

# De theorie achter de dialectische-gedragstherapeutische vaardigheidstraining

## Wat is DGT?

De psychosociale vaardigheidstraining die in deze handleiding uiteengezet wordt, is gebaseerd op een behandelingsmodel dat dialectische gedragstherapie (DGT) wordt genoemd. DGT is een cognitief-gedragstherapeutische behandeling met een brede basis, oorspronkelijk ontwikkeld voor chronisch suïcidale mensen met een borderline-persoonlijkheidsstoornis. Het was de eerste vorm van psychotherapie waarvan de effectiviteit voor deze stoornis, door middel van gecontroleerd klinisch onderzoek is aangetoond.<sup>1</sup>

DGT bestaat uit een combinatie van individuele psychotherapie, groepsvaardigheidstraining, telefonische coaching en een DGT-consultatieteam voor de therapeuten. Intussen zijn er vele klinisch-wetenschappelijke onderzoeken geweest waaruit bleek dat DGT niet alleen bij de borderline-persoonlijkheidsstoornis effectief is, maar ook bij een groot aantal andere stoornissen en problemen, waaronder zowel overmatige als onvoldoende emotieregulatie met de daarmee samenhangende cognitieve en gedragspatronen. Bovendien blijkt uit een toenemend aantal onderzoeken (waarvan verderop in dit hoofdstuk een overzicht) dat de psychosociale vaardigheidstraining op zichzelf een veelbelovende interventie is voor een scala aan doelgroepen, zoals mensen met een alcoholprobleem, gezinnen met een suïcidaal gezinslid, slachtoffers van huiselijk geweld en anderen.

DGT is, inclusief de vaardigheidstraining, gebaseerd op een dialectische en biosociale theorie over psychische stoornissen. Deze theorie benadrukt de rol van een problematische regulatie van emoties, over- en ondermaatse controle, en gedrag. Emotionele disregulatie hangt samen met verschillende psychische gezondheidsproblemen<sup>2</sup> die volgen uit

instabiele patronen in de emotieregulatie, de impulsbeheersing, de intermenselijke relaties en in het zelfbeeld. De vaardigheden die bij DGT worden geleerd, grijpen direct in op deze disfunctionele patronen. Het voornaamste leerpunt of lesdoel – het hoofdthema – van de vaardigheidstraining binnen DGT is dat de cliënt leert om patronen in zijn gedrag, emoties, denken en in de intermenselijke interactie te veranderen voorzover die samenhangen met de problemen in het leven. Daarom is voor een doeltreffend gebruik van dit handboek een goed begrip van de behandelingsfilosofie en de theoretische onderbouwing van DGT in haar geheel van essentieel belang. Ook is dit begrip belangrijk, omdat het de attitude van de therapeuten bepaalt, zowel ten opzichte van de behandeling als ten opzichte van de cliënt. Deze attitude is op haar beurt een belangrijk onderdeel van de relatie van de therapeut met de cliënt. De therapeutische relatie is voor een doeltreffende behandeling het allerbelangrijkst en kan met name van belang zijn bij suïcidale en ernstig ontregelde cliënten.

## Vooruitblik

Dit handboek is in twee hoofddelen onderverdeeld. Deel I (hoofdstuk 1-5) biedt een oriëntatie op DGT en met name op de vaardigheidstraining die daar onderdeel van is. Deel II (hoofdstuk 6-10) geeft gedetailleerde instructies over het aanbieden van de specifieke vaardigheden. Voor elke vaardigheidsmodule zijn er leerwijzers en huiswerkbladen voor de cliënt. Deze zijn zowel in boekvorm als via de website <http://www.pearsonacademy.nl/de-dgt-vaardigheden> beschikbaar. Ze kunnen gemakkelijk geprint worden en naar behoeven aangepast aan de specifieke situatie.

In het vervolg van dit hoofdstuk beschrijf ik het dialectische wereldbeeld dat ten grondslag ligt aan de behandeling, en ook aannames die daar intrinsiek mee zijn verbonden. Daarna volgt een beschrijving van het biosociale model van ernstige emotiedisregulatie (inclusief borderline-persoonlijkeitsstoornissen); zowel de ontwikkeling van het model als de manier waarop varianten van het model van toepassing zijn op problemen met de emotieregulatie in het algemeen. Zoals hierboven al is opgemerkt, zijn de DGT-vaardigheden zoals die in dit handboek staan, specifiek ontworpen als aanpak van emotionele disregulatie met de bijbehorende maladaptieve gevolgen. Hoofdstuk 1 sluit af met een kort overzicht van het wetenschappelijk onderzoek naar standaardvormen van DGT (individuele psychotherapie, telefonische coaching, consultatieteams, vaardigheidstraining) en naar DGT-vaardigheidstraining zonder de individuele-therapiecomponent. In hoofdstuk 2-5 bespreek ik de praktische aspecten van vaardigheidstrainingen en geef ik ideeën voor vaardigheidscurricula bij verschillende cliëntengroepen en settings (hoofdstuk 2); de opzet van een sessieformat en het starten van een vaardigheidstraining (hoofdstuk 3); de behandeldoelen en werkwijzen bij DGT-vaardigheidstrainingen (hoofdstuk 4); en de inzet van andere DGT-strategieën en -werkwijzen bij gedragsvaardigheidstrainingen (hoofdstuk 5). Gezamenlijk vormen deze vijf hoofdstukken de basis voor beslissingen rond het geven van vaardigheidstrainingen in een instelling of praktijk. De bijlagen bij deel I bevatten elf verschillende curricula voor vaardigheidstrainingen.

In deel II, hoofdstuk 6, begint de formele vaardigheidstrainingcomponent van DGT. Dit hoofdstuk behandelt hoe u de cliënt kunt voorbereiden op een DGT-vaardigheidstraining en u zich kunt oriënteren op de doelstellingen daarvan. Daarna volgen richtlijnen over het aanbieden van specifieke vaardigheden, die in vier vaardigheidsmodules zijn gegroepeerd: in hoofdstuk 7 Mindfulnessvaardigheden (voorheen: Kernvaardigheden van mindfulness), Intermenselijke-effectiviteitsvaardigheden (hoofdstuk 8), Emotieregulatievaardigheden (hoofdstuk 9) en in hoofdstuk 10 Frustratietolerantievaardigheden (voorheen: vaardigheden voor het verdragen van crises).

Bij elke vaardigheid zijn er leerwijzers voor de cliënt met instructies voor het oefenen met de vaardigheid. Bij elke leerwijzer hoort minimaal één (meestal

meer dan één) huiswerkblad waarop de cliënt kan bijhouden hoe hij geoefend heeft. Nogmaals: al deze leerwijzers en huiswerkbladen zijn zowel digitaal als in boekvorm beschikbaar. De leerwijzers en de bijbehorende huiswerkbladen worden kort beschreven in kaders aan het begin van elke sectie van de trainersinstructies (hoofdstuk 6-10) bij de betreffende vaardigheidsmodule.

Op dit punt wil ik aangeven dat in onze klinisch-wetenschappelijke onderzoeken alle vaardigheidstrainingen in groepsvorm zijn aangeboden, al geven we ook individuele vaardigheidstrainingen in mijn instelling. In veel behandelrichtlijnen in dit handboek wordt ervan uitgegaan dat de vaardigheidstraining in groepen wordt gegeven. Die keuze is vooral gemaakt omdat het gemakkelijker is technieken voor groepsvaardigheidstrainingen aan te passen voor een individuele cliënt dan andersom. (In het volgende hoofdstuk wordt nader ingegaan op het onderwerp groeps- versus individuele vaardigheidstraining.)

Dit handboek bouwt voort op mijn uitvoerigere handleiding over DGT genaamd *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*<sup>3</sup> (in het Nederlands verschenen onder de titel *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*, 2002). Hoewel DGT-vaardigheden ook bij andere stoornissen dan de borderline-persoonlijkeitsstoornis effectief zijn, blijven de onderliggende principes van de behandeling belangrijk. Deze worden in dit boek in hun geheel besproken. Aangezien ik in deze uitgave vaak naar dat boek verwijs, zal ik het vanaf hier kortweg *Dialectische gedragstherapie* noemen. De wetenschappelijke onderbouwing en referenties voor veel van mijn stellingen en stellingnames zijn in hoofdstuk 1-3 van die uitgave volledig opgenomen. Om die reden bespreek of citeer ik ze hier niet opnieuw.

## Wereldbeeld en basisveronderstellingen van de dialectiek

Zoals de naam al suggereert, is DGT gebaseerd op een dialectisch wereldbeeld. Het woord 'dialectiek', heeft in de gedragstherapie twee betekenissen: (1) de fundamentele aard van de werkelijkheid en (2) de overredende dialoog en relatering tot de ander. In de eerste betekenis, dus als wereldbeeld of filosofisch

standpunt, vormt dialectiek de basis voor DGT. In de tweede betekenis, van dialoog en relatering tot de ander, staat het woord dialectiek voor de behandelingsbenadering of -strategieën die de therapeut gebruikt om veranderingen teweeg te brengen. Deze strategieën zijn in hoofdstuk 7 van *Dialectische gedragstherapie* uitgebreid beschreven en ze staan samengevat in hoofdstuk 5 van deze handleiding.

Een dialectische manier van kijken naar de aard van de werkelijkheid en menselijke gedragingen heeft altijd drie hoofdkenmerken. Ten eerste legt de dialectiek, analoog aan de dynamische visies op systemen, de nadruk op de fundamentele onderlinge verbanden ofwel de eenheid van de werkelijkheid. Dit betekent dat in een dialectische benadering het analyseren van afzonderlijke delen slechts van beperkte waarde is, tenzij de afzonderlijke delen duidelijk als onderdeel van het geheel worden geanalyseerd. Dialectiek richt dus onze aandacht zowel op de afzonderlijke onderdelen van een systeem (een specifiek gedrag) als op de onderlinge samenhang van dat deel met andere onderdelen (zoals andere gedragsvormen, de omgevingscontext) en met grotere geheelen (zoals de cultuur, de staat van de wereld op dat moment). In de vaardigheidstraining moet de therapeut dan ook in de eerste plaats rekening houden met de onderlinge samenhang tussen ontoereikende vaardigheden. Het leren van nieuwe vaardigheden is zeer moeilijk als niet tegelijkertijd andere, ermee samenhangende vaardigheden worden aangeleerd – een taak die op zich zelfs nog moeilijker is. Een dialectische visie is bovendien verenigbaar met zowel omgevingsgerichte als feministische visies op psychopathologie. Het leren van psychosociale vaardigheden is vooral moeilijk wanneer de directe omgeving of de omringende cultuur van iemand dit proces niet ondersteunt. De cliënt moet dan ook niet alleen zelfregulatievaardigheden aanleren en vaardigheden om zijn omgeving te beïnvloeden, maar ook leren op welk moment deze te reguleren.

Ten tweede wordt de werkelijkheid niet beschouwd als statisch, maar als bestaand uit interne, elkaar tegenwerkende krachten (these en antithese). Uit de synthese hiervan ontstaat een aantal nieuwe, elkaar tegenwerkende krachten. Een uiterst belangrijk dialectisch uitgangspunt is dat alle beweringen hun eigen tegenstellingen bevatten. Zoals Goldberg het zegt: 'Ik neem aan dat de waarheid paradoxaal is, dat iedere wijze daad/uitspraak (*article of wisdom*)

zijn eigen tegenspraak bevat, dat *waarheden zij aan zij staan*' (p.295-296, laatste cursivering van Goldberg).<sup>4</sup>

Dialectiek is in die zin verenigbaar met de psychodynamische conflictmodellen van de psychopathologie. Dichotome en extreme vormen van denken, gedrag en emoties worden gezien als dialectisch falen. Het individu zit gevangen in tegenstrijdigheden en is niet in staat syntheses tot stand te brengen. Met betrekking tot de psychosociale vaardigheidstraining kan vooruitgang sterk bemoeilijkt worden door drie specifieke tegenstrijdigheden. De therapeut dient aan elk ervan aandacht te besteden en iedere cliënt te begeleiden in de richting van een werkbare synthese.

De eerste tegenstrijdigheid is de dialectiek tussen de noodzaak voor de cliënt om zichzelf te accepteren zoals hij op dat moment is, en de noodzaak voor hem om te veranderen. Deze dialectiek is de meest fundamentele spanning in elke psychotherapeutische behandeling. De therapeut moet hier zorgvuldig over onderhandelen om verandering teweeg te kunnen brengen.

De tweede is de spanning voor de cliënt tussen krijgen wat hij nodig heeft om competent te worden en verliezen waar hij behoefte aan heeft als hij competent wordt. Ik heb eens een cliënte gehad die tijdens de vaardigheidstraining elke week zei dat ze niets gedaan had aan de op gedragsverandering gerichte huiswerkopdrachten en bleef volhouden dat de behandeling niet werkte. Toen ik na zes maanden suggereerde dat het misschien niet de juiste behandeling voor haar was, meldde ze dat ze de nieuwe vaardigheden al die tijd geoefend had en dat ze *wel* hadden geholpen. Dat had ze me niet laten weten, omdat ze bang was dat ik haar vaardigheidstraining zou afronden als ze verbetering zou laten zien.

Een derde erg belangrijke tegenstrijdigheid heeft te maken met het vasthouden van de cliënt aan zijn persoonlijke integriteit en het valideren van zijn eigen zicht op zijn problemen, tegenover het leren van nieuwe vaardigheden die hem zullen helpen zijn lijden te boven te komen. Als de cliënt vooruitgang boekt door het leren van nieuwe vaardigheden, bevestigt hij zijn eigen opvatting dat het probleem altijd al was dat hij of zij te weinig vaardigheden had om zichzelf te helpen. Hij heeft niet geprobeerd mensen te manipuleren, zoals anderen hem hebben verweten. Hij is er niet op uit om anderen pijn te doen en het ontbreekt hem ook niet aan motivatie. Maar het leren

van nieuwe vaardigheden door de cliënt zou ook kunnen suggereren dat anderen ergens wel gelijk hebben. Het zou kunnen lijken te bevestigen dat zij altijd al gelijk hadden (en dat de cliënt het mis had), of dat de cliënt het probleem was, niet de omgeving. Dialectiek richt niet alleen de aandacht van de cliënt op deze tegenstellingen, maar geeft ook mogelijkheden om eraan te ontsnappen. (Deze uitwegen worden besproken in hoofdstuk 7 van *Dialectische gedragstherapie*.)

Het derde kenmerk van dialectiek is de veronderstelling die volgt uit de twee bovenstaande, namelijk dat de fundamentele aard van de werkelijkheid verandering en ontwikkeling is, in plaats van inhoud of structuur. De belangrijkste implicatie hiervan is dat zowel een mens als zijn omgeving voortdurend veranderen. Therapie richt zich dus niet op het in stand houden van een stabiele, evenwichtige omgeving, maar tracht eerder de cliënt te leren gedijen bij verandering. Een voorbeeld hiervan is dat we in een vaardigheidstrainingsgroep stimuleren dat mensen niet steeds op dezelfde plek gaan zitten binnen de groep. Bij vaardigheidstraining dienen therapeuten zich niet alleen bewust te zijn van hoe hun cliënten veranderen, maar ook van hoe zijzelf veranderen en hoe de wijze waarop zij de behandeling toepassen in de loop der tijd verandert.

### Biosociale theorie: hoe emotiedisregulatie ontstaat\*

Zoals reeds vermeld, is DGT oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen die extreem suïcidaal zijn, en in tweede instantie voor mensen die voldoen aan de criteria voor een borderline-persoonlijkheidsstoornis

(BPS). Voor een effectieve behandeling is echter een coherente theorie vereist. Daarom was mijn eerste opdracht om een theorie te ontwikkelen die me zowel de suïcidale daad zou doen begrijpen als BPS. Ik had drie criteria waaraan mijn theorie moest voldoen: hij moest (1) een richtlijn zijn voor de implementatie van een behandeling, (2) compassie opwekken en (3) aansluiten op de wetenschappelijke kennis. De grondstelling van de biosociale theorie die ik ontwikkeld heb, is dat de kern van zowel suïcide als BPS bestaat uit disregulatie van emoties. Suïcidaal gedrag is een reactie op ondraaglijk emotioneel lijden. BPS is een ernstige psychische stoornis die voortkomt uit een ernstige disregulatie van het affectieve systeem. Mensen met een BPS vertonen een karakteristiek patroon van instabiliteit in de affectregulatie, impulsbeheersing, intermenselijke relaties en het zelfbeeld.

Emotiedisregulatie blijkt ook samen te hangen met een groot aantal andere psychische stoornissen. Stoornissen in het gebruik van een middel, eetstoornissen en veel andere destructieve gedragspatronen fungeren vaak als een vlucht voor ondraaglijke emoties. Theoretici hebben wel voorgesteld de depressieve stoornis te conceptualiseren als een emotiedisregulatiestoornis, omdat hij deels is gebaseerd op een gebrek aan up-regulatie en instandhouding van positieve emoties.<sup>5</sup> Eveneens is uit literatuuronderzoek gebleken dat angststoornissen, schizofrenie en zelfs bipolaire-stemmingsstoornissen direct te relateren zijn aan emotiedisregulatie.<sup>6,7</sup>

### Het DGT-model over emoties

Voor een goed begrip van emotiedisregulatie moeten we eerst weten wat emoties in feite zijn. Maar wie ook maar het begin van een definitie van het construct 'emotie' wil voorstellen, krijgt te maken met een overdaad aan problemen. Zelfs onder wetenschappelijk onderzoekers op het gebied van emoties is er nauwelijks overeenstemming over één concrete definitie. Met dat gegeven in het achterhoofd zullen we toch, als we een cliënt iets willen leren over emoties en emotieregulatie, op zijn minst een poging tot een beschrijving van emoties moeten doen, zo niet een exacte definitie. DGT in het algemeen, en DGT-vaardigheidstraining in het bijzonder, is gebaseerd op de opvatting dat emoties korte, onvrijwillige, full-systemische, patroonmatige reacties zijn op interne en externe prikkels.<sup>8</sup> Zowel binnen DGT als binnen

\* De ideeën over de biosociale theorie in het algemeen (en het DGT-model over emoties in het bijzonder), die in deze paragraaf worden besproken, zijn niet alleen afkomstig uit *Dialectische gedragstherapie*, maar ook gebaseerd op de volgende bronnen: Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 491–507). New York: Guilford Press; and Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. Neacsiu en collegae bespreken emotiedisregulatie als de kern van borderline-persoonlijkheidsstoornissen en psychische stoornissen; Crowell en collegae bieden een uitwerking en uitbreiding van mijn oorspronkelijke biosociale theorie.

andere kaders wordt benadrukt dat de adaptieve waarde van emoties in de evolutie voor het begrip van emoties belangrijk is.<sup>9</sup> Hoewel een emotionele reactie een systemische reactie is, kan hij worden opgevat als bestaande uit de volgende, met elkaar in wisselwerking staande, subsystemen: (1) een emotionele kwetsbaarheid voor 'cues' (bepaalde aanleidingen); (2) interne en/of externe gebeurtenissen die, als er aandacht aan besteed wordt, als emotionele 'cues' fungeren (bijv. een gebeurtenis die een trigger vormt); (3) waardehechting aan en interpretatie van de cues; (4) reactietendensen, waaronder neurochemische en fysiologische reacties, experiëntiële reacties en handelingsdrangen; (5) non-verbale en verbale expressieve reacties en handelingen en (6) na-effecten van het initiële ontstaan van emoties inclusief secundaire emoties. De patroonmatige handelingen bij emotionele reacties kunnen beter als inherent onderdeel van de emotionele reactie worden beschouwd dan als een gevolg van de emoties. Doordat DGT al deze elementen in één interactieel systeem combineert, wordt duidelijk dat wanneer enig onderdeel van het emotionele systeem wordt aangepast, waarschijnlijk het hele systeem anders gaat functioneren. Kortom: als iemand zijn eigen emoties wil veranderen, inclusief de bijbehorende emotionele handelingen, dan kan dat al door verandering aan te brengen in één van de onderdelen van het systeem.

### *Emotiedisregulatie*

Emotiedisregulatie is het onvermogen om, zelfs met de grootste inspanning, emotionele cues, ervaringen, handelingsneigingen, verbale reacties en/of non-verbale uitingen onder normatieve omstandigheden te veranderen of reguleren. Van pervasieve emotiedisregulatie spreken we als het onvermogen om emoties te reguleren optreedt in een breed spectrum van emoties, aanpassingsproblemen en situationele contexten. Pervasieve emotiedisregulatie is het gevolg als iemand heel vatbaar is voor hoge emotionaaliteit en tegelijk niet in staat is om intense emotiegerelateerde reacties te reguleren. Kenmerken van emotiedisregulatie zijn een overmaat aan pijnlijke emotionele ervaringen, het onvermogen intense overprikkeling te reguleren, problemen die de aandacht weg leiden van emotionele cues, cognitieve vervormingen en fouten bij het verwerken van informatie, onvoldoende controle over impulsieve gedragingen naar aanleiding van sterke

positieve of negatieve affecten, problemen met het organiseren en coördineren van activiteiten gericht op het bereiken van niet-stemmingsafhankelijke doelstellingen ten tijde van emotionele prikkeling, en de neiging om te 'bevriezen' of te dissociëren bij grote stress. Het beeld kan ook dat van overmatige beheersing en onderdrukking van emoties zijn, met als gevolg een pervasief negatief affect, verminderd positief affect, onvermogen om emoties te up-reguleren en problemen met affectieve communicatie. Systemische disregulatie ontstaat door emotionele kwetsbaarheid en maladaptieve en inadequate emotiemodulatiestrategieën. Emotionele kwetsbaarheid is gedefinieerd door de volgende kenmerken: (1) sterk verhoogde negatief affect als basisniveau, (2) een gevoeligheid voor emotionele stimuli, (3) erg sterke reacties op emotionele stimuli, en (4) een trage terugkeer naar het emotionele basisniveau bij emotionele prikkeling.

### *Emotieregulatie*

Emotieregulatie daarentegen is het vermogen om (1) ongepast gedrag te onderdrukken dat met sterke negatieve of positieve emoties samenhangt, (2) weloverwogen gedrag aan te wenden ten behoeve van een extern doel (dat wil zeggen, zich zo nodig kunnen gedragen op een manier die niet-stemmingsafhankelijk is), (3) elke fysiologische prikkeling die de sterke emotie heeft opgeroepen voor zichzelf te verlichten, en (4) de aandacht op iets anders te richten als een sterke emotie aanwezig is. Emotieregulatie kan een automatische zijn of bewust aangestuurd gedrag. Bij DGT is het doel in eerste instantie om de bewuste aansturing te doen groeien, en in tweede instantie om voldoende oefening te krijgen om vaardigheden te doen inslijten, zodat ze uiteindelijk automatische worden.

### **Biologische kwetsbaarheid (het 'bio' van de biosociale theorie)<sup>10\*</sup>**

De neiging tot negatief affect, hoge gevoeligheid voor emotionele cues en impulsiviteit zijn alledrie biologische precursoren voor emotiedisregulatie. De biologische invloeden zijn erfelijkheid, intra-uteriene

\* Deze paragraaf is in aangepaste vorm overgenomen uit Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. © 2009 American Psychological Association. Aangepast met toestemming. APA is niet verantwoordelijk voor de juistheid van deze vertaling.

factoren, fysieke insulten die de hersenen aantasten in de kindertijd of volwassenheid, en de effecten van vroege leerervaringen op zowel hersenontwikkeling als hersenfunctie. Een disfunctie in enig onderdeel van het extreem complexe menselijke emotiereguleringsysteem kan de biologische basis vormen voor een initiële emotionele kwetsbaarheid en de daarop volgende problemen met emotiemodulatie. De biologische aanleg kan dus per persoon verschillen.

Hier zijn twee dimensies van het temperament van de pasgeborene van speciaal belang: actieve beheersing en negatief affect. Actieve beheersing speelt een rol bij zowel de emotionele als de gedragsregulatie, en is een overkoepelende term voor een aantal vormen van zelfregulerend gedrag (waaronder remming (inhibitie) van dominante reacties om plaats te maken voor minder dominante reacties, plannen, en signaleren van fouten in het eigen gedrag). Kinderen met een verhoogd risico op pervasieve emotiedisregulatie en gedragsontregeling hebben vaak een lage actieve beheersing en een hoog negatief affect. Kenmerken daarvan zijn ontevredenheid, frustratie, verlegenheid, verdriet en ontroostbaar zijn.

### **De zorgzame omgeving (het 'sociale' van de biosociale theorie)**

De bijdrage van de sociale omgeving, met name het gezin, zijn (1) een tendens naar invalideren van emoties en een onvermogen om in deze voorbeeldfunctie passende uitingen van emoties te geven, (2) een interactiestijl die emotionele overprikkeling bekrachtigt en (3) een slechte match tussen het temperament van het kind en de ouderschapstijl van de verzorger. Dit laatste punt wordt hier met nadruk genoemd, omdat het de transacties van biologie  $x$  omgeving belicht, die het gedrag van zowel kind als verzorger vormen. Theoretisch kan een kind met een lage biologische kwetsbaarheid een verhoogd risico hebben op een BPS en/of ernstige emotiedisregulatie als er een extreme discrepantie is tussen de eigenschappen van het kind en de verzorger, of als de mogelijkheden van het gezin extreem beperkt zijn (bijv. door alcoholisme bij een gezinslid of kanker bij een broer of zus). Dergelijke situaties kunnen invalidering bestendigen, doordat de behoeften van het kind vaak te groot zijn voor wat de omgeving kan bieden.

Het tegenovergestelde is ook heel denkbaar. Een biologisch kwetsbaar kind kan veerkrachtig zijn in

een omgeving waarin het goed past en waar veel steun van het gezin beschikbaar is. Deze differentiële resultaten brachten mij ertoe drie primaire gezinsoorten te definiëren die het risico op een BPS vergroten: het gedesorganiseerde gezin (bijv. met pervasieve verwaarlozing of mishandeling), het perfecte gezin (bijv. waar het uiten van negatieve emoties taboe is) en het normale gezin (dat vooral gekenmerkt wordt door een *poorness of fit*; het niet op elkaar aansluiten). Belangrijk is dat de eigenschappen van de verzorger niet per se altijd al aanwezig zijn geweest of onveranderbaar zijn. De verzorger is zelf ook een product van complexe biologische, sociale en psychologische wisselwerkingen, onder andere met het kind dat onbewust bepaalde dingen oproept in de ouderschapstijl.

### *De rol van de invaliderende omgeving*

De rol van invalidering bij het ontstaan van emotiedisregulatie is eigenlijk heel logisch als je bedenkt dat een primaire functie van emoties bij mensen (en andere zoogdieren) snelle communicatie is. De boodschap is bij invalidering van emoties dat de communicatie niet ontvangen wordt. Als de boodschap belangrijk is, zal de uitzender ervan begrijpelijkerwijs zijn signaal versterken door de emotie te versterken. Als de ontvanger de informatie niet 'snapt' of niet gelooft, zal hij of zij er begrijpelijkerwijs sterker op aansturen dat de communicatie stopt, meestal door middel van invalidering. En zo is de cirkel rond en blijven beide partijen hun reactie versterken totdat een van de twee het opgeeft. Meestal is het de ontvanger die uiteindelijk toch maar luistert of zelfs de eisen van de zeer emotionele zender inwilligt. Hiermee is de versterking beloofd en bekrachtigd. Als dit regelmatig voorkomt, wordt het patroon van escalatie van emoties ingesleten.

Zo'n omgeving is vooral beschadigend voor een kind dat zijn leven al begint met een grote emotionele kwetsbaarheid. Het emotioneel kwetsbare en reactieve kind roept namelijk invalidatie op van een omgeving die anders ondersteunend had kunnen zijn. Een bepalend kenmerk van een invaliderende omgeving is de neiging onjuist en inadequaat te reageren op persoonlijke beleving (overtuigingen, gedachten, gevoelens, sensaties), en in het bijzonder ongevoelig te zijn voor die ervaringen die niet openlijk gemanifesteerd worden. Ook is een invaliderende omgeving geneigd tot extreme reacties (over- of onderreageren)

op persoonlijke beleving die zich wel openlijk manifesteren. Vooral de fenomenologische, fysiologische en cognitieve onderdelen van emoties zijn individueel bepaald en lokken in deze omgeving invalidatie uit. Om de invloed van een invaliderende omgeving op emotioneel ontregeld gedrag duidelijk te maken vergelijken we ze met een omgeving die adaptievere emotieregulerende vaardigheden aanmoedigt.

In een goed functionerend gezin krijgt het kind geregeld een openlijke bevestiging van zijn persoonlijke beleving. Als het kind bijvoorbeeld zegt dat het dorst heeft, geven de ouders hem wat te drinken (in plaats van te zeggen: 'Nee, je hebt geen dorst. Je hebt net wat te drinken gehad'). Als het kind huilt, troosten de ouders het of proberen uit te vinden wat er mis is (in plaats van te zeggen: 'Hou op, huilebalk'). Als een kind boosheid of frustratie uit, nemen andere gezinsleden dit serieus (in plaats van het af te doen als onbelangrijk). Als het kind zegt: 'Ik deed mijn best', bevestigt de ouder dat (in plaats van te zeggen: 'Nee, dat deed je niet'). Enzovoort. In een goed functionerend gezin wordt rekening gehouden met de voorkeuren van het kind (de kleur van de eigen kamer, activiteiten of kleding); er wordt geïnformeerd naar de overtuigingen en gedachten van het kind en daar wordt serieus op gereageerd; en de emoties van het kind worden gezien als een belangrijke informatiebron. Geslaagde communicatie over persoonlijke beleving wordt in zo'n gezin gevolgd door veranderingen in het gedrag van de andere gezinsleden. Die veranderingen verhogen de kans dat aan de noden van het kind tegemoetgekomen wordt en verlagen de kans op negatieve gevolgen. Perceptieve en niet-aversieve reacties van ouders leiden ertoe dat hun kinderen beter leren hun eigen emoties te onderkennen en die te onderscheiden van die van anderen.

Daarentegen is een invaliderend gezin problematisch, omdat de gezinsleden niet-invoelend reageren op uitingen van voorkeuren, gedachten en emoties – namelijk door niet of juist extreem te reageren. Hierdoor wordt het verschil nog groter tussen de persoonlijke beleving van een emotioneel kwetsbaar kind en de beleving die in feite door de sociale omgeving gesteund wordt en waarop gereageerd wordt. Een voortdurende kloof tussen de persoonlijke beleving van het kind en de beleving die de omgeving aan het kind toedicht, levert een leeromgeving op die een voedingsbodem is voor veel gedragsproblemen met emotiedisregulatie.

De invaliderende omgeving slaagt er dus al bij het jonge kind niet in optimaal te reageren. Meer algemeen legt zij de nadruk op het onderdrukken van emotionele expressie, met name de negatieve gevoelsuitingen. Pijnlijke ervaringen worden gebagatelliseerd en toegeschreven aan negatieve eigenschappen zoals een gebrek aan motivatie, gebrek aan discipline en het niet kunnen of willen aannemen van een positieve houding. Sterke positieve emoties en daarmee samenhangende voorkeuren kunnen toegeschreven worden aan andere negatieve eigenschappen, zoals een gebrekkig oordeels- en reflectievermogen of impulsiviteit. Andere kenmerken van de invaliderende omgeving zijn beperking van de dingen die een kind mag vragen van de omgeving, discriminatie van het kind op basis van het geslacht of andere arbitraire kenmerken en het gebruik van straf (van kritiek tot fysiek en seksueel misbruik) om het gedrag te corrigeren.

De invaliderende omgeving werkt emotiedisregulatie in de hand doordat het kind niet leert emotionele overprikkeling te benoemen en te moduleren, om te gaan met crises of op de eigen emotionele reacties te vertrouwen als valide interpretaties van gebeurtenissen. Ook leert het kind de eigen beleving zelf te invalideren, doordat het steeds de omgeving moet aftasten naar aanwijzingen hoe zich te gedragen en wat te voelen. Door oplossingen voor problemen in het leven te eenvoudig af te schilderen, leert het kind in deze omgeving niet hoe het realistische doelen kan stellen. Bovendien creëert dit gezin een emotie-expressiestijl die schommelt tussen extreme geremdheid en extreme ontremming, door de uiting van negatieve emoties te bestraffen maar deze, onvoorspelbaar en inconsequent, juist wel te bekrachtigen als het kind de zaak laat escaleren. De gebruikelijke reactie van het gezin op emoties schakelt dus de normale communicatiefunctie van emoties uit.

Emotionele invalidatie, vooral van negatieve emoties, is een interactiestijl die karakteristiek is voor samenlevingen waarin individualisme – inclusief individuele zelfsturing en individuele prestaties – hoog worden gewaardeerd. Het is dus uitermate kenmerkend voor de westerse cultuur als geheel. Een zekere mate van invalidatie is natuurlijk noodzakelijk bij het opvoeden van een kind en het aanbieden van zelfbeheersing. Niet op alle emotionele boodschappen, voorkeuren of overtuigingen kan positief gereageerd worden. Een kind dat zeer emotioneel is en dat

moeilijkheden heeft met de controle over het eigen emotionele gedrag zal bij de omgeving (vooral bij ouders, maar ook bij vrienden en leerkrachten) een sterke neiging veroorzaken om de emotionaliteit van buitenaf te gaan bijsturen. Invalidatie kan behoorlijk effectief zijn bij het tijdelijk onderdrukken van emotionele uitingen. Een invaliderende omgeving heeft echter op ieder kind een andere uitwerking. De strategieën voor emotiebeheersing in invaliderende gezinnen hebben soms weinig negatieve impact op kinderen die fysiologisch gezien voldoende toegerust zijn om hun emoties te reguleren of kunnen zelfs nuttig zijn voor sommige van deze kinderen. Maar het wordt verondersteld dat dergelijke strategieën een verwoestend effect hebben op emotioneel kwetsbare kinderen.

Deze transactionele visie op het ontstaan van pervasieve emotiedisregulatie mag niet gebruikt worden om de rol van trauma te bagatelliseren in de ontstaansgeschiedenis van BPS en van emotiedisregulatie. Onderzoekers hebben geschat dat 60 tot 75 procent van de mensen met BPS in de kindertijd getraumatiseerd is,<sup>11,12</sup> en bij velen duurt de traumatisering voort in de volwassenheid.<sup>13,14</sup> In een onderzoek bleek dat 90 procent van de patiënten die opgenomen waren met BPS op zijn minst enige mate van verbaal, emotioneel, lichamelijk en/of seksueel misbruik in de volwassenheid rapporteerde en dat dit percentage significant hoger lag dan dat van de vergelijkingsgroep met as-II-stoornissen anders dan BPS.<sup>14</sup> Het is echter niet duidelijk of het misbruik op zichzelf de ontwikkeling van borderlinepatronen en hoge emotiedisregulatie bevordert of dat het misbruik en de ontwikkeling van de stoornis beide voortkomen uit de bestaande disfunctie van en invalidatie in het gezin. Het ontstaan van slachtofferschap en van emotieregulatieproblemen zou, met andere woorden, voort kunnen komen uit dezelfde combinatie van ontwikkelingsomstandigheden.

### **Het ontstaan van emotiedisregulatie: samenvatting**

Zowel emotiedisregulatie in zijn algemeenheid als de disregulatie die bij BPS wordt gezien zijn het gevolg van biologische aanleg, omgevingscontext en de wisselwerking tussen die twee tijdens de ontwikkeling. Het biosociale ontwikkelingsmodel gaat uit van het volgende: (1) de ontwikkeling van extreme emotio-

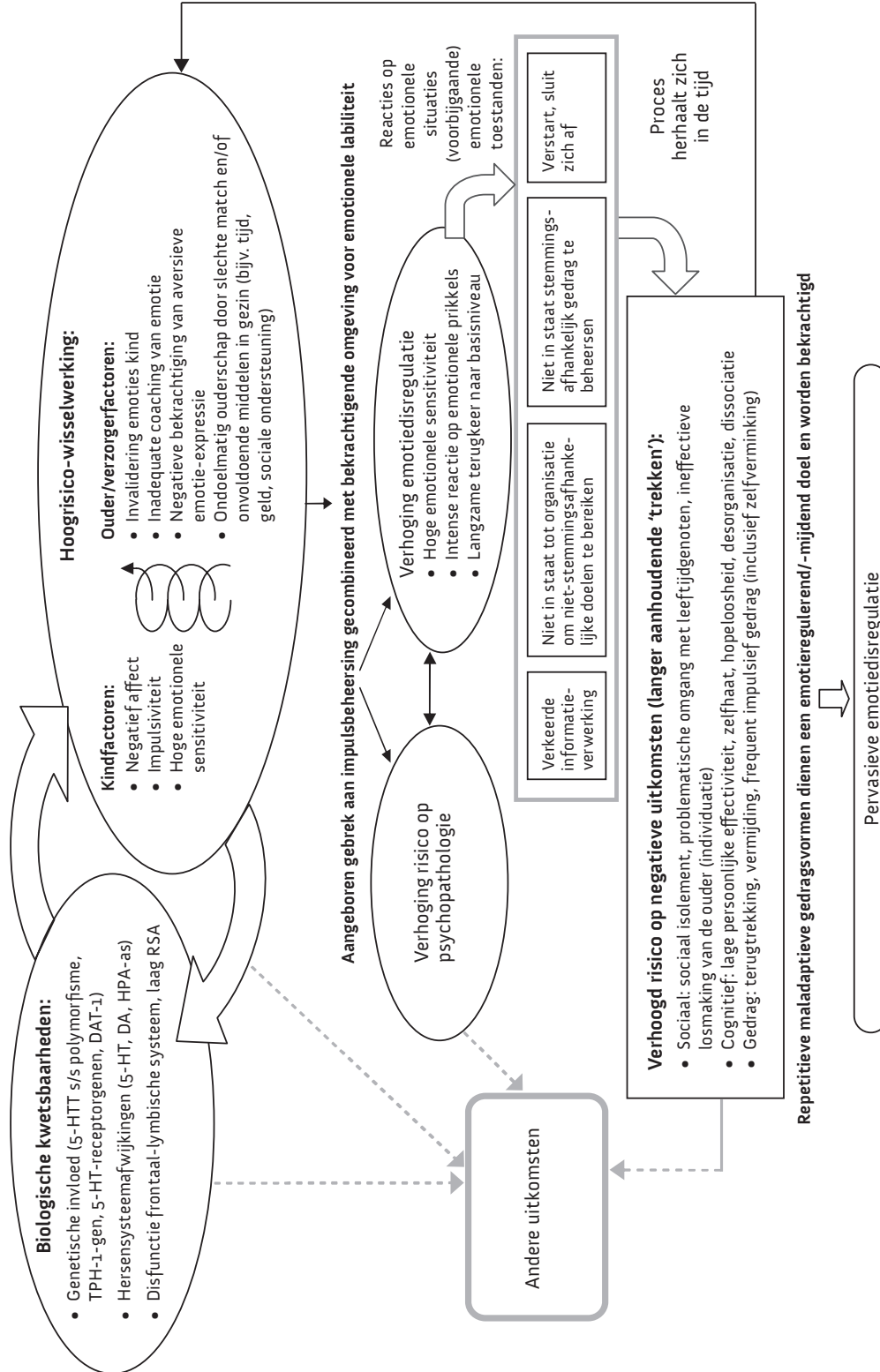
nele labiliteit is gebaseerd op eigenschappen van het kind (bijv. baseline emotionele sensitiviteit, impulsiviteit) in wisselwerking met een sociale context die de labiliteit vormt en in stand houdt; (2) door een wederkerige bekrachtigende wisselwerking tussen biologische kwetsbaarheden enerzijds en omgevingsrisicofactoren anderzijds, nemen de emotiedisregulatie en het gedragsbeheersingstekort toe, hetgeen bijdraagt tot negatieve cognitieve en sociale uitkomsten; (3) in de loop van de tijd ontwikkelt zich een constellatie van herkenbare persoonlijkheidskenmerken en maladaptieve copingstrategieën; en (4) deze karaktertrekken en gedragsvormen kunnen het risico op pervasieve emotiedisregulatie tijdens de hele ontwikkeling verhogen vanwege hun uitlokkende effect op de intermenselijke relaties en het sociaal functioneren en vanwege een ontregeling van de gezonde emotionele ontwikkeling. Dit model is in figuur 1.1 visueel gemaakt.

### **De consequenties van emotiedisregulatie**

Volgens Maccoby (1980) is de inhibitie van handelen de basis voor de organisatie van alle gedrag.<sup>15</sup> De ontwikkeling van een repertoire van zelfregulatie (zoals bij actieve beheersing, hierboven beschreven), vooral van het vermogen om affecten te verminderen en te beheersen, is een van de belangrijkste aspecten van de ontwikkeling bij een kind. Het vermogen om de beleving en expressie van emoties te reguleren is van essentieel belang, omdat het ontbreken ervan leidt tot gedragsontregeling, met name van doelgericht en ander prosociaal gedrag. Door sterke emoties wordt gedrag anders georganiseerd of anders gericht en wordt het individu aangezet tot handelingen die een niet of minder emotioneel gestuurd gedragsrepertoire in de weg staan.

De gedragskenmerken van mensen die aan de criteria voldoen van een of meer van een groot aantal emotionele stoornissen, kunnen gezien worden als de effecten van emotiedisregulatie en maladaptieve emotieregulatiestrategieën. Impulsief gedrag en vooral zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag, is op te vatten als maladaptieve maar zeer effectieve emotieregulatiestrategieën. Overdosering leidt bijvoorbeeld gewoonlijk tot lange slaaperioden die op hun beurt de ontvankelijkheid voor emotiedisregulatie vermin-





**Figuur 1.1** Schematische voorstelling van het biosociale ontwikkelingsmodel van BPS. 5-HT, serotonine; 5-HTT, serotonintransporter; TPH-1, tryptofaanhydroxylase 1; DA, dopamine; DAT-1, dopaminetransporter 1; HPA, hypothalamus-hypofyse-adrenocorticale, RSA, respiratoire sinusaritmie. Aangepast overgenomen uit Crowell, S. E., Beau-chaine, T. P., & Lenzenweger, M. F. (2008). *The development of borderline personality and self-injurious behavior*. In T. P. Beau-chaine & S. Hinshaw (Eds.), *Child psychopathology* (p. 528). Hoboken, NJ: Wiley. Copyright 2008 by John Wiley & Sons, Inc. Met toestemming aangepast.

deren. En hoewel niet duidelijk is wat het mechanisme is waardoor zelfbeschadiging zijn affectregulerende werking heeft, komt het heel vaak voor dat mensen aangeven na dergelijke daden een sterke vermindering te ervaren van angst en andere intense, negatieve emotionele toestanden. Suïcidaal gedrag is bovendien een effectieve methode om de omgeving te mobiliseren tot hulpgedrag, hetgeen situaties die emotionele pijn veroorzaken kan veranderen of elimineren. Suïcidaal gedrag is bijvoorbeeld meestal de effectiefste manier voor iemand die niet psychotisch is, om opgenomen te worden op een psychiatrische afdeling. Suïcidale ideeën, plannen en je voorstellen te sterven door suïcide kunnen, indien vergezeld van de opvatting dat de pijn zal stoppen door de dood, een intense opluchting teweegbrengen. Tot slot kan het plannen van suïcide, zich suïcide voorstellen of het uitvoeren van een zelfbeschadigende handeling (en de nasleep daarvan als het bekend wordt) pijnlijke emoties verminderen doordat het een onvermijdelijke afleiding van die emoties vormt.

Het onvermogen om emotionele overprikkeling te reguleren, belemmert ook de ontwikkeling en instandhouding van het identiteitsgevoel. Grotendeels wordt het identiteitsgevoel gevormd door observatie van zichzelf en van reacties van anderen op het eigen handelen. Emotionele consistentie en voorspelbaarheid, in de tijd en in gelijksoortige situaties, zijn voorwaarden voor de identiteitsontwikkeling. Onvoorspelbare emotionele labiliteit leidt tot onvoorspelbaar gedrag en cognitieve inconsistentie, en belemmert daardoor de ontwikkeling van de identiteit. Ook de neiging van ontregelde mensen om te proberen emotionele reacties te onderdrukken, kan bijdragen aan het ontbreken van een sterk identiteitsbesef. Verder ervaren zij de verdoofdheid die gezien wordt bij inhibitie van affect vaak als leegte, en ook die draagt bij tot een inadequaet en op sommige momenten zelfs volledig afwezig identiteitsgevoel. Op dezelfde manier valt te verwachten dat iemand een overafhankelijkheid van anderen ontwikkelt, als diens inschatting van gebeurtenissen nooit 'correct' of in elk geval niet voorspelbaar 'correct' is – wat het geval is in een invaliderende omgeving.

Effectieve intermenselijke relaties hangen zowel af van een stabiel identiteitsgevoel als van het vermogen tot spontane expressie van emoties. Een succesvolle relatie vereist ook dat iemand emoties op functionele

wijze (zelf) kan reguleren en bepaalde emotioneel pijnlijke stimuli kan verdragen. Zonder die vaardigheden ontwikkelen mensen begrijpelijkerwijs chaotische relaties. Als emotiedisregulatie pervasief of ernstig is, belemmert het een stabiel identiteitsgevoel en normale expressie van emoties. Door problemen met de beheersing van impulsief gedrag en door de uiting van extreme negatieve emoties, ontstaat op veel manieren schade in relaties; vooral de problemen met boosheid en de uiting daarvan maken het onderhouden van stabiele relaties onmogelijk.

### **De verhouding tussen emotiedisregulatie en DGT-vaardigheidstraining**

Zoals eerder in dit hoofdstuk opgemerkt zijn veel psychische stoornissen te conceptualiseren als stoornissen van de emotieregulatie, met tekorten in zowel de up- als de downregulatie. Wie inziet dat emoties zowel handelingen/acties behelzen als handelingsneigingen, begrijpt ook dat er een verband is tussen emotiedisregulatie en veel stoornissen die gedefinieerd zijn als een gebrek aan gedragsbeheersing (bijv. stoornissen in het gebruik van een middel). DGT-vaardigheden zijn direct gericht op dit soort disfunctionele patronen.

Ten eerste is disregulatie van het identiteitsgevoel een veelvoorkomend gegeven bij mensen met ernstige emotionele disregulatie. Zowel bij depressiviteit als bij BPS is het bijvoorbeeld niet ongebruikelijk dat iemand meldt dat hij helemaal geen besef van een zelf heeft, zich leeg voelt, en niet weet wie hij zelf is. Het gevoel afgesneden te zijn van de anderen, minachting ervaren voor zichzelf en gevoelens van waardeloosheid of niet belangrijk zijn, komen ook vaak voor. Daar komt bij dat mensen met ernstige emotiedisregulatie de werkelijkheid vaak door de bril van hun emoties zien in plaats van de realiteit zoals ze is. Vaak volgen daaruit veroordelende reacties en valse conclusies, aannames en opvattingen. Om deze disregulatie van het identiteitsgevoel aan te pakken is de eerste module van de DGT-vaardigheidstraining (hoofdstuk 7) gericht op een kernset van mindfulnessvaardigheden: vaardigheden die te maken hebben met het vermogen zichzelf en de gebeurtenissen om zich heen bewust te ervaren, het observeren met nieuwsgierigheid en zonder oordeel, het zien en omschrijven van de wer-