

BPS

Borderline
persoonlijkheidsstoornis

Zelfbeschadiging behandelen met Psychomotorische therapie?



Auteur: Esra Brouwer

Begeleider: Dienneke Jol

Beoordelaar: Lia van der Maas

*School of Human Movements
and Sports, Calo,*

Hogeschool Windesheim

Zwolle, mei 2013

Voorwoord

Deze literatuurstudie heb ik geschreven als afstudeeropdracht van de opleiding 'Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie' van de School of Human Movements and Sports aan de Hogeschool Windesheim te Zwolle.

Tijdens mijn eindstage op Scelta, expertisecentrum voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek bij GGNet te Apeldoorn, kwam ik veel in aanraking met mensen die borderline problematiek hebben. Daarnaast viel het mij gelijk op dat veel van deze patiënten aan zelfbeschadiging doen.

Ik vroeg me af waarom mensen zichzelf zouden willen beschadigen en of daar niet iets aan te doen is.

Doordat mijn aandacht getrokken werd door de hoeveelheid zelfbeschadiging die er aanwezig was, merkte ik dat ik hier meer over wilde weten. Gedurende mijn proces voor deze literatuurstudie ben ik erachter gekomen dat er nog weinig vakspecifieke behandelingen zijn voor patiënten met borderline die aan zelfbeschadiging doen.

Daarom ging ik me hierin verdiepen, om erachter te komen wat psychomotorische therapie hierin zou kunnen betekenen.

In dit voorwoord wil ik de mensen die mij begeleid en ondersteund hebben tijdens mijn onderzoek, graag bedanken. Allereerst mijn scriptiebegeleidster, Dineke Jol en scriptiebeoordelaar, Lia van der Maas, voor het meedenken en het geven van feedback en hulp. Ook mijn stagebegeleider, Eric van der Meijden wil ik bedanken voor het meedenken en geven van belangrijke informatie.

Als laatste wil ik mijn vrienden en familie bedanken voor hun betrokkenheid tijdens dit afstudeerproces.

Esra Brouwer-mei 2013

Samenvatting

‘There are other options’ is een literatuuronderzoek naar welke interventies vanuit de psychomotorische therapie binnen een multidisciplinair team een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS)(APA,2000), die aan zelfbeschadiging doen.

Vanuit het boek ‘Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag’ (Klerk et al., 2010) wordt het theoretische model van Slee(2008) uitgelegd. Hiermee wordt duidelijk wat de oorzaken kunnen zijn voor zelfbeschadiging.

Bij mensen met BPS doet 70% tot 75% aan zelfbeschadiging (Gunderson, zoals geciteerd in Gratz & Gunderson, 2006). Zelfbeschadiging ontstaat vanuit een verstoorde emotieregulatie en lichaamsbeleving die veroorzaakt wordt door verschillende psychosociale factoren.

In het onderzoek worden de psychomotorische behandelstrategieën (NVPMT, 2009) als leidraad gebruikt om dit onderzoek te structureren. Opvallend in de resultaten is, dat naast de oefengerichte-functionele strategie, waaronder de interventies van emotieregulatie vallen, er ook veel interventies gevonden zijn onder de ervaringsgerichte-stimulerende strategie. Voorbeelden daarvan zijn Mindfulness en Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Onder de ontdekkende-conflict gerichte strategie valt Pesso-therapie als gerelateerde lichaamsgerichte therapie bij de behandeling voor mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen. Vanuit deze drie verschillende psychomotorische strategieën kunnen interventies aangeboden worden, die in dit onderzoek te lezen zijn, voor mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen.

Summary

‘There are other options’ is the title of a literary research study into the merits of interventions by a multidisciplinary team based on psychomotor therapy, regarding the treatment of self-mutilating patients with borderline personality disorder (BPD).

The book ‘Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag’ (Klerk et al., 2010), explains the theoretical model by Slee (2008). This information clarifies possible causes for self-mutilation. Of the people with BPD, 70 to 75% engage in self-mutilation (Gunderson, as cited in Gratz & Gunderson, 2006). Self-mutilation is caused by a disturbed emotion regulation and a disturbed body perception, which are in turn caused by various psychosocial factors.

‘There are other options’ uses psychomotor treatment strategies (NVPMT, 2009) as a guiding thread to structure its research. Strikingly enough, the results of the study show that besides the practice-oriented functional strategy, which comprises the interventions of emotion regulation, a significant amount of interventions utilize the experience-oriented stimulation strategy. Examples thereof are mindfulness and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Regarding the discovering-conflict oriented strategy, the Pesso-therapy is the related practice method for the treatment of self-mutilating patients with BPD. These three distinct psychomotor strategies provide interventions for the treatment of self-mutilating BPD patients, all of which are to be examined in this study.

Inhoudopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
Inleiding	5-6
-Onderzoeksvraag	6
1. Borderline Persoonlijkheidsstoornis	
1.1 Diagnostische criteria van de DSM-IV	7
1.2 Bij wie komt Borderline voor?	8
2. Zelfbeschadiging	
2.1 Redenen	9
2.2 Oorzaken	9-10
3. Multidisciplinaire behandeling & PMT	11
3.1 Psychomotorische behandelstrategieën	11
Onderzoek methode	12
4. Resultaten: Interventies vanuit de PMT	
4.1 Tabellen met gevonden resultaten	13-15
4.2 Interventies :	16-19
<u>4.2.1 Oefengerichte-functionele strategie:</u>	16
4.2.1.1 Fasebeschrijving behandeling zelfbeschadiging	17
<u>4.2.2 Ervaringsgerichte-stimulerende strategie:</u>	
4.2.2.1 Mindfulness	18
4.2.2.2 Mentalization Based Therapy	18
4.2.2.3 Acceptance Commitment Therapy	19
<u>4.2.3 Ontdekkende-conflictgerichte strategie</u>	
4.2.3.1 Pesso-therapie	19
Discussie	20
Conclusie	21
Aanbevelingen	22
Literatuurlijst	23-26

Inleiding

GGnet Scelta te Apeldoorn is een expertisecentrum waar multidisciplinair gewerkt wordt. Scelta is een instelling gericht op de doelgroep met persoonlijkheidsstoornissen. De doelgroep waar dit onderzoek zich op richt, zijn patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornissen (APA, 2000) (verder BPS genoemd). Mensen met BPS hebben meestal heel verstoorde relaties met het gezin en met anderen. Er is vaak sprake van traumatische ervaringen in de jeugd.

Kenmerken zijn plotselinge stemmingswisselingen, gebrek aan een samenhangend zelfbeeld en onvoorspelbaar impulsief gedrag.

Het valt op dat binnen Scelta veel patiënten met BPS aan zelfbeschadiging doen. De term zelfbeschadiging is de vertaling van het Engelse self-harm en omvat alle gedragingen die verwondingen/letsel aan de eigen huid of het lichaam toebrengen, zoals snijden, branden, krassen, krabben, haartrekken, hoofdbonken, voorwerpen in het lichaam brengen of schadelijke stoffen innemen (Landelijke Stichting Zelfbeschadiging, 2006).

Zelfbeschadigend gedrag wordt binnen Scelta vooral door de verpleegkundigen of socio-therapeuten opgevangen. Zo nodig worden de gevolgen ervan behandeld.

Er wordt binnen deze instelling niet specifiek zelfbeschadiging gerichte behandeling gegeven. Wel wordt het door de hoofdbehandelaar en het team opgepakt als het uit de hand loopt en het meerdere malen achter elkaar gebeurt. Zo wordt het bespreekbaar gemaakt met patiënt en er worden modules, zoals de Vaardigheidstraining Emotieregulaties Stoornis (VERS) (Lentis & Dimence, 2004) aangeboden. Verder blijkt dat er zeer weinig bekend is over zelfbeschadiging en het meestal wordt gezien als een bijkomende 'klacht', van een onderliggende stoornis, zoals een depressie (Bakker, 2009).

Zelfbeschadigend gedrag komt mogelijk voort uit het verlangen om aan ongewenste emoties te ontsnappen (Brown, Comtois & Linehan, 2002). Naast het bespreekbaar maken van deze emoties binnen de verschillende therapieën, gaat het ook over hoe je anders om kan gaan met deze ongewenste emoties.

Vanuit de vakgroep psychomotorische therapie gezien, waar gewerkt wordt met het lichaam en het oefenen met gedragsverandering door middel van beweging, zou meer kunnen worden gedaan aan het probleem dat zich hier voordoet. PMT is lichaamsgericht, en mensen die zichzelf beschadigen, beschadigen hun lichaam. Er is hierdoor de mogelijkheid om te interveniëren op lichaamsbeleving. Zo beschrijven Rekkers en Schoemaker (2002) in het artikel 'Hoe meet ik lichaamsbeleving?' (Scheffers, Rekkers & Bosscher, 2006) lichaamsbeleving als een dynamisch en complex concept, bestaande uit fysiologische, cognitieve, affectieve en sociale componenten. Dit betekent dat het belangrijk is voor de patiënt om te kunnen waarnemen wat zijn/haar lichaam voor signalen afgeeft, om op die manier ook te kunnen weten hoe hij/zij zich voelt en wat zijn/haar emotie is. Het is belangrijk dat de patiënt de emoties leert waarnemen, zodat regulatie mogelijk wordt. Volgens de Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (Landelijke Stichting Zelfbeschadiging, 2006), wordt zelfbeschadiging vooral als overlevingstechniek gebruikt. Dit komt omdat de patiënt impulsen voelt die niet benoembaar zijn, die kunnen bestaan uit een mengeling van onplezierige emoties. Deze emoties kunnen niet gereguleerd worden door de patiënt en worden als overspelend ervaren. Gevolg is dat de patiënt zichzelf beschadigd.

De psychomotorische therapie zou een bijdrage kunnen leveren als het gaat om het werken aan lichamelijke en het aanleren van adequatere overlevingstechnieken.

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken hoe de psychomotorische therapie binnen een multidisciplinair team een bijdrage kan leveren aan de behandeling van zelfbeschadiging bij patiënten met borderline persoonlijkheidsproblemen. Hierbij worden de psychomotorische behandelstrategieën uit het beroepsprofiel van de PMT als richtlijn gebruikt (NVPMT, 2009). Het betreft een literatuuronderzoek waarin onderzocht wordt of er bepaalde psychomotorische interventies aan kunnen sluiten bij deze doelgroep.

De vraagstelling luidt: 'Met welke interventies kan de psychomotorische therapie in een multidisciplinair team een bijdrage leveren aan de behandeling voor patiënten met borderline persoonlijkheidsstoornis die aan zelfbeschadiging doen?'

Om antwoord te kunnen geven op bovenstaande onderzoeksvraag, worden eerst zelfbeschadiging en borderline persoonlijkheidsstoornis verder gedefinieerd. Daarna wordt beschreven waarom een multidisciplinaire behandeling nodig is bij mensen met BPS en worden de vakspecifieke behandelstrategieën kort besproken. Vervolgens is de onderzoeksmethode te lezen en zijn uit de literatuur gehaalde interventies per behandelstrategie beschreven waarmee de PMT een bijdrage zou kunnen leveren aan de behandeling van zelfbeschadiging. Afgesloten wordt met de conclusie, aanbevelingen en discussie.

1. Borderline persoonlijkheidsstoornis

De term borderline persoonlijkheid werd oorspronkelijk gebruikt voor mensen met gedrag op de grens tussen neurose en psychose. Mensen met borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) onderhouden meestal een beter contact met de realiteit dan mensen met een psychose, hoewel ze vluchtig en psychotisch gedrag kunnen vertonen in tijden van stress. Instabiele stemmingen vormen een centraal kenmerk van BPS (Sanislow, Grilo & McGlashan, 2000).

Andere kenmerken van BPS zijn chronische woede, eenzaamheid, verveling, een diep gevoel van leegte en impulsiviteit (Hochhausen, Lorenz & Newman, 2002).

1.1 Diagnostische criteria

Volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV (APA, 2000) kan de diagnose BPS gesteld worden wanneer er sprake is van een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en emoties en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties. Mensen met BPS voldoen aan 5 of meer van de volgende 9 criteria:

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

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

- Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk afwijken van de verwachtingen binnen de cultuur van de betrokkene.
- Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke sociale situaties.
- Het leidt in behoorlijke mate tot lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren, of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Het is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
- Het patroon is niet toe te schrijven aan een andere psychische stoornis of de gevolgen daarvan.
- Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (zoals drugs of een geneesmiddel) of een lichamelijke aandoening (zoals een schedeltrauma) (APA, 2000).

1.2 Bij wie komt borderline persoonlijkheidsstoornis voor? (Trimbos Instituut, 2010).

Naar schatting zijn er in Nederland 100.000 mensen met BPS. Dit is minder dan 0,6% van de bevolking. Omdat veel mensen met BPS behandeld worden voor bijkomende klachten als bijvoorbeeld angsten of depressie, wordt BPS niet vaak herkend. Het zou kunnen zijn dat er veel meer mensen leiden aan BPS in Nederland dan de schatting nu beweert.

Hieronder staan de belangrijkste risicogroepen en risicofactoren voor BPS:

Geslacht en leeftijd

- Het komt even vaak voor bij mannen en vrouwen (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001). Wel uiten mannen zich anders dan vrouwen met BPS. Het impulsieve gedrag zorgt ervoor dat mannen vaker alcohol en drugs gaan gebruiken, vrouwen krijgen vaker eetbuien (Zanarini et al., 1998).
Daarnaast worden vrouwen met BPS vaker opgenomen in een instelling. Omdat vrouwen waarschijnlijk eerder hulp zoeken voor hun problemen, of omdat agressie en wisselende seksuele contacten eerder als een probleem worden gezien bij vrouwen (Skodol & Bender, 2003).
- Bij jongeren van 18-20 jaar is BPS lastig vast te stellen, hun ontwikkeling gaat vaak met emotionele problemen gepaard. Deze problemen worden vaak op een borderline achtige manier geuit. Bij mensen van 50 jaar en ouder komt BPS minder voor.

Individuele kwetsbaarheid

- Erfelijkheid speelt een grote rol. Wanneer één van de ouders lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis, is er meer kans dat het kind het krijgt (Torgenson et al, 2000).
- Mensen met BPS zijn emotioneel kwetsbaar en zeer gevoelig voor emotionele zaken. Het duurt vaak lang voor ze weer een evenwicht hebben bereikt.
- Mensen met borderline hebben een bijzondere combinatie van neuroticisme en ontremming. Deze bijzondere combinatie lijkt voor een gedeelte te komen door trauma's in de kindertijd. Trauma's zoals mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik, kunnen de stresshormoonhuishouding ontregelen. Dat kan gevolgen hebben voor de persoonlijkheidsontwikkeling (Trimbos Instituut, 2010).

Omgeving

- Mensen met borderline wonen vaker zonder partner dan mensen zonder borderline. Dit is niet vreemd, want relaties zijn vaak instabiel.
- Er is geen verband met opleiding of woonomstandigheden (Torgenson et al, 2001).

Levensgebeurtenissen

- Mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik in de jeugd komen vaak voor bij mensen met borderline (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999). De helft van mensen met borderline is mishandeld of seksueel misbruikt (Salzman et al., 1993). Wordt emotionele mishandeling meegeteld, dan ligt dit aantal nog hoger (Arntz, Dietzel & Dreessen, 1999).

2. Zelfbeschadiging

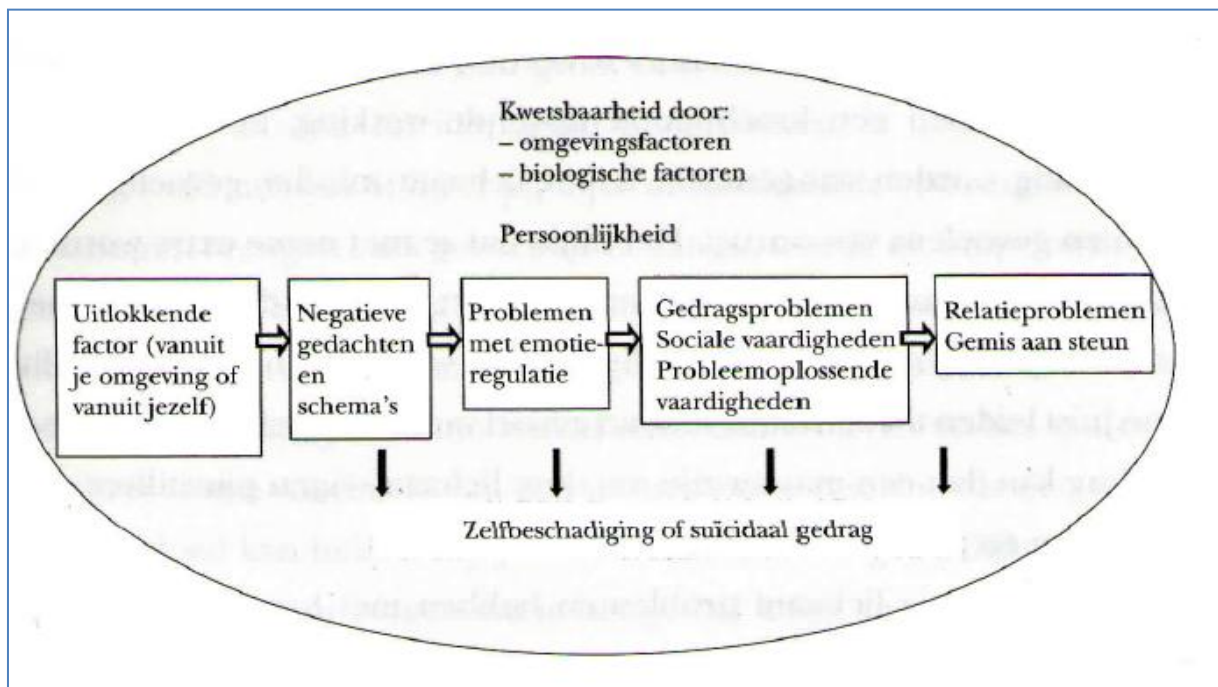
Zelfbeschadiging, ook wel automutilatie of zelfdestructief gedrag, is het doelbewust toebrengen van pijn of schade aan je lichaam. Voorbeelden van zelfbeschadiging zijn opzettelijk snijden, krassen, of branden in je huid, jezelf slaan of met je hoofd tegen de muur bonken. Ook wanneer iemand teveel medicatie inneemt of zichzelf vergiftigt, kun je spreken van zelfbeschadiging.

2.1. Redenen voor zelfbeschadigend gedrag

Er kunnen verschillende redenen zijn voor zelfbeschadigend gedrag. Zo zorgt het voor sommige patiënten voor innerlijke rust. Voor anderen is het een manier om weer iets te kunnen voelen. Weer anderen geven aan zichzelf te willen straffen voor eerdere gebeurtenissen, waar zij zich schuldig over voelen of zichzelf voor schamen. Zelfbeschadigend gedrag kan dan meer gezien worden als een automatische reactie op een gebeurtenis of spanning.

Het is belangrijk om te weten dat zelfbeschadigend gedrag niet altijd een duidelijke wens tot zelfdoding is. Wanneer iemand wel aan zelfdoding doet, wordt het geen zelfbeschadiging meer genoemd.

2.2. Oorzaken van zelfbeschadigend gedrag



Figuur 1. Kwetsbaarheid-stressmodel bij zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag (Slee, 2008; Klerk, Emmerik, & Giezen, 2010).

In het boek 'Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag' (Klerk et al., 2010) wordt het theoretische model van Slee (2008) uitgelegd. Hiermee wordt duidelijk wat de oorzaken kunnen zijn voor zelfbeschadiging.

Het wordt uitgelegd vanuit een model (zie figuur 1.). Dit model is gebaseerd op wetenschappelijke kennis over psychologische en psychosociale factoren die de kans op zelfbeschadigend gedrag vergroten.

Het is lastig te zeggen welke oorzaken standaard zijn. Wel is het mogelijk om een aantal factoren te beschrijven die mensen, die aan zelfbeschadigend gedrag doen, gemeen hebben. Die factoren worden kwetsbaarheidfactoren of risicofactoren genoemd.

Dit model (figuur 1.) gaat ervan uit dat het risico op zelfbeschadigend gedrag toeneemt wanneer een persoon een bepaalde kwetsbaarheid heeft en wordt bloot gesteld aan stress.

Traumatische gebeurtenissen of specifieke biologische kenmerken hebben invloed op de kwetsbaarheid. Bij kwetsbare personen kan stress maken dat iemand negatieve automatische gedachten krijgt, die kunnen leiden tot zelfbeschadiging.

Ook het missen van specifieke vaardigheden om problemen op te lossen en het niet goed kunnen praten met anderen over hoe het met je is, ook wel gedragsfactoren genoemd, kunnen leiden tot zelfbeschadigend gedrag. Een andere gedragsfactor is impulsiviteit, de algemene neiging om dingen te doen zonder erbij na te denken.

Tenslotte vergroten problemen in de relaties met ouders, partner of vrienden, en een gemis aan steun van anderen, de kans op zelfbeschadiging.

Wanneer er naast dit kwetsbaarheidsmodel de individuele kwetsbaarheid, omgevingsfactoren en levensgebeurtenissen uit hoofdstuk 1.2 worden gelegd, is te verklaren waarom er 70% tot 75% van de mensen met BPS aan zelfbeschadiging doen (Gunderson, zoals geciteerd in Gratz & Gunderson, 2006).

3. Multidisciplinaire behandeling & PMT

Binnen GGZ-instellingen wordt vaktherapie bijna altijd aanvullend op bijvoorbeeld een psychotherapeutische behandeling aangeboden (Lange, 2010).

In 2008 is de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Persoonlijkheidsstoornissen gepubliceerd (Trimbos Instituut, 2008). Deze richtlijn is tot stand gekomen door een richtlijnwerkgroep, die op zoek is gegaan naar beschikbare wetenschappelijke literatuur om zo evidence-based behandelingen te beschrijven voor persoonlijkheidsstoornissen. In deze werkgroep waren de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) en de Nederlandse Vereniging voor Creatieve Therapie (NVCT) vertegenwoordigd.

Multidisciplinair werken betekent dat er vanuit een team met verschillende mensen wordt gewerkt, wat voor verschillende meningen zorgt en verschillende invalshoeken, waarbij het belang van de patiënt vooraan staat. Zo staat omschreven in het Belang van Multidisciplinair werken (Teach2Care, n.d.) dat:

- alleen het samenvoegen van alle informatie een totaal beeld kan geven.
- er op deze manier verder wordt gekeken dan alleen het eigen vakgebied.
- verschillende disciplines elkaar op deze manier optimaal aanvullen.

De vaktherapieën zijn ook terug te vinden in de MDR voor persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos Instituut, 2008), wat aangeeft dat dit onmisbaar is voor een multidisciplinaire behandeling bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen.

3.1 Behandelstrategieën van de Psychomotorische therapie

Hieronder worden de drie behandelstrategieën vanuit het beroepsprofiel van de PMT (NVPMT, 2009) kort beschreven. Daarna worden de resultaten die gevonden zijn in de literatuur en te vinden zijn in de resultatentabel (4.1), verder uitgelegd a.d.h.v. deze behandelstrategieën. Deze verschillende methodieken maken de PMT krachtig doordat ze op verschillende manieren een aangrijpingspunt kunnen zoeken binnen de behandeling.

In de praktijk worden de strategieën vaak in combinatie gebruikt omdat op deze wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden.

Oefeningerichte- functionele strategie

Dit gaat om het oefenen van nieuwe vaardigheden. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een aanbod gericht op spanningsregulatie. Ook fitness- en sportactiviteiten gericht op functionele aspecten, oefeningen gericht op lichaamsbewustwording en ademhaling en sterk gedragsgeoriënteerde trainingen, maken deel uit van deze strategie.

Ervaringsgerichte- stimulerende strategie

Hierbij gaat het om het experimenteren met gedragsalternatieven en effecten van deze alternatieven op het gedrag en in relatie tot de omgeving van de patiënt. Dit kan zorgen voor het zicht krijgen op eigen gedrag in het hier en nu en daar. Te denken valt aan identiteitsversterking, zelfontplooiing en persoonlijkheidsontwikkeling.

Ontdekkende –conflictgerichte strategie

Bij deze strategie staan conflicten die wijzen naar traumata, het ontdekken van de conflicten en de impact van deze op de huidige problemen, centraal. Het gaat om het leren deze conflicten te ontdekken, te uiten, te benoemen en te integreren. Niet alleen inzicht maar ook het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam, is van belang bij deze strategie.

Methode

Dit onderzoek is een adviserend onderzoek. Het is bedoeld om richtlijnen op te stellen voor wat de psychomotorische therapie (PMT) bij kan dragen aan de behandeling van borderline patiënten die aan zelfbeschadiging doen. Omdat dit onderzoek niet leidt tot protocollen, is dit onderzoek hoogstens adviserend (VU, n.d.).

De volgende databanken zijn geraadpleegd:

Databanken
Web of Science
HBO Kennisbank
PubMed
Springerlink
Google.scholar.nl
Narcis

Ook boeken en tijdschriften die literatuur bevatten van eventueel bestaande behandelvormen voor zelfbeschadiging en psychomotorische therapievormen, zullen geraadpleegd worden.

Verder zullen de behandelstrategieën van de PMT (NVMPT, 2009) worden gebruikt als leidraad voor het zoeken naar antwoorden op de onderzoeksvraag. Hierbij worden de volgende zoektermen gebruikt:

Nederlands	Engels
Psychomotorische therapie	Psychomotor therapy
Borderline persoonlijkheidsstoornis	Borderline personality disorder
Zelfbeschadiging	Self-harm
Automutilatie	Self-mutilation
Behandeling zelfbeschadiging	Treating self-harm
Bewegingsgeoriënteerd werken	Movement orientated therapy
Lichaamsgeoriënteerd werken	Body orientated therapy
Lichaamsbeleving	Body experience/ awareness
Emotieregulatie behandeling	Emotion regulation therapy
	Mindfulness
	Acceptance and Commitment therapy

Door middel van het combineren deze zoektermen wordt er onderzoek in de literatuur gedaan over de behandeling van borderline en zelfbeschadiging. Daarnaast wordt er gekeken of de literatuur iets kan zeggen over bepaalde interventies die gebruikt worden voor de behandeling op zelfbeschadiging. Er wordt gekeken of het een effectonderzoek is en anders worden er richtlijnen omtrent deze onderwerpen gebruikt. Verder richt dit onderzoek zich in eerste instantie op de periode van 1999 tot en met heden. Er is een aantal artikelen gebruikt die buiten deze periode vallen. De informatie uit deze artikelen bleek passend in dit onderzoek, bijvoorbeeld omdat er naar een artikel veel gerefereerd wordt (Brooks & Stark, 1989) of omdat ervaren professionals er gebruik van maken in de praktijk (Kool-Goudzwaard, n.d.). Waar dit zich voordoet zal het benoemd worden.

4.1 Resultaten in onderzoekstabel

De bruikbare informatie is verdeeld in vier tabellen. De eerste drie tabellen geven de resultaten weer, geordend in de drie behandelstrategieën (NVPMT, 2009). De artikelen in de eerste twee tabellen zijn peer reviewed. Het artikel in de derde tabel is gebruikt op advies van een ervaren professional.

Tabel 4, figuur 6, geeft bruikbare richtlijnen weer, die afkomstig zijn uit recente HBO scripties, modules en een training. Er wordt ook een onderzoek in genoemd vanuit de cliëntenraden van GGZ-instellingen. Voor zover mogelijk wordt duidelijk gemaakt op welke behandelstrategie deze literatuur betrekking heeft.

4.1.1. Peer reviewed: Oefen gerichte- functionele strategie

Figuur 3.

Bron/studie:	Soort artikel:	Bevindingen:
Boekaerts, Pintrich & Zeidner, 2000	Theoretisch artikel: Handboek over zelfregulatie.	<i>Feedback is een essentieel onderdeel van zelf monitoring bij zelf regulatie en emotieregulatie.</i>
Greenberg, 2004	Adviserend onderzoek: over Emotion-focused therapy: hoe het coachen gaat voor het bewustworden van je emoties a.d.h.v. emotieregulatie, emotie awareness en emotie transformatie.	<i>Het belang van bewustwording van emoties in een 8 stappenplan gefocust op bewustwording en het accepteren van emoties. Gericht op emotieregulatie.</i>
Richardson et al., 2005	Adviserend onderzoek: een overzicht en onderbouwing van de noodzaak over de bevordering van de bewegings interventies bij mensen met ernstige psychische ziekten.	<i>Beweging verlicht secundaire symptomen zoals: een laag zelfbeeld en vermindering van sociale terugtrekking.</i>
Martinsen, 1995*	Adviserend onderzoek: een overzicht en onderbouwing van de noodzaak over de bevordering van de bewegings interventies bij mensen met ernstige psychische ziekten.	<i>Fysieke activiteit verhoogt gedragsverandering en bevordert de zelfcontrole en zelfregulering van mensen met psychische klachten.</i>
O'Kelly, Piper & Kerber, 1998*	Theoretisch artikel: beschrijving van oefengroepen die een integraal onderdeel vormen van een inzicht-georiënteerde, psychodynamische avond behandelingsprogramma voor patiënten met stemming en persoonlijkheidsstoornissen.	<i>Bestaande onderzoeken suggereren dat beweging goed geaccepteerd wordt door mensen met ernstige psychische aandoeningen. En wordt ook vaak beschouwd als één van de meest gewaardeerde onderdelen van de behandeling.</i>

*Wordt verwezen in Richardson et al. (2005). Daarom wel geraadpleegd.

4.1.2 Peer reviewed: Ervaringsgerichte- stimulerende strategie

Figuur 4.

Bron/studie:	Soort artikel:	Bevindingen:
Bosman & van Meijel, 2006	Theoretisch artikel: de betekenis van behandeling van zelfverwondend gedrag.	<i>Belang van opbouwen van positieve identiteit.</i>
Brooks & Stark, 1989	Onderzoeks artikel: Pilot studie om de invloed van dans / bewegingstherapie op het veranderen van gedachten en gevoelens. Getest met instrument: (MAACL)*	<i>Dit onderzoek ondersteunt de gedachte dat dans / beweging therapie kan veranderen hoe mensen zich voelen.</i>
Ghijsens, Lowyck & Vermote, 2010	Onderzoeks artikel: Systematische zoektocht in de literatuur over automutilatie en recente psychodynamische modellen hierover. Behandeling voor automutilatie bij BPS. A.d.h.v. 2 casussen verduidelijkt.	<i>Psychologische hypothesen Effectiviteit psychotherapie</i> <i>Relaxatietraining en aanleren van Mindfulness.</i> <i>En het belang van non-verbale therapieën.</i>
Morton et al., 2012	Onderzoeks artikel: een Pilot studie met ACT** interventies voor cliënten met 4 of meer criteria van BPS. TAU;nr=20 ACT+TAU; nr= 21	<i>ACT+TAU: meer verandering in gedachtes, gevoelens en negatief gedrag.</i> <i>Interventies ACT:</i> <i>-Mindfulness</i> <i>-Bodyscan</i>

*MAACL :The Multiple Affect Adjective Checklist: measures affect as both a temporary state (the "Today" or *State Form*) and more generally, as a disposition ("*In General*" or *Trait Form*). Both *Forms* are standardized scales that differentiate clients with affective disorder from those with other disorders and from "normals."
Bron: Geraadpleegd op: <http://www.edits.net/products/310-maACL-r-st-dACL-mood-checklists.html> 1-4-2013.

**ACT: Acceptance and Commitment Therapy (zie 4.2.2.3).

4.1.3 Ontdekkende –conflictgerichte strategie

Figuur 5.

Bron/studie:	Soort artikel:	Bevindingen:
Rijthgeerts, n.d.*	Verslag van een interventie volgens de Pesso methode bij het doen aan zelfbeschadiging bij een patiënt met BPS.	<i>Het ervaren van een nieuwe ervaring die haaks staat op het effectief snijden.</i>

*Aanbevolen door Dhr. E. Van der Meijden: Psychomotorische therapeut Scelta-expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen.

4.1.4. Overige bruikbare literatuur vallend onder verschillende strategieën

Figuur 6.

Bron/studie:	Soort artikel:	Bevindingen:	strategie
Grotenhuis,2011	Scriptie: 'Met mij is alles goed.' Onderzoek naar automutilatie & psychodynamische modellen.	<i>Psychologische hypothesen. Mentalization Based Therapy(MBT) (Bateman & Forgany,2007). Met name emotieregulatie gerichte interventies.</i>	<i>Oefen gericht</i>
Grotenhuis & Logtenberg, 2012	Module: Zelfbeschadigend gedrag.	<i>Verskillende vaardigheden om in te zetten. Gericht op emotieregulatie.</i>	<i>Oefen gericht</i>
Hengel, 2008	Voorschrijvend artikel: PMT bij persoonlijkheidsstoornissen a.d.h.v. vaardigheidstraining van DGT.	<i>Emotieregulatie vaardigheden, Crisisvaardigheden & Kernoplettenheidsvaardigheden.</i>	<i>Oefen gericht & ervaringsgericht</i>
Kool-Goudzwaard, n.d.*	Onderzoeksverslag: stoppen met zelfverwonden. Kwalitatief onderzoek waarbij de methode van Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1998) is gevolgd. Ervaringen van mensen die gestopt zijn met zelfverwonding staan centraal.	<i>Het verbeteren van zelfbeeld. Fase beschrijving van behandeling bij patiënten die zichzelf verwonden in psychiatrie.</i>	<i>Oefen gericht</i>
Lentis & Dimence, 2004	Module: VERS-Vaardigheidstraining Emotie Regulatiestoornis.	<i>Ontspanningsoefeningen Emotieregulatie staan centraal.</i>	<i>Oefen gericht & ervaringsgericht</i>
Willem & Haaster, 2000	Onderzoeks artikel: onderzoek onder 42 patiënten met BPS naar de hulpverlening met mensen met BPS in Amsterdam Oost en Zuid Oost.	<i>Uitkomst is dat non-verbale therapieën redelijk populair zijn.</i>	<i>n.v.t.</i>

*Aanbevolen door Dhr. E. Van der Meijden: Pscyhomotorische therapeut Scelta-expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen.

4.2 Resultaten & Interventies vanuit de Psychomotorische therapie

De dialectische gedrags therapie (DGT) en mentalisation based treatment (MBT) (zie 4.2.2.2.) worden beschreven in het artikel van Ghijsens, et al. (2010) als meest effectief werkende behandelingen bij mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen.

Ook wordt in dit artikel vermeld dat niet de betekenis van het gedrag, zoals zelfbestraffing op de voorgrond staat in de behandeling, maar richt men de aandacht op affectregulatie. Hiermee wordt de capaciteit om affecttoestanden te moduleren bedoeld, wat van waarde is om te kunnen mentaliseren. Want zodra mentaliseren optreedt, kan men makkelijker affecten reguleren. Wat betekent dat een patiënt zijn emoties makkelijker kan herkennen en erkennen om ze eerder te kunnen reguleren. In Fornagy (2002), in Ghijsens et al. (2010) staat dat dit vooral kan door de grote invloed op het zelfbeeld die het mentaliseren heeft. Ghijsen et al. (2010) beschrijft dat vooral de non-verbale therapieën een belangrijke rol spelen bij het mentaliseren van wat er bij de patiënt speelt. In contact komen met het gevoel kan binnen psychomotorische therapie door het doen van verschillende bewegings- of lichaamsgerichte activiteiten binnen de drie eerder genoemde behandelstrategieën.

Tot slot wordt in het onderzoek van O'Kelly et al.(1998), in Richardson et al. (2005) ook nog gesuggereerd dat beweging als één van de meest gewaardeerde onderdelen van de behandeling wordt gezien door mensen met geestelijke problemen. Net als in een onderzoek naar de hulpverlening van mensen met BPS in Amsterdam Oost en Zuidoost (Dansacademie Fontys, 2000; Willem & Haaster, 2000), waarbij 42 cliënten met BPS werden geïnterviewd, wordt gesteld dat non-verbale therapieën redelijk populair zijn.

Hieronder worden de gevonden interventies beschreven, geordend op de drie psychomotorische strategieën vermeld in hoofdstuk 3.1, die te gebruiken zijn binnen een multidisciplinaire behandeling voor patiënten met BPS die aan zelfbeschadiging doen.

4.2.1 Oefengerichte- functionele strategie: Emotieregulatie interventies

Mensen met BPS hebben een verstoorde emotieregulatie. Het is dan ook niet opmerkelijk dat emotieregulatie meerdere keren in de resultatentabel naar voren komt.

Emotieregulatie begint bij het herkennen en contact maken met verschillende emoties.

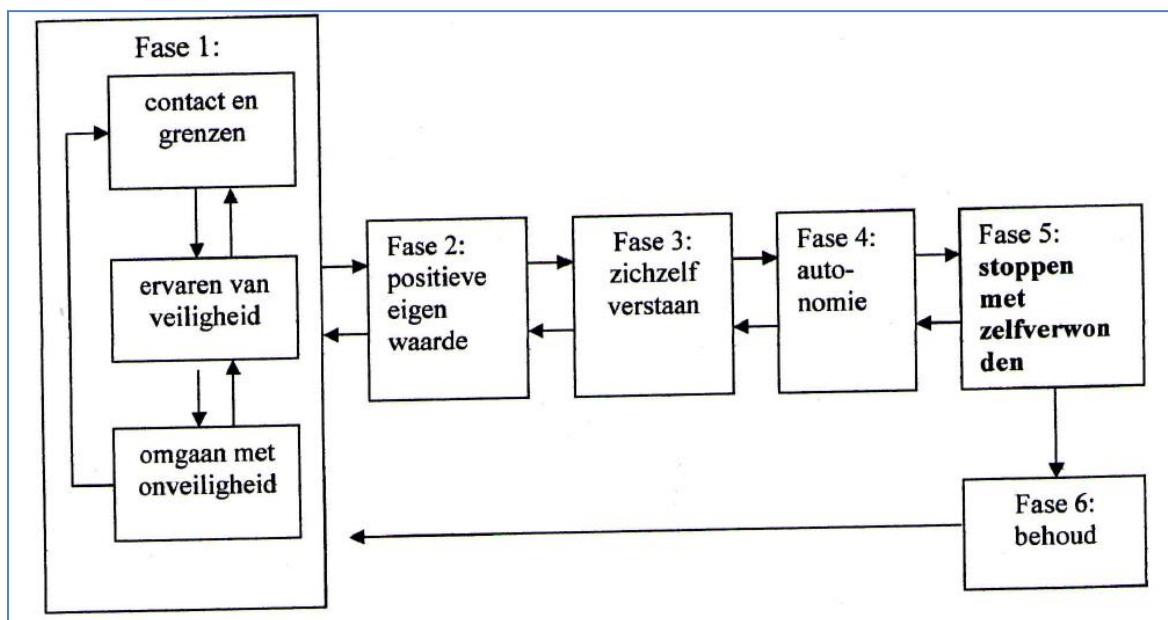
Met behulp van activiteiten kan worden geoefend met het woorden geven aan emoties. Dit is belangrijk omdat mensen met BPS het lastig vinden woorden te zoeken over hoe zij zich voelen, waardoor ze uiteindelijk niet over die gevoelens kunnen of durven praten. Wat ervoor kan zorgen dat patiënten nog hoger in spanning raken en de kans op destructief gedrag kan toenemen.

In de resultatentabel te zien, staat dat wetenschappelijk is aangetoond dat beweging kan leiden tot een beter zelfbeeld en leidt tot vermindering van sociale terugtrekking (Richardson, 2005). Beide aspecten; het verbeteren van het zelfbeeld en de vermindering van sociale terugtrekking zijn belangrijk voor de vermindering van zelfverwonding. Ook voor het zelfbeeld geldt, dat wanneer iemand beweegt en of sport, hij/zij meer eigen waarde kan ontwikkelen en een gezonder zelfbeeld zal krijgen. Een gezonder zelfbeeld resulteert bij patiënten het verminderen van de behoefte om zichzelf te beschadigen (Grotenhuis, 2011). Daarnaast zijn actieve interventies een essentieel onderdeel voor een biopsychosociale benadering in het herstel van de geestelijke gezondheid (Richardson, 2005).

4.2.1.1. Fase beschrijving behandeling zelfbeschadiging

In het onderzoeksverslag van Kool-Goudzwaard (n.d.) staat een fasebeschrijving die in 6 fases beschrijft hoe zelfbeschadiging te behandelen is. Wat betrekking heeft op emotieregulatie omdat het begrijpen van eigen emoties en daar gezonde strategieën voor vinden, centraal staan.

Het gaat hier om een kwalitatief onderzoek en is uitgevoerd binnen het Centrum Intensive Behandeling (CIB) van Parnassie te Den Haag. Het CIB is gespecialiseerd in de behandeling van mensen met Dissociatieve Identiteitsstoornis (DIS) (APA, 2000). Door middel van interviews die zijn afgenomen bij twaalf vrouwen tussen de 26-60 jaar, is antwoord proberen te krijgen op de volgende onderzoeksvragen: 'Hoe verloopt het proces van het verminderen of stoppen van zelfverwonden bij mensen die zichzelf in het verleden ernstig verwond hebben?' & 'Welke factoren spelen een rol in dit proces?' Hieronder het resultaat beschreven in 6 fases: (Kool-Goudzwaard, n.d.). (zie ook figuur 2.).



Figuur 2. Fase omschrijving behandeling patiënten die zichzelf verwonden. (Kool-Goudzwaard, n.d.).

Voor de specifieke fase beschrijving wordt verwezen naar het artikel van Kool-Goudzwaard (n.d.). Hieronder staan de interventies beschreven die vanuit PMT toegepast kunnen worden aan de hand van deze fase beschrijving.

Fase 1: Binnen PMT kan geoefend worden om om te gaan met deze heftige emoties. (zie hoofdstuk 4.2.4.1 over emotieregulatie). Binnen Pesso-therapie kan een grens ook lijfelijk worden ervaren. (zie daarvoor hoofdstuk 4.2.7.).

Fase 2: In deze fase gaat het vooral om de ontdekking van eigen kracht en het ervaren dat jezelf sterker bent dan je gedachten.

Fase 3: Het inzicht krijgen in gedachten, gevoelens en gedragingen kan binnen PMT worden geoefend door het opdoen van ervaringen door middel van verschillende bewegingsvormen.

Fase 4: Stevig leren staan en daardoor het vertrouwen kunnen krijgen in je eigen kunnen.

Fase 5: Binnen PMT kan geoefend worden met welke 'gezonde'-strategie het beste past bij de patiënt. Zie ook hoofdstuk 4.2.3. over emotieregulatie.

Fase 6: Deze fase gaat om het behoud die voor de meeste mensen voor de rest van hun leven geldt. Het verwonden van zichzelf is voor de meeste mensen een reactie op oplopende spanning.

4.2.2. Ervaringsgerichte-stimulerende strategie

In het onderzoek van Morton et al. (2012) worden verschillende ontspanningsoefeningen aangehaald. Ook vanuit de Vaardigheidstraining Emotieregulatie Stoornis (VERS) (Lentis & Dimence, 2004) die bestaat uit ruim 14 weken training, wordt er elke week een ontspanningsoefening aangeboden.

Voorbeelden hieruit en die ook vanuit de PMT veel worden toegepast, zijn:

- De bodyscan
- Progressieve relaxatie van Jacobson
- Ademhalingstrainingen
- Mindfulness

In de Multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidsstoornissen (Trimbos Instituut, 2008), staat beschreven dat de werkgroep van mening is dat deze vormen van relaxatie waardevol kunnen zijn voor het reguleren van het spanningsniveau en het vergroten van de zelfwaarneming in de behandeling van patiënten met BPS. Het is alleen nog niet bewezen, maar ook niet uitgesloten volgens de werkgroep van het Trimbos Instituut.

4.2.2.1. Mindfulness interventies

Mindfulness is gebaseerd op vriendelijkheid en het verwelkomen van sensaties in het lijf. Door middel van het oefenen met verschillende vormen vanuit de Mindfulness kan een patiënt meer in het hier en nu leren leven en gaan accepteren van zijn/haar gevoelens en gedachten op dat moment. Dit kan zorgen voor stress reductie, wat ook een factor kan zijn voor het doen aan zelfbeschadiging. Mindfulness valt onder de ervaringsgerichte stimulerende strategie omdat het gaat om het experimenteren met gedragsalternatieven en ervaren wat dat verandert bij jezelf, zoals het verwelkomen van lichaamssensaties. Binnen PMT kan hier op verschillende manieren een bijdrage aan geleverd worden. Met als doel het verminderen van cognitieve ontregeling, door middel van observeren en beschrijven wat er bij jezelf gebeurt op een oordeelsvrije, vriendelijke en verwelkomende manier. In de profileringsopdracht waarin de PMT a.d.h.v. de DGT bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Hengel, 2008a) beschreven wordt, en wat dus aansluit op de onderzoeksvraag waarin het gaat over de bijdrage binnen een multidisciplinair team, staat een thema beschreven dat aansluit bij Mindfulness: kernoplettendheid.

Zowel bij Mindfulness als bij Kernoplettendheid leert de patiënt opmerkzaam te zijn op gebeurtenissen, emoties en gedragsreacties, zonder ze noodzakelijkerwijs proberen te stoppen of 'weg te maken' door zelfdestructief gedrag te vertonen. De patiënt leert toestaan door middel van deze interventies om te ervaren met bewustzijn, wat er ook gebeurt, in plaats van de situatie te ontvluchten of zichzelf bijvoorbeeld te gaan beschadigen om bijvoorbeeld een emotie te willen stoppen.

4.2.2.2 Mentalization Based Therapy

Mentalization Based Therapy (MBT) (Bateman & Forgan, zoals geciteerd in Ghijsens et al., 2010) is een behandelmethode die zich richt op As-II stoornissen en in het bijzonder patiënten met BPS die aan zelfbeschadiging doen. Daarbij ligt de focus op het leren omgaan met mentale gebeurtenissen in het hier en nu.

4.2.2.3. Acceptance and Commitment Therapy

Beschreven in het Pilot onderzoek met Acceptance Commitment Therapy (ACT) voor mensen met symptomen van BPS (Morton et al., 2012) wordt duidelijk dat ACT een waardevolle bijdrage kan leveren aan mensen die symptomen hebben van BPS, waar zelfdestructief gedrag ook onder valt. In dit onderzoek van Morton et al. (2012) worden de symptomen van BPS vergeleken met andere stoornissen die ook succesvol behandeld zijn door middel van ACT (Twohig, 2012).

ACT gaat over het leven in het hier en nu. Moeilijke emoties worden geaccepteerd. Er wordt geleerd dat mensen bepaalde waarden in het leven hebben en dat ze zelf actie moeten ondernemen om die waarden na te streven. Vanuit ACT gezien gaat het niet om de negatieve effecten, die als probleem kunnen worden gezien, maar draait het om het vermijden (wat kan zorgen voor grotere intensiteit van negatieve problemen) van negatieve gedachten en negatieve keuzes die de persoon maakt. Een voorbeeld van een negatieve keuze die wordt beschreven in dit onderzoek is het doen aan zelfbeschadiging. Maar ook het gebruiken van drugs of alcohol wordt als voorbeeld genoemd (Chapman, Gratz & Brown, zoals geciteerd in Morton et al., 2012), waarmee men eigenlijk vermijdt waar het echt om gaat, gevoelens en emoties, die men wegstopt door middel van het doen aan destructief gedrag.

Uit dit onderzoek waarbij er onderzoek is gedaan bij patiënten met 4 of meer criteria van BPS, is naar voren gekomen dat ACT, in combinatie met de gewone behandeling (TAU) meer verandering in gedachten, gevoelens en negatief gedrag heeft aangetoond, dan TAU alleen.

Voorbeelden van interventies die genoemd worden in het artikel en naast TAU werden aangeboden, zijn Mindfulness (zie ook 4.2.2.1.) en de Bodyscan (zie ook 4.2.2.).

4.2.3. Ontdekkende-conflict gerichte strategie

4.2.3.1. Pesso therapie

Pesso-therapie is een vorm van lichaamsgeoriënteerde, individuele psychotherapie in groepsverband. Bij Pesso-therapie is de aanname dat menselijke actie passende tegenactie nodig heeft, wil de ondernomen actie bevredigend en zinvol zijn. Dit past bij bovenstaande strategie omdat het onder andere gaat om het aanbieden van corrigerende ervaringen op het niveau van het lichaam. Ook in het artikel van Rijthgeerts (n.d.) waarin Rijthgeerts, Pesso-psychotherapeut, een interventie met een patiënt met BPS die aan zelfbeschadiging doet beschrijft, gaat het over deze aanname. Rijthgeerst beschrijft dat de deelnemers eerst informatie krijgen over de werkwijze en ook over 'begrenzing' als basisbehoefte. Verder wordt er een anorectische BPS patiënte omschreven die voor het eerst de mogelijkheid krijgt om de zelfbeschadigingdrang in interactie te brengen met een symbolische rolfiguur en concreet iets van lijfelijk begrenzing ervaart.

Er wordt omschreven dat de patiënte haar impuls tot snijden volgt, waarbij ze tegen wordt gehouden door de rolspeler. In het voorbeeld met deze patiënte gaat Pesso ervan uit dat het lichaam op een eigen manier kan symboliseren en informatie kan opslaan. Naast woorden komen lichamelijke beleving, expressie en interactie aan bod. Inzicht komt met ervaring, waarbij Pesso-therapie de verbale dialoog met de non-verbale ervaringen verbindt (Vereniging voor Pesso-therapie, 2013).

Discussie

Vanuit de methode van dit onderzoek is gekozen voor een adviserend onderzoek, wat bedoeld is om richtlijnen op te stellen voor wat de PMT bij kan dragen aan de behandeling van borderline patiënten die aan zelfbeschadiging doen.

Er is weinig literatuur vanuit de vaktherapie gericht op de behandeling van zelfbeschadiging te vinden, omdat er nog niet veel onderzoek is gedaan vanuit de vaktherapie naar specifiek de behandeling op zelfbeschadiging. Bij het invoeren van minder specifieke zoektermen, kwamen er meer uitkomsten naar de behandeling van mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen. Deze behandelingen waren vooral cognitief gedragstherapeutisch van karakter.

Opvallend is dat in de resultaten wel degelijk veel richtlijnen voorkomen die ook in de PMT gebruikt worden en nu door psychotherapeuten of andere behandelaren gegeven worden (Greenberg, 2004; Morton et al., 2012), zoals emotieregulatie, Mindfulness, ACT en een aantal ontspanningstechnieken. Het zou zinvol zijn als de psychomotorische therapeut hierbij betrokken is, omdat een psychomotorische therapeut opgeleid is voor bewegings- en lichaamsgerichte benadering. Dit zijn belangrijke aangrijpingspunten voor o.a. het verbeteren van de emotieregulatie en het lichaamsbewustzijn. Of dergelijke interventies in een psychotherapie of in de PMT voorkomen, is afhankelijk van de context waarin de patiënt behandeld wordt. Zoals bijvoorbeeld met de VERS-training (Lentis & Dimence, 2004).

Beperkingen van sommige onderzoeken zijn dat patiënten met verschillende diagnoses werden behandeld (Brooks & Stark, 1989), dat de onderzoeksgroep klein was (Morton et al., 2010), dat geen effecten op symptomen werden gemeten en dat er geen onderscheid werd gemaakt tussen bepaalde interventies.

Naast peer reviewed artikelen zijn er ook artikelen en scripties van studenten gebruikt die nog maar een aantal jaar afgestudeerd zijn (Hengel, 2008), wat ook kan leiden tot informatie die niet geheel evidence based onderzocht kan zijn.

Tot slot is het een literatuuronderzoek wat vooral de mening representeert van deskundigen op het gebied van de behandeling van zelfbeschadiging. Effectonderzoek op het gebied van PMT en de behandeling van mensen met BPS, die aan zelfbeschadiging doen, is niet beschikbaar.

Conclusie

Voordat er een antwoord wordt gegeven op de onderzoeksvraag: *‘Met welke interventies zou de Psychomotorische therapie binnen een multidisciplinair team een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van patiënten met BPS die aan zelfbeschadiging doen?’*, zullen eerst de hoofdpunten uit dit onderzoek kort worden beschreven.

Mensen met BPS hebben plotselinge stemmingswisselingen, gebrek aan een samenhangend zelfbeeld en onvoorspelbaar impulsief gedrag.

Bij mensen met BPS doet 70% tot 75% aan zelfbeschadiging (Gunderson, zoals geciteerd in Gratz & Gunderson, 2006), waarvan de meest voorkomende vorm van het zelfbeschadigend gedrag, snijden is. Zelfbeschadigend gedrag kan worden gezien als een automatische reactie op een gebeurtenis of spanning. Het is belangrijk om te weten dat dit gedrag niet altijd een duidelijke wens tot zelfdoding is.

Ghijsens et al. (2010) vermeldt in zijn artikel dat niet de betekenis van het gedrag, zoals bijvoorbeeld zelfbestrafing, op de voorgrond staat in de behandeling, maar dat de behandeling meer de aandacht richt op het weer kunnen mentaliseren van gevoelens. Daarbij kan de PMT een belangrijke rol spelen.

Binnen GGZ-instellingen wordt vaktherapie bijna altijd aanvullend op bijvoorbeeld een psychotherapeutische behandeling aangeboden (Lange, 2010). Zowel de PMT als andere vaktherapieën maken deel uit van de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen (MDR) (Trimbos-Intituut, 2008). Dit geeft aan dat PMT binnen een multidisciplinaire behandeling bij mensen met BPS, die aan zelfbeschadiging doen, van belang is. Zowel omdat er patiënten tevreden over zijn, als omdat de psychotherapeuten en de MDR in verschillende onderzoeken dat benoemen.

Resultaten vanuit het onderzoek zijn geordend op de drie behandelstrategieën vanuit het beroepsprofiel van de PMT (NVPMT, 2009). Onder de oefengerichte strategie valt het effect van lichaamsbeweging op secundaire symptomen zoals het verbeteren van het zelfbeeld en vermindering van sociale terugtrekking (Richardson et al., 2005). Ook emotieregulatie valt onder de oefengerichte strategie waarbij Kool-Goudzwaard (n.d.) een fasebehandeling beschrijft en het oefenen van nieuw gedrag centraal staat. Onder de ervaringsgerichte strategie vallen de ACT, MBT en de Mindfulness waarbij het vooral gaat om het experimenteren met gedragsalternatieven. Bij de derde strategie, de ontdekkende strategie, komt de Pessio-therapie naar voren als resultaat, hier staat het aanbieden van corrigerende ervaringen centraal. Daarnaast worden lichaamsgerichte onderdelen binnen verschillende overkoepelende psychotherapeutische methoden, zoals de DGT en de MBT, gebruikt (Ghijsens et al., 2010). Afhankelijk van de instelling en het soort behandeling kunnen deze methoden al dan niet door een psychomotorische therapeut uitgevoerd worden.

De conclusie is dat er een goed bewegingsgeoriënteerd programma bij mensen met zulke ernstige emotieregulatie problematiek nodig is. Zodat zij inzicht kunnen krijgen in hun denken, voelen en handelen om adequatere overlevingstechnieken aan te leren. Fysieke activiteit verhoogt gedragsverandering en bevordert de zelfcontrole en zelfregulering (Martinsen, 1995), en dat is belangrijk bij deze problematiek. Daarnaast zal de patiënt ook lichaamsgericht benaderd moeten worden, met onder andere methodes vanuit de Mindfulness, in de PMT of als onderdeel van psychotherapie en/of VERS training.

Aanbevelingen

Door het schrijven van de discussie en conclusie en om aan te sluiten op het doel van dit onderzoek zijn de volgende aanbevelingen tot stand gekomen:

Ten eerste is het belangrijk dat er meer onderzoek gedaan wordt omdat er gebrek aan bewijs is van de bijdrage van vaktherapieën voor de behandeling van mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen. Hierbij kan gedacht worden aan:

- Het in de praktijk toetsen van verschillende interventies die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen. Om erachter te komen welke interventies in de praktijk goed aansluiten.
- Een vergelijkingsonderzoek met een controlegroep die geen PMT maar alleen TAU volgt . En daarnaast een onderzoeksgroep die TAU + PMT interventies gericht op zelfbeschadiging volgt.
- PMT activiteiten verzamelen bij de genoemde interventies. Door middel van verschillende psychomotorische therapeuten die werkzaam zijn binnen GGZ-instellingen gericht op mensen met BPS die aan zelfbeschadiging doen. Om zo meer praktijkvoorbeelden te verzamelen en uit te wisselen wat ter verbetering kan zorgen voor de behandeling van zelfbeschadiging bij mensen met BPS.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2000). *DSMIV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Arntz, A., Dietzel, R., Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6): 545-557.
- Bakker, M.(2009). Het leed achter de littekens. *Trouw*, pp. 24.
- Boekaerts, M., Pintrich, P.R., & Zeidner, M.(2000). *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Academic Press.
- Boevink, W., Escher, S. (2001). *Zelfverwonding begrijpelijk maken*. Unigraphic, Universiteit Maastricht.
- Bosman, M., Meijel, B. K. G. van.(2006) Betekenis en behandeling van zelfverwondend gedrag. *Maandblad voor de Geestelijke gezondheidszorg*, 5, 414-426.
- Brooks, D., & Stark, A., (1989). The effect of Dance/Movement Therapy on Affect: a pilot study. *American Journal of Dance Therapy*, 11, 101-112.
- Brown, M.Z., Comtois, K.A., & Linehan, M.M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 , 198-202.
- Dijkstra, A. (2000). *Bewegingsexpressie-therapie met borderline cliënten*. Beweging, dans en drama in de behandeling van borderlineproblematiek. Dansacademie Fontys Hogeschool voor Kunsten: Tilburg
- Ghijsens, R., Lowyck, B., Vermote, R. (2010). Psychodynamische visie op automutilatie bij borderlinepersoonlijkheidsstroonis. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 52, 5, 321-330.
- Gratz, K.L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behavior therapy* 37, 25-35.
- Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Grotenhuis, H.W. (2011). *Met mij is alles goed*. Scriptie. Apeldoorn: HBO GGZ verpleegkunde.
- Grotenhuis, H.W., Logtenberg, I.(2012). *Met mij alles oke*. Module: zelfbeschadigend gedrag.
- Hayes, S.C. & Smith, S. (2006). *Uit je hoofd, in het leven*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Hekking, P., & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: een inleiding*. Amsterdam: Boom.
- Hengel, S. van den. (2008a). *PMT en Dialectische gedragstherapie. PMT bij persoonlijkheidsstoornissen a.d.h.v. vaardigheidstraining van DGT*. Zwolle: Profileringsopdracht, School of Human Movements and Sport.

Hengel, S. van den. (2008b). *Stel: het is oorlog en niemand gaat er naartoe: PMT, Acceptance and Commitment Therapy en de borderline persoonlijkheidsstoornis*. Zwolle: Scriptie, School of Human Movements and Sport.

Hochhausen, N. M., Lorenz, A. R., & Newman, J. P. (2002). Specifying the impulsivity of female inmates with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 11, 495-501.

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606.

Klerk, S. de, Emmerik, A. van, Giezen, A. van. (2010). *Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag*. p.p. 23-25. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kool-Goudzwaard, N. (n.d.). Onderzoeksverslag stoppen met zelf verwonden. Empirisch kwalitatief onderzoek. Den Haag: Centrum voor Intensieve Behandeling (CIB).

Landelijke Stichting Zelfbeschadiging (2006). Vier, januari, 2013 geraadpleegd op http://www.zelfbeschadiging.nl/pagina/186/wat_is_zelfbeschadiging.html.

Lange, J. de. (2010). *Psychomotorische therapie: lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ*. Amsterdam: Boom.

Lange, J. de., & Bosscher, R.J. (2008). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Lentis & Dimence. (2004). *VERS-Vaardigheidstraining Emotie Regulatiestoornis*. Module emotie regulatie. Apeldoorn: Scelta.

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

Martinsen, E. (1995). The effects of exercise on mental health in clinical populations, in *European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Stanningley, United Kingdom, Human Kinetics.

Meijel, B. van., Gamel, C., Swieten-Duijfjes, B. van., Grypdonck, M. H. F. (2004). The development of evidence-based nursing interventions: methodological considerations. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 284-291.

Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., Guymer. (2012). Acceptance and Commitment group Therapy for symptoms of Borderline Personality Disorder: a Public sector Pilot study. *Science direct, cognitive behavioral practice*, 19, 527-544.

NVPMT. (2009). Beroepsprofiel van Psychomotorische therapeut. 20, april, 2013 geraadpleegd op <http://www.nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>

O'Kelly, J. G., Piper, W.E., Kerber, R. (1998). Exercise groups in an insight-oriented, evening treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 85-98.

Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., Rouillon, F. (2007). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. 17, maart, 2013 geraadpleegd op <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19068333>

Vereniging voor Pesso-therapie. (2013). Pesso- Therapie. 20, april, 2013 geraadpleegd op http://www.pessotherapie.nl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=13&Itemid=30

Rekkers, M.E. & Schoemaker, E. (2002). Gewichtige lichamen. Lichaamsbeleving en eetstoornissen. In: Scheffers, M., Rekkers, M., & Bosscher, R.(2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie* , 4, 21-28.

Richardson, C. R., Faulkner, G., MCdevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). The role of improved physical fitness in rehabilitation and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 355–359.

Salzman, J.P., Salzman, C., Wolfson, A.N., Albanese, M., Looper, J., Ostacher, M., Schwartz, J., Chinman, G., Land, W., Miyawaki, E. (1993). Association between borderline personality structure and history of childhood abuse in adult volunteers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(4), 254-257.

Sanislow, C.A., Grilo, C.M., & McGlashan, T.H. (2000). Factor analysis of the DMS-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1629-1633.

Scheffers, M., Rekkers, M., & Bosscher, R.(2006). Hoe meet ik lichaamsbeleving? Aanbevelingen voor psychomotorisch therapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie* , 4, 21-28.

Skodol, A.E., & Bender, D.S.(2003). Why are women diagnosed borderline more than men? *Psychiatric Quarterly*, 74(4), 349-360.

Slee, N. (2008). *Cognitive-behavioural therapy for deliberate self-harm; dissertation*, Leiden University. In: Klerk, S. de, Emmerik, A. van, Giezen, A. van. (2010). *Omgaan met zelfbeschadiging en suïcidaal gedrag*. p.p. 23-25. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Teach2Care (n.d.). Belang van Multidisciplinair werken. 31, maart, 2013 geraadpleegd op www.teach2care.be/content_docs/081030101955.ppt

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(6), 416-425.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V.(2001).The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58(6), 590-596.

Trimbos Instituut. (2010). Feiten en cijfers borderline. 23 februari, 2013 geraadpleegd op <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/borderline-persoonlijkheidsstoornis/feiten-en-cijfers>

Trimbos Instituut. (2008). Multidisciplinaire richtlijnen voor persoonlijkheidstoornissen. 17, maart, 2013 geraadpleegd op http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=693&richtlijn_id=66

Twohig, M. P. (2012). Special issue: The basics of acceptance and commitment therapy-Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 499-507

VU, Vrije Universiteit Amsterdam (n.d.). Zes, maart, 2013 geraadpleegd op <http://www.vu.nl/nl/studenten/advies-en-begeleiding/scriptie/scriptietips/verschillende-soorten-probleemstellingen.asp>

Willems, J. M. & Haaster, H. P. M. (2000). *De grenzen verleggen*. Uitgave van De cliëntenraden van de GGZ-instellingen in de subregio Amsterdam Oost/Zuidoost en Diemen (COZO) en het instituut voor gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB), Amsterdam.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V.(1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.