



TOONAANGEVEND IN
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

FAMILIEBROCHURE

CADANS



V.U. Katlyn Colman
Maatschappelijk zetel
Caritasstraat 76 – 9090 Merelbeke-Melle
BTW BE 0861.314.369 – RPR Gent, afdeling Gent
info@karus.be – www.karus.be
09 210 69 69

VOORWOORD

Beste familieleden en/of belangrijke naasten voor de zorgvrager (patiënt).

Deze brochure is er om familieleden en andere naasten een duidelijker beeld te geven over de visie en werking van het zorgprogramma voor emotieregulatieproblematiek, Cadans.

We staan ook stil bij de problematiek, wat is het, wat is het niet.

Het verloop van de opname wordt, in grote lijnen, in beeld gebracht en we lichten enkele van onze pijlers van de behandeling (de Dialectische Gedragstherapie) toe.

Er wordt informatie gegeven over onze familiewerking.

Er wordt stilgestaan bij de vormen van behandeling/ nabehandeling.

Ten laatste zijn er nog enkele tips en enkele interessante titels van boeken die wij je wensen mee te geven.

Het team van Cadans

CADANS, HET ZORGPROGRAMMA VOOR EMOTIEREGULATIEPROBLEMATIEK

Cadans is een programma voor mensen met een emotieregulatieproblematiek of ook wel borderlineproblematiek genoemd. De emotieregulatieproblematiek wordt beschouwd als een ontregeling van het emotioneel systeem. Het is een behandelprogramma in groep voor adolescenten, jongvolwassenen en volwassenen.

Dit zowel residentieel als ambulant.

De therapie is een cognitieve gedragstherapie, de DGT.

Er wordt gewerkt naar

- meer stabiliteit en evenwicht, zowel op emotioneel als relationeel niveau.
- een beter zelfbeeld en het verminderen van destructieve gedragingen.

De familie of andere belangrijke derden kunnen, indien de zorgvrager dit wenst, betrokken worden bij de behandeling. Het multidisciplinaire team van verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, therapeuten, psychologen en een arts hanteren het DGT-kader en creëren een sfeer waarin de zorgvrager aangesterkt wordt in het nemen van eigen verantwoordelijkheden.

DE DSM-V CRITERIA VAN EEN BORDERLINE PERSOONLIJKHEIDSSTOORNIS

Niet elk symptoomgedrag is altijd op iedereen met BPS van toepassing.

1. De persoon probeert verwoed werkelijke of ingebeelde verlating te voorkomen.

Men heeft een grote behoefte aan intieme relaties, maar is er tegelijkertijd bang voor.

Men is extreem bang om in de steek gelaten te worden en stelt daarom mensen voortdurend op de proef. Zo testen ze als het ware uit of en wanneer iemand hen in de steek laat.

Op zich neutrale uitspraken of acties kunnen voor hen als persoonlijke afwijzing overkomen.

Alleen zijn vinden ze erg moeilijk en kan hen grote angsten geven. Op zo'n momenten kunnen ze iemands aandacht en liefde volledig opeisen.

Voor familie en naasten is dit uiteraard ook niet zo eenvoudig, omdat zij de gulden middenweg moeten zoeken tussen genoeg en correct in contact treden en de grens trekken wanneer ze er zelf onder te lijden krijgen.

2. De persoon vertoont een patroon van instabiele en intense persoonlijke relaties waarbij idealisatie en minachting elkaar afwisselen.

Dit wordt ook wel eens het aantrekken en afstoten van mensen genoemd.

Het ene moment is alles in orde en het andere moment lijkt diezelfde persoon niks goed meer te kunnen doen. De kleinste interpretatie, een oordeel of plots opstekende gedachte, kan genoeg zijn om de ondertoon van een relatie te doen omzwaaien.

Voor nuance is er weinig ruimte, zeker niet wanneer de persoon in kwestie zich in een emotionele geest bevindt.

3. De persoon heeft een identiteitsprobleem: een aanhoudend sterk instabiel zelfbeeld of een sterk negatieve eigenwaarde.

Mensen met BPS hebben meestal weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld (ook al laten ze het soms anders uitschijnen). Ze zijn buitengewoon gevoelig voor opmerkingen die ze als kritiek kunnen ervaren. Ze twijfelen zeer vaak over wat en hoe ze zaken zullen aanpakken en wat ze willen doen met hun leven.

4. De persoon is impulsief op minstens 2 terreinen die mogelijk zelfbeschadigend zijn.

Impulsiviteit = wanneer iemand van het ene op het andere moment een actie start of stopt vanuit een plotse emotie. Wanneer men een handeling of gedrag stelt zonder vooraf goed stil te staan bij de mogelijke gevolgen ervan.

Impulsief gedrag is dikwijls niet alleen schadelijk voor de persoon in kwestie, maar ook voor zijn/haar omgeving.

Impulsiviteit kan op verschillende gebieden: geld uitgeven, drugs, alcohol, seksuele contacten, gokken, roekeloos gaan rijden,...

Vaak geven impulsieve daden kicks, spanning, ... een intens gevoel, die iemand (even) van zijn/haar leeg gevoel kan afhelfen of even kan helpen om weg te vluchten van de realiteit en zijn/haar problemen.

5. De persoon vertoont regelmatig suïcidaal of automutilerend gedrag of dreigt hiermee.

Suïcidaal gedrag is wanneer iemand overweegt of er aan denkt uit het leven te stappen en eventueel daar naartoe handelt.

Automutilatie is wanneer iemand zichzelf met opzet verwondt. Dit gebeurt vaak om diverse redenen: dikwijls is het te kaderen als een destructieve vaardigheid die ervoor zorgt dat de psychische spanning (even) verminderd of verdwijnt. Automutilatie en suïcidaliteit roept bij naasten veel emoties op en wordt gezien als een ernstig en het meest levensbedreigend symptoom.

6. De persoon is affectief instabiel door wisselende stemmingen.

Iemand met BPS ervaart prikkels veel intenser dan 'de doorsnee' mens. Daardoor kunnen hun stemmingen ook zo plots wisselen. Stemmingen kunnen zeer snel omslaan en dit meermaals per dag.

7. De persoon heeft chronische gevoelens van leegte.

Men voelt zich leeg vanbinnen en straalt dat ook zo uit. Vaak heeft dit 2 mogelijke scenario's tot gevolg:

- Niet in beweging raken en lusteloos de dag(en) doorbrengen.
- Op zoek gaan naar prikkels om het lege gevoel aan te pakken. Prikkels kunnen zijn: middelenmisbruik, ruzie zoeken, roekeloos rijden,...

8. De persoon heeft intense woedeaanvallen of problemen om woede te beheersen.

Voorbeelden daarvan kunnen zijn: regelmatige driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijke vechtpartijen.

Iemand met BPS heeft soms last van intense woede en kan die kwaadheid dan moeilijk beheersen.

Dit valt voor op momenten dat het eigenlijk niet nodig is of op zodanige wijze dat de intensiteit van de woede niet in proportie lijkt met de aanleiding.

9. De persoon heeft door stress veroorzaakte paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve belevingen.

Het hebben van paranoïde gedachten wil zeggen dat de persoon met BPS achterdochtig is en de mensen uit zijn/haar omgeving niet vertrouwt.

Dissociatie wil zeggen dat iemand het idee heeft zichzelf niet te zijn, niet in het eigen lichaam te zitten of niet in de realiteit te staan.

De omgeving en zichzelf worden als vreemd en vaag ervaren.

Het komt voor dat personen met BPS stemmen horen of dingen zien die er niet zijn.

BEHANDELPROGRAMMA: DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE (DGT)

DGT is een vorm van cognitieve gedragstherapie. DGT is ontwikkeld door professor Linehan aan de Universiteit van Washington. De effectiviteit van DGT is in meer dan zes, onafhankelijk van elkaar uitgevoerde, wetenschappelijke onderzoeken aangetoond. Daarmee is zij de best onderzochte psychosociale behandeling voor BPS.

VOOR WIE?

DGT is ontwikkeld voor mensen met een emotieregulatieproblematiek, waarbij sprake is van emotionele ontregeling en van impulsief suïcidaal en/of zelfdestructief gedrag.

HOE WERKT DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE?

Op basis van onderzoek is geconstateerd dat patiënten het gevoel hebben dat hun mogelijkheid om hun gedrag te veranderen overschat wordt en dat de diepte van hun lijden juist onderschat wordt. DGT biedt strategieën om patiënten te helpen hun pijn te verdragen, terwijl zij werken aan het verkrijgen van een 'levenswaardig leven'.

KENMERKEN VAN DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE

Cognitieve gedragstherapie

Het doel van “cognitieve gedragstherapie” is om mensen te helpen bij het uitproberen van nieuwe manieren van denken, voelen, spreken, omgaan met en uitvoeren van dingen. Liever dan op het verleden in te zoemen, richt gedragstherapie zich op de huidige situatie. Het cognitieve luik probeert hen inzicht te geven in het ontstaan en in stand houden van denkpatronen, en probeert deze te veranderen. Gedragstherapie richt zich vooral op de overtuigingen en het gedrag van mensen in hun leven, niet op hun persoonlijkheidstrekken. DGT wil ineffectieve omgangsvormen vervangen door effectievere manieren om bepaalde doelen te bereiken. Het helpt om controle te verwerven over het leven.

Dialectiek

DGT is gebaseerd op de gedachte dat tegenstellingen kunnen samen bestaan en kunnen samenwerken. Dialectisch denken betekent erkennen dat beide gezichtspunten in elke situatie waardevol zijn. Dialectisch denken betekent voortdurend werken aan het in evenwicht houden van verandering en acceptatie. “Pak aan wat veranderbaar is, en accepteer wat onveranderbaar is.”

Dialectische gedragstherapie

DGT helpt om spanningen (crisis) te herkennen, te leren verdragen en escalatie te stoppen. Het helpt iemand zich te identificeren met zijn/haar sterkte en bouwt daarop voort zodat hij/zij zich beter kan voelen over zichzelf en zijn/haar leven. DGT helpt bij het identificeren van gedachten, overtuigingen en veronderstellingen die het leven harder maken: “Ik moet in alles perfect zijn.” “Als ik woedend word, ben ik een vreselijk persoon.”

Het helpt mensen te leren hoe ze op verschillende manieren kunnen denken om hun leven dragelijker maken: “Ik moet niet perfect zijn in van alles opdat mensen om mij zouden geven”, “Iedereen wordt wel eens woedend, het is een normale emotie.” DGT vraagt voortdurende aandacht voor de relatie tussen mensen in relatie tot zichzelf.

In DGT worden zorgvragers aangemoedigd om hun relatieproblemen uit te werken met hun begeleiders en worden de begeleiders aangespoord om hetzelfde te doen met hen. DGT vraagt mensen om huiswerkopdrachten af te werken, om nieuwe manieren van omgaan met anderen uit te proberen, en om allerlei vaardigheden toe te passen zoals jezelf koesteren wanneer je over je toeren bent. Deze vaardigheden vormen een cruciaal onderdeel van de DGT. De coach/begeleider helpt de patiënt bij het leren, toepassen en beheersen van DGT-vaardigheden.

Concreet?

De dialectische gedragstherapie van Marsha Linehan bestaat uit modules en richt zich op het aanleren van allerlei vaardigheden om te leren omgaan met problemen die kenmerkend zijn voor iemand met een emotieregulatiestoornis.

Kernoplettendheidsvaardigheden/Mindfulness

Leren in het hier en nu zijn en weer meer in contact te komen met eigen lichaam, emoties, gedachten alsook met omgeving, en dit op een oordeelvrije manier. Deze module vormt de eigenlijke basis voor alle andere modules, vermits men zich eerst bewust moet worden van bepaalde patronen in gedachten of gedrag vooraleer men deze kan veranderen.

Crisisvaardigheden

Aanleren van nieuwe manieren en gewoonten om met crisissituaties en dus momenten van ondraaglijke, hevige emoties om te gaan.

Intermenselijke effectiviteit

Op een vaardige manier leren omgaan met jezelf, anderen en situaties.

Emotieregulatie

Op een vaardige manier leren omgaan met je emoties, zoals ze leren herkennen, benoemen en communiceren.

Zelfcompassie

Met een milde vriendelijkheid leren kijken naar jezelf en naar anderen.

SCHETS VAN HET OPNAMEVERLOOP OP AFDELING EN HET AMBULANTE DGT-PROGRAMMA 'GAANDEWEG'

Bij aanvang van de opname komt de persoon in de **ankergroep** terecht (in Gaandeweg start men in de oriëntatie- en commitmentmodule). In de ankergroep verbinden (of committeren) patiënten zich met de therapie, het is een behandelingsfase die ongeveer acht weken duurt (in Gaandeweg 20 weken), afhankelijk van de gedragenheid (kennis en toepassing) van de therapieën.

Vanaf het begin van de opname krijgt men een **persoonlijke coach** toegewezen, waarmee men voor de resterende opname op pad gaat. Dit kan een verpleegkundige zijn of een therapeut. In het ambulante programma dien je deze zelf te zoeken en te bekostigen.

De commitmentperiode wordt gebruikt voor het volgende:

- De teamleden leren de zorgvrager kennen.
- De zorgvrager leert de teamleden kennen.
- De zorgvrager krijgt de kans zich aan te passen aan de afdeling en zijn/haar nieuwe huidige situatie.
- We houden een kennismakingsgesprek met het netwerk (zie verder).
- De zorgvrager krijgt inzicht in wat de problematiek is en welke oorzaken er van zijn.
- De zorgvrager leert crisisvaardigheden, kernoplettendheidsvaardigheden, mindfulness en vaardigheden voor levensbeheersing aan. Het is de basis voor de **trainingsgroep** en het opmaken van een plan voor tijdens (of bij dreigende) crisissituaties (= het crisisplan).

Wanneer de therapieën uit de commitmentperiode voldoende zijn gekend, gaat de patiënt over naar de trainingsfase (in Gaandeweg de vervolgmodes). Hierin worden therapieën gegeven zoals vaardigheidstraining, lichaamsgeoriënteerde therapie, creatieve therapie, coaching in groep, mindfulness, eetvaardigheden, tijdsbewustwording....

Na ongeveer drie weken opname wordt ook een **behandelovereenkomst** opgemaakt tussen het team en de patiënt. Men komt hierin overeen wat de problemen zijn en welke doelen men binnen deze opname wenst te bereiken. Er is een plan over hoe men dit kan bereiken. Er wordt een wederzijds contract getekend.

Er wordt ook een **dagboekkaart** opgesteld, waarop het probleemgedrag een plaats krijgt. Dit moet dagelijks ingevuld worden. Het kan zijn dat iemand aangeraden wordt op **dagtherapie** te gaan. Dit kan na een aantal weken trainingsgroep.

Ongeveer om de 6 weken wordt er een **evaluatie** gehouden met de zorgvrager, waarin doelen worden besproken. Als naaste betrokkenen zijn jullie steeds **welkom** op deze besprekingen, af te spreken met de zorgvrager uiteraard.

KENNISMAKINGSGESPREK MET HET NETWERK

Onderzoek wijst uit dat hoe meer familie- en naaste betrokkenen geïnformeerd zijn en gelijkaardige vaardigheden leren, tijdens de behandeling, de kans verhoogt op toepassing van geleerde vaardigheden in eigen leefomgeving.

Doel: Wederzijdse informatie-uitwisseling met familieleden/belangrijke derden/ vertrouwenspersoon

Informatie vanuit het netwerk: 1./ Werkpunten van de zorgvrager? 2./ Sterktes van de zorgvrager? 3./Verwachtingen t.a.v. de opname en t.a.v. het team?

Informatie van de coach: kort algemene info rond de opname en behandeling.

1-malig gesprek, maximaal 50 min, tussen de 4^{de} en de 8^{ste} week van de behandeling.

FAMILIE-INFOAVONDEN

Maandelijks organiseert de afdeling infoavonden voor familie en naaste betrokkenen. Deze avonden worden gegeven door An Desloover (Familie psychologe), Laura Van Campenhout (psychologe) en Roald Van der Eecken (afdelingsverantwoordelijke). Informatie over emotie-regulatie-stoornis en de visie op behandeling vanuit Dialectische Gedragstherapie wordt er toegelicht. De medische diagnose, -ondersteuning en prognose worden belicht. Daarnaast krijg je info over de opnameduur, behandelproces, evaluaties, het afdelingsgebeuren en verschillende zorgprogramma's. Er worden praktische tips meegegeven rond het omgaan met de zorgvrager en hun problematiek.

Persoonlijk overleg rond een familielid kan hier niet. Het is een rondetafelgesprek waarin allerhande vragen in de grote groep gesteld worden.

KOPP-PREVENTIEGESPREK

Tijdens de intake van de zorgvrager bevragen we elke persoon die kinderen heeft rond zijn/haar thuissituatie. Naam, leeftijd, wie zorgt er momenteel voor de kinderen, bezorgdheden,... Er wordt uitleg gegeven over de mogelijke impact van de aanwezige problemen van de ouder op kinderen en we stellen enkele vragen om de veerkracht van het kind te checken. We kunnen de ouder hierin ondersteunen en tips geven.

Vanaf de leeftijd van 16 jaar kunnen de kinderen ook naar de infoavonden komen. Indien nodig organiseren we een familiegesprek of we verwijzen door in functie van verdere ondersteuning in het ouderschap.

FAMILIE-, PARTNER-, OUDER-, KIND- EN/OF GEZINSGESPREK

Doel: het faciliteren van behandelproces en bevorderen transfer DGT-vaardigheden naar leefomgeving.

Mogelijke gespreksonderwerpen:

- Familie-intake aan start behandelproces, ter vervanging van/of samen met de coach.
- Vergroten betrokkenheid en steun in het behandelproces, betekenis van de biosociale theorie in de particuliere situatie, vergroten toepassing van concrete vaardigheden.
- Ondersteunen in de draaglast van het leven met een emotie-regulatie-stoornis.
- Opstellen gezamenlijk crisisplan en plan i.f.v. levensbeheersing: leven van emotionele kwetsbaarheid in gezinnen.
- Valideren van relationele moeilijkheden, zoeken naar steunbronnen tijdens een behandelproces (externe DGT coach, gezinstherapie,...) en leren vaardiger communiceren over persoonlijke moeilijkheden en bezorgheden.
- Genereren van hoop en herstel in relaties.

Maximaal 5 gesprekken/patiënt, gemiddeld 1x/maand, 50minuten.

FAMILIE UITNODIGEN OP EVALUATIES

Netwerk (familie als samenwerkingspartners en krachtbronnen) uitnodigen op de evaluatiemomenten. Zo kunnen zij rechtstreeks de feedback over het behandelproces meevolgen en zelf feedback inbrengen. Indien zij niet aanwezig kunnen zijn, hen de mogelijkheid bieden om feedback via mail door te sturen. Momenteel enkel mogelijk op afdeling.

DGT-FAMILIEVALIDATIEGROEP

Multi Family Therapy is een groepsgezinstherapie die bestaat uit groeps gesprekken waarbij je samen met andere koppels en gezinnen leert DGT-vaardigheden toe te passen in je eigen leefomgeving. Waar rechtstreekse communicatie soms nog moeilijk verloopt, krijg je van gelijkgestemden info en ervaringen aangereikt die verbindend werken. In de groep maken we kennis met de biosociale theorie. We oefenen mindfulness-technieken en trainen alle basisvaardigheden (uit de verschillende DGT-modules) om bezorgdheden en moeilijkheden vaardig aan te pakken.

De groepsgezinstherapie is bestemd voor de zorgvrager, ouders, partner, gezinsleden en betrokkenen o.l.v. een ervaren DGT-therapeut. Het helpt families en betrokkenen in:

- leven met iemand met een emotie-regulatie-problematiek en inzicht te verwerven in het ontstaan van individuele problemen en de opbouw van het DGT-behandelproces
- vaardig omgaan met crisismomenten, emoties, relaties,... en verbeteren van communicatie onderling
- ondersteunen van het behandelproces voor de zorgvrager, verhogen van transfer van geleerde vaardigheden naar zijn/haar leefomgeving
- uitbreiden van zelfzorg en steun vinden in eigen netwerk en bij elkaar.

Maximaal 12 personen, veertiendaags telkens op dinsdag- of woensdagavonden van 18.30u-20u.

DE VORMEN VAN BEHANDELING / NABEHANDELING

1. Na minimum 3 weken succesvol de trainingsgroep te hebben doorlopen, kan men onder wederzijds akkoord de verdere behandeling vanuit **dagtherapie** volgen. De zorgvrager komt hier 's morgens aan en gaat 's avonds na het volgen van het programma terug naar huis. Dit kan met een frequentie van minimum 3 dagen per week.
2. **Ambulant DGT programma Gaandeweg**: Instappen in het ambulante programma kan na intake bij dr. Vogels. Hier hebben we ook een commitmentfase en een behandelfase.
3. Ook na de opname kan men nog steeds **dr. Vogels** consulteren. Dit kan in de kliniek maar ook in haar privépraktijk.
4. DGT-nazorggroep: **Versterken Innerlijke Coach (VIC)**. De zorgvrager komt op maandag voormiddag naar het ziekenhuis voor zelfsturing en coaching in groep. We zoeken samen naar meer toepassing van DGT en vaardig omgaan met emotie-regulatie-problemen. Dit kan aansluitend na opname en ook lange tijd nadien.
5. **Al doende**: een ambulante groep (maandag- en dinsdagavond) waarin dezelfde vaardigheidstraining wordt gegeven als in het behandelprogramma. aldoende@skynet.be
6. **Individuele coach**: na ontslag kan een individuele coach voor verdere opvolging zorgen.
7. **Telefonisch consult**: bellen naar de afdeling voor gekende zorgvragers.
8. **Een korte crisisopname**: dit kan op de afdeling voor gekende zorgvragers.

WAAR KAN JE ALS FAMILIE OF NAASTE OMGEVING TERECHT MET JE VRAGEN?

1. Maandelijks organiseren we **familieavonden**. De data voor de komende maanden kan je vragen aan de zorgvragers, verpleging. Deze hangen steeds uit op de afdeling.
2. Tijdens het **kennismakingsgesprek** wordt er informatie uitgewisseld.
3. **Dr. Vogels**, afdelingspsychiater, kan steeds gecontacteerd worden wanneer je een specifieke vraag heeft in verband met de behandeling. Mogelijks kan er ook een gesprek plaatsvinden. In functie van het beroepsgeheim wordt vertrouwelijke informatie over de zorgvrager enkel gegeven nadat deze laatste er uitdrukkelijk de toestemming voor gegeven heeft.
4. Je kan een afspraak maken voor een **netwerkgesprek** met An Desloover, psychologe en verantwoordelijke netwerkondersteuning An.Desloover@karus.be. Voor psychosociale ondersteuning kan je mailen naar Amelia Dhont van sociale dienst amelia.dhont@karus.be
5. Je mag ook steeds even bellen met de **verpleging van Cadans** wanneer je met vragen zit van praktische aard. Weet dat zij gezien het beroepsgeheim de zorgvrager hierover steeds op de hoogte brengen en zij geen vertrouwelijke info kunnen geven, zonder toestemming van de zorgvrager. Vragen rond het inhoudelijke opname proces worden doorverwezen naar de patiënt zelf en wij zetten de verschillende partijen aan tot gezamenlijk overleg, al dan niet onder begeleiding.
6. We hebben een **validatiegroep voor familieleden**. Bij interesse kan je contact opnemen met An Desloover via An.Desloover@karus.be.

7. **Similes** is een vereniging voor gezinsleden en naasten van personen met een psychiatrische problematiek. Similes verenigt partners, ouders, kinderen, broers en zussen, vrienden... Similes staat ook paraat om naar jouw verhaal te luisteren en jou gepast advies te geven, indien nodig.
8. **Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg vzw**
<https://familieplatform.be/>. Je vindt er informatie allerhande, infobrochures, interviews...

ENKELE TIPS

- Probeer de persoon in kwestie te bekijken en te behandelen als een volwaardig, volwassen en verantwoordelijk persoon. Ook op Cadans is dit het fundament van de benadering. De zorgvrager is de manager van zijn eigen leven.
- Tracht zo veel mogelijk rechtstreeks te communiceren met elkaar. Dit kan veel misverstanden voorkomen.
- Maak duidelijke afspraken en geef duidelijke grenzen aan. Wat zelfverwonding, woede-uitbarstingen of dreigen met suïcide betreft, heeft iedereen zijn eigen grens. Geef deze op een zo correct mogelijke wijze aan, wanneer je voelt dat de persoon over jouw grens gaat.
- Geef duidelijk aan waarvoor en wanneer de persoon wel en niet bij jou terecht kan.
- Pas op dat je niet te veel in de rol van hulpverlener kruipt.
- Probeer niet te veel tips of adviezen op te dringen. Begrip, sympathie en steun zijn het belangrijkste.
- Neem voldoende tijd voor jezelf, jouw hobby's en jouw vrienden. Dan heb je een grotere kans dat de relatie met de persoon in kwestie goed blijft.
- Toon interesse in de behandeling. Bevraag waar hij/zij mee bezig is in de behandeling. Neem samen eens de cursussen door en zie welke vaardigheden de persoon zich probeert eigen te maken.
- Zoek zelf steun als het je teveel wordt.

AANRADERS VAN BOEKEN

Evenwicht in borderline, borderline in evenwicht. Een trainingsboek voor alle patiënten met borderline problematiek. Geschreven door verschillende teamleden van Cadans. Bevat de hoofdmodules van de DGT en bijhorende huiswerken.

Leven met een borderliner. Een praktische gids. P. Mason, 2003
Uitgeverij Nieuwezijds, Amsterdam.

Zoeken naar balans. Dialectische gedragstherapie van A tot Z. Wies van den Bosch en Steven Meijer.

Mindful Ouderschap. Werkboek voor ouders. Susan M. Bögels en Kathleen Restifo. Minder opvoedingsstress door mindfulness + audio opnames voor begeleide MF-oefeningen.

Borderline de baas. Gids voor naastbetrokkenen. K Krook, 2006. HB uitgevers, Baarn.

NOTITIES

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOTITIES

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

NOTITIES

[illegible]



TOONAANGEVEND IN
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

V.U. Katlyn Colman
Maatschappelijk zetel
Caritasstraat 76 – 9090 Merelbeke-Melle
BTW BE 0861.314.369 – RPR Gent, afdeling Gent
info@karus.be – www.karus.be
09 210 69 69