moeite mee hebben. Zo wordt er meer inzicht verkregen in elkaar gedachtegang en emotie. Voor niemand is een dergelijke situatie makkelijk. Binnen PMT oefeningen kan ook zichtbaar gemaakt worden hoe de omgang met elkaar is en welke positie ieder voor zich inneemt. Door daarbij stil te staan, ontstaat er herkenning van hoe het in de thuissituatie verloopt. Door dit te bespreken en de wensen van ieder voor zich mee te nemen, kan gekeken worden hoe je bepaalde patronen zou kunnen doorbreken.

Literatuurlijst

Boeken:

Oudshoorn, D.N. (1995) *Kinder- en adolescenten psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Rigter, J. (2002) *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho

Weerman, A. (2006) *Zes psychologische stromingen & een cliënt*. Soest: Uitgeverij Nelissen

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

Krook, K. (2004) *Borderline de baas (gids voor naastbetrokkenen)*. Baarn: HB uitgevers

Mason, P. (2003) *Leven met een Borderliner*. Amsterdam: Nieuwezijds

Artikelen:

Jol, G.J.F, BA-PMT 3^e jaar BPT, Opdrachten en Hand-outs, Christelijke Hogeschool Windesheim, Zwolle, 2008

Bloemenkamp, drs. H, Psychomotorische therapie module, *Borderline persoonlijkheidsproblemen (een kapstokmodel voor de behandeling van borderline persoonlijkheidsproblemen)*, januari 2000

Electronische bronnen:

www.leostichtinggroep.nl

www.communjon-lsg.nl

www.trimbos.nl

Bijlagen